

A decorative graphic on the left side of the page. It consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of overlapping triangles in light grey, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden

Rapport

Uppsala kommun

2025-12-12

Antal sidor: 28

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	6
2.1	<i>Syfte, revisionsfrågor och avgränsning</i>	6
2.2	<i>Avgränsning</i>	7
2.3	<i>Revisionskriterier</i>	7
2.4	<i>Metod</i>	7
3	Resultat av granskningen	9
3.1	<i>Organisation och ansvar</i>	9
3.1.1	Omsorgsnämnden	9
3.1.2	Vård- och omsorgsförvaltningen	9
3.2	<i>Styrning och ledningssystem</i>	10
3.2.1	Mål för avdelningen Funktionsstöd	10
3.2.2	Internkontrollplan	11
3.2.3	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	12
3.3	<i>Risikanalys och egenkontroller</i>	14
3.3.1	Riskhantering	14
3.3.2	Egenkontroller	15
3.3.3	Bedömning	16
3.4	<i>Synpunkter och klagomål</i>	17
3.4.1	Bedömning	18
3.5	<i>Avvikelser</i>	19
3.5.1	Uppföljning och analys av avvikelser	20
3.5.2	Bedömning	22
3.6	<i>Missförhållanden</i>	23
3.6.1	Uppföljning och analys av lex Sarah	24
3.6.2	Bedömning	25
3.7	<i>Personalens kompetens</i>	26
3.7.1	Kännedom om rutiner	26
3.7.2	Kompetensutveckling och fortbildning	26
3.7.3	Bedömning	27
4	Samlad bedömning och rekommendationer	29

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att omsorgsnämnden endast delvis har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

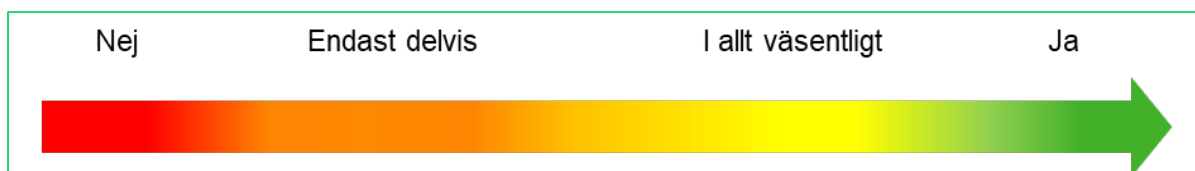
Det finns i huvudsak tydliga riktlinjer, rutiner och arbetssätt för olika delar i det systematiska kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen, bland annat för riskhantering, avvikelshantering och synpunktshantering. Vår samlade bedömning baseras på att det finns ett antal utvecklingsområden som enligt vår bedömning är centrala för att ytterligare stärka det systematiska kvalitetsarbetet.

När det gäller egenkontroller konstaterar vi att det finns ett strukturerat arbetssätt med årligen återkommande egenkontroller i ett årshjul. Vi har dock inte kunnat verifiera att dessa kontroller baseras på systematiska riskanalyser och därav är de egenkontroller som är mest lämpliga för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Vi noterar också att riskanalyser relaterat till egenkontroller inte görs systematiskt på verksamhetsnivå, vilket vi bedömer är väsentligt för att kunna identifiera verksamhetsspecifika risker och stärka det förebyggande kvalitetsarbetet.

Avseende hanteringen av synpunkter noterar vi utifrån vår granskning en risk för att antalet synpunkter som registreras i synpunktshanteringssystemet inom bostäder med särskild service är lågt i förhållande till antalet synpunkter som faktiskt förekommer i verksamheten. För att säkerställa att synpunkter utreds och åtgärdas bedömer vi att registrering och hantering behöver ske i enlighet med fastställd rutin.

Vad gäller avvikelshantering konstaterar vi att förvaltningen själv uppmärksammat en risk för underrapportering av avvikelser i verksamheten. Vi bedömer att underrapportering av avvikelser kan medföra risker för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet utifrån att avvikelserapporteringen utgör ett centralt verktyg för analys, lärande och förebyggande åtgärder. Vi bedömer utifrån våra iakttagelser i granskningen att personalens kompetens och förståelse för avvikelsernas betydelse kan stärkas, likt kompetens avseende vad som utgör ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande. Vidare noterar vi att det nuvarande arbetssättet för hantering av missförhållanden vad gäller områdeschefernas ansvar att utse en medutredare inte framgår av fastställd rutin. Vi noterar dock att arbetssättet framgår av ett dokumenterat arbetsflöde för hanteringen av missförhållanden, men för att säkerställa att rutinen speglar det faktiska arbetssättet och bidrar till en enhetlig och tydlig hantering bedömer vi att det finns ett behov av att revidera rutinen.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



Revisionsfråga	Bedömning
Har omsorgsnämnden säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll?	Endast delvis
Har omsorgsnämnden säkerställt att klagomål och synpunkter tas emot, utreds, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis
Har omsorgsnämnden säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis
Har omsorgsnämnden säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?	I allt väsentligt
Har omsorgsnämnden säkerställt att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten?	I allt väsentligt

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- Tillse att egenkontrollerna i förvaltningens årshjul omprövas årligen baserat på riskanalyser.
- Tillse att egenkontroller i verksamheten även grundas på riskanalyser som genomförs på verksamhetsnivå.
- Säkerställa efterlevnaden av befintliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering vad gäller registrering av synpunkter i synpunktshanteringssystemet.
- Säkerställa att det sker en analys av inkomna synpunkter för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.
- Säkerställa att personalens kompetens kring avvikelser betydelse för kvalitetsarbetet stärks i syfte att främja en kultur där avvikelserapportering används som ett verktyg för lärande och förbättring.
- Säkerställa att gällande rutiner avseende lex Sarah revideras så att de överensstämmer med aktuella arbetssätt.

- Säkerställa att personal har tillräcklig kunskap kring vad som utgör ett missförhållande och en risk för ett missförhållande.
- Säkerställa att det nya IT-systemet för kvalitetsledningssystemet är väl implementerat och förankrat i organisationen, så att medarbetare har enkel tillgång till gällande rutiner.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden.

Omsorgsnämnden ansvarar enligt antaget reglemente för att personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning får det stöd och den service de behöver, bland annat genom LSS-verksamhet, socialpsykiatri och hälso- och sjukvård.

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

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

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

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

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

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Granskningen har syftat till att bedöma om omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

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

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

2.2 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats i enlighet med revisionsfrågorna. Granskningen avgränsas till att avse verksamhet bostad med särskild service i egen regi.

2.3 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- **Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §:** Enligt kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.
- **Socialtjänstlagen (2025:400):** Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. God kvalitet innebär bland annat att vården och omsorgen ska vara säker. Vidare framgår i socialtjänstlagen hur allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska hanteras genom att dokumenteras, utredas, avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Likaså ska anmälan snarast ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) med tillhörande handbok:** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Därtill har Socialstyrelsen utfärdat en handbok som närmare bedrivs.
- **Tillämpbara interna regelverk och policys:** Exempelvis reglemente, riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med mera.

2.4 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- *Dokumentstudier* av riktlinjer avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, Lex Sarah, utbildningsplaner, klagomål, synpunkter, internkontrollplaner, kvalitetsberättelse med mera
- *Intervjuer* har genomförts med omsorgsnämndens presidium, förvaltningsdirektör, verksamhetsutvecklare, avdelningschef för funktionsstöd, områdeschefer för LSS, ett urval av verksamhetschefer för bostäder med särskild service samt ett urval av medarbetare på bostäder med särskild service.
- En *övergripande analys* avseende rapporterade avvikelser och Lex Sarah inom verksamheterna. Syftet med den övergripande analysen är att få en samlad bild av vad rapporterade avvikelser och Lex Sarah beror på.

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



Rapporten har faktagranskats av de som har intervjuats inom ramen för granskningen.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

3.1.1 Omsorgsnämnden

Enligt *Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun*² ansvarar omsorgsnämnden för uppgifter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Därtill ansvarar nämnden för uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) i ordinärt eller särskilt boende för personer under 65 år som är i behov av bistånd på grund av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, samt för personer över 65 år som är i behov av bistånd på grund av psykisk funktionsnedsättning. I nämndens ansvar ingår också uppgifter avseende det kommunala åtagandet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för personer under 65 år och personer över 65 år som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller har en psykisk funktionsnedsättning. Ansvaret omfattar också anhörigstöd till anhöriga till personer med funktionsnedsättning som vårdar eller stödjer en närstående.

Vidare ansvarar omsorgsnämnden för att lagar och andra författningar, samt fullmäktiges beslut, riktlinjer och fastställda mål efterlevs inom sitt ansvarsområde. Nämnden ska också kontinuerligt följa upp sin verksamhet och redovisa till fullmäktige hur verksamheten har arbetat med mål och uppdrag som fullmäktige har beslutat om.

3.1.2 Vård- och omsorgsförvaltningen

3.1.2.1 Avdelning Funktionsstöd

Underställt omsorgsnämnden finns vård- och omsorgsförvaltningen, som utöver omsorgsnämnden även arbetar mot äldrenämnden i Uppsala kommun. Vård- och omsorgsförvaltningen består av ett antal avdelningar och bostäder med särskild service ingår i avdelningen "Funktionsstöd". Avdelningen leds av en avdelningschef och är uppdelad i sju områden: LSS-bostäder 1, LSS-bostäder 2, LSS-bostäder 3, Socialpsykiatri, Personlig assistans, Personligt stöd och stab samt Daglig verksamhet. Inom avdelningen arbetar cirka 3 000 medarbetare, varav 1 500 är tillsvidareanställda. Bostäder med särskild service ingår i områdena LSS-bostäder 1, LSS-bostäder 2 och LSS-bostäder 3, i form av gruppboende och servicebostäder. Respektive område leds av en områdeschef och underställt områdescheferna finns verksamhetschefer.

3.1.2.2 Avdelning Kvalitet och utveckling

I vård- och omsorgsförvaltningen ingår avdelningen "Kvalitet och utveckling". I avdelningen finns Enheten för kvalitet som bland annat har ett övergripande ansvar för ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen. Inom enheten finns bland annat verksamhetsutvecklare och lex Sarah-specialister som stöttar förvaltningens verksamheter i olika delar av kvalitetsarbetet.

² Kommunfullmäktige, 2023-11-06

3.2 STYRNING OCH LEDNINGSSYSTEM

3.2.1 Mål för avdelningen Funktionsstöd

Omsorgsnämnden fastställer årligen en verksamhetsplan och budget som beskriver politiska prioriteringar och uppdrag utifrån kommunfullmäktiges målsättningar. I omsorgsnämndens *Verksamhetsplan och budget 2025–2027*³ anges att Uppsala kommun behöver arbeta för att kommunmedborgare med funktionsnedsättning deltar i samhällslivet på lika villkor som övriga medborgare. Detta beskrivs uppnås genom ett aktivt arbete för att öka livskvaliteten för personer med funktionsnedsättning. Det framgår att nämnden strävar efter att personer med funktionsnedsättning ska leva med full delaktighet och eget inflytande över sitt liv.

Vård- och omsorgsförvaltningen har utifrån omsorgsnämndens samt äldre- och vårdnämndens verksamhetsplaner tagit fram en *Förvaltningsplan*⁴ för år 2025. I planen anges förvaltningens fokusområden för år 2025–2026, vilka är "Kvalitet för brukare", "Attraktiv arbetsgivare", "Aktiv samverkanspartner" samt "Stödjande organisationskultur". Fokusområde "Kvalitet för brukare" har koppling till kvalitetsarbetet i förvaltningen och för fokusområdet fastställs att följande ska prioriteras under planperioden:

- Brukare upplever ökad kvalitet, trygghet och delaktighet vid utförandet av insatser.
- Vi utvecklar verksamhetsspecifika sätt att följa upp brukarnas upplevelser, både på utförarsidan och inom myndigheterna. Dessutom använder vi resultatet i de nationella brukarundersökningarna för att utveckla verksamheten.
- Välfärdstekniska produkter och digitala tjänster testas och införs för att öka brukarens delaktighet, självständighet och trygghet.
- Personalkontinuiteten ska förbättras.
- Stärka vår krisberedskap så att brukare och anhöriga känner sig trygga trots en förändrad omvärldssituation.

Utifrån förvaltningsplanen har avdelningen Funktionsstöd tagit fram en *Avdelningsplan*⁵ där avdelningsspecifika prioriteringar, mål och olika inriktningar fastställs. För fokusområdet "Kvalitet för brukare" fastställs följande mål/inriktningar för avdelningen:

- **Öka kvalitet och delaktighet för brukare:** Fokus ska läggas på att systematiskt integrera brukarnas inflytande i avdelningens arbete. Brukare ska engageras i upprättandet av sina genomförandeplaner. Brukarmöten och brukarråd ska genomföras i syfte att säkerställa att brukares röster blir hörda och att behov tillgodoses. Bland annat brukarundersökningar och delaktighetsslingor ska genomföras regelbundet för att säkerställa att insatserna motsvarar brukarnas förväntningar. Det ska också finnas en kultur där rapportering och uppföljning av avvikelser är en integrerad del i arbetet.
- **Arbeta förebyggande och hälsofrämjande:** I linje med den nya socialtjänstlagen ska särskild vikt läggas vid ett förebyggande och hälsofrämjande arbete för att stärka individens

³ Omsorgsnämnden, 2024-12-16

⁴ 2025-02-14

⁵ 2025-04-04

välstånd och delaktighet. Avdelningen ska stötta och uppmuntra brukare till rörelse och hälsosamma kostvanor.

- **Öka det digitala stödet:** Den digitala inkluderingen ska öka för målgruppen genom att erbjuda stöd i praktiskt handhavande av IT-utrustning och digitala program. Genom samarbete med förvaltningens digitala enhet ska avdelningen aktivt delta i utvecklingen av digitala tjänster för att säkerställa att de möter brukares behov och önskemål.
- **Använda ett teambaserat arbetssätt:** Team med rätt kompetens ska sammansättas för att effektivt kunna anpassa verksamheten efter föränderliga behov. Med rätt kompetens i ett team framgår det av avdelningsplanen att det skapas en miljö där samarbete och kommunikation är nyckeln till framgång. Genom att identifiera nyckelroller säkerställs att arbetet utförs med fokus på kvalitet och brukaren bästa i åtanke.

Även för fokusområdet "Stödjande organisationskultur" återfinns inriktningar som går att koppla till kvalitetsarbetet, bland annat "Säkerställa att alla brukare får ett gott bemötande med den språkliga och kulturella kompetens som krävs" och "Medarbetare och chefer upplever att de har ett tydligt mandat och att de kan ta ansvar för och driva utvecklings- och förbättringsarbeten".

I avdelningsplanen anges att det är respektive områdeschef som ansvarar för att fördela åtgärder från nämndens verksamhetsplan. I intervjuer framförs att avdelningsplanen följs upp löpande under året i dialog mellan avdelningschef och områdeschefer, samt i slutet av året i samband med en planeringsdag.

3.2.2 Internkontrollplan

Omsorgsnämnden fastställer årligen en internkontrollplan. I omsorgsnämndens *Internkontrollplan för år 2025* framgår kontrollmoment som nämnden har beslutat om för året utifrån en genomförd riskanalys. Totalt fastställs 7 kontrollmoment. I tabellerna nedan redovisas de kontrollmoment som har en koppling till kvalitetsarbetet:

Kontrollmoment 1	Riskbeskrivning	Kontrollmetod	Tidpunkt för uppföljning
Kontrollera att synpunkter och avvikelser (inklusive lex Sarah och lex Maria) omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.	Bristande uppföljning av synpunkter och avvikelser riskerar att medföra att händelser inte hanteras på ett korrekt och effektivt sätt. Detta leder till otrygghet för brukare och anhöriga samt kvalitetsbrister och försvårar det systematiska förbättringsarbetet.	Analysera om rutiner gällande synpunktshantering och avvikelser svarar mot gällande regelverk. Analysera om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och återkoppling ges inom rimlig tid.	Oktober, samt extra uppföljning vid årsbokslutet om kontrollmomentet resulterat i med anmärkning.

Kontrollmoment 2	Riskbeskrivning	Kontrollmetod	Tidpunkt för uppföljning
Kontrollera att verksamheter i egen regi respektive av externa utförare följs upp på ett likvärdigt sätt.	Skilnader i hur verksamheter som bedrivs i egen regi respektive av externa utförare följs upp skapar ojämlika förutsättningar. Det leder till bristande insyn, kvalitetsskillnader mellan driftsformer och att lagkrav inte uppfylls.	Kartlägg hur egen regi respektive externa utförare följs upp och beskriv eventuella skillnader.	Oktober, samt extra uppföljning vid årsbokslutet om kontrollmomentet resulterat i med anmärkning.

I uppföljningen av internkontrollplanen i oktober år 2025 framgår att kontrollmomenten som framgår i tabellerna ovan har genomförts utan anmärkningar.

3.2.3 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I en *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete*⁶ beskrivs vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Förvaltningens kvalitetsledningssystem beskrivs vara ett verktyg för att styra och leda verksamheten i syfte att säkerställa "att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt". Systemet ska också beskriva vad förvaltningen ska arbeta med, samt hur de ska arbeta, för att uppnå krav i lagar, förordningar och styrande dokument. Alla processer och rutiner som finns i kvalitetsarbetet uppges vara en del av kvalitetsledningssystemet. I vägledningen beskrivs hur verksamheterna ska arbeta med egenkontroller, riskhantering, avvikelshantering, synpunktshantering samt uppföljning av kvalitetsarbetet. Detta beskrivs under respektive kapitel i denna rapport.

I vägledningen definieras ansvar och roller i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Ansvaret är uppdelat mellan förvaltningsledning, chefer, MAS och MAR samt medarbetare och beskrivs på följande vis:

- *Förvaltningsledningen:* Har det övergripande ansvaret för att planera, styra, leda, följa upp samt utveckla verksamheten. Detta ska bland annat ske genom att omsätta nämndernas övergripande strategier och mål samt följa upp och analysera verksamheterna så att förbättrade åtgärder kan vidtas. Förvaltningsledningen har också ett ansvar att rapportera arbetet till nämnderna och säkerställa att nödvändiga processer samt styrdokument som behövs för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete finns framtagna.
- *Chefer i förvaltningen:* Ansvarar för att skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete och att arbeta för ständiga förbättringar. Detta ska ske genom att bland annat säkerställa att berörda styrdokument i kvalitetsledningssystemet är förankrade och efterlevs i den egna verksamheten samt att medarbetare har förutsättningar att kunna utföra de arbetsuppgifter som leder till kvalitet och utveckling av verksamheten. Cheferna

⁶ Beslutad av avdelningschef kvalitet och utveckling,

ska också tillse att medarbetare ges förutsättningar att genomgå nödvändiga utbildningar och har också ett ansvar att utvärdera och följa upp kvalitetsarbetet.

- *MAS och MAR:* Har det övergripande ansvaret för kvalitet och säkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården, tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården. I arbetsuppgifterna ingår också att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring hälso- och sjukvårdsfrågor utifrån SOSFS 2011:9 och patientsäkerhetslagen.
- *Medarbetare:* Samtliga medarbetare har ett ansvar att vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet genom att vara engagerade och ta initiativ till verksamhetens utveckling. Medarbetarna ska också rapportera fel och brister, missförhållanden, avvikelser, synpunkter och klagomål. Det är medarbetarnas ansvar att följa rutiner och fastställda arbetssätt.

I vägledningen anges att styrande och stödjande dokument i kvalitetsledningssystemet används för att säkerställa kvalitet i förvaltningens verksamheter. De styrande dokumenten ska beskriva roller, ansvar och förbestämda arbetssätt (exempelvis rutiner). Stödjande dokument ska stötta verksamheten att utföra det som framgår av styrande dokument (exempelvis checklistor eller blanketter).

3.2.3.1 Årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att det finns ett årshjul för de aktiviteter som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet årligen. Årshjulet finns dokumenterat på förvaltningens interna webb och beskriver olika aktiviteter relaterat till kvalitetsarbetet samt när de ska genomföras under året. Bland annat framgår att följande aktiviteter ska genomföras vid olika tillfällen under året:

- Egenkontroll avseende följsamhet till basala hygienkrav och rutiner genomförs månatligen
- Sammanställning och analys av kvalitetsarbetet bland annat synpunkter, avvikelser, egenkontroll, målgruppsundersökningar etc. görs i januari och november
- Genomgång av rutin Sekretess och rutin för skyddade personuppgifter genomförs i maj
- Genomgång av rutin avvikelshantering, Lex Sarah, Lex Maria och synpunktshantering genomförs i december

Enligt uppgift ska majoriteten av aktiviteterna genomföras av verksamhetschefer, vilket även framgår av årshjulet för vissa aktiviteter. Några aktiviteter kan dock genomföras av andra funktioner, exempelvis Enheten för kvalitet.

I intervjuer beskrivs årshjulet som något positivt för strukturen i det systematiska kvalitetsarbetet. I vissa intervjuer framförs dock att det ibland är svårt att avsätta tillräcklig tid för de olika delarna i årshjulet. Detta utifrån att många kontroller och aktiviteter som ska genomföras åligger verksamhetscheferna och att tiden inte alltid räcker. I sammanhanget betonas dock att stödfunktioner och överordnade chefer ger ett gott stöd i det övergripande kvalitetsarbetet.

3.3 RISKANALYS OCH EGENKONTROLLER

3.3.1 Riskhantering

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* beskrivs arbetet med riskhantering inom verksamheten. Det framgår att riskanalyser ska genomföras fortlöpande för att bedöma om det inom verksamheten finns risk för att händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet skulle kunna inträffa. Det anges även att riskanalyser ska genomföras inför förändringar av en verksamhet, inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas. För varje risk ska sannolikheten för att händelsen inträffar, samt negativa konsekvenser som skulle kunna uppstå till följd av händelsen, bedömas.

I *Rutin för riskhantering*⁷ beskrivs den systematiska hanteringen av risker inom vård- och omsorgsförvaltningen som ska syfta till att minimera och förebygga oönskade händelser. Det anges att riskhanteringen ska ta vara på möjligheter och styrkor för att säkerställa brukares och medarbetares trygghet, hälsa och säkerhet. Av rutinen framgår att chefer samt medarbetare ansvarar för att rutinen efterlevs och ska delta i riskbedömningar/riskanalyser i verksamheten. Även legitimerad personal ansvarar för att rutinen följs och deltar i riskanalyser utifrån sin profession.

I rutinen anges att riskhantering ska ske en gång per år, eller oftare vid behov (exempelvis vid förändrade beslut). All riskhantering ska dokumenteras och den riskhantering som rör brukare eller patienter ska dokumenteras i journal. I riskhanteringsbegreppet innefattas riskinventering, riskanalys och åtgärder/handlingsplan. Samtliga moment ska genomföras i samband med riskhantering och beskrivs på följande vis i rutinen:

- 1) *Riskinventering*: Innan riskanalysen påbörjas ska tänkbara risker som kan resultera i skada kopplat till de krav och mål som ställs identifieras. Parallellt med inventeringen av risker kan även möjligheter och styrkor identifieras, både internt inom verksamheten/förvaltningen och externt i omvärlden, exempelvis genom att genomföra en SWOT-analys⁸.
- 2) *Riskanalys*: Efter genomförd riskinventering ska identifierade risker analyseras. I samband med detta ska riskernas orsaker och konsekvenser för verksamheten/brukare/medarbetare beskrivas. Respektive risk ska också värderas samt graderas utifrån sannolikhet och konsekvens. Utifrån bedömningen prioriteras sedan risker som behöver åtgärdas för att förebygga kvalitetsbrister i verksamheten.
- 3) *Åtgärder och handlingsplan*: Utifrån de risker som prioriterats i riskanalysen ska handlingsplaner tas fram. Handlingsplanen ska beskriva mål eller vad som ska uppnås, planerade åtgärder, ansvar för åtgärderna samt när dessa ska följas upp eller utvärderas. Handlingsplanen ska följas upp utifrån behov och planering.

I rutinen beskrivs vidare hur riskanalyser kan göras på olika nivåer i organisationen, samt hur dessa ska dokumenteras. Detta beskrivs i avsnitten nedan.

⁷ Ledningsgruppen, Vård- och omsorgsförvaltningen, 2025-04-16

⁸ SWOT-analys är en metod för att kartlägga interna styrkor och svagheter samt externa möjligheter och hot.

3.3.1.1 Riskanalyser på verksamhetsnivå, avdelningsnivå och övergripande nivå

I rutinen beskrivs hur riskanalyser ska göras på verksamhetsnivå (t.ex. risker som rör flera brukare i verksamheten), avdelningsnivå/områdesnivå (beredskapsplanering inom ramen för kontinuitetsplanering) och övergripande nivå (riskanalys inför nämndernas internkontrollplan samt verksamhetsplan). Riskanalyser på verksamhetsnivå ska dokumenteras genom en framtagna blankett som finns tillgänglig på intranätet. Rutinen beskriver även hur riskanalyser ska genomföras vid verksamhetsförändringar, där samma blankett ska användas för att dokumentera analysen. Om en förändring enbart gäller arbetsmiljö kan en separat riskbedömning göras utifrån rutiner för arbetsmiljöarbetet.

Vidare framgår att riskanalyser ska göras på verksamhetsnivå i de fall negativa händelser har inträffat i en liknande organisation och skulle kunna inträffa i den egna verksamheten.

3.3.1.2 Riskanalyser på brukarnivå

I rutinen anges att förebyggande, systematiska och strukturerade riskanalyser ska genomföras utifrån brukares behov av säkerhet och trygghet. Risker vad gäller brukares säkerhet ska dokumenteras i samband med upprättande och vid uppföljning av brukares genomförandeplaner. Risker beskrivs under respektive livsområde i genomförandeplanen.

I rutinen anges vidare att händelser som påverkar brukarens allmäntillstånd och utförande av aktiviteter i det dagliga livet ska dokumenteras i riskanalys och handlingsplan i brukares sociala journal. Av rutinen framgår även exempel på sådana händelser, bland annat förändringar i det sociala nätverket eller förändrat psykiskt eller fysiskt hälsotillstånd. Det framgår också att riskanalyser alltid ska genomföras för brukare med utmanande eller utåtagerande beteende som kan medföra risk för skada. Åtgärder och handlingsplaners aktualitet och effektivitet ska följas upp vid behov, men minst en gång per år.

I intervjuer framkommer att riskanalyser på brukarnivå genomförs i enlighet med gällande rutin. Det uppges att riskanalyser ofta genomförs gemensamt med hela personalgruppen och verksamhetschef i samband med APT. Årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet (se avsnitt 3.2.3.1) anger också att chefer årligen i mars ska säkerställa att riskanalyser genomförs och att resultaten används i kvalitetsarbetet. I vissa intervjuer lyfts dock att uppföljningen av handlingsplaner som tas fram utifrån riskanalyser på brukarnivå ibland dröjer. Detta uppges främst bero på tidsbrist.

3.3.2 Egenkontroller

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att egenkontroller ska genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet, vilket i vägledningen definieras som minst en gång per år eller oftare vid behov. Vägledningen definierar egenkontroller som en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt en kontroll av att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet. Det framgår även exempel på egenkontroller som kan göras, till exempel journalgranskning/dokumentationsgranskning och följsamhet till lagstiftning, styrdokument och arbetssätt.

Som tidigare nämnts finns det inom vård- och omsorgsförvaltningen ett årshjul som innehåller aktiviteter för olika delar i kvalitetsarbetet. I årshjulet framgår en beskrivning av respektive

egenkontroll, vad som ska genomföras samt när under året de ska genomföras. Egenkontroller som ska genomföras inom Funktionsstöd är följande:

- Följsamhet till basala hygienkrav och rutiner (varje månad)
- Dokumentationsgranskning (april)
- Vårdhygienisk egenkontroll (februari)
- Systematiskt miljöarbete (november)
- Verksamhetsspecifika egenkontroller där verksamheten själv avgör vilka egenkontroller som är nödvändiga (april)

I årshjulet finns även andra aktiviteter som inte definieras som egenkontroller men som exempelvis avser genomgång av olika rutiner relaterat till kvalitetsarbetet, t.ex. avvikelshantering och lex Sarah. Därtill ingår andra aktiviteter som uppföljning av resultat från brukarundersökning och analyser av kvalitetsregister.

I flera intervjuer beskrivs egenkontroller och övriga aktiviteter i årshjulet som positivt för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Samtidigt lyfts att antalet aktiviteter är omfattande och tidskrävande. Egenkontrollerna uppges ha tagits fram och beslutats på förvaltningsövergripande nivå av kvalitetsavdelningen. Dessa beskrivs bygga på risker och trender som identifierats inom olika delar av verksamheten, men i några intervjuer påpekas att vissa aktiviteter inte alltid upplevs som relevanta för alla verksamheter.

3.3.3 Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden **endast delvis** har säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I arbetet ingår att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt att bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Enligt vår bedömning finns det rutiner för arbetet med riskanalyser, vilka beskriver hur och när riskanalyser ska genomföras på olika nivåer i organisationen.

När det gäller egenkontroller ska verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) genomföra egenkontroller med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vi noterar att det finns ett etablerat arbetssätt avseende egenkontroller med årligen återkommande egenkontrollpunkter i ett årshjul. Vi har inom ramen för granskningen dock inte kunnat verifiera att de egenkontroller som framgår i årshjulet baseras på riskanalys och därav är de egenkontroller som är mest lämpliga att utföra för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Vidare noterar vi att riskanalyser relaterat till egenkontroller inte görs systematiskt på verksamhetsnivå. Vi anser att riskanalyser på verksamhetsnivå skapar förutsättningar för att identifiera och hantera verksamhetsspecifika risker, vilket vi bedömer bidrar till det förebyggande kvalitetsarbetet.

Vi konstaterar vidare att det i rutinen för riskhantering beskrivs både arbetssätt för riskanalyser relaterat till kvalitetsarbetet samt relaterat till nämndens interkontrollplan och verksamhetsplan. Enligt vår bedömning bör nämndens riskanalys syfta till att säkerställa efterlevnad av kvalitetsarbetet, vilket inte är en del inom ramen för ledningssystemet utan en del av den interna kontrollen. Enligt kommunallagen (2017:725) ska nämnder tillse att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel samt för att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Den interna kontrollen och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete baseras på olika regelverk med olika syften. Den interna kontrollen avser att kontrollera och följa upp verksamheten för att säkerställa efterlevnad av exempelvis lag och föreskrifter. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Nämndens ansvar för den interna kontrollen innebär således att kontrollera och följa upp att exempelvis kraven i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete efterlevs. Detta kan exempelvis avse stickprov av att synpunkter, riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och Lex Sarah utförs i verksamheten enligt föreskrifterna för kvalitetsarbete. Vi konstaterar att denna typ av kontroller delvis återfinns i nämndens internkontrollplan (se avsnitt 3.2.2), men noterar att kontrollen avseende att kartlägga hur egen respektive externa utförare följs upp och beskriva skillnaden inte, enligt vår bedömning, är en tydlig kontroll.

3.4 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

I rutinen *Synpunktshantering*⁹ beskrivs hur synpunkter ska hanteras inom vård- och omsorgsförvaltningen. Det framgår att samtliga anställda inom förvaltningen ska ta emot, dokumentera och registrera synpunkter på förvaltningens verksamhet i enlighet med rutinen. En synpunkt definieras som ett uttryck, en åsikt med beröm eller ett klagomål på en insats som förvaltningen tillhandahåller. Det anges att synpunkter alltid ska beaktas utifrån att de kan utveckla verksamheten, samt att hanteringen ska göras med rimliga proportioner.

Enligt rutinen kan en synpunkt inkomma genom olika kanaler, exempelvis post, mejl, webbformulär, telefon och sms. I intervjuer nämns också att synpunkter från brukare och dess anhöriga kan lyftas i samband med brukarråd som sker månadsvis i verksamheterna. I samband med dessa möten möts personal, chef samt brukare och/eller anhöriga för att diskutera frågor som rör verksamheten. Medarbetare som tar emot en synpunkt från ska registrera synpunkten i kommunens interna webbformulär. Enligt vård- och omsorgsförvaltningens *Kvalitetsberättelse 2024* driftsattes ett digitalt synpunktshanteringssystem under februari år 2024 där synpunkter ska registreras.

När synpunkten har registrerats i webbformuläret ska administratör (medarbetare inom Enheten för kvalitet) utse ansvarig handläggare för synpunkten. Handläggare kan även lägga till medhandläggare i ärendet i systemet. Handläggaren ansvarar för att hantera synpunkten genom att utreda, åtgärda och återkoppla i ärendet. Handläggaren ska inom tre dagar kontakta synpunktslämnaren (om denne inte är anonym) och bekräfta att synpunkten har tagits emot. Synpunkten ska sedan utredas och åtgärdas inom tre veckor. Det är ansvarig chef för verksamheten som ansvarar för att utreda synpunktsärenden. Utredningen ska beskriva vad som

⁹ 2024-04-24

föranlett synpunkten, vilka åtgärder som vidtagits eller planeras att vidtas. I rutinen understryks att varje del av utredningen ska dokumenteras i systemet, dvs. vad som sker i de olika stegen, beslut som fattas, vem som kontaktas med mera. Synpunkter, tillhörande utredningar och åtgärder av betydelse för brukaren ska också dokumenteras i brukarens journal. När utredningen är klar ska återkoppling ske till synpunktslämnaren, om denne inte är anonym.

I rutinen understryks att en synpunkt som bedöms som en avvikelse eller annat ska hanteras på ett annorlunda sätt. Om klagomålet eller synpunkten är allvarlig ska detta skyndsamt rapporteras i linje upp till förvaltningsdirektör och nämnd. Verksamhetschef ansvarar för att rapportera händelsen till sin närmsta chef, vilken i sin tur ansvarar för att rapportera till avdelningschef som underrättar förvaltningsdirektör och nämnd.

När det gäller uppföljning och återkoppling framgår att chefer regelbundet ska sammanställa synpunkter i syfte att hitta förbättringsområden i verksamheten. Sammanställningen och analysen ska utgöra underlag för kommande verksamhetsplanering. Synpunkter sammanställs också i den årliga kvalitetsberättelsen samlat för hela omsorgsnämndens verksamhetsområde.

I intervjuer framkommer en risk för underrapportering av synpunkter och klagomål inom bostäder med särskild service. Det uppges att många synpunkter sannolikt hanteras och åtgärdas direkt genom dialog med brukare eller anhöriga, vilket innebär att alla synpunkter inte registreras i systemet enligt gällande rutin. Flera verksamhetschefer uppges att få synpunkter faktiskt har inkommit via systemet. Även i *Kvalitetsberättelse 2024* framgår att "även om vissa avdelningar får in större mängder synpunkter än andra, är den gemensamma ambitionen att ta tillvara på synpunkterna för att driva kvalitetsutveckling och förbättra verksamheterna". Det noteras dock att antalet registrerade synpunkter inom förvaltningen har ökat successivt, med en markant ökning under år 2024 (en ökning med 300 synpunkter jämfört med år 2023). Majoriteten av dessa synpunkter har dock rapporterats inom äldreomsorgens verksamheter, medan omsorgsnämndens verksamheter totalt hade registrerat 148 synpunkter under år 2024. Enligt uppgift pågår en satsning avseende synpunktshantering i förvaltningen i syfte att göra synpunktshantering mer känd bland brukare, medborgare och medarbetare. I arbetet har mer lättillgängligt informationsmaterial tagits fram, exempelvis affischer och visitkort.

3.4.1 Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden **endast delvis** säkerställt att klagomål och synpunkter tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från exempelvis personal, vård- och omsorgstagare och deras närstående. Det finns enligt vår bedömning rutiner för hur synpunkter ska hanteras, det vill säga hur dessa ska tas emot, utredas och sammanställas. Det finns även ett digitalt synpunktshanteringssystem för hanteringen. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) anges vidare att "... synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ... ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten". Syftet med att analysera trender och mönster är att identifiera potentiella brister i verksamheten som inte noteras vid utredning av en enskild synpunkt, och att vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten. Vi noterar att en sammanställning av registrerade synpunkter inom

omsorgsnämndens verksamheter redovisas i den årliga kvalitetsberättelsen, men att det inte sker en mer detaljerad analys av synpunkterna, exempelvis i form av en analys av bakomliggande orsaker. En väsentlig del i kvalitetsarbetet är att systematiskt analysera exempelvis synpunkter med syfte att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Vidare konstaterar vi utifrån vår granskning att det kan finnas en risk för att antalet synpunkter som inkommer inom bostäder med särskild service som faktiskt registreras i synpunktshanteringssystem är lågt i förhållande till det totala antalet synpunkter i verksamheten. Vi bedömer att en underrapportering av klagomål och synpunkter riskerar att försämma kvaliteten, säkerheten samt möjligheten till systematiskt förbättringsarbete. För att säkerställa att synpunkter utreds och åtgärdas bedömer vi att det är viktigt att dessa hanteras i enlighet med upprättad rutin.

3.5 AVVIKELSER

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* definieras avvikelshantering som ett systematiskt sätt att arbeta med att identifiera, rapportera, utreda, åtgärda, följa upp samt utvärdera negativa händelser och tillbud. Alla medarbetare ett ansvar att rapportera avvikelser på arbetsplatsen när de inträffar eller upptäcks.

I rutinen *Avvikelsehantering*¹⁰ beskrivs hanteringen av avvikelser inom vård- och omsorgsförvaltningen. I rutinen anges att samtliga medarbetare i förvaltningen har en skyldighet att rapportera oönskade samt oförutsedda händelser som inträffar i verksamheten. I rutinen framgår att åtgärder ska sättas in omedelbart när en sådan händelse upptäcks för att förhindra eller undanröja att händelsen fortsatt pågår. Därefter ska den som upptäckt avvikelsern skyndsamt rapportera detta till ansvarig, antingen chef eller legitimerad personal. Avvikelsen ska registreras i avvikelshanteringssystemet Lifecare och ska även dokumenteras i brukarens journal om avvikelsern berör brukaren. I vissa intervjuer lyfts att avvikelshanteringssystemet upplevs som krångligt utifrån att det är mycket information som ska fyllas i och att det inte alltid är enkelt att veta vem avvikelsern ska skickas till (exempelvis legitimerad personal eller chef).

Mottagare av avvikelsern, det vill säga chef eller legitimerad personal, ska inom 24 timmar bedöma händelsens allvarlighetsgrad. Allvarlighetsgraden avgör sedan hur skyndsamt avvikelsern ska hanteras, samt om händelsen måste eskaleras upp i linje till nämnden. Som stöd i bedömningen finns en riskmatris som kan användas för att bedöma sannolikhet och konsekvens. Om händelsen bedöms som allvarlig och berör brukare kan utredning avseende ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah inledas (se avsnitt 3.6).

Utredning av avvikelser syftar enligt rutinen till att kartlägga händelseförloppet och identifiera bakomliggande orsaker. Fokus i utredningen är att hitta systemfel. I rutinen anges stöd i hur den som utreder ska gå till väga. Utredningarna kan vara olika omfattande beroende på händelsens karaktär och det understryks att avvikelser ska utredas i tillräcklig omfattning. Utredningen ska resultera i förslag på åtgärder för att hindra att händelsen upprepas. Åtgärderna ska enligt rutinen vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom rimlig tidsplan och följas upp. En

¹⁰ 2025-06-30

åtgärdsplan ska skapas och innehålla bland annat mål och förväntat resultat, planerade eller genomförda åtgärder, vem som ansvarar för de olika åtgärderna och när de förväntas vara genomförda. I enlighet med den upprättade åtgärdsplanen ska åtgärderna följas upp och utvärderas i syfte att bedöma om åtgärderna varit tillräckliga. Vid behov ska åtgärdsplanen uppdateras med andra aktiviteter, men om åtgärderna bedöms som tillräckliga kan avvikelsen avslutas.

I rutinen beskrivs vidare hur förvaltningen ska arbeta med lärande forum utifrån avvikelser. Det framgår att lärande forum är en viktig del för att utveckla och förbättra verksamheterna. Lärandet syftar till att förebygga så att liknande händelser inte sker igen. I intervjuer framförs att avvikelser samt åtgärder tas upp och diskuteras på arbetsplatsen i samband med APT utifrån ett lärande syfte. Det framförs dock att det inte alltid sker lika tydlig återkoppling eller diskussion avseende HSL-avvikelser som hanteras av legitimerad personal.

3.5.1 Uppföljning och analys av avvikelser

Enligt rutinen *Avvikelsehantering* ska avvikelser sammanställas och analyseras månatligen i syfte att urskilja mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet samt patientsäkerhet. Denna sammanställning ska göras av verksamhetscheferna (eller utsedd person) på verksamhetsnivå och analyseras i teamsamverkan. Utifrån analysen ska åtgärdsplan upprättas och regelbundet följas upp. I intervjuer framförs att verksamhetsutvecklare inom Enheten för kvalitet månadsvis sammanställer avvikelser och annan statistik relaterat till kvalitetsarbetet. Dessa sammanställningar redovisas sedan på LSS-bostäder 1, LSS-bostäder 2 samt LSS-bostäder 3:s gemensamma ledningsgruppsmöten, där områdeschefer samt verksamhetschefer deltar. Denna rapportering sker kvartalsvis. Därtill uppges att avdelningschef för Funktionsstöd har avstämningar med områdescheferna varannan vecka där avvikelser och lex Sarah lyfts och diskuteras.

Avvikelser sammanställs och analyseras även i den årliga kvalitetsberättelsen. Det sker även en rapportering av kvalitetsarbetet till nämnden under hösten årligen, där information om bland annat avvikelser redovisas. I *Kvalitetsberättelse 2024* redovisas en sammanställning av avvikelser som inkommit för hela omsorgsnämndens verksamhetsområde. Där framgår att totalt 2 210 avvikelser hade rapporterats inom hela nämndens ansvarsområde. Det anges att det finns en trend där brister i verksamheten främst rör fysiskt övergrepp, utebliven insats och brist i bemötande.

I tabellen nedan redovisas antalet avvikelser inom olika avvikelse typer som rapporterats inom bostäder med särskild service under perioden januari-oktober år 2025.

Avvikelseyp	Antal
Läkemedel	474
Brist i verksamheten	327
Fall	154
Utebliven insats	102
Brist i omsorg	82
Övergrepp - Fysiskt	73
Brist i tillsyn	45
Dokumentation	43
Brist i specifik omvårdnad	42
Kommunikation/information	29
Brist i verksamhet	28
Brist i bemötande	26
Riskbedömning	17
Medicintekniska produkter	15
Tvångs-/begränsningsåtgärd	14
Övergrepp - Psykiskt	13
Försummelse	11
Brist i sekretess	10
Brist i specifik rehabilitering	10
Vårdkedja (annan huvudman) - Utgående	9
Brist i handläggning	9
Brist vid vård i samverkan - Inkommande	7
Övergrepp - Ekonomiskt	7
Nutrition	4
Smitta	4
Tryckskada	4

Vårdkedja (annan huvudman) - Inkommande	3
Egenvård	2
Brist vid vård i samverkan - Utgående	1
Övergrep - Sexuellt	1
Totalt	1476

De vanligaste bristerna som rapporterats inom bostäder med särskild service avser läkemedel, fall och brister i verksamhet. Avvikelse relaterat till läkemedel och fall är en generell utmaning inom omsorgsverksamheter i hela riket. I *Kvalitetsberättelse 2024* anges att olika förbättringsåtgärder vidtagits, bland annat införandet av läkemedelsautomater och digital signering av hälso- och sjukvårdsordinationer. När det gäller brister i verksamhet anges att avvikelser i denna kategori främst rör fysiska övergrepp, utebliven insats och brist i bemötande. I kvalitetsberättelsen för år 2024 framgår att åtgärder som vidtagits relaterat till brister i verksamheter bland annat är att föreläsning med fokus på bemötande har hållits för all personal och att värdegrundsmaterial har använts för att fördjupa förståelsen och säkerställa att det genomsyrar det dagliga arbetet.

I *Kvalitetsberättelse 2024* anges att flera av förvaltningens verksamheter har identifierat att antalet rapporterade avvikelser enligt SoL och LSS är för lågt i relation till de faktiska händelserna i verksamheterna. Det bedöms finnas ett fortsatt behov av att säkerställa en systematisk registrering och hantering av avvikelser. Denna bild delas i intervjuer, där det bland annat framhålls att vissa verksamheter fortfarande har utmaningar med att förändra uppfattningen om att avvikelserapportering innebär att "rapportera varandra". Detta beskrivs som ett område där verksamheterna ständigt arbetar aktivt och där verksamhetsutvecklare har medverkat vid planeringsdagar för att informera om syftet med avvikelserapportering. Enligt uppgift pågår också framtagandet av ett digitalt utbildningspaket avseende avvikelser till personal och en satsning avseende psykologisk trygghet i arbetsgrupperna har genomförts.

3.5.2 Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden **endast delvis** har säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst rapportera och utreda avvikelser inom verksamheten. Samtlig personal som fullgör uppgifter inom socialtjänsten har skyldighet att rapportera avvikelser, så kallad rapporteringsskyldighet. Utifrån vår granskning bedömer vi att det finns upprättade rutiner för hur avvikelser ska rapporteras, utredas och åtgärdas. Det finns även rutiner och arbetssätt för hur avvikelser ska följas upp, sammanställas och analyseras på olika nivåer i organisationen.

Vi noterar att det i *Kvalitetsberättelse 2024* lyfts att det finns en risk för underrapportering av avvikelser i förvaltningen och att det inom verksamheterna pågår ett aktivt utvecklingsarbete för

att säkerställa att samtliga avvikelser registreras. Vi bedömer att underrapportering av avvikelser kan medföra betydande risker för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet, eftersom avvikelserapporteringen utgör ett centralt verktyg för analys, lärande och förebyggande åtgärder. För att säkerställa att avvikelser rapporteras, utreds och åtgärdas på ett korrekt sätt bedömer vi att det är av vikt att gällande rutiner efterlevs. Därtill bedömer vi, utifrån iakttagelser i granskningen, att personalens kompetens och förståelse för avvikelsernas betydelse kan stärkas. En ökad kunskap om syftet med avvikelshantering bidrar till att skapa en kultur där rapportering ses som ett verktyg för lärande och förbättring, vilket vi bedömer är en grundläggande förutsättning för det systematiska kvalitetsarbetet.

3.6 MISSFÖRHÅLLANDEN

I samma rutin som för hanteringen av avvikelser, *Avvikelsehantering*, beskrivs hanteringen av missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. I rutinen framgår att samtliga anställda som fullgör uppgifter inom verksamhet där socialtjänst eller stöd och service för funktionshindrade bedrivs är skyldiga att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Medarbetare ska genast rapportera dessa händelser till närmaste chef och skyndsamt registreras i Lifecare.

I rutinen definieras vad en risk för ett missförhållande/ett missförhållande är och olika exempel på sådana händelser anges. I rutinen anges att rapporter om missförhållande samt risk för missförhållande omedelbart ska rapporteras i linje upp till förvaltningsdirektör samt nämnd. Ansvarig chef ansvarar för att utreda missförhållanden/risk för missförhållande i samråd med områdeschef, samt för att ta fram åtgärder. I intervjuer framförs även att representanter från Enheten för kvalitet, "Lex Sarah-specialister", får en signal i systemet när en Lex Sarah-rapport inkommit. Specialisten meddelar då områdeschef, som sedan har ett ansvar att utse en medutredare i ärendet. Detta uppges i intervjuer vara ett nytt arbetssätt. Arbetssättet framgår inte av den fastställda rutinen, dock framgår det i ett dokumenterat arbetsflöde för hanteringen av missförhållanden.

Utredningen ska avslutas med ett ställningstagande/bedömning om händelsen, om det avser ett missförhållande, en risk för missförhållande, allvarligt missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller inget missförhållande/annan avvikelse. Om händelsen avser allvarligt missförhållande och/eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska händelsen skyndsamt anmälas till IVO. Beslut om anmälan tas av avdelningschef i enlighet med delegationsordning, men Lex Sarah-specialister är rådgivande vid beslut och genomför anmälan. Lex Sarah specialist, ansvarig chef och dennes överordnade chef färdigställer, inom två månader, alla handlingar som ska skickas till IVO. Vid allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarligt missförhållande ansvarar avdelningschef för att omedelbart informera förvaltningsdirektör om händelsen, och ska även föredra ärendet i omsorgsnämndens individutskott. Avdelningschefen ska också överlämna skriftlig information om händelsen till nämnden, med stöd från kvalitetsenheten. Nämnden samt individutskottet ska ges information under processens gång.

I rutinen anges vidare att stöd ska erbjudas till berörd/berörda brukare utifrån händelsen. Brukaren ska också informeras om att det som inträffat är ett missförhållande, om en lex Sarah-anmälan har skickats till IVO och att åtgärder kommer att vidtas. I de fall brukaren utsatts för något brottsligt ska brukaren uppmanas att göra en polisanmälan och vid behov kan verksamheten erbjuda stöd i detta. Även medarbetare kan erbjudas stöd om så behövs och de ska också informeras om det inträffade samt vilka åtgärder som vidtagits eller ska vidtas.

3.6.1 Uppföljning och analys av lex Sarah

I *Kvalitetsberättelse 2024* sammanställs antalet rapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden inom omsorgsnämndens verksamheter. Totalt inkom 166 rapporter om missförhållanden eller risk för missförhållanden under år 2024. Detta beskrevs vara en ökning med 60 procent jämfört med år 2023. Det understryks dock att ökningen berodde på en mer omfattande rapportering, inte en ökning av antalet missförhållanden. De vanligaste missförhållandena avsåg fysiskt övergrepp och brister i omsorg. Andra typer av rapporterade missförhållanden inkluderade försummelse, bristande bemötande och sexuella övergrepp. Totalt 14 lex-ärenden anmälades till IVO.

Under perioden januari – oktober 2025 har det inkommit totalt 65 lex Sarah-rapporter inom bostäder med särskild service. I tabellen nedan redovisas en sammanställning över vad dessa rapporter har avsett.

Avvikelseyp	Antal
Övergrepp – Fysiskt	40
Brist i omsorg	7
Övergrepp – Psykiskt	4
Övergrepp – Ekonomiskt	4
Brist i tillsyn	3
Tvångs-/begränsningsåtgärd	2
Brist i verksamheten	1
Brist vid vård i samverkan – Inkommande	1
Försummelse	1
Utebliven insats	1

De vanligaste rapporteringarna enligt lex Sarah hittills under år 2025 har avsett fysiska övergrepp, brister i omsorg, psykiska övergrepp samt ekonomiska övergrepp. Exempel på fysiska övergrepp är att brukare slår, nyper, knuffar eller biter en annan brukare. Vad gäller brister i omsorg har rapporterna avsett exempelvis handlat om att en brukare inte har duschat i enlighet med rutiner eller att en brukare inte fått hjälp i enlighet med rutiner. Psykiska övergrepp har bland annat

handlat om att en brukare är rädd för en annan brukare eller personal haft dåligt bemötande mot brukare. De ekonomiska övergreppen avser främst att brukares pengar har försvunnit.

I intervjuer framkommer att det finns ett fortsatt behov av att stärka kompetensen kring vad som utgör ett missförhållande eller risk för missförhållande i relation till avvikelser. Det uppges att chefer ofta behöver omklassificera avvikelser till lex Sarah utifrån sin egen bedömning. Ett arbetssätt som vissa verksamheter har använt för att öka kunskapen är så kallade "case-övningar" vid APT, där personalen får bedöma om en händelse ska betraktas som en avvikelse eller ett missförhållande.

3.6.2 Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden **i allt väsentligt** har säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453). Det finns upprättade rutiner för hanteringen av missförhållanden och risker för missförhållanden. Rutinerna beskriver hur missförhållanden ska rapporteras, utredas och åtgärdas, samt hur information om missförhållanden ska spridas inom organisationen. Det finns också rutiner för hur och när information om lex Sarah ska rapporteras uppåt i organisationen till förvaltningsdirektör och nämnd. Vi noterar dock att nuvarande arbetssätt för hantering av missförhållanden innehåller moment som inte framgår av den fastställda rutinen. Detta avser områdeschefernas ansvar att utse en medutredare vid utredning av missförhållanden. Vi noterar dock att arbetssättet framgår av ett dokumenterat arbetsflöde för hanteringen av missförhållanden. För att säkerställa att rutinen speglar det faktiska arbetssättet och ger en enhetlig och tydlig beskrivning av hur utredningar ska genomföras bedömer vi att rutinen bör revideras. Vad gäller nuvarande rutin noterar vi också att avdelningschef har delegation att besluta om anmälan ska göras till IVO eller ej. Vi vill i detta sammanhang påpeka att ansvaret i dagsläget åligger budgetansvarig chef och vill framhålla vikten av att främja saklighet och opartiskhet vad avser beslut om anmälan till IVO.

Vidare har det i granskningen framförts att det förekommer att chefer får omklassificera rapporterade avvikelser till missförhållanden/risk för missförhållanden och att det finns ett fortsatt behov att stärka kompetensen kring vad som utgör ett missförhållande/risk för missförhållande. Vi anser att detta kan indikera på brister i kunskap och förståelse kring vad ett missförhållande eller en risk för missförhållande är. Vi bedömer utifrån detta att personalens kompetens kring missförhållanden behöver stärkas.

3.7 PERSONALENS KOMPETENS

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* anges att chefer inom vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att medarbetare ges förutsättningar att kunna utföra de arbetsuppgifter som leder till kvalitet och utveckling av verksamheten. Därtill ansvarar chefer för att medarbetare ges förutsättningar att genomgå nödvändiga utbildningar.

I avsnitten nedan beskrivs hur förvaltningen arbetar med att säkerställa personalens kompetens avseende kvalitetsarbetet.

3.7.1 Kännedom om rutiner

I *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att fastställda processer och rutiner inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska göras kända och finnas tillgängliga för berörda medarbetare. I intervjuer framförs att personal har tillgång till rutiner för kvalitetsarbetet via kvalitetsledningssystemet på intranätet. Det framförs även att det på fler arbetsplatser finns pärmar där väsentliga rutiner i arbetet finns utskrivna. Relaterat till rutiner lyfts det i vissa intervjuer att språket i rutinerna ofta är komplicerat och skulle kunna förenklas för att bli mer lättillgängligt. Därutöver framförs svårigheter att hitta rutiner på intranätet, vilket delvis kopplas till att kommunen nyligen bytt IT-system för kvalitetsledningssystemet. Det framförs att det finns en risk för att samtliga medarbetare inte använt det nya systemet ännu och att flera bedömer det som svårhanterligt.

Enligt *Vägledning för systematiskt kvalitetsarbete* ska nya och/eller reviderade styrande dokument kommuniceras via intranätet. Därtill har respektive chef ansvarar för att kommunicera och implementera berörda styrdokument inom sitt ansvarsområde. I intervjuer framförs att nya eller reviderade rutiner vanligtvis kommuniceras av chefer via APT och/eller via mejl. Det framförs även att avdelningen för Kvalitet och utveckling brukar informera chefer om förändringar i rutiner i samband med att representanter från avdelningen deltar på ledningsgruppsmöten, samt via ett informationsmejl som skickas ut månadsvis.

I samband med att personal anställs inom bostäder med särskild service ska aktuella riktlinjer och rutiner inom kvalitetsledningssystemet gås igenom. I checklistan *Introduktion av omvårdnadspersonal/brukarnära medarbetare* framgår att nyanställda ska informeras om bland annat kvalitetsledningssystemet, avvikelshantering och Lex Sarah. I samband med introduktionen ska det också säkerställas att den nyanställda har tillgång till viktiga IT-system, exempelvis Lifecare. Även för nyanställda inom hälso- och sjukvård finns en checklista som anger att medarbetare bland annat ska genomgå utbildning avseende avvikelshantering.

3.7.2 Kompetensutveckling och fortbildning

I *Avdelningsplan för Funktionsstöd 2025* framgår att avdelningen behöver fortsätta kompetensutveckla medarbetare inom flertalet områden för att öka grundkompetensen. Det framgår att avdelningen satsar på kompetensutveckling genom Yrkesresan¹¹, vilket enligt

¹¹ Yrkesresan är ett nationellt kompetensutvecklingsprogram inom vård och omsorg, framtaget av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillsammans med kommuner och regioner. Programmet syftar till att stärka medarbetares kunskap och kompetens genom strukturerade utbildningsinsatser och stödmaterial, med fokus på kvalitet, rättssäkerhet och utveckling i verksamheterna.

avdelningsplanen innebär strukturerad utbildning och utvecklingsmöjligheter inom verksamhetsområdena. Inom ramen för fokusområdet "Attraktiv arbetsgivare" finns inriktningen/aktiviteten "Kompetensutveckla", där det framgår att avdelningar strävar efter att alla medarbetare ska ha en individuell kompetensplan. Socialstyrelsen genomför årligen en enhetsundersökning inom LSS, vilken bland annat innehåller frågor relaterat till kompetensutveckling inom bostäder med särskild service. I resultatet för undersökningen år 2025 framgår att det finns individuella kompetensutvecklingsplaner för 57 procent av personalen inom personalgrupperna inom bostäder med särskild service i Uppsala kommun. Enligt undersökningen finns det en samlad kompetensutvecklingsplan för personalen i 73 procent av verksamheterna.

När det gäller utbildningsinsatser framgår det av årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet (se avsnitt 3.2.3.1) att chefer årligen ska ha en genomgång av olika rutiner relaterat till kvalitetsarbetet tillsammans med sina medarbetare. Rutinerna som ska gås igenom är rutiner för avvikelshantering, lex Sarah, lex Maria och synpunktshantering. I samband med detta ska chef enligt årshjulet säkerställa att medarbetare förstår syftet med avvikelse- och synpunktshantering, samt innebörden av lex Sarah och lex Maria. Utöver detta tillhandahåller kommunen interna utbildningar via Lärportalen om olika delar i kvalitetsarbetet, t.ex. avseende förflyttningsteknik.

I *Kvalitetsberättelse 2024* framgår vidare att det pågår ett arbete med implementering av stödpedagoger som yrkesroll inom förvaltningen. Det anges att stödpedagogutbildningen har en inriktning mot LSS och är en utbildning som erbjuds medarbetare. Stödpedagogerna ska fungera som ett stöd för att höja kvaliteten i verksamheten och ska bidra till ett ökat lärande i arbetsgruppen.

3.7.3 Bedömning

Vår bedömning är att omsorgsnämnden i **allt väsentligt** säkerställt att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Vi anser att en tydligt strukturerad introduktion samt återkommande utbildning är en viktig del i att säkerställa att personal har en grundläggande förståelse för hur kvalitetsarbetet är organiserat och vilka skyldigheter som medarbetare har. Vi noterar att det finns en checklista för introduktion av nyanställda där det framgår att rutiner avseende kvalitetsarbetet i verksamheten ska genomgå. Därutöver förekommer återkommande informationsinsatser gällande rutiner i kvalitetsarbetet utifrån årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet, vilket vi bedömer bidrar till att säkerställa att kunskap hos personal upprätthålls. Utifrån vår granskning och även förvaltningens egen uppföljning framgår dock att det finns behov av att ytterligare stärka kompetensen inom vissa områden, exempelvis relaterat till avvikelser.

Vi noterar att det i granskningen har framkommit att kommunen har bytt IT-stöd för kvalitetsledningssystemet, vilket har medfört svårigheter för medarbetare att hitta rutiner. För att säkerställa att rutiner efterlevs bedömer vi att det är av stor vikt att tydliggöra och förankra hur det nya systemet ska användas så att personal har en enkel tillgång till gällande rutiner.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att omsorgsnämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- Tillse att egenkontrollerna i förvaltningens årshjul omprövas årligen baserat på riskanalyser.
- Tillse att egenkontroller i verksamheten även grundas på riskanalyser som genomförs på verksamhetsnivå.
- Säkerställa efterlevnaden av befintliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering vad gäller registrering av synpunkter i synpunktshanteringssystemet.
- Säkerställa att det sker en analys av inkomna synpunkter för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.
- Säkerställa att personalens kompetens kring avvikelser betydelse för kvalitetsarbetet stärks i syfte att främja en kultur där avvikelserapportering används som ett verktyg för lärande och förbättring.
- Säkerställa att gällande rutiner avseende lex Sarah revideras så att de överensstämmer med aktuella arbetssätt.
- Säkerställa att personal har tillräcklig kunskap kring vad som utgör ett missförhållande och en risk för ett missförhållande.
- Säkerställa att det nya IT-systemet för kvalitetsledningssystemet är väl implementerat och förankrat i organisationen, så att medarbetare har enkel tillgång till gällande rutiner.

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reismer
Certifierad kommunal revisor

Olivia Gonzalez
Verksamhetsrevisor

Mikael Lind
Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare