

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 socialnämnden

Rapport

Uppsala kommun

2025-12-12

Antal sidor 31

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	4
2	Bakgrund	6
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	8
3.1	<i>Avgränsning</i>	8
4	Revisionskriterier	8
5	Metod	9
6	Resultat av granskningen	11
6.1	<i>Lagar, föreskrifter och allmänna råd</i>	11
6.2	<i>Övergripande styrdokument, policys, riktlinjer, organisering</i>	12
6.2.1	Reglemente	12
6.2.2	Kommunövergripande kvalitetspolicy	13
6.2.3	Kvalitetsledningssystem	13
6.3	<i>Förvaltningens organisering</i>	14
6.4	<i>Risikanalys och egenkontroll</i>	15
6.4.1	Internkontrollplan	15
6.4.2	Kvalitetsberättelse	16
6.4.3	Iakttagelser från intervju	16
6.4.4	Bedömning	17
6.5	<i>Klagomål och synpunkter</i>	18
6.5.1	Rutiner och riktlinjer	18
6.5.2	Kvalitetsberättelse	18
6.5.3	Socialnämndens årsbokslut för 2024	19
6.5.4	Protokollgranskning	20
6.5.5	Resultat av stickprov rörande synpunktshantering	20
6.5.6	Bedömning	20
6.6	<i>Missförhållanden och avvikelshantering</i>	21
6.6.1	Rutiner och riktlinjer rörande avvikelshantering samt lex Sarah	21
6.6.2	Kvalitetsberättelse	21
6.6.3	Löpande verksamhetsuppföljning av avvikelshantering och lex Sarah	22
6.6.4	Protokollgranskning	22
6.6.5	Resultat av stickprov	23
6.6.6	Analys/volym av avvikelseantal	25
6.6.7	Bedömning	26
6.7	<i>Kompetensutveckling</i>	27
6.7.1	Kommunövergripande introduktionsdokument	27
6.7.2	Socialförvaltningens introduktionsdokument	27
6.7.3	Utbildningsinsatser kopplat till förvaltningens kvalitetsarbete	28
6.7.4	Återkommande information	29

6.7.5	Årshjul	29
6.7.6	Bedömning	29
7	Samlad bedömning och rekommendationer	31

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning AB (tidigare KPMG) har fått i uppdrag av Uppsala kommuns revisorer att granska det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnden.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom nämndens verksamheter.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagstiftning.

Av granskningen framgår att det saknas ett beslutat kvalitetsledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9. Detta beslut behöver fattas av ansvarig nämnd då beslutanderätt inte får delegeras i frågor rörande kvalitet. Det anges även i, den av kommunfullmäktige fastställda, kvalitetspolicyn att varje nämnd ska besluta om detta.

Vad gäller specifikt frågan om riskanalys och egenkontroll grundas vår bedömning på att det finns ett arbete med detta inom ramen för såväl internkontrollarbetet som i det löpande arbetet. Detta framgår såväl av internkontrollplan som av kvalitetsberättelse. Av internkontrollplan framgår vissa delar av arbetet med riskhantering och uppföljande kontroller och av kvalitetsberättelse framgår rapportering av gjorda egenkontroller i verksamheten. Däremot saknas dokumenterade former för hur systematiska riskanalyser och egenkontroller ska genomföras i verksamheten. Vi bedömer att det behöver finnas systematiska riskanalyser utöver de riskanalyser som genomförs inom ramen för internkontrollprocessen. Detta då den interna kontrollen och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete baseras på olika regelverk med olika syften

Det finns rutiner för att utreda klagomål och synpunkter. Av rutinerna framgår tydligt vilka roller och ansvar som specifika funktioner i förvaltningen har. Granskningen visar även på att synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras på en övergripande nivå i kvalitetsberättelsen. Vi kan dock inte, som en följd av genomförd protokollgranskning, se att nämnden fått ta del av någon ytterligare återrapportering, sammanställning eller analys av inkomna synpunkter eller klagomål. Genomförd stickprovsgranskning visar på att det saknas systematiska arbetssätt för att säkerställa att synpunkter utreds inom angivna tidsramar som framgår i styrande dokument. Vid stickprov noteras enstaka brist avseende skyndsamhet.

Vidare visar granskningen på att socialnämnden har rutiner för arbetet med rapportering och handläggning av avvikelser, missförhållanden och risk för missförhållanden, där det framgår vilka roller och ansvar som specifika funktioner i förvaltningen har. Av granskningen framgår även att

socialnämnden under 2025 beslutat om en fördjupad uppföljning och kontroll på sina sammanträden gällande de ärenden som bedöms vara av allvarligt missförhållande eller risk för sådant som ska anmälas till IVO (lex Sarah).

Vid vår stickprovskontroll framkommer de sex lex Sarah utredningarna som granskats har genomförts enligt rutin och bedömning om anmälan ska göras till IVO eller ej har dokumenterats av avdelningschef enligt delegationsordning och rutin i fem av sex granskade utredningar.

Vid stickprovskontrollen gällande avvikelser framkommer att de utredningar som genomförts i allt väsentligt följer de rutiner som finns. Dock noterar vi att det finns brister i skyndsamhet. Vid vår granskning kan vi i de fall utredningar inte slutförts inom två månader inte se att det finns andra anledningar dokumenterade än organisatoriska.

Vi kan se att det finns ett centralt introduktionsprogram där kvalitetsfrågor till viss del ingår som en del av introduktionen. Vidare framgår att anställda får en utbildning i kvalitetsfrågor där slutförandegrad av utbildningarna också följs systematiskt.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



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

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Tillse att kommunens tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för det systematiska kvalitetsarbetet fastställs av socialnämnden och dokumenteras.
- Säkerställa att det finns rutiner för arbetet med riskanalyser och egenkontroller gällande det systematiska kvalitetsarbetet.
- Fastställa tidsramar för hanteringen av avvikelser för att säkerställa en skyndsam hantering.
- Tillse att systematisk uppföljning sker av avvikelse- och synpunktsutredningar i syfte att säkerställa följsamhet till gällande rutiner.
- Överväga att löpande följa upp inkomna synpunkter och klagomål vid nämndens sammanträden i ett led att stärka det systematiska förbättringsarbetet.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning AB (tidigare KPMG) har fått i uppdrag av Uppsala kommuns revisorer att granska det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnden. Syftet med granskningen är att

bedöma om socialnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom nämndens verksamheter.

Socialnämnden ansvarar enligt antaget reglemente för samtliga uppgifter enligt socialtjänstlagen (SoL), för vilka ingen annan nämnd i kommunen ansvarar. Socialnämnden ansvarar således för bland annat individ- och familjeomsorg.

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." Därtill regleras i 3 kap 3 § SoL (2001:453) att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Vad gäller den del av verksamheten som avser barn och unga framgår även av 3 kap 3a § SoL att nämnden ska se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden.

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

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

Socialstyrelsen betonar att personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet 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 socialnämndens verksamheter. Revisorerna har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av det systematiska kvalitetsarbetet

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagstiftning.

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga:

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

3.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats i enlighet med revisionsfrågorna. Granskningen avser socialnämnden.

4 REVISIONSKRITERIER

Granskningen utgår från nedanstående revisionskriterier. Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som ligger till grund för bedömningar och slutsatser som framgår i granskningen.

Kommunallagen. 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.

Vidare framgår att en nämnd inte får delegera beslutanderätten i frågor rörande, mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

Socialtjänstlagen.

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 beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

I kap 3, 1§ framgår särskilt att: *”vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.”*

Interna styrdokument.

Detta kan exempelvis avse reglementen samt riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med mera.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av olika rutiner och riktlinjer rörande det systematiska kvalitetsarbetet, egenkontroller, avvikelser, lex Sarah, utbildningsplaner, klagomål, synpunkter, internkontrollplan och kvalitetsberättelse.

Intervjuer har genomförts med nedanstående funktioner:

- Direktör för socialförvaltningen.
- Stabschef socialförvaltning
- Socialnämndens presidium
- Områdeschefer för barn och unga myndighet
- Enhetschef avdelningen vuxen
- Enhetschef barn och unga insats
- Utvecklingsledare med ansvar för kompetensutveckling
- Kvalitetsutvecklare

Därtill har en stickprovskontroll genomförts där ett urval av avvikelser, rapporter enligt lex Sarah och klagomål har granskats avseende utredning och åtgärder. Då granskningen endast genomförs i ett urval av ärenden kan resultatet av stickprovet ej tas som helhetsbild för nämndens arbete.

Resultatet av stickprovet presenteras i avsnitten 7.5.5 och 7.6.5. Vidare har vi genomfört en övergripande analys av rapporterade avvikelser och lex Sarah inom verksamheterna.

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



Alla som intervjuats har fått möjlighet att ta del av ett faktakontrollerat utkast av rapporten.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt föreskrift ansvarar för att det finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem¹. Ledningssystemet ska användas för att på ett systematiskt och fortlöpande sätt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som verksamheten behöver för att säkra verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Vidare ska rutinerna beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange ansvarsfördelningen för utförandet i verksamheten.

Föreskriften förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Vidare beskrivs hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Kvalitet definieras enligt föreskriften på följande sätt:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I föreskriftens 4 kap. finns bestämmelser kring ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. Ledningssystemet ska användas fortlöpande och systematiskt för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att identifiera, beskriva och fastställa processer i verksamheten. Dessa ska anpassas till verksamhetens art och omfattning. Kvalitetsledningssystemet bör bland annat innehålla följande delar:

- Processer
- Samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete
 - Riskanalyser
 - Egenkontroll

¹ SOSFS 2011:9

- Klagomål och synpunkter
- Rapporteringsskyldighet
- Personalens medverkan
- Dokumentationsskyldighet
- Kvalitetsberättelse

Kvalitetsberättelse

Av 7 kap. i ovan nämnd föreskrift framgår vidare av allmänna råd att vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst årligen bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med dokumentationen som utgångspunkt. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

En kvalitetsberättelse bör innehålla en redogörelse där det framgår:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som uppnåtts

Utöver det kan kvalitetsberättelsen innehålla en redogörelse för hur risker har hanterats, hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats, hur rapporter, klagomål och synpunkter har hanterats samt en beskrivning av vilka förbättringar som ovanstående aktiviteter gett upphov till.

6.2 ÖVERGRIPANDE STYRDOKUMENT, POLICYS, RIKTLINJER, ORGANISERING

6.2.1 Reglemente

I *"reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun"*² framgår att kommunstyrelsen bland annat skall:

1. övervaka att av fullmäktiges fastställda kvalitetskrav, mål, riktlinjer och program för verksamheten samt ekonomi följs upp i nämnderna,

Därtill står det att socialnämnden särskilt ansvar för att:

² 2023-11-06. Beslutad av kommunfullmäktige.

1. samtliga uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453), för vilka ingen annan nämnd i kommunen ansvarar,
2. stöd till boende enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter,
3. kommunens uppgifter avseende mottagande av ensamkommande barn enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.,
4. uppgifter enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
5. uppgifter enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
6. de uppgifter som åvilar en socialnämnd enligt hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) i kommunens särskilda boenden för personer med missbruksproblem,
7. de uppgifter i övrigt som enligt lag ankommer på socialnämnd och som inte särskilt anförtrotts annan nämnd i kommunen

6.2.2 Kommunövergripande kvalitetspolicy

I dokumentet "*Kvalitetspolicy*"³ regleras kommunens gemensamma grund för det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetspolicyn beskriver bland annat hur Uppsala kommun ska arbeta med att kvalitetssäkra och utveckla verksamheten. Det framgår bland annat att:

Nämnder och styrelser

- Utvecklar och beslutar om ett ändamålsenligt system för kvalitetsarbetet
- Säkerställer en funktionell kontrollmiljö

Varje chefs ansvar:

- Att skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete
- Att verksamhetens kvalitet definieras, följs och redovisas
- Att arbeta för ständiga förbättringar och åtgärda fel och brister i verksamheten

Varje medarbetares ansvar:

- Att vara engagerad i och ta initiativ till verksamhetens utveckling
- Att arbeta för ständiga förbättringar och åtgärda fel och brister i verksamheten

6.2.3 Kvalitetsledningssystem

Av socialförvaltningens kvalitetsberättelse för 2024⁴ framgår att Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem (KLS) består av förvaltningens fastställda och publicerade styrande och

³ KSN-2017-3087, Fastställd av kommunfullmäktige 2018-01-29

⁴ Saknas datering.

stödande dokument. I nuläget finns enbart ett fåtal processer publicerade, men det framgår av berättelsen "att systemet inom kort också ska kunna tillgodosäkra kravet på tillgängliga processer".

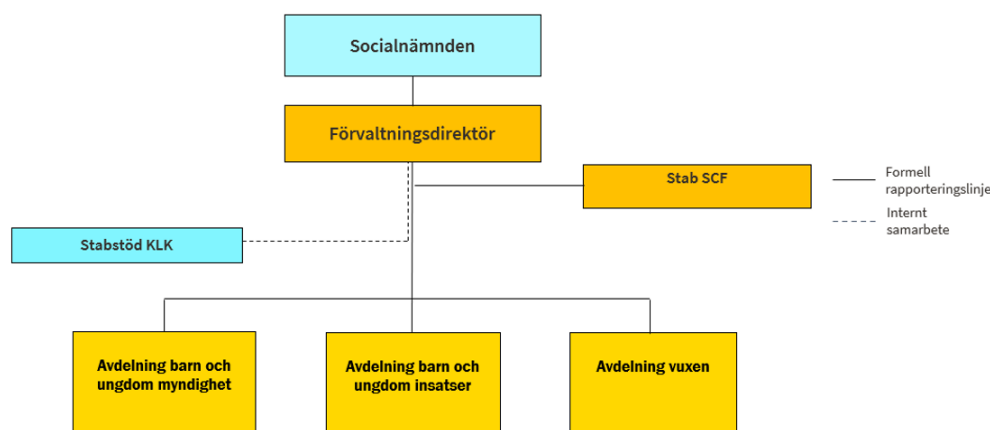
Vi har tagit del av olika dokumentet som beskriver hur KLS (Kvalitetsledningsstöd), förvaltningens ledningssystem, fungerar i praktiken. Till exempel beskrivs det hur dokument ska hanteras i KLS, hur man praktiskt navigerar i systemet, vilka roller/ansvar de som använder systemet har samt tekniska beskrivningar av det. Detta beskrivs bland annat i dokumenten: "tjänstebeskrivning för tjänsten Kvalitetsledningsstöd (KLS)"⁵, "Rutin - Arbeta i kvalitetsledningsstöd (KLS)"⁶ och "Hantera dokument i kvalitetsledningsstödet, KLS"⁷

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOF 2011:9) framgår i 3 kapitlet 1§ att den som bedriver socialtjänst (i detta fall Socialnämnden i Uppsala kommun) ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Av granskningen framgår att socialnämnden har fattat beslut om vilket systemstöd som ska användas men det saknas beslut om ledningssystemet som helhet.

6.3 FÖRVALTNINGENS ORGANISERING

I presentationsunderlaget "Introduktion för nyanställda"⁸ återfinns en övergripande skiss över förvaltningens organisation som består av tre avdelningar och en stab.

Socialförvaltningen maj 2025



Av intervjuer beskrivs att staben bland annat samordnar de övergripande kvalitetsfrågorna i verksamheten.

⁵ Daterad 2024-11-26. Version 1.1

⁶ Daterad 2024-12-09. Upprättad av kommunledningskontoret.

⁷ Daterat 2025-01-30

⁸ Daterad 2025-05-13

6.4 RISKANALYS OCH EGENKONTROLL

Som tidigare angett saknas det ett beslutat ledningssystem som redogör för bland annat arbetet med riskanalys och egenkontroll. Däremot beskrivs arbetet med övergripande riskanalys och förvaltningens egenkontroller i internkontrollplanen och kvalitetsberättelsen, vilket beskrivs i kommande i avsnitt.

I intervjuer beskrivs det hur egenkontroller genomförs i verksamheten enligt nedan planer samt att det görs riskanalyser vid förändringar av arbetssätt. Vidare beskrivs riskanalyser göras vid avvikelser och lex Sarah-rapporter (se avsnitt 7.6).

6.4.1 Internkontrollplan

Av socialnämndens internkontrollplan⁹ återfinns ett flertal kontrollområden under rubriken *”Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner”* där olika former av uppföljande kontroller genomförs. Till exempel kontrolleras *”Inför varje ordinarie individutskott tar justeraren i individutskotten ett stickprov om minst tre ärenden. Genomförd kontroll redovisas månadsvis i protokollen för individutskotten och sammanställs per delår i april och bokslut vid uppföljning av internkontrollplan. Enhetschefer redogör för stickproven av ärenden och bistår individutskotten i kontrollen.”* och *”Granskning av social dokumentation genom att stickprov av ärenden, vilka kontrolleras utifrån en kvalitetschecklista”*. I internkontrollplanen finns även ett riskregister där alla identifierade riskområden har graderats och där de mest *”allvarliga”* riskerna är de som sedan beslutas om inom ramen för internkontrollplanen.

I presentationsunderlag *”Process MB, VP och IKP”*¹⁰ beskrivs det hur förvaltningen under föregående år tog ett nytt grepp avseende socialförvaltningens riskregister och hela internkontrollplansprocessen. I dokumentet finns det även en beskrivning av vilka hållpunkter som förvaltningen ska arbeta mot för mål, budget och verksamhetsplan och internkontrollplan 2026. Till exempel när internkontrollplan och budget ska vara klart för arbetsutskott att ta del av, eller när nämnden ska vara med i riskanalysarbetet via en workshop.

I intervjuer beskrivs det hur nämnden är involverad i arbetet med att ta fram de risker som presenteras i *”risk-registret”* inom ramen för internkontrollarbetet som anges vara en del i det systematiska kvalitetsarbetet. I faktakontroll framförs det att riskregister utgör underlag för verksamhetsplan, internkontrollplan och övrigt planeringsarbete för nämnden.

⁹ Daterad 2024-12-02

¹⁰ Daterad 2025-04-23

6.4.2 Kvalitetsberättelse

I förvaltningens kvalitetsberättelse återfinns ett segment om egenkontroll. Där beskrivs det hur egenkontrollen utformas och genomförs nära den verksamhet som kontrolleras. I

socialförvaltningen kan egenkontrollen omfatta allt från kvalitet i handläggning och dokumentation till uppföljning av ekonomiska processer. Vidare beskrivs det hur ramarna för egenkontroll inte enbart sätts utifrån socialnämndens internkontrollplan eller andra kontroller som genomförs på uppdrag av nämnden. Viss egenkontroll genomförs också i samband med, eller med anledning av, andra myndigheters önskemål om uppgifter, men merparten av förvaltningens egenkontroll sker på eget initiativ. Dessa initiativ kan till exempel väckas när nya eller förändrade arbetssätt införs eftersom det ofta medför ett behov av uppföljning för att säkerställa att förvaltningen ser önskade resultat och för att identifiera eventuella justeringar.

I dokumentet beskrivs det hur flertalet egenkontroller genomförs av personer i eller nära den operativa verksamheten, exempelvis den kollegiala granskningen som leds av teamledare. Deras gemensamma bedömningar och analys anges medföra ett kunskapsutbyte, och granskningarnas resultat beskrivs omedelbart bli förankrad i verksamheten.

Vidare beskrivs det hur socialförvaltningens egenkontroll är omfattande och sker i både stor och liten skala. Vissa kontroller avser hur hela förvaltningen arbetar. Av granskningen framkommer att förvaltningen genomför och beskriver egenkontroller på flera olika sätt till exempel i kvalitetsberättelsen, årsbokslut. Vidare beskrivs det hur kvalitetsutvecklare besöker ledningsgruppen enligt beslutat årshjul och stämmer av förbättringsarbetet med fokus på avvikelser/lex Sarah och synpunkter. Vid besök i ledningsgruppen går kvalitetsutvecklarna igenom antal inkomna rapporter, trender och vilka åtgärder som trenderna inneburit. Vidare tar de upp om det är något som sticker ut kring de rapporter som inkommit, enhet för enhet. En mer övergripande dragning av den genomgången sker sedan till nämnden. Kvalitetsutvecklare följer också upp alla lex Sarah-utredningar och dess åtgärder.

6.4.3 Iakttagelser från intervju

Av intervjuer framgår att det finns löpande diskussioner i den dagliga verksamheten kring olika risker som kan påverka kvalitetsarbetet. I de fall risker noteras tas handlingsplaner fram och åtgärder kopplat till det. I samband med faktakontrollen lyfter de intervjuade från presidiet att nämnden skickar rapporter till IVO varje kvartal med ärenden som dragit ut på tiden, så kallade ej verkställda beslut. Dessa är inte avvikelser i formen att något gått fel men de är, enligt presidiets mening, avvikelser såsom att ett arbete inte blivit utfört. Genom dessa rapporter får nämnden en bild om det börjar dra iväg med någon del av förvaltningen som kanske behöver justera arbetssätt eller få mer

resurser för att kunna utföra sitt arbete. Därtill lyfts det att uppföljning av privata utförare är en viktig del av kvalitetsuppföljningen. Detta har varit mer fokus för nämnden på senare del mot bakgrund av den samhällsutveckling som sker och att det numera görs mer omfattande granskningar än tidigare.

6.4.4 Bedömning

Vi bedömer att socialnämnden endast delvis säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll

Inledningsvis kan vi konstatera att det saknas ett beslutat kvalitetsledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9. Det beslut vi tagit del av avser endast beslut om systemstödet och inte ledningssystemet i sig. Enligt gällande lagstiftning behöver den som bedriver socialtjänst besluta om ett ledningssystem. Detta beslut behöver fattas av ansvarig nämnd då beslutanderätt inte får delegeras i frågor rörande kvalitet. Det anges även i, den av kommunfullmäktige fastställda, kvalitetspolicyn att varje nämnd ska besluta om detta.

Vad gäller specifikt fråga om riskanalys och egenkontroll grundas vår bedömning på att det finns ett arbete med detta inom ramen för såväl internkontrollarbetet som i det löpande arbetet. Detta framgår såväl av internkontrollplan som av kvalitetsberättelse. Av internkontrollplan framgår vissa delar av arbetet med riskhantering och uppföljande kontroller och av kvalitetsberättelse framgår rapportering av gjorda egenkontroller i verksamheten. Däremot saknas dokumenterade former för hur systematiska riskanalyser och egenkontroller ska genomföras i verksamheten.

Vi bedömer att det behöver finnas systematiska riskanalyser utöver de riskanalyser som genomförs inom ramen för internkontrollprocessen. Detta då 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, föreskrifter och interna processer samt rutiner, vilket innebär ett betydligt bredare angreppssätt. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

6.5 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

6.5.1 Rutiner och riktlinjer

I den kommunövergripande riktlinjen *”riktlinje för synpunktshantering, felanmälan, avvikelser och servicemätning”*¹¹ beskrivs vilka former av ärendetyper som finns och hur de definieras, till exempel vad som är en synpunkt, en avvikelse eller ett fel. Vidare beskrivs det hur mottagning, dokumentation, åtgärd och återkoppling i ärenden ska ske. Riktlinjen anger därtill att det ska finnas rutiner för att ta emot synpunkter och för att hantera och åtgärda fel och avvikelser i verksamheterna.

I verksamhetens rutin *”Registrera och handlägga synpunkter”*¹² framgår vilket ansvar respektive funktion och roll i förvaltningen har kring synpunktshandlingen. Här anges att handläggare/ansvarig chef ska utreda och åtgärda synpunkt inom sitt ansvarsområde samt att kvalitetsutvecklare ska bevaka systemet för inkomna synpunkter och tillse förmedling till rätt enhet.

Av rutin framgår även följande tidsramar för arbetet:

- Mottagen synpunkt ska bekräftas till synpunktslämnaren, om ej anonym, **inom tre arbetsdagar**.
- Återkoppling ska ske till synpunktslämnare, om ej anonym, **inom tre veckor** med information om vilka åtgärder som genomförts eller planeras att genomföras (om det av ärendets karaktär är möjligt).
- Synpunkt ska avslutas senast **två månader** efter sista konversation med synpunktslämnaren.

6.5.2 Kvalitetsberättelse

I socialförvaltningens kvalitetberättelse för 2024 framgår att förvaltningen registrerat 73 synpunkter under 2024 fram till 10 november, vilket anges vara sex färre än 2023. De flesta inkomna synpunkterna berör klagomål på handläggning, myndighetsutövning, bemötande och service. Det beskrivs även att det vid utredning av synpunkter i de flesta fall att åtgärder redan var genomförda i ärendena.

I kvalitetsberättelsen finns det även ett segment där förvaltningen presenterar en övergripande analys av de inkomna synpunkterna. I ett flertal fall bedöms verksamheten inte ha brustit i förhållande till lagstiftning, processer och rutiner och av den anledningen har de flesta utredande chefer gjort bedömningen att synpunkten inte lett till en förbättrad verksamhet.

¹¹ Daterad 2017-12-05, Fastställd av kommunstyrelsen

¹² Daterad 2024-06-24

Därtill framgår att förvaltningen under 2024 implementerat ett nytt kommungemensamt system (DF respons) för att registrera, motta, utreda och besvara inkomna synpunkter. Införandet av DF respons beskrivs framöver leda till att verksamheterna får en möjlighet att följa upp statistik även på aggregerad nivå, i syfte att upptäcka eventuella mönster och trender som skulle kunna indikera brister i verksamhetens kvalitet. I kvalitetsberättelsen framgår även hur det troligen föreligger en viss underrapportering av synpunkter och dokumentation av synpunkter.

Av granskningen framgår att omfattningen av synpunkter i hög grad varierar mellan olika enheter. Vissa verksamheter har således inget underlag att analysera inom ramen för sitt systematiska förbättringsarbete. Andra intervjuade lyfter att deras målgrupper är mer benägna att lämna in synpunkter och klagomål, vilket gör att medarbetarna är vana vid att hantera dessa typer av frågor och har en god följsamhet mot de rutiner som finns på området.

Därtill framgår av intervjuerna att förvaltningen kan utveckla sitt analysarbete över inkomna synpunkter och klagomål, men att förhoppningen är att det nyligen implementerade verksamhetssystemet ska leda till en förbättring och utveckling av analysarbetet. Vidare beskrivs det hur chefer, men framför allt kvalitetsutvecklare, är inne i verksamhetssystemet löpande och kontrollerar att synpunkter och klagomål omhändertas. I intervjuer med nämndens presidium framförs det att de inte, på ett systematiskt sätt, får ta del av någon sammanställning eller analys av de klagomål och synpunkter som inkommer till verksamheten.

6.5.3 Socialnämndens årsbokslut för 2024

I socialnämndens årsbokslut¹³ återfinns det ett segment i årsredovisningen som kallas för "särskild rapportering" som specifikt berör synpunkter. Det framgår bland annat att förvaltningen gjort följande analyser kopplat till synpunkts- och klagomålshanteringen:

- *Under 2024 har nämnden implementerat användningen av det nya kommungemensamma systemet för synpunktshantering (DF respons). Utifrån verksamhetens omfattning är dock antalet registrerade synpunkter lägre än väntat. Även om det är svårt att belägga omfattningen kan det antas att det finns ett mörkertal av synpunkter som inkommer i andra former eller genom andra kanaler än de tilltänkta, och som inte registreras som synpunkter i systemet.*
- *Socialnämndens största verksamheter är att utreda, besluta och bedriva individ- och familjeomsorg. Därför faller det sig naturligt att de vanligaste synpunkterna inkommer från brukare eller anhöriga gällande handläggning, tillgänglighet eller bemötande kopplat till sitt*

¹³ Daterad 2025-02-07. SCN-2025-00042

eget eller en anhörigs ärende. Hur synpunkten har omhändertagits är i hög grad beroende på vad synpunkten avser och omständigheterna i dessa ärenden, men har som generell regel återkopplats till berörda parter. Det är dock inte alltid möjligt eller lämpligt att tillmötesgå önskemål som synpunktslämnaren framför.

- *Inkomna synpunkter utgör en del av socialnämndens del systematiska och övergripande förbättringsarbete, men det har inte inkommit någon synpunkt som på egen hand föranlett ett större utvecklingsarbete.”*

6.5.4 Protokollgranskning

Vi har inom ramen för granskningen kontrollerat nämndens protokoll mellan perioden 2024-02-14 och 2025-10-16. Vi kan se att nämnden under sammanträdet 2024-03-27¹⁴ fick ta del av 2023 års kvalitetsberättelse. Vi kan dock inte sett att nämnden, vid granskningens tidpunkt, fått ta del av 2024 års kvalitetsberättelse fram till och med protokollet 2025-10-16.

6.5.5 Resultat av stickprov rörande synpunktshantering

Urval har genomförts på synpunkter under perioden 15 september 2024 till 31 december 2024. Denna period har verksamheten mottagit 32 synpunkter. 20% av ärendena har granskats i form av stickprovskontroll. Var femte ärenden har granskats. Av de sex granskade synpunkterna har samtliga utom en synpunkt hanterats i enlighet med rutin. Den avvikelse som noteras avser en synpunkt som inte avslutats inom två månader.

6.5.6 Bedömning

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

Vi baserar vår bedömning på att det finns rutiner för att utreda klagomål och synpunkter i enlighet med, de av kommunstyrelsen, antagna riktlinjerna. Av rutinerna framgår tydligt vilka roller och ansvar som specifika funktioner i förvaltningen har. Granskningen visar även på att synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras på en övergripande nivå i kvalitetsberättelsen. Vi kan dock inte, som en följd av genomförd protokollgranskning, se att nämnden fått ta del av någon ytterligare återrapportering, sammanställning eller analys av inkomna synpunkter eller klagomål.

¹⁴ § 39. Informationsärenden.

Vidare noterar vi att det saknas systematiska arbetssätt för att säkerställa att synpunkter utreds enligt styrande dokument samt inom de angivna tidsramarna. Vid stickprov noteras enstaka brist avseende skyndsamhet.

Vi noterar även att det i kvalitetsberättelsen framgår att förvaltningen noterat att det förmodligen råder en underrapportering gällande synpunkter och klagomål, däremot saknas en analys av denna iakttagelse.

6.6 MISSFÖRHÅLLANDEN OCH AVVIKELSEHANTERING

6.6.1 Rutiner och riktlinjer rörande avvikelsehantering samt lex Sarah

I rutinen *"Rapportera och handlägga avvikelser samt missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah"*¹⁵ beskrivs arbetet med handläggning av avvikelser, och lex Sarah-rapporter inom socialförvaltningen. Rutinen beskriver vilket ansvar respektive roll har i processen, däribland framgår att enhetschef ansvarar för att ta emot och utreda avvikelser och lex Sarah-rapporter samt följa upp vidtagna åtgärder. Kvalitetsutvecklarens roll är bland annat att vara ett stöd i arbetet.

Av rutinen framgår hur arbetet ska genomföras. Vidare finns tidsangivelser avseende den omedelbara bedömningen av inkomna avvikelser eller rapporter, som ska göras senaste nästkommande dag. Det saknas i övrigt tidsangivelser för arbetet med utredning av avvikelser och lex Sarah-rapporter. I samband med faktakontroll framkommer att förvaltningen att rutinen enligt ovan har reviderats 18 november 2025. Av reviderad rutin framgår att kvalitetsutvecklare ska utreda lex Sarah rapporter i samarbete med aktuell chef och andra berörda.

Av *"socialnämndens delegationsordning"*¹⁶ framgår det att avdelningschef bland annat har delegerats beslutsmandatet att anmäla till IVO avseende lex Sarah.

6.6.2 Kvalitetsberättelse

I socialförvaltningens kvalitetsberättelse framgår bland annat förvaltningens analys av trender och mönster gällande avvikelser. Initialt konstateras det i analysen hur det troligen råder en underrapportering. Därefter beskrivs att det fortsatt finns brister kopplade till avvikelse typerna *"handläggning"*, *"sekretess"* och *"verksamhet"*, vilket är det som mest frekvent rapporteras. Förvaltningen har gjort nio lex Sarah-rapporter fram till 11 november 2024. Av dessa har tre bedömts som ett allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. De senaste fyra åren anges att

¹⁵ Daterad 2025-01-13

¹⁶ Daterad 2025-04-28. Beslutad av socialnämnden.

antalet lex Sarah-rapporter uppgått till cirka 20 rapporter årligen. Under 2024 konstateras dock ett trendbrott utifrån att antalet halverats.

6.6.3 Löpande verksamhetsuppföljning av avvikelshantering och lex Sarah

Vi har tagit del av presentationsunderlagen *"Uppföljning helår 2024"*¹⁷ och *"Uppföljning per augusti 2024"*¹⁸. Av dessa framgår statistik över antal avvikelser, en fördelning över hur det ser ut per avdelning samt antal lex Sarah-rapporter per avdelning (bland annat beskrivs det hur många av dessa ärenden som gått vidare till IVO). Det framgår även i uppföljningen per augusti att det råder en viss underrapportering. I underlaget finns även en kort och övergripande trendanalys över de inkomna lex Sarah-rapporterna som inkommit under perioden.

6.6.4 Protokollgranskning

Som tidigare nämnt har vi inom ramen för granskningen kontrollerat nämndens protokoll (mellan perioden 2024-02-14 och 2025-10-16) och vi kan se att nämnden under sammanträdet 2024-03-27¹⁹ fick ta del av information kring 2023 års kvalitetsberättelse.

Vid sammanträdet 2025-03-26 framgår att nämnden, under rubriken "utbildning", fått ta del av *"Presentation av förvaltningens kvalitetsledningsstöd, KLS samt rutinerna kring lex Sarah anmälningar, personuppgiftsincidenter mm."*. Det finns inget bifogat underlag i protokollet kring vad denna utbildningsinsats berört för områden.

I socialnämndens i sammanträdesprotokoll 2025-06-11²⁰ framgår att nämnden beslutat om ett nytt arbetssätt för lex Sarah-ärenden. I den tillhörande utredningen²¹ som nämndbeslutet bygger på framgår att:

Förvaltningen föreslår följande förtydliganden och tillägg i befintlig rutin utöver det som redan görs:

- *"Förvaltningsdirektör informerar ordförande efter att avdelningschef bedömt att ett ärende är ett allvarligt missförhållande eller risk för sådant, som ska anmälas till IVO.*
- *Vid nästföljande arbetsutskott informerar förvaltningen muntligt om händelsen (och den bedömning som gjorts).*

¹⁷ Daterad januari 2024

¹⁸ Daterad september 2024

¹⁹ § 39. Informationsärenden.

²⁰ § 116 Utredning av informationsflödet gällande lex Sarah-ärenden och yttranden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). SCN-2025-00401.

²¹ Diarienummer SCN-2025-00401. Daterad 2025-05-22.

- *När utredningen är klar (senast 2 månader från det att rapport inkommit) och anmälan om allvarligt missförhållande gjorts till IVO ska utredningen i sin helhet tas upp som ett anmälningsärende på socialnämndens nästkommande sammanträde.*
- *När beslutet kommer från IVO så anmäls även detta på nästkommande nämndsammanträde tillsammans med en redogörelse för eventuella kompletteringar som IVO begärt beträffande utredningen.”*

Vi kan inte, vid granskningens tidpunkt, se att socialnämnden tagit del av 2024 års kvalitetsberättelse, eller annan aggregerad uppföljning och analys av de inkomna avvikelserna eller lex Sarah-rapporterna till och med protokollet 2025-10-16.

Vid intervjuer framgår att avvikelser och lex Sarah-rapporter tas upp och analyseras vid bland annat ledningsgruppens möten. I intervjuer med nämndens presidium framgår att de får ta del av sammanställningar av antal avvikelser och lex Sarah-anmälningar, men att det kanske inte syns i protokollet på ett tydligt sätt. Detta eftersom protokollen är korta och koncist formulerade och inte lyfter alla områden som berörs vid sammanträdena. I samband med faktakontrollen förtydligar nämndens presidium att anledningen till att det inte finns spår i protokollen för att ärenden rörande lex Sarah är sekretesskänsliga och därmed tas information upp muntligt, under stängda möten och dokumenteras inte i protokollet.

6.6.5 Resultat av stickprov

Under perioden 15 september 2024 till 30 april 2025 har verksamheten upprättat 199 avvikelser. 18 av ärendena har granskats av Azets i form av stickprovskontroll. Under 2024 och 2025 har tio lex Sarah-rapporter upprättats. Fyra av dessa har anmälts till IVO. Vi har granskat sex av dessa. Totalt har således 24 ärenden granskats.

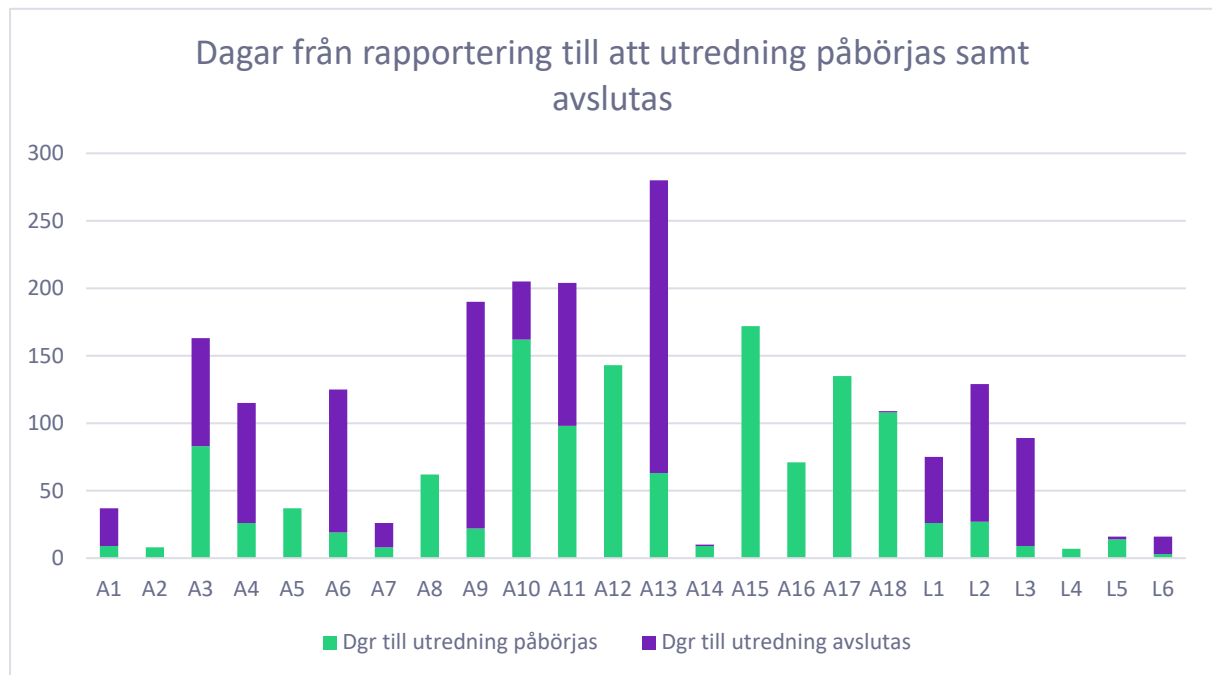
Samtliga granskade avvikelser och lex Sarah-rapporter är upprättade enligt rutin. Av gällande rutiner framgår att mottagande chef ska genomföra en första bedömning omedelbart, senast nästföljande arbetsdag. Vi har inte sett någon dokumentation av den omedelbara bedömningen i något av de granskade ärendena. Detta medför att det systematiskt inte går att säkerställa att detta blivit gjort.

Vidare framgår av rutinerna att omedelbara åtgärder ska dokumenteras samt att en konsekvensbedömning ska genomföras. I 22 av 24 ärendena har omedelbara åtgärder dokumenterats, i 19 av 24 ärenden finns en dokumenterad konsekvensbedömning.

15 av 24 granskade rapporterna har en färdigställd utredning. Av de nio rapporterna som inte har en färdigställd utredning har en sådan påbörjats i sex ärenden. Vad gäller utredning saknas rutiner som

anger tidsramar för arbetet med utredning, varför vi inte kan bedöma om hanteringen har skett enligt rutiner eller ej.

Tabellen nedan visar utredningstider. I de fall utredning ännu ej påbörjats vid tidpunkt för stickprov den 25 juni, har antal dagar beräknats fram till datum för stickprov. Samma sak gäller för de fall där utredning är påbörjad men ännu ej avslutad. Nedan figur visar därmed hur situationen skulle se ut om alla utredningar färdigställdes dagen efter vår kontroll



I ovan figur har tiden i dagar från upprättad rapport till påbörjad utredning respektive avslutad utredning sammanställts. Sammanställningen har gjorts per varje granskad avvikelse (A) och varje granskad lex Sarah-rapport (L). Av sammanställningen noteras att den genomsnittliga tiden som går mellan rapportering och att utredning påbörjas är 55 dagar samt att tiden som går från att utredning påbörjas till att den avslutas är 46 dagar. Total genomsnittlig tid för processen från rapportering till färdigställande av utredning är 101 dagar i de granskade ärendena.

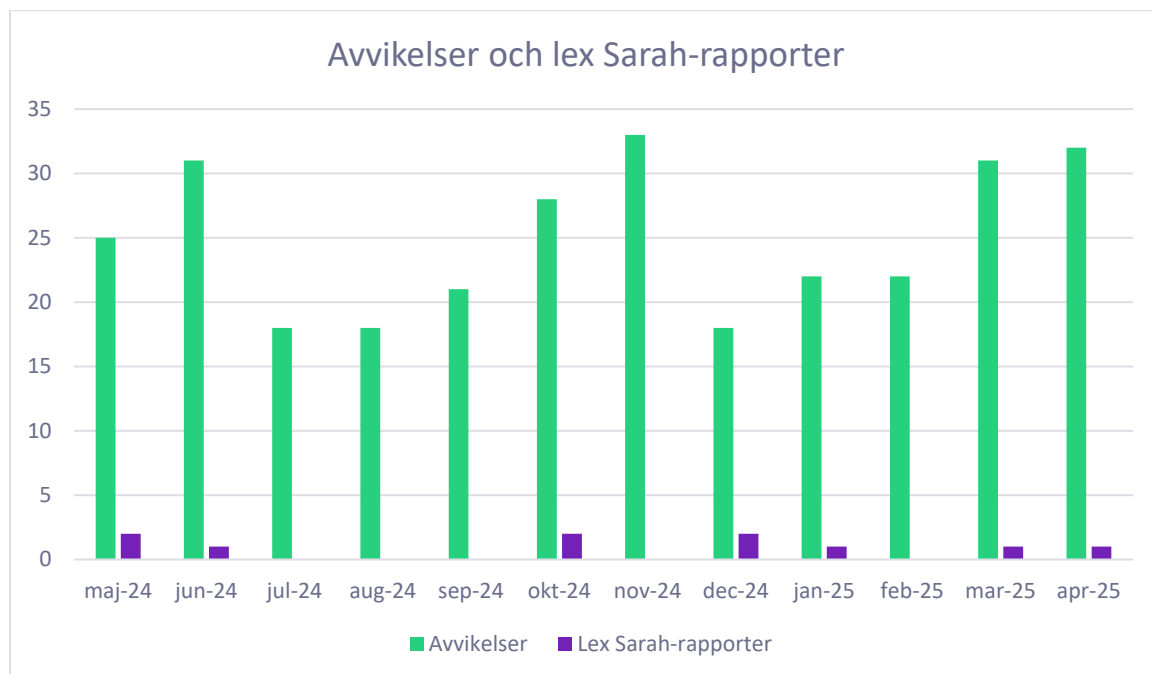
Vad gäller utredningarna av avvikelser kan vi inte i något granskat ärende se att det finns förklarliga skäl till att utredning inte kunnat påbörjas omedelbart och/ eller färdigställas skyndsamt. Det finns ingen dokumentation avseende avvaktan på information eller särskilda utredningsinsatser som förklarar utredningstiderna.

Inom ramen för den utredning som genomförs av förvaltningen ska en risk- och händelseanalys genomföras samt bedömning av allvarighet och sannolikhet. Vi noterar att detta gjorts i samtliga av de 15 ärendena som har en färdigställd utredning.

I rutiner framgår att åtgärder ska sättas in vid behov. Vid behov av uppföljning ska plan för uppföljning sättas och uppföljning därefter genomföras. Vi noterar att åtgärder inte satts in ett par ärenden. I ett flertal av de granskade ärendena har åtgärder satts in och i ett flertal finns plan för uppföljning av åtgärder. Av de som haft plan för uppföljning har uppföljning inte dokumenterats enligt plan i tre av ärendena.

Sex av de granskade rapporterna har hanterats som lex Sarah-rapporter. Enligt delegationsordning ska avdelningschef bedöma om anmälan ska göras till IVO, så är gjort i fem av sex granskade ärenden. I ett av ärendena finns enbart dokumentation av utredares bedömning. Vid faktakontroll framkommer att verksamheten missat att signera med behörig delegats namn men att behörig delegat har gjort en bedömning.

6.6.6 Analys/volym av avvikelseantal



Inom ramen för vår granskning har vi genomfört en övergripande analys avseende rapporterade avvikelser och lex Sarah inom verksamheterna.

Vi har tagit del av antal avvikelser och lex Sarah-rapporter under det senaste 12 månaderna per den 30 april 2025. Vi har inte tagit del av orsakskoder avseende dessa avvikelser då den statistiken inte finns sammanställd i fastställda rapporter och berättelser. Vi noterar att antal avvikelser pendlar mellan 18 och 32 per månad med ett genomsnitt på 25 avvikelser. Under perioden har lex Sarah-rapporter pendlat mellan 0 och 2. Vi noterar att antalet rapporter är markant lägre under juli, augusti och december.

Däremot har vi tagit del av sammanställning av orsak för avvikelser under helåret 2024. I förvaltningens kvalitetsberättelse, som redan återgetts i detta kapitel, återfinns analyser av vad avvikelserna samt lex Sarah-rapporterna avser.

6.6.7 Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden i allt väsentligt säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten.

Vi baserar vår bedömning på att socialnämnden har rutiner för arbetet med rapportering och handläggning av missförhållanden och risk för missförhållanden, där det framgår vilka roller och ansvar som specifika funktioner i förvaltningen har.

Granskningen visar dock att det inte finns några dokumenterade spår, i till exempel protokollen, att nämnden vid granskningens tidpunkt, inte tagit del av någon sammanställning av antal avvikelser, lex Sarah-anmälningar eller en kvalitetsberättelse under 2025. Av granskningen framgår även att socialnämnden under 2025 beslutat om en fördjupad uppföljning och kontroll på sina sammanträden gällande de ärenden som bedöms vara av allvarligt missförhållande eller risk för sådant som ska anmälas till IVO (lex Sarah).

Vid vår stickprovskontroll framkommer de sex lex Sarah utredningarna som granskats har genomförts enligt rutin och bedömning om anmälan ska göras till IVO eller ej har dokumenterats av avdelningschef enligt delegationsordning och rutin i fem av sex granskade utredningar.

Vad gäller rutiner som varit gällande under merparten av 2025 framkommer att ansvarig enhetschef ansvarar för genomförandet av lex Sarah utredningar, där kvalitetsutvecklare utgör ett stöd. Vi noterar att rutinen reviderats under granskningens gång, och gör gällande att kvalitetsutvecklare ska utreda i samarbete med aktuell chef.

Det framgår även av delegationsordning att avdelningschef har delegation avseende beslut om anmälan ska göras till IVO eller ej. Vi vill påpeka att ansvaret åligger budgetansvarig chef och vill framhålla vikten av att främja saklighet och opartiskhet vad avser beslut om anmälan till IVO.

Vår bedömning är att socialnämnden endast delvis säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten.

Vi baserar vår bedömning på att socialnämnden har rutiner för arbetet med rapportering och handläggning av avvikelser, där det framgår vilka roller och ansvar som specifika funktioner i förvaltningen har.

Vid vår stickprovskontroll framkommer att de utredningar som genomförts i allt väsentligt följer de rutiner som finns. Dock noterar vi att det finns brister i skyndsamhet. Det saknas förvisso regelverk som anger hur snabbt utredningarna ska genomföras. Dock framgår av föreskrifter att utredning enligt lex Sarah ska färdigställas senast inom två månader efter det att anmälan till IVO gjorts. Vi menar att en utredning av en avvikelse inte kan anses vara mer omfattande än en utredning enligt lex Sarah. Av allmänna råd framgår dock att åtgärder ska vidtas utan dröjsmål. Vi förstår att det kan finnas anledningar till att utredning av avvikelser inte startas direkt vid rapportering, däremot kan vi inte se att utredningar, som inte har startats inom ett par veckor, har startats utan dröjsmål. Att en utredning inte har slutförts inom en viss tidsfrist kan ha flera anledningar. Vid vår granskning kan vi i de fall utredningar inte slutförts inom två månader inte se att det finns andra anledningar dokumenterade än organisatoriska.

Vi vill särskilt framhålla att den genomsnittliga tiden för handläggningen i de granskade ärendena ligger på över 101 dagar och att det saknas former för hur omedelbar bedömning dokumenterats vilket sammantaget gör att vi bedömer arbetet som bristfälligt.

6.7 KOMPETENSUTVECKLING

6.7.1 Kommunövergripande introduktionsdokument

I dokumentet *"Kommungemensam handbok för introduktion av medarbetare"*²² beskrivs övergripande introduktionsmoment som bör ske för alla nyanställda i kommunen. Vidare framgår att vägledningen är kommungemensam och bör kompletteras med förvaltnings- och/eller arbetsplatsspecifika delar.

Det finns av denna anledning inget moment i handboken som berör socialnämndens verksamhet, och inget som specifikt rör förvaltningens kvalitetsarbete.

6.7.2 Socialförvaltningens introduktionsdokument

Vi har även tagit del av en checklista²³ som används vid introduktionen av nya medarbetare där det beskrivs allmänna hållpunkter för de nyanställdas introduktion. Exempelvis står det att

²² Beslutsdatum: 2025-04-23, Diarienummer: KSN-2025-01327

²³ Saknas datering

medarbetaren ska få information om *"lärande och kompetensutveckling"*, *"verksamhetsplan och mål"* och *"medarbetardialoger"*.

I checklistan återfinns inga punkter eller teman som direkt kan kopplas till förvaltningens kvalitetsarbete exempelvis genomgång av kvalitetsledningssystem, avvikelshantering, rutiner för lex Sarah utredning eller dylikt.

Utöver detta framgår av rutinen *"Rapportera och handlägga avvikelser samt missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah"* att chefer ska informera nyanställda medarbetare, både muntligt och skriftligt, om rapporteringsskyldigheten kring avvikelser.

6.7.3 Utbildningsinsatser kopplat till förvaltningens kvalitetsarbete

I kvalitetsberättelsen beskrivs det vilka kompetensutvecklande åtgärder som förvaltningen vidtagit under 2024 rörande arbetet med avvikelser och lex Sarah. Bland annat har kvalitetsutvecklare besökt verksamheterna och genomfört workshops för att öka kunskapen om rapporteringsskyldigheten, vad en avvikelse är och varför man ska rapportera avvikelser. Utöver workshoppar finns det utbildningsfilmer i Lärportalen om hur rapportering och utredning av avvikelser går till för rapportörer och utredare. Vidare har förvaltningen genomfört Flera supportstugor för utredare av avvikelser har genomförts under 2024. Därtill beskrivs det hur svårare eller mer omfattande ärenden hänvisas till individuell support.

Vi har tagit del av olika skärmdumpar från de utbildningar som erbjuds i läroportalen som berör förvaltningens kvalitetsarbete. I dessa utbildningar finns det bland annat information om vad som är en synpunkt, hur en sådan ska registreras och om avvikelshantering.

De intervjuade lyfter också att förvaltningens kvalitetsutvecklare är med och anordnar olika former av träffar (så kallade support-stugor) där anställda kan vända sig för att få hjälp med deras avvikelse och lex Sarah-utredningar

Av intervjuer framgår introduktion kopplat till kvalitetsfrågor i hög grad är ett chefsansvar.

Läroportalen kan ansvarig chef se om medarbetaren genomfört de olika obligatoriska utbildningarna. Enligt uppgift följs *"slutförandegraden"* upp centralt två gånger per år samt löpande av den närmsta chefen. Det beskrivs även hur det generellt finns en större villighet bland nyanställda i jämförelse med de som varit anställda längre, att genomföra dessa utbildningar.

6.7.4 Återkommande information

I det kommungemensamma kvalitetsledningsdokumentet *"APT-guide - Plattform för utveckling och samarbete (APT)"*²⁴ framgår att syftet med arbetsplatsträffar (APT) är att ge förutsättning för ökat medinflytande och ansvarstagande för medarbetarna. Det är samtidigt ett sätt för chefen att styra, leda och utveckla verksamheten. Vidare beskrivs det hur APT mötena ska ges utrymme för dialog kring arbetsmiljö som en del i arbetsmiljöarbetet. I dokumentet återfinns olika förslag på frågor eller teman som ansvarig kan ställa vid APT-mötena. Det beskrivs hur ansvarig chef förslagsvis minst ett par gånger per år bör gå igenom, exempelvis:

- *"Lokala rutiner är direktiv som tas fram på förvaltningen/enheten för det arbete som är aktuellt för enheten.*
- *Säkerställ att medarbetarna har gått obligatoriska utbildningar, som gäller för kommunen och den egna verksamheten t.ex. informationssäkerhet, säkerhetsrutiner etc."*

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av en APT-mall²⁵ och där finns det bland annat fasta punkter som bör behandlas vid mötena, exempelvis: *"avvikelser"* och *"Information - från chef, från medarbetare, från skyddsombud, osv."*

Utöver detta framgår av rutinen *"Rapportera och handlägga avvikelser samt missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah"* att chefer minst en gång per år ska informera alla medarbetare om rapporteringsskyldigheten och visa praktiskt hur man rapporterar dessa i systemstödet.

6.7.5 Årshjul

I presentationsunderlaget *"Årshjul - SCF Ledningsgruppens arbete"*²⁶ återfinns ledningsgruppens årshjul. Av detta framgår att kvalitetsfrågor/kvalitetsarbete planeras tas upp vid mötena i februari och september. Frågor gällande kompetensutveckling planeras behandlas i mars och september.

6.7.6 Bedömning

Vi bedömer att socialnämnden har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten.

Vi baserar vår bedömning på att det finns ett centralt introduktionsprogram där kvalitetsfrågor till viss del ingår som en del av introduktionen. Vidare framgår det av de dokument vi tagit del av, samt

²⁴ Daterad 2025-04-16

²⁵ Saknas datering

²⁶ Saknas datering

intervjuuppgift att cheferna har ett stort ansvar att arbeta med kvalitetsfrågor och sprida information återkommande kring detta, till exempel via arbetsplatsträffar.

Vi kan även se att förvaltningen säkerställt stöd kring kvalitetsarbetet för chefer genom kvalitetsutvecklare som håller så kallade support-stugor. Vidare framgår att samtliga anställda erbjuds introduktionsutbildning i kvalitetsfrågor där slutförandegrad av utbildningarna också följs systematiskt.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagstiftning.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagstiftning.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Tillse att kommunens tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för det systematiska kvalitetsarbetet fastställs av socialnämnden och dokumenteras.
- Säkerställa att det finns rutiner för arbetet med riskanalyser och egenkontroller gällande det systematiska kvalitetsarbetet.
- Fastställa tidsramar för hanteringen av avvikelser för att säkerställa en skyndsam hantering.
- Tillse att systematisk uppföljning sker av avvikelse- och synpunktsutredningar i syfte att säkerställa följsamhet till gällande rutiner.
- Överväga att löpande följa upp inkomna synpunkter och klagomål vid nämndens sammanträden i ett led att stärka det systematiska förbättringsarbetet.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor/Specialist socialtjänst

John Martinsson

Verksamhetsrevisor

Mikael Lind

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkrare och kundansvarig