

Kommunledningskontoret
Tjänsteskrivelse till Kommunfullmäktige

Datum:
2026-01-22

Diarienummer:
KSN-2026-00114

Handläggare:
Cornelia Gustafsson

Anmälningssärenden till kommunfullmäktige 26 januari 2026

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige beslutar

1. **att** lägga förteckningen över anmälningssärenden till protokollet.

Ärendet

Till kommunfullmäktige anmäls ärenden enligt nedan:

Anmälningssärenden

- Socialnämndens rapportering av ej verkställda beslut tredje kvartalet 2025
- Äldrenämndens rapport av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL tredje kvartalet 2025
- Omsorgsnämndens rapport av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS för tredje kvartalet 2025
- Styrelsemöte den 19 december 2025, Svenska Kommun Försäkrings AB
- Revisionsrapport - Granskning av synpunktshantering inom äldrenämnden, kommunrevisionen
- Revisionsrapport granskning av fritidshem, kommunrevisionen
- Revisionsrapport - Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnden, kommunrevisionen
- Revisionsrapport - Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden, kommunrevisionen

Socialnämnden

Kommunfullmäktige

Handläggare:

Sandra Sonnermyr Hovi

Rapportering till kommunfullmäktige av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, tredje kvartalet 2025

Kommuner har jämlikt 16 kap 6 f- h §§ SoL skyldighet att rapportera beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader eller där avbrott i verkställigheten överstiger tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och kommunfullmäktige.

Ansvarig nämnd ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige antalet gynnande beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. I rapporten ska anges vilka typer av bistånd besluten avser och hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och inte kunna härledas till enskild person. Det ska dock framgå hur stor del av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Rapportering till IVO sker kvartalsvis och föreliggande rapport avser tredje kvartalet 2025.

Socialnämnden

Hanna Victoria Mörck
OrdförandeLotta von Wowern
Nämndsekreterare

Förvaltning eller nämnd eller enhet
Socialnämnden

Handläggare:
Sandra Sonnermyr Hovi

Sammanställning av rapporterade ej verkställda beslut, tredje kvartalet 2025

Totalt antal rapporterade beslut

Kön	Kvartal 4 2024	Kvartal 1 2025	Kvartal 2 2025	Kvartal 3 2025
Pojkar/män	19	27	25	31
Flickor/kvinnor	9	7	7	21
Summa	28	34	32	52

Typ av insats som rapporterats

Kontaktfamilj	8
Kontaktperson, barn och ungdom	2
Kontaktperson vid umgänge	1
Familjebehandling	3
HVB	1
SIG (sociala insatsgrupper)	1
Ungdomscoach	4
Perrongen	2
Funktionell familjeterapi (FFT)	1
Bostadssocialt kontrakt	16
Bostad först	13
Summa	52

Antal av de rapporterade besluten som har verkställts eller avslutats utan verkställighet sedan föregående rapport

	Barn och ungdom	Vuxen	Summa
Verkställda	6	6	12
Avslutade utan verkställighet	2	2	4
Summa	8	8	16

Orsak till att beslutet ej verkställts inom tre månader

	Barn och ungdom	Vuxen	Summa
Personalrelaterade skäl/rekryteringsproblem	11	0	11
Hälsotillstånd	1	0	1
Saknar plats	8	28	36
Medverkar ej till verkställighet	1	0	1
Annan huvudman har ansvaret	0	1	1
Annat	2	0	2
Summa	23	29	52

Socialnämnden

Handläggare:
Sandra Sonnermyr Hovi

Tid som beslut ej varit verkställt, tredje kvartalet 2025

	Beslutsdatum	Insats	Skäl	Månader ej verkställt (vid tidpunkt för rapportering)	Verkställighets datum	Avslut utan verkställighet	Kön
1	2023-07-03	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	28			Pojke
2	2025-01-10	HVB	Annat	9,5			Pojke
3	2025-03-18	Familjebehandling	Hälsotillstånd	5	2025-08-21		Flicka
4	2025-03-25	SIG	Annat	5		2025-08-25	Pojke
5	2025-02-21	Kontaktperson umgänge	Personalrelaterat	6	2025-08-21		Flicka
6	2025-03-21	Kontaktperson umgänge	Personalrelaterat	5,9	2025-08-15		
7	2025-04-04	Kontaktfamilj	Personalrelaterat	6,7			Pojke
8	2025-04-16	Kontaktfamilj	Personalrelaterat	6,3			Flicka
9	2025-04-24	Funktionell familjeterapi	Medverkar ej till verkställighet	5,1		2025-10-02	Flicka
10	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	5,5			Flicka
11	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	5,5			Flicka
12	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	5,5			Pojke
13	2025-02-21	Ungdomscoach	Saknar plats	5,2			Flicka
14	2025-02-21	Ungdomscoach	Saknar plats	5,2			Flicka
15	2025-05-23	Ungdomscoach	Saknar plats	5			Flicka
16	2025-06-09	Ungdomscoach	Saknar plats	4,5			Flicka
17	2025-06-17	Kontaktperson	Personalrelaterade	3,8	2025-10-08		Flicka
18	2025-06-18	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	4,2			Flicka
19	2025-06-18	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	4,2			Flicka
20	2025-06-19	Perrongen	Saknar plats	4,1			Pojke
21	2025-06-24	Familjebehandling	Saknar plats	3,5	2025-10-07		Flicka
22	2025-06-24	Familjebehandling	Saknar plats	3,5	2025-10-07		Pojke
23	2025-06-27	Perrongen	Saknar plats	3,9			Pojke
24	2024-05-06	Bostad först	Saknar plats	13,3	2025-07-08		Man
25	2024-08-23	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	10,4		2025-05-07	Man
26	2024-10-04	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	9,0	2025-06-26		Man
27	2024-10-10	Bostad först	Saknar plats	6,9	2025-05-05		Man
28	2024-11-20	Bostad först	Saknar plats	10,5			Man
29	2024-12-03	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	7,0		2025-06-16	Man
30	2024-12-09	Bostad först	Saknar plats	7,3	2025-07-16		Man
31	2025-01-22	Bostad först	Saknar plats	8,4			Man
32	2025-01-22	Bostad först	Saknar plats	8,4			Man
33	2025-02-26	Bostad först	Saknar plats	7	2025-09-23		Man
34	2025-02-28	Bostad först	Saknar plats	7,1			Kvinna
35	2025-03-10	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	6,8			Man
36	2025-03-10	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	5,8	2025-09-01		Man
37	2025-03-14	Bostad först	Saknar plats	6,7			Kvinna

38	2025-04-23	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	5,3			Man
39	2025-05-06	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,9			Man
40	2025-05-06	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,9			Man
41	2025-05-14	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,6			Man
42	2025-05-14	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,6			Man
43	2025-05-16	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,6			Man
44	2025-05-21	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,4			Kvinna
45	2025-05-21	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,4			Man
46	2025-05-22	Bostad först	Saknar plats	4,4			Man
47	2025-06-01	Bostad först	Annan huvudman	4,0			Man
48	2025-06-04	Bostad först	Saknar plats	4,0			Kvinna
49	2025-06-16	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,5			Man
50	2025-06-19	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,4			Kvinna
51	2025-06-23	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,3			Kvinna
52	2025-06-30	Bostad först	Saknar plats	3,1			Kvinna



Styrelsemöte

Via Teams

2025-12-19

Sid 1 (9)

13 bilagor

PROTOKOLL

Närvarande

Fredrik Ahlstedt	ordförande
Johan Nikula	vice ordförande
Karl-Ove Andersson	ledamot
Håkan Gunnarsson	ledamot
Linda Ekström	ledamot
Peter Engström	ledamot
Olaf Løberg	ledamot
Per-Åke Fredriksson	ledamot §§ 10–11, 13–19
Angelica Lundgren-Bielinski	ledamot
Hans Lindberg	ledamot
Anders Lundkvist	ledamot
Lars Backteman	ersättare
Pekka Seitola	Tjänstgörande ersättare §§ 1–9, 12
Mikael Svegländ	ersättare
Tore Neverdal	ersättare §§ 1–13

Frånvarande

Erik Pelling	ersättare
--------------	-----------

Övriga deltagare

Lina Haglund	VD, Svenska Kommun Försäkrings AB
Ulrika Skoglund	Ekonomiansvarig, Svenska Kommun Försäkrings AB
Roger Nyman	Compliance officer, Svenska Kommun Försäkrings AB
Örjan Mårtensson	Internrevisionsfunktionen, Moneo, § 12
Johan Grenefalk	Regelefterlevnadsfunktionen, HSA Söderqvist, § 13

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB

Svenska Kommun Försäkrings AB, Drottninggatan 35, 803 11 Gävle

Tfn 026-17 80 60 (vx) E-post info@skfab.se

www.skfab.se



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

§ 1 Mötets öppnande, godkännande av dagordning samt val av justeringsperson och sekreterare

Mötet öppnas av styrelsens ordförande Fredrik Ahlstedt som hälsar de närvarande välkomna.

Styrelsen beslutar att godkänna den föreslagna dagordningen. För att jämte ordförande justera dagens protokoll utses Anders Lundkvist medan Roger Nyman utses att upprätta protokollet.

§ 2 Föregående styrelseprotokoll

Ordförande går igenom föregående styrelseprotokoll från extra möte 2025-11-07, **bilaga 1**. I protokollet står att Linda Ekström påpekade att det i mötet den 17 oktober under §18 skulle stått att styrelsen bordlägger frågan till mötet den 7 november. **Styrelsen beslutar att** lägga det justerade protokollet till handlingarna.

§ 3 Logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten

Ordförande presenterar logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten:

- Nedan §§ 4–6, 16

Avrapportering och muntlig information

§ 4 Anmälan om potentiella intressekonflikter

Ordförande meddelar att inga intressekonflikter anmälts till dagens möte.

§ 5 Granskningsåtgärder 2024/2025

VD Lina Haglund redovisar status i genomförda granskningar med granskningsåtgärder 2024 och 2025 där samtliga rekommendationer nu är stängda. Granskningsrapport 2025 från bolagets dataskyddsombud (GDPR) återstår, liksom årsrapporter från de utlagda centrala funktionerna.

§ 6 Kommunförsäkringsföreningen

Kommunförsäkringsföreningen (KFF) har ställt sig bakom ett förslag på översyn av Solvens II-regelverket från EU, vidare Finansinspektionen, som planeras vara genomfört den 30 januari 2027. Förslaget innebär att ett produkt- och försäkringsmässigt icke-komplext bolag som uppfyller vissa parametrar kan bli klassat som lågriskföretag med tillämpning av proportionalitet inom regelverket. Detta avser bland annat längre

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

tidsintervall för dels myndighetsrapportering dels fastställande av styrdokument samt en möjlighet till dubbla funktionsansvar inom organisationens linje ett och två.

KFF har startat ett projekt som syftar till implementering av en captivegemensam läroplattform för utbildningar i huvudsak till medarbetare och styrelseledamöter. Utbildningsmoduler för IDD, styrelse samt certifiering inom vissa befattningsgrupper är prioriterade områden.

KFF har fått en fråga från insamlingsstiftelsen Brandforsk att delta i en styrgrupp för nybildat forum kring forskningsbehov avseende brand i trähus.

§ 7 Styrelseenkät 2025

Compliance officer Roger Nyman presenterar styrelseenkäten för 2025 som innehåller identiska frågor som de senaste sex åren för att uppnå kontinuitet i svarsjämförelser samt tydliggöra svarstrender med eventuella förbättringsområden. Enkäten skickas ut till styrelsen den 14 januari och ska vara inlämnad senast den 28 januari varefter resultatet presenteras på styrelsemötet den 13 februari.

§ 8 Beställarrapporter 2025

Compliance officer informerar om att beställarrapporter för 2025 ska inlämnas senast den 28 januari med presentation på styrelsemötet den 13 februari. Beställaransvar följer av Solvens II-regelverket där styrelsen fastställer beställaransvarig person för varje nyckelfunktion utefter nödvändig områdeskunskap. De fyra centrala nyckelfunktionerna är obligatoriska där beställaransvariga även lämplighetsprövas av Finansinspektionen, medan övriga nyckelfunktioner med beställaransvar är definierade av styrelsen och har uppdragits externa parter med hänsyn tagen till ekonomi, organisation och kompetenskrav.

§ 9 Resultat av övning i Fit & Proper 2025

Compliance officer samt försäkringssakkunnig ledamot Karl-Ove Andersson presenterar resultatet av Fit & Proper 2025 där en frågematris besvarats av styrelse och VD. Frågorna relaterar till försäkrings- och finansmarknaden, bolagets affärsstrategi och affärsmodell, bolagets företagstyrningssystem och företagsledning, finansiella analyser och aktuarieanalyser samt regelverk och relevant lagstiftning. Resultatet, på en femgradig skala, uppgick till 4,20 2025 att jämföras med 4,06 vid det senaste genomförandet 2024.

Tre av frågorna som särskilt motiverar svarsförtydliganden går igenom på mötet och det finns även möjlighet till en personlig genomgång av frågesvaren.



§ 10 Riktad utdelning och gemensamt försäkringslayer

Compliance officer går igenom fråga om möjligheten att genomföra **riktad utdelning** till enskild delägar-kommun som har ett högt kapital i förhållande till sin ägarandel i bolaget, vilken tidigare lyfts på styrelse-möte och som bolaget därefter sett över tillsammans med juridisk expertis. Aktieägaravtalet hindrar inte en riktad utdelning, givet att samtliga ägare säger ja till detta på bolagsstämman utefter styrelsens rekommendation samt att kravet på lägsta solvenskvot (SCR) om 1,5 fortsatt uppfylls.

VD och försäkringssakkunnig presenterar förutsättningar för en intern **gemensam försäkringslayer** som en del av återförsäkringen, vilket styrelsen uppdragit bolaget att utreda efter tidigare diskussioner. Olika modeller och händelsscenarion går igenom för ett försäkringsskikt som placeras mellan försäkringstagarens egna självbehåll och den gemensamma återförsäkringen. Detta som del i avgiven återförsäkring om behov uppstår och där bolagets kostnader för återförsäkring kan hållas nere. En sådan lösning hanteras inom ramen för den årliga återförsäkringslösningen i syfte att uppnå bästa möjliga lösning i det fall återförsäkringsmarknaden hårdnar eller om delägarkommunerna önskar en intern och solidarisk riskdelning. Styrelsen diskuterar för- och nackdelar med ett gemensamt Layer där frågan återupptas under kommande möten 2026.

Ärenden för beslut

§ 11 Verkställande direktörens rapporter

Styrelsen beslutar:

- att godkänna VD-rapport avseende 30 november 2025 samt
- att fastställa upphandlade leverantörer utefter presenterat som bolagets återförsäkringsgivare för 2026.

Ärende och beslutsunderlag

VD och ekonomiansvarig presenterar det ekonomiska resultatet för bolaget per 2025-11-30, **bilagor 2–3**.

Under **aktuellt** redovisas höstens besök hos kommuner och bolag, nya försäkringsobjekt, genomförda upphandlingar, nya leverantörer av aktuariefunktionen respektive externrevisionen från den 1 januari 2026 samt genomfört möte med lekmannarevisionen.

Bolaget har haft en **verksamhetsplanering** i december med uppdatering av aktiviteter 2026 utifrån affärsplanens målområden i form av tillväxt, Risk Management, samverkan och effektivitet, försäkringsportfölj samt varumärke.

Återförsäkring 2026 har slutförts med gott resultat och där återförsäkringspanel samt självbehåll delges styrelsen, liksom en analys av utfallet jämfört med det föregående året, **bilaga 3**.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

Under **status större skador** redogörs för slutbetalningar och aktuella skadereserver perioden 2022–2025 där redovisningen efter styrelsens önskemål påförts differens i reservsättning mot slutlig utbetalning i respektive skada.

Ekonomisk rapportering per den 30 november 2025 ger ett resultat på 22,1 MSEK innan bokslutsdispositioner baserat på utfallet i bolagets försäkringsrörelse och kapitalförvaltning. Det tekniska resultatet i försäkringsrörelsen uppgår till - 13,2 MSEK medan kapitalförvaltningen redovisar 8,7 MSEK i realiserat resultat och 27,6 MSEK i orealiserat resultat, med en valutakursdifferens på - 3,4 MSEK.

Aktuella nyckeltal redogörs för i form av SCR solvenskvot 2,14/214 % (per 2025-09-30), FTA täckningsgrad 300 %, skadekostnadsprocent 89 (84), driftkostnadsprocent inkluderat Risk Management 22 (22), totalkostnadsprocent 111 (106) samt Value at Risk (VaR) 9,3 %. Det aktuella VaR-värdet innebär att bolaget med ett 95-procentigt konfidensintervall riskerar att tappa maximalt 9,3 % procent av sina tillgångar över en rullande period om 360 dagar.

Kapitalförvaltningen per den 30 november 2025 presenteras med ett marknadsvärde i bolagets kapital- och fondinnehav som uppgår till 665 MSEK fördelat på 48,7 procent aktier, 45,8 procent räntor samt 5,4 procent alternativa placeringar. Storebrand kortränta har köpts med rabattlikvid för fondavgifter.

§ 12 Granskningsplan för internrevisionsfunktionen 2026 samt vidare 2027–2028

Styrelsen beslutar:

- att notera internrevisionsfunktionens granskningsplan för 2026 samt 2027–2028 till protokollet, **bilagor 4–6**.

Ärende och beslutsunderlag

Örjan Mårtensson, granskningsansvarig för bolagets internrevisionsfunktion i regi Moneo, presenterar sin granskningsplan för 2026 samt vidare 2027–2028. Förslagsvisa granskningsområden 2026 har framtagits efter dialog med arbetsutskottet i form av:

- Regelefterlevnadsfunktionens granskningsrapporter 2025
- ORSA-processen
- Granskning av bolagets identifierade IKT-risker, inkluderat cyberrisker, i upprättat IKT-riskregister
- Uppföljning av tidigare granskningar

Under 2027–2028 är planen att granska skadehantering (riskbaserat), återförsäkringsprocessen, process för intag av nya delägarkommuner samt IKT-området (riskbaserat).

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

§ 13 Granskningsplan regelefterlevnadsfunktionen 2026

Styrelsen beslutar:

- att notera regelefterlevnadsfunktionens granskningsplan för 2026 till protokollet, **bilagor 7–9**.

Johan Grenefalk, granskningsansvarig för regelefterlevnadsfunktionen i regi HSA Söderqvist, presenterar sin granskningsplan för 2026 vilken tidigare diskuterats med bolaget och även hanterats av arbetsutskottet. Förslagsvisa granskningsområden 2026 utgörs av:

- Försäkringsverksamheten
- Intern administration
- Rapportering
- Outsourcing
- Personuppgiftshantering
- Övrig regelefterlevnad
- Anpassning till nya och förändrade regelverk
- Uppföljning av tidigare granskningar (obligatoriskt)

§ 14 Beställaransvar 2026

Styrelsen beslutar:

- att fastställa beställaransvar för utvärdering av nyckelfunktioner 2026 enligt föredragning i ärendet, **bilaga 10**.

Ärende och beslutsunderlag

Compliance officer redovisar förslag till beställaransvar 2026 som säkerställer att bolagets centrala- samt övrigt definierade nyckelfunktioner utför de tjänster man åtagit sig i enlighet med ingångna uppdragsavtal och efterlevande av relevanta riktlinjer. Beställaransvarig presenterar resultatet av sin granskning på det första styrelsemötet 2027 i form av en skriftlig rapport som ska innehålla en avstämning mot fastställda granskningsområden samt, om så förekommer, uppgifter om brister hos leverantören med tillhörande åtgärdsförslag. Fastställda granskningsområden är identiska med 2025 för samtliga nyckelfunktioner och beställaransvar.



§ 15 ORSA-rapport 2025

Styrelsen beslutar:

- att fastställa ORSA-rapporten 2025 med dess underlag och bedömningar, **bilagor 11–12**.

Ärende och beslutsunderlag

VD sammanfattar bolagets ORSA-rapport som redovisar bolagets egen bedömning av verksamhetens största risker med påverkan på solvensnivåer perioden 2025–2028. ORSA-processen är central för styrelsens strategiska analys med utvärdering av olika risker ställt i förhållande till bolagets kapitalisering och ger samtidigt förståelse för hur dessa faktorer påverkar solvensnivåerna. Styrelsen har 2025 valt att fördjupa analysen i ORSA mot tre identifierat största risker som potentiellt skulle kunna ha en betydande negativ påverkan solvensmässigt, var och en för sig. Dessutom analyseras ett kraschscenario där alla tre risker inträffar under ett och samma verksamhetsår.

Identifierat största risker är:

1. Maximala skadekostnader i självbehållen
2. Dyrare och mer riskfylld återförsäkring
3. Otillräcklig täckning av FTA till följd av börskrasch
4. Kraschscenario, inbegripet riskerna 1–3

Sammantaget visar utvärderingen att kapitalmålet för solvensändamål är tillräckligt 2025–2028 med en solvenskvot (SCR) överstigande av styrelsen beslutade lägsta nivå om 1,5 för samtliga scenarion, undantaget enskilt år i kraschscenariot. Därmed kommer bolaget som helhet sannolikt inte att behöva någon kapitalförstärkning fram till och med 2028. Styrelsen fastställer rapporten efter tidigare remiss varefter den tillställs Finansinspektionen och läggs ut på bolagets hemsida.

§ 16 Tillägg till Aktieägaravtalet

Styrelsen beslutar:

- att godkänna förslag på tillägg till Aktieägaravtalet utefter föredraget och **bilaga 13** samt
- att rekommendera delägarkommunerna fatta besluta om tillägg till Aktieägaravtalet samt
- att rekommendera delägarkommunerna fatta beslut om ett omfördelningsförfarande till kvotvärdet 1 000 SEK/aktie.

Ordförande samt VD går igenom förda diskussioner vid extra styrelsemöte den 7 november då styrelsen tog ett inriktningsbeslut om att godkänna tillägg till Aktieägaravtalet avseende modell för aktiefördelning,

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

textjusteringar samt tidplan. Bolaget har även utrett former för ändrat ägande med hjälp av juridisk expertis.

Modell för aktiefördelning 1 januari 2026 – 31 december 2030 bygger på:

- Invånare (viktning $\approx$ 25 procent) - Stabil parameter över tid
- TSI Others (viktning $\approx$ 35 procent) - Obligatoriskt försäkringsprogram enligt Aktieägaravtalet
- Premie totalt (viktning $\approx$ 40 procent) - Speglar den risk som delägarkommunen bär in i bolaget

Aktiefördelningen tar även hänsyn upparbetat kapital hos vissa delägarkommuner samt maximala 19,9 procent och minimala 3 procent i aktieinnehav.

Ny modell för aktiefördelning beaktar inbetald försäkringspremie och bidrar därmed till en mer korrekt och rättvisande bild av riskfördelningen mellan delägarkommunerna, hållbart över den kommande femårsperioden. Aktiefördelningen återspeglar även hur delägarkommunerna använder bolaget för att täcka sin försäkringsrisk, med ett aktiekapital som står i proportion till den risk respektive delägarkommun placerar i bolaget.

Textjusteringar i Aktieägaravtalet görs avseende:

2.1 Justeras till ett aktiekapital på 81 034 000 kronor samt 81 034 aktier.

6.4 Korrigeras till "månadsarvoden till styrelse och suppleanter" då tjänstgörande eller ej inte har någon betydelse.

8.1 Utgångspunkten för aktiefördelningen mellan aktieägarna är att över tid få en aktiefördelning som speglar respektive aktieägars invånarantal, aktieägens egendomsförsäkring inom Othersprogrammet samt aktieägens inbetalda försäkringspremie. Aktiefördelningen ses över vart femte år.

8.3.1 Den nya aktieägens ägarandel, d.v.s. antal aktier som ska omfördelas, beräknas utifrån invånarantal, egendomsförsäkring inom Othersprogrammet samt försäkringspremie.

Justeringarna kommer att utvecklas i sin formulering för att passa in i Aktieägaravtalet.

Vad avser **former för ändrat ägande** finns det inget hinder i Aktieägaravtalet mot att en omfördelning av ägandet sker i form av aktieöverlåtelse till kvotvärdet 1 000 SEK, dock behöver samtliga delägarkommuner vara överens om ett sådant förfarande enligt det så kallade förköpsförbehållet med beslut på bolagsstämman. Bolagets bedömning är att en sådan omfördelning utgör den effektivaste hanteringen och tydliggör hur många aktier som överlåtits respektive mottagits från respektive delägarkommun, där det totala antalet aktier samt aktiekapitalet i bolaget inte förändras. Med föreslaget förfarande riskerar inte olika köp- och säljkurser att skapa oreda över tid. Styrelsen föreslås därför rekommendera delägarkommunerna ett omfördelningsförfarande till kvotvärdet 1 000 SEK/aktie.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

Bolaget kommer att ta fram ett dokument med frågor och svar innan ärendet går ut till respektive Kommunfullmäktige samt Bystyre. En preliminär **tidplan** för den fortsatta processen 2026 går igenom där det kallas till ägarsamråd före ett extra styrelsemöte.

§ 17 Övriga frågor

Inga övriga frågor finns anmälda till dagens möte.

§ 18 Nästa mötesdatum

Ordförande går igenom kommande mötesdatum:

- **13 februari 2026** Styrelsemöte via Teams kl. 09.00-12.00
- **27 mars 2026** Styrelsemöte via Teams kl. 09.00-10.00 med elektronisk underskrift av årsbokslut 2025
- **9–10 april 2026** Strategi- och styrelsemöte i Uppsala kl. 09.00 dag 1-13.00 dag 2 med bolagsstämma kl. 13.00-14.00 dag 1
- Tillkommer extra styrelsemöte där datum aviseras senare

§ 19 Avslutning av dagens möte

Ordförande avslutar dagens styrelsemöte, tackar för visat intresse och tillönskar ledamöter och tjänstemän en God Jul och ett Gott Nytt År.

Vid protokollet:

Justeras:

Justeras:

Roger Nyman

Fredrik Ahlstedt
Ordförande

Anders Lundkvist
Ledamot

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
85498E4918DB4586B0B4D20199F0C04B

Datum:
2025-12-11Diarienummer:
ÄLN-2025-00061Äldrenämnden
Rapport

Kommunfullmäktige

Handläggare:
Linda Taxén

Rapportering till kommunfullmäktige av ej verkställda gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) kvartal 3 2025

Kommuner har jämlikt 34 kap. 1–3 §§ SoL skyldighet att rapportera beslut om bistånd enligt 11 kap. 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader eller där avbrott i verkställigheten överstiger tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och kommunfullmäktige.

Ansvarig nämnd ska varje kvartal till kommunfullmäktige rapportera antalet gynnande sådana beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. I rapporten ska anges vilka typer av bistånd besluten avser och hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut.

Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och inte kunna härledas till enskild person.

Det ska dock framgå hur stor del av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Föreliggande rapport avser perioden 1 juli till och med 30 september 2025.

Antal beslut som inte verkställts inom tre månader under perioden var 43, varav 27 beslut gällde kvinnor och 16 beslut gällde män.

Anledningen till att besluten inte verkställdes var:

- 26 ärenden har ännu ej verkställts
- 9 ärenden som tidigare rapporterats som ej verkställda har verkställts
- 8 ärenden har avslutats utan verkställighet.

Äldrenämnden har i bifogad rapport (bilaga 1) sammanställt alla gynnande beslut som mellan den 1 juli och den 30 september 2025 ej hade verkställts inom tre månader.

Äldrenämnden

Asal Gohari Moghadam
Ordförande

Peter Jernberg
Nämndsekreterare

Bilagor

- Bilaga 1 a, Sammanställning av ej verkställda beslut kvartal 3 2025
- Bilaga 1 b, Tid för verkställighet kvartal 3 2025

Bilaga 1a, Sammanställning av ej verkställda SoL-beslut kvartal 3 2025

Tabell 1. Total antal ej verkställda SoL-beslut som rapporteras till IVO

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025
Män	7	12	11	16
Kvinnor	15	16	11	27
Summa	22	28	22	43

Kommentar till tabell 1: Siffrorna avser beslut där det gått mer än tre månader sedan beslutsdatum eller avbrottsdatum, och som därmed rapporteras till IVO. Detta avser beslut som fattats eller där avbrott skett under perioden 2025-07-01 - 2025-09-30 eller tidigare. Fördelningen är 37 procent män och 63 procent kvinnor.

Tabell 2. Antal ej verkställda SoL-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025
Män	4	3	4	10
Kvinnor	9	6	3	16
Summa	13	9	7	26

Kommentar till tabell 2: Siffrorna avser ej verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de ej verkställda besluten avser 38 procent män och 62 procent kvinnor. Insatser där beslut inte blivit verkställda är särskilt boende (9 ärenden), dagverksamhet (7 ärenden), trygghetslarm (4 ärenden), växelvård (2 ärenden), ledsagning (2 ärenden) avlösarservice (1 ärende) och hemtjänst (1 ärende).

Tabell 3. Antal verkställda SoL-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025
Män	2	5	2	3
Kvinnor	2	3	6	6
Summa	4	8	8	9

Kommentar till tabell 3: Siffrorna avser verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 33 procent män och 67 procent kvinnor. Insatser där beslut blivit verkställda är dagverksamhet (3 ärenden), särskilt boende (5 ärenden) och växelvård (1 ärenden).

Tabell 4. Antal avslutade ej verkställda SoL-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2024	Q2, 2025	Q3, 2025
Män	1	4	3	3
Kvinnor	4	7	5	5
Summa	5	11	8	8

Kommentar till tabell 4: Siffrorna avser avslutade ej verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 37,5 procent män och 62,5 procent kvinnor. Insatser där beslut blivit avslutade är trygghetslarm (6 ärenden) och dagverksamhet (2 ärenden).

Tabell 5. Beviljade SoL-beslut som ej verkställts inom tre månader, 30 september 2025 (Q3)

SoL-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Dagverksamhet SoL	7	5	12
Trygghetslarm SoL	4	6	10
Ledsagning SoL		2	2
Särskilt boende SoL	3	11	14
Avlösarservice SoL	1		1
Hemtjänst SoL		1	1
Växelvård SoL	1	2	3
Summa	16	27	43

Tabell 6. Orsaker till att beslut ej verkställts inom tre månader, 30 september 2025 (Q3)

SoL-insatser	Specifika önskemål	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej	Saknar plats	Medverkar inte till verkställighet	
Dagverksamhet SoL	4	2	5	1		
Trygghetslarm SoL		2	3		5	
Ledsagning SoL		1	1			
Särskilt boende SoL	8	1	5			
Avlösarservice SoL			1			
Hemtjänst SoL			1			
Växelvård SoL			2	1		
Summa	12	6	18	2	5	Totalt 43

Bilaga 1b, Tid för verkställighet kvartal 3 2025

Sammanställning väntetid per insats

Dagverksamhet SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-02-05		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.	2025-09-18		7,4
Man	2025-03-26		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			6,2
Kvinna	2025-04-11		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			5,7
Man	2025-04-23		Den enskilde har tackat nej - Annat			5,3
Kvinna	2025-04-08		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-08-15		4,2
Kvinna	2025-05-14		Den enskilde har tackat nej - Annat		2025-09-19	4,2
Man	2025-06-03		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			3,9
Man	2025-06-05		Den enskilde har tackat nej - Annat			3,8
Kvinna	2025-06-03		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-09-23		3,7
Man	2025-06-24		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,2
Kvinna	2025-06-26		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-26	3,0
Man	2025-07-01		Saknar plats (ex. har kö, behov av /pågående sanering/renoverin/ombyggnation)			3,0

Växelvård SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-13		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			3,6
Kvinna	2025-06-19		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			3,4
Man	2025-06-25		Saknar plats (ex. har kö, behov av /pågående sanering/renoverin/ombyggnation)	2025-09-23		3,2

Ledsagning SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-05-02		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			5,0
Kvinna	2025-06-17		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			3,4

Trygghetslarm SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-01-13		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-07-08	5,8
Man	2025-02-21		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-08-15	5,7
Man	2025-04-30		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			5,0
Kvinna	2025-05-23		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)			4,3
Kvinna	2025-05-26		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)			4,2
Kvinna	2025-04-14		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-07-28	3,4
Kvinna	2025-06-18		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,4
Man	2025-06-19		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-09-30	3,4
Kvinna	2025-05-09		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-08-13	3,2
Kvinna	2025-03-31		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-07-01	3,0

Avlösarservice SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-05-28		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			4,1

Särskilt boende SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2022-12-16		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			33,5
Kvinna	2023-07-05		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			26,9
Man	2025-04-07		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			5,8
Kvinna	2025-04-10		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			5,7
Kvinna	2025-04-16		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-09-20		5,2
Kvinna	2025-05-06		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			4,8
Kvinna	2025-05-15		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			4,5
Okänt	2025-05-15		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.	2025-09-15		4,5
Kvinna	2025-04-11		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-08-24		4,4
Kvinna	2025-05-22		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			4,3
Kvinna	2025-06-11		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-09-12		3,6
Kvinna	2025-06-13		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			3,6
Man	2025-06-18		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			3,4
Kvinna	2025-03-17		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-06-25		3,3

Hemtjänst SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-19		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			3,4

Rapport av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) per 30 september 2025

Kommuner är enligt 34 kap. 1–3 §§ SoL och 28 f-h §§ LSS skyldiga att rapportera beslut om bistånd (enligt 4 kap 1 § SoL) och insatser (enligt 9 § LSS) som inte har verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och kommunfullmäktige. Det gäller både beslut om inte verkställts inom tre månader och avbrott i verkställigheten i längre än tre månader.

Den ansvariga nämnden ska varje kvartal rapportera till kommunfullmäktige antalet gynnande beslut enligt SoL och insatser enligt LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslut, eller där avbrott i verkställigheten varit längre än tre månader. I rapporten ska det stå vilka typer av bistånd som besluten gäller och hur lång tid som gått sedan varje beslut togs.

Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och ska inte kunna spåras till en enskild person. Det ska framgå hur många (eller hur stor andel) av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Den bifogade rapporten gäller för perioden 1 juli till och med 30 september 2025.

Totalt är det under den perioden 165 beslut som inte har verkställts inom tre månader. Fördelat på kön är det 87 kvinnor och 78 män.

Fördelningen inom respektive lagrum är 126 LSS-beslut och 39 SoL-beslut. Sammanlagt var det 162 personer som hade ej verkställda beslut den 30 september 2025. Att det är färre personer än beslut beror på att det finns tre personer som hade två ej verkställda beslut.

De främsta anledningarna till att besluten inte har verkställts är

- Specifika önskemål
- Saknas plats
- Den enskilde medverkar inte till verkställighet
- Den enskilde har tackat nej på grund av ej nöjd med erbjudande om verkställighet

Under kvartal tre har 47 beslut där personer har väntat längre än tre månader verkställts.

35 beslut har avslutats utan verkställighet under kvartal tre. Orsaker till att besluten avslutats är att personer har återtagit sin ansökan om insats, eller inte har ansökt om insatsen på nytt.

Omsorgsnämnden har sammanställt alla beslut som inte har verkställts inom tre månader 30 september 2025 i bifogad rapport (**bilaga 1a** och **1b**).

Omsorgsnämnden

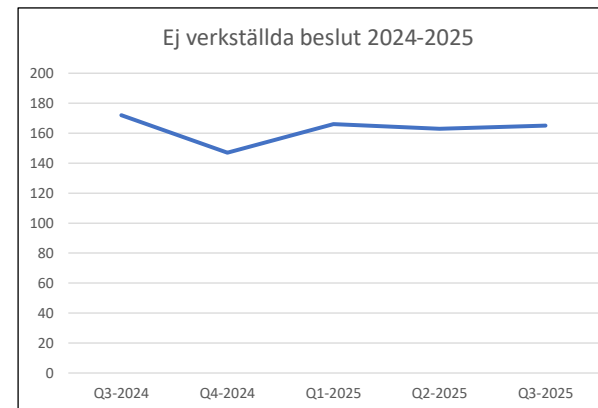
Tobias Smedberg
Ordförande

Peter Jernberg
Sekreterare

Bilaga 1a Sammanställning av ej verkställda SoL-och LSS-beslut kvartal 3, 2025
Tabell 1. Totalt antal ej verkställda SoL-och LSS-beslut

Kön	Q3, 2024	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025
Män/pojkar, SoL-beslut	12	12	17	12	15
Kvinnor/flickor, SoL-beslut	24	19	20	22	24
Totalt SoL	36	31	37	34	39
Män/pojkar, LSS-beslut	64	55	59	57	63
Kvinnor/flickor, LSS-beslut	72	61	70	72	63
Totalt LSS	136	116	129	129	126
Summa, samtliga	172	147	166	163	165

Kommentar till tabell 1: Siffrorna avser beslut där det gått mer än tre månader sedan beslutsdatum eller avbrottsdatum, och som därmed rapporteras till IVO. Kvartal 3 avser beslut som fattats eller där avbrott skett under perioden 1 april till 30 juni eller tidigare. Fördelningen är 47 % män/pojkar och 53 % kvinnor/flickor.


Tabell 2. Totalt antal verkställda SoL-och LSS-beslut

Kön	Q3, 2024	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025
Män/pojkar, SoL-beslut	1	7	7	9	4
Kvinnor/flickor, SoL-beslut	5	7	2	3	7
Totalt, SoL	6	14	9	12	11
Män/pojkar, LSS-beslut	10	17	20	22	24
Kvinnor/flickor, LSS-beslut	13	15	7	8	12
Totalt, LSS	23	32	27	30	36
Summa, samtliga	29	46	36	42	47

Kommentar till tabell 2: Siffrorna avser verkställda beslut, för dem som väntat längre än 3 månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 60 % män och 40 % kvinnor. De insatser där flest beslut blivit verkställda är inom daglig verksamhet LSS, kontaktperson LSS, avlösarservice LSS och kontaktperson SoL.



Tabell 3. Beviljade SoL-beslut som ej verkställt inom tre månader, 30 september 2025 (Q3)

SoL-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Avlösarservice SoL	2	1	3
Boendestöd, SoL	5	10	15
Bostad med särskild service, SoL	3	5	8
Kontaktperson, SoL	5	6	11
Ledsagning, SoL	0	1	1
Trygghetslarm, SoL	0	1	1
Summa	15	24	39

Tabell 4. Beviljade LSS-beslut som ej verkställt inom tre månader, 30 september 2025 (Q3)

LSS-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Annan särskilt anpassad bostad, LSS	0	1	1
Avlösarservice, LSS	4	1	5
Bostad med särskild service, LSS (vuxna)	28	31	59
Daglig verksamhet, LSS	7	15	22
Kontaktperson, LSS	4	7	11
Korttidstillsyn, LSS	2	0	2
Korttidsvistelse, korttidshem, LSS	9	2	11
Korttidsvistelse stödfamilj LSS	3	1	4
Ledsagarservice, LSS	6	4	10
Personlig assistans, LSS	0	1	1
Summa	63	63	126

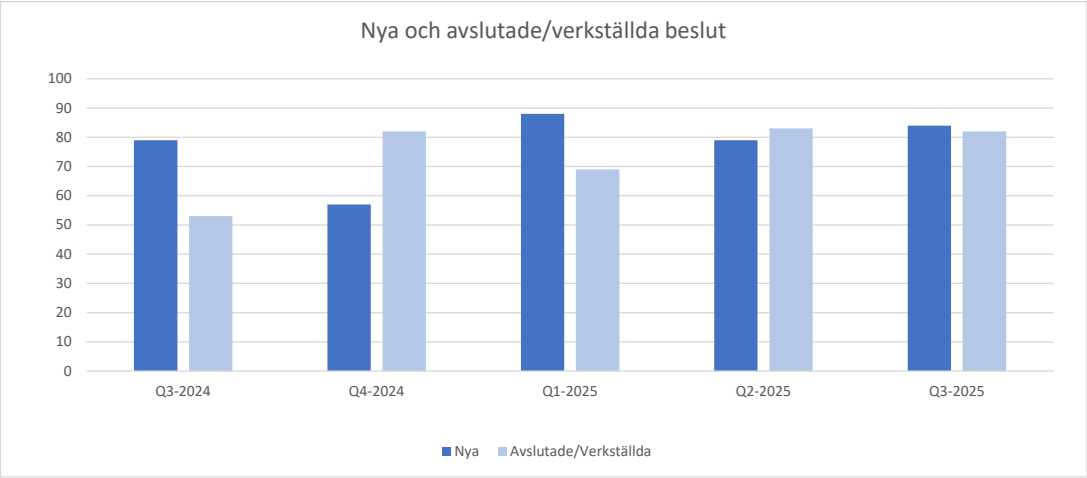
Kommentar till tabell 3 och 4: Inom SoL är det främst beslut om boendestöd och kontaktperson som inte blivit verkställda inom tre månader från beslutsdatum eller avbrottsdatum. Inom LSS är det främst beslut om bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet som inte blivit verkställda inom tre månader.

Tabell 5. Orsaker till att beslut ej verkstälts inom tre månader, 30 september 2025

	Specifika önskemål	Medverkar inte till verkställig- het	Saknar plats	Hälsotill- ståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej, inte nöjd med erbjud- ande	Personal- relaterade skäl	Annan huvudman har ansvaret	Ej valt utförare (LOV)	Beroende av annan aktör/myn- dighet	Arbetsmiljö- problem relaterat till den enskilde	Otydlighet i organisatio- nen
LSS											
Annan särskilt anpassad bostad LSS					1						
Avlösarservice LSS	3	1				1					
Bostad med särskild service LSS (vuxna)	5		35		15		3		1		
Daglig verksamhet LSS	5	6	1	7			1	2			
Kontaktperson LSS	4	4		1	1	1					
Korttidstillsyn LSS	2										
Korttidsvistelse LSS korttidshem	1	3	4		1					1	1
Korttidsvistelse LSS stödfamilj	2	1				1					
Ledsagarservice LSS	8				1			1			
Personlig assistans LSS	1										
Totalsumma	31	15	40	8	19	3	4	3	1	1	1

	Specifika önskemål	Medverkar inte till verkställig- het	Saknar plats	Hälsotill- ståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej, inte nöjd med erbjud- ande	Personal- relaterade skäl	Annan huvudman har ansvaret	Ej valt utförare (LOV)	Beroende av annan aktör/myn- dighet	Arbetsmiljö- problem relaterat till den enskilde	Otydlighet i organisatio- nen
SoL											
Avlösarservice SoL	2			1							
Boendestöd SoL	7	7									1
Bostad med särskild service SoL	1		5		2						
Kontaktperson SoL	4	4		2		1					
Ledsagning SoL		1									
Trygghetslarm SoL		1									
Totalsumma	14	13	5	3	2	1	0	0	0	0	1
Totalt samtliga insatser/bistånd	45	28	45	11	21	4	4	3	1	1	2

Tabell 6. Nya och avslutade/verkställda beslut per inrapportering



Kommentar till tabell 6: Nya beslut avser beslut som inte rapporterats tidigare. Avslutade/verkställda beslut avser beslut som har verkställts eller avslutats, och inte längre kommer fortsätta rapporteras. Ett och samma beslut kan förekomma i båda staplarna under ett och samma kvartal, om det både är nytt och också har verkställts eller avslutats inom perioden.

Bilaga 1b Tid för verkställighet kvartal 3 2025

Sammanställning väntetid per insats

Annan särskilt anpassad bostad LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-11-28		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			10,2

Avlösarservice LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2024-04-22	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde		2025-09-12	16,9
Kvinna	2025-02-26		Specifika önskemål	2025-08-26		6,0
Man	2025-04-08		Specifika önskemål			5,8
Man		2025-04-02	Specifika önskemål		2025-09-08	5,3
Man	2025-03-27		Specifika önskemål	2025-08-15		4,7
Man		2025-05-19	Specifika önskemål			4,5
Kvinna		2025-05-19	Specifika önskemål		2025-09-09	3,8
Man		2025-06-17	Specifika önskemål			3,5
Man		2025-05-28	Personalrelaterade skäl	2025-09-08		3,4
Kvinna		2025-04-14	Specifika önskemål	2025-07-25		3,4
Kvinna	2025-06-23		Medverkar inte till verkställighet			3,3
Man	2025-06-24		Personalrelaterade skäl			3,3
Kvinna	2025-03-28		Personalrelaterade skäl	2025-07-04		3,3

Avlösarservice Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-03-07		Specifika önskemål			6,9
Kvinna		2025-03-19	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,5
Man		2025-04-14	Specifika önskemål			5,6

Boendestöd Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-08-09		Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	12,9
Kvinna		2024-11-13	Specifika önskemål			10,7
Kvinna		2024-11-19	Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	10,5
Kvinna		2024-12-23	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-30	9,4
Kvinna		2024-11-28	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	9,2
Man		2025-01-09	Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	8,8
Man		2024-10-15	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		8,6
Kvinna		2024-12-19	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	8,5
Man	2025-03-05		Medverkar inte till verkställighet			7,0
Kvinna		2025-02-06	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	6,9
Kvinna	2025-03-24		Specifika önskemål			6,3
Man	2025-03-28		Medverkar inte till verkställighet			6,2
Kvinna	2025-03-27		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-26	6,1
Man		2025-02-10	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-12	6,1
Kvinna	2025-04-22		Specifika önskemål			5,4
Kvinna	2025-05-12		Specifika önskemål			4,7
Kvinna		2025-05-23	Medverkar inte till verkställighet			4,3
Kvinna		2025-04-28	Specifika önskemål		2025-09-04	4,3
Man		2025-06-02	Specifika önskemål			4,0
Kvinna		2025-06-12	Medverkar inte till verkställighet			3,7
Man		2025-06-12	Medverkar inte till verkställighet			3,7
Kvinna	2025-06-12		Specifika önskemål			3,7
Man	2025-06-12		Medverkar inte till verkställighet			3,7
Kvinna	2025-06-13		Otydlighet eller brister i den egna organisationen			3,6
Kvinna		2025-05-26	Specifika önskemål	2025-09-10		3,6
Kvinna	2025-06-17		Specifika önskemål			3,5
Kvinna		2025-06-18	Medverkar inte till verkställighet			3,5
Kvinna	2025-03-27		Specifika önskemål		2025-07-01	3,2

Bostad med särskild service LSS vuxna

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2015-10-21		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			121,1
Kvinna	2018-02-01		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			93,3
Man		2021-08-31	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			49,7
Kvinna	2021-09-22		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			49,0
Man	2021-12-28		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-09-01		44,8
Kvinna		2022-04-01	Saknar plats			42,6
Kvinna	2022-12-20		Insatsen är beroende av godkännande från annan aktör/myndighet			33,8
Kvinna	2023-01-13		Saknar plats			33,0
Man	2023-02-27		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			31,5
Kvinna	2023-03-14		Specifika önskemål			31,0
Kvinna	2023-03-17		Specifika önskemål			30,9
Man	2023-04-27		Saknar plats			29,6
Kvinna	2023-05-11		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			29,1
Man	2023-05-17		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			28,9
Kvinna	2023-05-24		Saknar plats			28,7
Kvinna	2023-06-14		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			28,0
Man	2023-06-30		Saknar plats			27,4
Kvinna	2023-07-25		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-08-31	25,6
Kvinna	2023-10-04		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			24,2
Kvinna		2023-10-31	Specifika önskemål			23,3
Kvinna	2023-12-01		Saknar plats			22,3
Man	2023-09-26		Saknar plats	2025-07-10		21,8
Kvinna	2024-01-24		Saknar plats			20,5
Man	2024-02-23		Saknar plats			19,5
Kvinna		2024-03-01	Annan huvudman har ansvaret			19,3
Man	2024-03-26		Saknar plats			18,4
Kvinna	2024-03-28		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			18,4
Man	2024-04-03		Saknar plats			18,2
Man	2024-04-24		Saknar plats			17,5
Man	2024-05-28		Saknar plats			16,3
Man		2024-06-09	Specifika önskemål			15,9
Man		2024-06-10	Annan huvudman har ansvaret			15,9
Kvinna	2024-08-19		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,6
Man	2024-07-16		Saknar plats		2025-08-14	13,1
Kvinna	2024-09-23		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			12,4

Bostad med särskild service LSS vuxna, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-10-14		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,7
Man	2024-10-14		Saknar plats			11,7
Man	2024-10-17		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,6
Kvinna	2024-10-17		Saknar plats			11,6
Kvinna	2024-10-21		Saknar plats			11,5
Kvinna	2024-10-22		Annan huvudman har ansvaret			11,4
Man	2024-11-05		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,0
Man	2024-11-12		Saknar plats			10,7
Kvinna	2024-11-19		Saknar plats			10,5
Man	2024-12-03		Saknar plats			10,0
Man	2024-12-13		Saknar plats			9,7
Man	2024-12-16		Saknar plats			9,6
Kvinna	2024-12-17		Saknar plats			9,6
Man	2025-01-09		Saknar plats			8,8
Kvinna	2024-12-11		Saknar plats	2025-09-01		8,8
Kvinna	2024-11-22		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-08-01		8,4
Man	2025-02-03		Saknar plats			8,0
Man	2025-02-07		Saknar plats			7,8
Kvinna	2024-12-30		Saknar plats		2025-08-18	7,7
Kvinna	2025-02-12		Saknar plats			7,7
Kvinna	2025-02-18		Saknar plats			7,5
Man	2025-02-26		Saknar plats			7,2
Kvinna	2025-03-04		Saknar plats			7,0
Man	2025-03-05		Saknar plats			7,0
Man	2025-03-18		Saknar plats			6,5
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats			6,3
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats			6,3
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats			6,3
Man	2025-05-20		Saknar plats			4,4
Kvinna	2025-05-26		Specifika önskemål			4,2
Man	2025-06-27		Saknar plats			3,2

Bostad med särskild service SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-07-11		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,9
Man	2024-10-23		Saknar plats			11,4
Kvinna	2024-11-26		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			10,3
Kvinna	2024-12-13		Saknar plats			9,7
Man	2024-10-15		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-07-23		9,4
Kvinna	2025-02-13		Saknar plats			7,6
Man	2025-02-25		Specifika önskemål			7,2
Kvinna	2025-02-26		Saknar plats			7,2
Man	2025-03-17		Saknar plats			6,6
Kvinna	2025-03-07		Saknar plats	2025-06-26		3,7

Daglig verksamhet LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2020-09-30	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			60,9
Kvinna		2022-02-22	Specifika önskemål			43,9
Kvinna	2022-10-20		Medverkar inte till verkställighet			35,9
Kvinna	2023-04-24		Saknar plats		2025-07-08	26,9
Kvinna	2023-08-07		Har inte valt utförare (LOV)			26,2
Kvinna		2023-09-26	Medverkar inte till verkställighet			24,5
Man		2023-09-22	Specifika önskemål	2025-09-01		23,7
Kvinna		2023-10-23	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			23,6
Kvinna		2023-11-14	Specifika önskemål		2025-08-04	21,0
Kvinna		2024-02-01	Specifika önskemål	2025-09-16		19,8
Kvinna		2024-03-23	Specifika önskemål			18,5
Kvinna	2024-04-09		Annan huvudman har ansvaret			18,0
Man		2024-06-11	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-16		15,4
Kvinna		2024-11-26	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			10,3
Kvinna		2024-12-11	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			9,8
Man		2024-12-18	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-08		8,8
Man		2024-12-15	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-01		8,7
Man		2025-01-02	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-04		8,2
Man		2025-02-03	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			8,0
Man	2025-02-11		Specifika önskemål			7,7
Kvinna	2025-02-20		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			7,4
Man	2025-03-17		Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	6,6
Man		2025-04-03	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-22		5,7

Daglig verksamhet LSS, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-04-15		Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man	2025-04-17		Har inte valt utförare (LOV)			5,5
Kvinna		2025-03-12	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-11		5,1
Man		2025-03-18	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-11		4,9
Man	2025-05-15		Medverkar inte till verkställighet			4,6
Man		2025-03-28	Medverkar inte till verkställighet	2025-08-11		4,5
Kvinna		2025-03-31	Specifika önskemål		2025-08-13	4,5
Man		2025-04-10	Specifika önskemål	2025-08-20		4,4
Kvinna		2025-04-03	Specifika önskemål	2025-08-11		4,3
Man		2025-05-23	Saknar plats			4,3
Man		2025-05-31	Specifika önskemål		2025-09-30	4,1
Man		2025-06-02	Specifika önskemål	2025-09-30		4,0
Kvinna		2025-06-04	Specifika önskemål			3,9
Kvinna		2025-06-05	Specifika önskemål			3,9
Man		2025-05-21	Specifika önskemål	2025-09-10		3,7
Man		2025-04-25	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-06		3,4
Man	2025-03-24		Specifika önskemål	2025-07-04		3,4
Kvinna	2025-06-23		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,3
Kvinna		2025-06-24	Medverkar inte till verkställighet			3,3
Man	2025-06-27		Medverkar inte till verkställighet			3,2

Kontaktperson LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2023-11-01	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			23,3
Kvinna	2024-05-07		Specifika önskemål			17,0
Kvinna		2024-05-17	Medverkar inte till verkställighet			16,7
Kvinna	2024-08-08		Specifika önskemål		2025-08-13	12,3
Kvinna	2024-09-19		Medverkar inte till verkställighet		2025-08-25	11,3
Man		2024-11-12	Medverkar inte till verkställighet			10,7
Kvinna	2024-12-18		Medverkar inte till verkställighet			9,5
Kvinna		2024-11-26	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-09-05		9,4
Man		2024-11-01	Medverkar inte till verkställighet	2025-07-22		8,8
Kvinna		2025-02-01	Specifika önskemål	2025-08-27		6,9
Man	2025-03-12		Medverkar inte till verkställighet	2025-09-06		5,9
Man		2025-04-01	Specifika önskemål	2025-09-11		5,4
Kvinna		2025-03-12	Specifika önskemål		2025-08-20	5,4
Man	2025-03-26		Specifika önskemål	2025-08-15		4,7

Kontaktperson LSS, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2025-05-19	Specifika önskemål			4,5
Man	2025-02-27		Medverkar inte till verkställighet		2025-07-08	4,4
Kvinna		2025-03-15	Tackat nej med anledning av tveksam till beviljat bistånd/insats		2025-07-18	4,2
Man	2025-05-28		Specifika önskemål			4,2
Kvinna		2025-06-01	Medverkar inte till verkställighet			4,0
Kvinna		2025-06-01	Personalrelaterade skäl			4,0
Man	2025-06-05		Specifika önskemål			3,9
Kvinna		2025-03-01	Personalrelaterade skäl	2025-06-23		3,8
Man	2025-06-16		hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,5
Kvinna	2025-03-27		Medverkar inte till verkställighet		2025-07-10	3,5
Man		2025-06-17	hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-30	3,5
Kvinna		2025-05-26	Specifika önskemål		2025-09-01	3,3

Kontaktperson Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-09-23		Medverkar inte till verkställighet			12,4
Kvinna	2024-08-27		Medverkar inte till verkställighet		2025-08-18	11,9
Kvinna	2024-11-26		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-09-30	10,3
Man	2025-03-21		Specifika önskemål			6,4
Man	2025-02-07		Specifika önskemål	2025-08-09		6,1
Man	2025-04-09		Medverkar inte till verkställighet			5,8
Kvinna	2025-01-29		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		5,1
Kvinna		2025-05-01	Specifika önskemål			5,1
Man		2025-05-01	hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			5,1
Man		2025-02-01	Specifika önskemål	2025-07-02		5,0
Kvinna		2025-02-16	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		4,5
Kvinna	2025-02-27		Medverkar inte till verkställighet	2025-07-01		4,1
Kvinna	2025-05-30		Medverkar inte till verkställighet			4,1
Kvinna	2025-06-01		Personalrelaterade skäl			4,0
Man	2025-05-12		Specifika önskemål		2025-09-04	3,8
Kvinna		2025-06-11	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,7
Kvinna	2025-06-12		Specifika önskemål			3,7
Man	2025-06-23		Medverkar inte till verkställighet			3,3
Kvinna		2025-06-30	Specifika önskemål			3,1

Korttidstillsyn LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-03-24		Specifika önskemål			18,5
Man	2025-03-25		Specifika önskemål			6,3

Korttidsvistelse LSS korttidshem

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2023-06-14		Specifika önskemål	2025-07-01		24,9
Man	2023-09-20		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			24,7
Kvinna	2024-02-21		Medverkar inte till verkställighet			19,6
Man		2024-11-25	Specifika önskemål	2025-09-26		10,2
Man	2024-12-18		Medverkar inte till verkställighet			9,5
Man	2025-02-18		Medverkar inte till verkställighet			7,5
Man	2025-04-07		Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			5,9
Man	2025-05-21		Otydlighet eller brister i den egna organisationen			4,4
Man	2025-05-23		Specifika önskemål			4,3
Man	2025-05-26		Saknar plats			4,2
Man	2025-06-09		Saknar plats			3,8
Man	2025-06-15		Saknar plats			3,6
Kvinna	2025-06-24		Saknar plats			3,3

Korttidsvistelse LSS stödfamilj

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-04-16		Personalrelaterade skäl		2025-08-25	16,5
Kvinna	2024-10-02		Specifika önskemål			12,1
Man	2024-12-10		Medverkar inte till verkställighet			9,8
Man		2025-04-03	Specifika önskemål			6,0
Man		2025-05-01	Personalrelaterade skäl			5,1

Ledsagarservice LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2023-11-01	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			23,3
Man	2024-04-18		Specifika önskemål			17,7
Man		2024-05-24	Specifika önskemål			16,5
Man	2024-07-15		Har inte valt utförare (LOV)			14,7
Kvinna		2024-09-06	Specifika önskemål			13,0
Kvinna		2024-11-01	Specifika önskemål			11,1
Kvinna	2025-01-07		Specifika önskemål			8,9
Man		2025-03-24	Specifika önskemål			6,3
Man		2025-04-11	Specifika önskemål			5,7
Kvinna		2025-03-01	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-08-13	5,5
Man	2025-04-22		Specifika önskemål			5,4
Kvinna		2025-04-28	Specifika önskemål	2025-09-22		4,9
Man	2025-02-27		Specifika önskemål	2025-07-23		4,9

Ledsagning SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2025-03-11	Medverkar inte till verkställighet			6,8
Kvinna		2025-02-28	Specifika önskemål	2025-08-26		6,0
Kvinna	2025-02-03		Medverkar inte till verkställighet	2025-07-28		5,8

Personlig assistans LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-03-24		Specifika önskemål			6,3

Trygghetslarm SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-03-06		Medverkar inte till verkställighet			6,9

Sammanställning utifrån längst väntetid

Beslut som varit ej verkställda 24 månader eller längre

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2015-10-21		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			121,1
Kvinna	2018-02-01		Bostad med särskild service LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			93,3
Kvinna		2020-09-30	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			60,9
Man		2021-08-31	Bostad med särskild service LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			49,7
Kvinna	2021-09-22		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			49,0
Man	2021-12-28		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-09-01		44,8
Kvinna		2022-02-22	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			43,9
Kvinna		2022-04-01	Bostad med särskild service LSS	Saknar plats			42,6
Kvinna	2022-10-20		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			35,9
Kvinna	2022-12-20		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Insatsen är beroende av godkännande från annan aktör/myndighet			33,8
Kvinna	2023-01-13		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			33,0
Man	2023-02-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			31,5
Kvinna	2023-03-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			31,0

Beslut som varit ej verkställda 24 månader eller längre, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2023-03-17		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Specifika önskemål			30,9
Man	2023-04-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			29,6
Kvinna	2023-05-11		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			29,1
Man	2023-05-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			28,9
Kvinna	2023-05-24		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			28,7
Kvinna	2023-06-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			28,0
Man	2023-06-30		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			27,4
Kvinna	2023-04-24		Daglig verksamhet LSS	Saknar plats		2025-07-08	26,9
Kvinna	2023-08-07		Daglig verksamhet LSS	Har inte valt utförare (LOV)			26,2
Kvinna	2023-07-25		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-08-31	25,6
Man	2023-06-14		Korttidsvistelse LSS	Specifika önskemål	2025-07-01		24,9
Man	2023-09-20		Korttidsvistelse LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			24,7
Kvinna		2023-09-26	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			24,5
Kvinna	2023-10-04		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			24,2

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2023-09-22	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-09-01		23,7
Kvinna		2023-10-23	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			23,6
Kvinna		2023-10-31	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			23,3
Kvinna		2023-11-01	Kontaktperson LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			23,3
Kvinna		2023-11-01	Ledsagarservice LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			23,3
Kvinna	2023-12-01		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats			22,3
Man	2023-09-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-07-10		21,8
Kvinna		2023-11-14	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål		2025-08-04	21,0
Kvinna	2024-01-24		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			20,5
Kvinna		2024-02-01	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-09-16		19,8
Kvinna	2024-02-21		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			19,6
Man	2024-02-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			19,5
Kvinna		2024-03-01	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret			19,3
Kvinna		2024-03-23	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			18,5
Man	2024-03-24		Korttidstillsyn LSS	Specifika önskemål			18,5
Man	2024-03-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			18,4
Kvinna	2024-03-28		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			18,4
Man	2024-04-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			18,2

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-04-09		Daglig verksamhet LSS	Annan huvudman har ansvaret			18,0
Man	2024-04-18		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			17,7
Man	2024-04-24		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			17,5
Kvinna	2024-05-07		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			17,0
Man		2024-04-22	Avlösarservice LSS	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde		2025-09-12	16,9
Kvinna		2024-05-17	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			16,7
Man	2024-04-16		Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Personalrelaterade skäl		2025-08-25	16,5
Man		2024-05-24	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			16,5
Man	2024-05-28		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			16,3
Man		2024-06-09	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			15,9
Man		2024-06-10	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret			15,9
Man		2024-06-11	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-16		15,4
Kvinna	2024-07-11		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,9
Man	2024-07-15		Ledsagarservice LSS	Har inte valt utförare (LOV)			14,7
Kvinna	2024-08-19		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,6
Man	2024-07-16		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats		2025-08-14	13,1
Kvinna		2024-09-06	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			13,0
Kvinna	2024-08-09		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	12,9
Kvinna	2024-09-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			12,4

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-09-23		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			12,4
Kvinna	2024-08-08		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål		2025-08-13	12,3
Kvinna	2024-10-02		Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Specifika önskemål			12,1

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-08-27		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-18	11,9
Man	2024-10-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,7
Man	2024-10-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			11,7
Man	2024-10-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,6
Kvinna	2024-10-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			11,6
Kvinna	2024-10-21		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			11,5
Kvinna	2024-10-22		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret			11,4
Man	2024-10-23		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			11,4
Kvinna	2024-09-19		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-25	11,3
Kvinna		2024-11-01	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			11,1
Man	2024-11-05		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,0
Man	2024-11-12		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,7
Man		2024-11-12	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			10,7
Kvinna		2024-11-13	Boendestöd SoL	Specifika önskemål			10,7
Kvinna		2024-11-19	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	10,5
Kvinna	2024-11-19		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,5

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-11-26		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			10,3
Kvinna		2024-11-26	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			10,3
Kvinna	2024-11-26		Kontaktperson SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-09-30	10,3
Kvinna	2024-11-28		Annan särskilt anpassad bostad LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			10,2
Man		2024-11-25	Korttidsvistelse LSS korttidshem	Specifika önskemål	2025-09-26		10,2
Man	2024-12-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,0
Man	2024-12-10		Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Medverkar inte till verkställighet			9,8
Kvinna		2024-12-11	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			9,8
Man	2024-12-13		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			9,7
Kvinna	2024-12-13		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			9,7
Man	2024-12-16		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			9,6
Kvinna	2024-12-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			9,6
Kvinna	2024-12-18		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			9,5
Man	2024-12-18		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			9,5
Kvinna		2024-11-26	Kontaktperson LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-09-05		9,4
Kvinna		2024-12-23	Boendestöd SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-30	9,4

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-10-15		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-07-23		9,4
Kvinna		2024-11-28	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	9,2
Kvinna	2025-01-07		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			8,9
Man		2025-01-09	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	8,8
Man	2025-01-09		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			8,8
Kvinna	2024-12-11		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-09-01		8,8
Man		2024-12-18	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-08		8,8
Man		2024-11-01	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-07-22		8,8
Man		2024-12-15	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-01		8,7
Man		2024-10-15	Boendestöd SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		8,6
Kvinna		2024-12-19	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	8,5
Kvinna	2024-11-22		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-08-01		8,4
Man		2025-01-02	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-04		8,2

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-02-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			8,0
Man		2025-02-03	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			8,0
Man	2025-02-07		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,8
Kvinna	2024-12-30		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats		2025-08-18	7,7
Man	2025-02-11		Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			7,7
Kvinna	2025-02-12		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,7
Kvinna	2025-02-13		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			7,6
Kvinna	2025-02-18		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,5
Man	2025-02-18		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			7,5
Kvinna	2025-02-20		Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			7,4
Man	2025-02-25		Bostad med särskild service SoL	Specifika önskemål			7,2
Man	2025-02-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,2
Kvinna	2025-02-26		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			7,2
Kvinna	2025-03-04		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats			7,0
Man	2025-03-05		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			7,0
Man	2025-03-05		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,0
Kvinna	2025-03-06		Trygghetslarm SoL	Medverkar inte till verkställighet			6,9
Man	2025-03-07		Avlösarservice SoL	Specifika önskemål			6,9
Kvinna		2025-02-01	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål	2025-08-27		6,9
Kvinna		2025-02-06	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-31	6,9
Kvinna		2025-03-11	Ledsagning SoL	Medverkar inte till verkställighet			6,8
Man	2025-03-17		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			6,6
Man	2025-03-17		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-09-30	6,6
Man	2025-03-18		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			6,5

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2025-03-19	Avlösarservice SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,5
Man	2025-03-21		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			6,4
Kvinna	2025-03-24		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			6,3
Man		2025-03-24	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			6,3
Kvinna	2025-03-24		Personlig assistans LSS	Specifika önskemål			6,3
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			6,3
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			6,3
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats			6,3
Man	2025-03-25		Korttidstillsyn LSS	Specifika önskemål			6,3
Man	2025-03-28		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			6,2
Kvinna	2025-03-27		Boendestöd SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-26	6,1
Man		2025-02-10	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-08-12	6,1
Man	2025-02-07		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål	2025-08-09		6,1
Kvinna	2025-02-26		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål	2025-08-26		6,0
Man		2025-04-03	Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Specifika önskemål			6,0
Kvinna		2025-02-28	Ledsagning SoL	Specifika önskemål	2025-08-26		6,0

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-03-12		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-09-06		5,9
Man	2025-04-07		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			5,9
Man	2025-04-08		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			5,8

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-02-03		Ledsagning SoL	Medverkar inte till verkställighet	2025-07-28		5,8
Man	2025-04-09		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			5,8
Man		2025-04-03	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-09-22		5,7
Man		2025-04-11	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			5,7
Man		2025-04-14	Avlösarservice SoL	Specifika önskemål			5,6
Man	2025-04-15		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man	2025-04-17		Daglig verksamhet LSS	Har inte valt utförare (LOV)			5,5
Kvinna		2025-03-01	Ledsagarservice LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-08-13	5,5
Man		2025-04-01	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål	2025-09-11		5,4
Kvinna	2025-04-22		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			5,4
Kvinna		2025-03-12	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål		2025-08-20	5,4
Man	2025-04-22		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			5,4
Man		2025-04-02	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål		2025-09-08	5,3
Kvinna	2025-01-29		Kontaktperson SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		5,1
Kvinna		2025-03-12	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-11		5,1
Kvinna		2025-05-01	Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			5,1
Man		2025-05-01	Kontaktperson SoL	hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			5,1

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2025-05-01	Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Personalrelaterade skäl			5,1
Man		2025-02-01	Kontaktperson SoL	Specifika önskemål	2025-07-02		5,0
Kvinna		2025-04-28	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-09-22		4,9
Man		2025-03-18	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-11		4,9
Man	2025-02-27		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-07-23		4,9
Man	2025-03-26		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål	2025-08-15		4,7
Man	2025-03-27		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål	2025-08-15		4,7
Kvinna	2025-05-12		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			4,7
Man	2025-05-15		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			4,6
Man		2025-03-28	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-08-11		4,5
Kvinna		2025-03-31	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål		2025-08-13	4,5
Kvinna		2025-02-16	Kontaktperson SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-07-01		4,5
Man		2025-05-19	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			4,5
Kvinna		2025-05-19	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			4,5
Man	2025-05-20		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			4,4
Man		2025-04-10	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-08-20		4,4
Man	2025-05-21		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Otydlighet eller brister i den egna organisationen			4,4
Man	2025-02-27		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-07-08	4,4
Kvinna		2025-05-23	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			4,3
Kvinna		2025-04-03	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-08-11		4,3
Man		2025-05-23	Daglig verksamhet LSS	Saknar plats			4,3
Man	2025-05-23		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Specifika önskemål			4,3
Kvinna		2025-04-28	Boendestöd SoL	Specifika önskemål		2025-09-04	4,3

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-05-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			4,2
Man	2025-05-26		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats			4,2
Kvinna		2025-03-15	Kontaktperson LSS	Tackat nej med anledning av tveksam till beviljat bistånd/insats		2025-07-18	4,2
Man	2025-05-28		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			4,2
Kvinna	2025-02-27		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet	2025-07-01		4,1
Kvinna	2025-05-30		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			4,1
Man		2025-05-31	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål		2025-09-30	4,1
Kvinna		2025-06-01	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			4,0
Kvinna		2025-06-01	Kontaktperson LSS	Personalrelaterade skäl			4,0
Kvinna	2025-06-01		Kontaktperson SoL	Personalrelaterade skäl			4,0
Man		2025-06-02	Boendestöd SoL	Specifika önskemål			4,0
Man		2025-06-02	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-09-30		4,0
Kvinna		2025-06-04	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			3,9
Kvinna		2025-06-05	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			3,9
Man	2025-06-05		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			3,9
Man	2025-05-12		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål		2025-09-04	3,8
Kvinna		2025-03-01	Kontaktperson LSS	Personalrelaterade skäl	2025-06-23		3,8
Kvinna		2025-05-19	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål		2025-09-09	3,8
Man	2025-06-09		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats			3,8
Man		2025-05-21	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-09-10		3,7
Kvinna	2025-03-07		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats	2025-06-26		3,7
Kvinna		2025-06-11	Kontaktperson SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,7
Kvinna		2025-06-12	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,7

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2025-06-12	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,7
Kvinna	2025-06-12		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			3,7
Man	2025-06-12		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,7
Kvinna	2025-06-12		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			3,7
Kvinna	2025-06-13		Boendestöd SoL	Otydlighet eller brister i den egna organisationen			3,6
Kvinna		2025-05-26	Boendestöd SoL	Specifika önskemål	2025-09-10		3,6
Man	2025-06-15		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats			3,6
Man	2025-06-16		Kontaktperson LSS	hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,5
Man		2025-06-17	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			3,5
Kvinna	2025-06-17		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			3,5
Kvinna	2025-03-27		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-07-10	3,5
Man		2025-06-17	Kontaktperson LSS	hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-09-30	3,5
Kvinna		2025-06-18	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,5
Man		2025-05-28	Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl	2025-09-08		3,4
Man		2025-04-25	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-08-06		3,4
Kvinna		2025-04-14	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål	2025-07-25		3,4
Man	2025-03-24		Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-07-04		3,4
Kvinna	2025-06-23		Avlösarservice LSS	Medverkar inte till verkställighet			3,3

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-23		Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,3
Man	2025-06-23		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,3
Man	2025-06-24		Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl			3,3
Kvinna	2025-03-28		Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl	2025-07-04		3,3
Kvinna		2025-06-24	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			3,3
Kvinna		2025-05-26	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål		2025-09-01	3,3
Kvinna	2025-06-24		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats			3,3
Kvinna	2025-03-27		Boendestöd SoL	Specifika önskemål		2025-07-01	3,2
Man	2025-06-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			3,2
Man	2025-06-27		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			3,2
Kvinna		2025-06-30	Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			3,1

Kommunrevisionen
Missiv**Mottagare:**
Äldrenämnden**För kännedom:**
Kommunfullmäktige

Granskning av synpunktshantering

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en granskning av synpunktshantering inom *äldrenämndens* ansvarsområde. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa synpunkter kan lämnas från olika parter, bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal och vårdgivare. Genom att samla in och analysera åsikter, klagomål och andra typer av synpunkter kan kommunen identifiera områden som behöver förbättring. Det är väsentligt att det finns tydliga och ändamålsenliga rutiner för att ta emot, hantera, utreda och vid behov åtgärda synpunkter. Likväl är det av vikt att exempelvis brukare och deras anhöriga är informerade om hur de kan framföra sina synpunkter för att säkerställa att synpunkter och klagomål faktiskt rapporteras. Synpunktshantering fungerar som en form av kvalitetskontroll i en verksamhet och ger möjlighet att vidta korrigerande åtgärder där det är nödvändigt. Mot denna bakgrund har vi som revisorer bedömt att äldrenämndens synpunktshantering behöver granskas.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att äldrenämnden *endast delvis* säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Bakgrunden till vår bedömning är att resultat av granskningen visar att verksamhetschefer har kännedom om rutiner och riktlinjer för synpunktshantering, men att kunskapen hos brukare och anhöriga är begränsad. Det pågår dock ett arbete för att höja kunskapen om synpunktshanteringen inom äldrenämndens verksamheter. Vidare framgår att det finns en utbredd underrapportering av synpunkter vilket innebär att synpunkter som finns avseende verksamheten inte rapporteras enligt aktuell rutin.

Granskningen visar att det sker en sammanställning av registrerade synpunkter, samtidigt noteras att det inte genomförs någon djupare analys på övergripande nivå. Uppföljning av vidtagna åtgärder inom synpunktshanteringen sker inte på en förvaltningsnivå. Enligt Socialstyrelsen är syftet med att analysera trender och mönster att

identifiera potentiella brister i verksamheten som inte noteras vid utredningar av enskilda synpunkter, och därefter vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten. Vid indikationer på bristande kvalitet ska verksamheten kontrollera att det finns ändamålsenliga processer och rutiner för att säkra kvaliteten.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för äldre- och ungdomsnämnden.

Revisionen emotser yttrande från äldre- och ungdomsnämnden kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-03-31**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande

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 gray, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

Granskning av synpunkts- hantering

Rapport

Uppsala kommun

2025-12-12

Antal sidor: 17

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
3.1	<i>Avgränsning</i>	6
3.2	<i>Revisionskriterier</i>	6
3.3	<i>Metod</i>	6
4	Resultat av granskningen	7
4.1	<i>Riktlinjer och rutiner för synpunktshantering</i>	7
4.1.1	Organisation och ansvarsfördelning	7
4.1.2	Rutiner, riktlinjer och ansvarsfördelning	7
4.1.3	Bedömning	8
4.2	<i>Kännedom och förankring</i>	8
4.2.1	Förankring och kunskap i verksamheten	8
4.2.2	Underrapportering av synpunkter	9
4.2.3	Bedömning	10
4.3	<i>Information till brukare och anhöriga</i>	10
4.3.1	Socialstyrelsens brukarundersökning	10
4.3.2	Statistik över inkomna synpunkter	11
4.3.3	Åtgärder för ökad kunskap	11
4.3.4	Bedömning	12
4.4	<i>Anonyma synpunkter</i>	12
4.4.1	Bedömning	12
4.5	<i>Sammanställning och analys av synpunkter</i>	13
4.5.1	Bedömning	13
4.6	<i>Åtgärder och uppföljning</i>	13
4.6.1	Bedömning	14
4.7	<i>Stickprovskontroll</i>	14
4.7.1	lakttagelser och slutsatser	15
5	Samlad bedömning och rekommendationer	18

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska synpunktshantering inom äldre nämndens ansvarsområde. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldre nämnden säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Vår samlade bedömning är att äldre nämnden endast delvis säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Resultat av granskningen visar att verksamhetschefer har kännedom om rutiner och riktlinjer för synpunktshantering, men att kunskapen hos brukare och anhöriga är begränsad. Enligt en brukarundersökning från Socialstyrelsen framgår att ungefär hälften av brukarna inom äldreomsorgen i Uppsala har kunskap om hur synpunkter ska lämnas. Det pågår dock ett arbete för att höja kunskapen om synpunktshandlingen inom äldre nämndens verksamheter. Vidare framgår vid merparten av våra intervjuer att det finns en utbredd underrapportering av synpunkter. Detta innebär att synpunkter som finns avseende verksamheten inte rapporteras enligt aktuell rutin.

Granskningen visar att det sker en sammanställning av registrerade synpunkter, samtidigt noteras att det inte genomförs någon djupare analys på övergripande nivå. Uppföljning av vidtagna åtgärder inom synpunktshandlingen sker inte på en förvaltningsnivå. Enligt Socialstyrelsen är syftet med att analysera trender och mönster att identifiera potentiella brister i verksamheten som inte noteras vid utredningar av enskilda synpunkter, och därefter vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten. Vid indikationer på bristande kvalitet ska verksamheten kontrollera att det finns ändamålsenliga processer och rutiner för att säkra kvaliteten. Vi konstaterar att det i äldre nämndens internkontrollplan för 2025 återfinns kontrollmoment avseende synpunktshantering som återrapporterades till nämnden i oktober 2025. De två kontrollerna avser att analysera om synpunktshandlingen svarar mot gällande regelverk respektive om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och återkoppling ges inom rimlig tid.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



Revisionsfråga	Bedömning
Har äldre nämnden säkerställt att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering?	I allt väsentligt
Har äldre nämnden säkerställt att riktlinjer och rutiner för synpunktshantering är förankrade och kända i verksamheten?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att brukare och deras anhöriga i tillräcklig utsträckning har informerats om hur synpunkter ska lämnas?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt möjligheten att lämna synpunkter anonymt och hanteras dessa synpunkter på ett tillfredsställande sätt?	I allt väsentligt
Har äldre nämnden säkerställt att inkomna synpunkter sammanställs och analyseras för att utveckla verksamheten?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att åtgärder vidtas utifrån inkomna synpunkter, samt uppföljning av att åtgärderna har haft avsedd effekt?	Nej

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi äldre nämnden att:

- Säkerställa efterlevnaden av befintliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering vad gäller rapporteringen av synpunkter.
- Säkerställa arbetsformer för att brukare och anhöriga ges kunskap om hur synpunkter ska lämnas.
- Se över om det finns möjlighet att införa digital teknik som möjliggör att den som utreder en synpunkt ska kunna återkoppla till synpunktslämnaren utan att röja dennes identitet.
- Säkerställa att det sker en analys av inkomna synpunkter på övergripande nivå för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.
- Säkerställa att det genomförs kontroller av om åtgärder vidtas utifrån inkomna synpunkter samt att det sker uppföljning av om åtgärderna har effekt.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska synpunktshanteringen inom äldre nämndens ansvarsområde. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2025.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa synpunkter kan lämnas från olika parter, bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal och vårdgivare.

Synpunktshantering är en viktig komponent i utvecklingen av kommunens tjänster och fungerar som ett verktyg för att identifiera och åtgärda brister inom verksamheten.

Genom att samla in och analysera åsikter, klagomål och andra typer av synpunkter kan kommunen identifiera områden som behöver förbättring. För att säkerställa att synpunkter inkommer och nyttjas i dessa syften är tydliga och ändamålsenliga rutiner för att ta emot, hantera, utreda och vid behov åtgärda synpunkter väsentliga. Det är också viktigt att exempelvis brukare och deras anhöriga är informerade om hur de kan framföra sina synpunkter för att säkerställa att synpunkter och klagomål faktiskt rapporteras.

Synpunktshantering fungerar som en form av kvalitetskontroll i en verksamhet och ger möjlighet att vidta korrigerande åtgärder där det är nödvändigt. Mot denna bakgrund har revisorerna bedömt att äldre nämndens synpunktshantering behöver granskas. Detta för att säkerställa att processen för hantering av synpunkter är ändamålsenlig.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldre nämnden har säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har äldre nämnden säkerställt att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering?
- Har äldre nämnden säkerställt att riktlinjer och rutiner för synpunktshantering är förankrade och kända i verksamheten?
- Har äldre nämnden säkerställt att brukare och deras anhöriga i tillräcklig utsträckning har informerats om hur synpunkter ska lämnas?
- Har äldre nämnden säkerställt möjligheten att lämna synpunkter anonymt och hanteras dessa synpunkter på ett tillfredsställande sätt?
- Har äldre nämnden säkerställt att inkomna synpunkter sammanställs och analyseras för att utveckla verksamheten?
- Har äldre nämnden säkerställt att åtgärder vidtas utifrån inkomna synpunkter, samt uppföljning av att åtgärderna har haft avsedd effekt?

3.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till synpunktshanteringen inom äldrenämndens ansvarsområde.

3.2 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725)
- Socialtjänstlagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

3.3 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av exempelvis rutiner och riktlinjer, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, förvaltningsplaner, avdelningsplaner, verksamhetsplan, internkontrollplan, urval av protokoll med tillhörande handlingar, kampanjmaterial för att öka kunskapen om synpunkter med mera.
- Intervjuer med äldrenämndens ordförande, förvaltningsdirektör för vård- och omsorgsförvaltningen, avdelningschef för hälso- och sjukvård, representanter från avdelningen Kvalitet och utveckling samt med verksamhetschefer inom hemtjänst, särskilt boende och hälso- och sjukvård.
- Stickprovsvisa kontroller av inkomna synpunkter. Stickprovsgranskningen beskrivs närmare i avsnitt 4.7.

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



Rapporten är faktakontrollerad av de personer som intervjuats inom ramen för granskningen.

4 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

4.1 RIKTLINJER OCH RUTINER FÖR SYNPUNKTSCHANTERING

4.1.1 Organisation och ansvarsfördelning

Vård- och omsorgsförvaltningen styrs av en förvaltningsdirektör. Avdelningen kvalitet och utveckling ingår i förvaltningsstaben som är organisatoriskt placerad under förvaltningsdirektören. Inom avdelningen Kvalitet och utveckling finns bland annat enheten för kvalitet, som ansvarar för områden såsom synpunktshantering, avvikelshantering och ledningssystem.

Inom förvaltningen finns det en avdelning för hemtjänst och särskilt boende som leds av en avdelningschef. Avdelningen är indelad i två hemtjänstområden som omfattar 18 hemtjänstenheter. Varje hemtjänstområde leds av en områdeschef medan hemtjänstenheterna leds av en verksamhetschef.¹ Utöver detta omfattar avdelningen 33 enheter/avdelningar som är indelade i tre boendeområden. Boendeområdena leds av en områdeschef och varje boende av en verksamhetschef.

Avdelningen för hälso- och sjukvård leds av en avdelningschef. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR), utvecklingsledare samt hjälpmedelsansvarig är organisatorisk placerade under avdelningschefen. Hälso- och sjukvårdsavdelningen består av tre områden. Kommunal primärvård särskilt boende, kommunal primärvård ordinärt boende och kommunal primärvård OSN samt hjälpmedel.

4.1.2 Rutiner, riktlinjer och ansvarsfördelning

Kommunstyrelsen har antagit en kommunövergripande riktlinje² som avser synpunktshantering, felanmälan, avvikelser och servicemätning. En synpunkt definieras som en åsikt eller ett omdöme från en invånare eller annan intressent om den kommunalt finansierade verksamheten. Enligt riktlinjen ska det ske systematisk mottagning, dokumentation, åtgärd och återkoppling i alla ärenden. Verksamheterna ska också ha rutiner för att ta emot och hantera synpunkter. Äldrenämnden ansvarar för att säkerställa att vård- och omsorgsförvaltningen har ett ändamålsenligt system och rutiner för synpunktshantering, att det finns en funktionell kontrollmiljö.

Vård- och omsorgsförvaltningens styrdokument³ avseende synpunktshantering, rutin för synpunktshantering, anger att samtliga personer som är anställda inom vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att ta emot synpunkter samt registrera dem i förvaltningens digitala synpunktshanteringssystem. Inom tre arbetsdagar från mottagen synpunkt ska den verksamhetschef som handlägger ärendet återkoppla till synpunktslämnaren och bekräfta att synpunkten tagits emot. Om synpunktslämnaren är anonym sker det inte någon återkoppling. Inom tre veckor från mottagen synpunkt ska ansvarig handläggare sammanställa dokumentationen i ärendet och slutföra hanteringen i synpunktshanteringssystemet. Det åligger även ansvarig chef att sammanställa och analysera inkomna synpunkter för att bidra till en förbättrad verksamhet.

¹ I Uppsala kommun används benämningen verksamhetschef för den roll som vanligtvis benämns som enhetschef.

² Kommunstyrelsen, KSN-2017-3087. Gäller från 2017-12-05.

³ Vård- och omsorgsförvaltningen, VOF-RU-551-05, 2024-04-24

Uppsala kommuns revisorer genomförde under revisionsåret 2024 en granskning⁴ av vilka åtgärder som vidtagits med anledning av övergrepp inom hemtjänsten. Mot bakgrund av händelserna inom äldreomsorgen beslutade äldrenämnden att genomföra en "kraftsamling" för att skapa ökad trygghet inom vård- och omsorgsverksamheten. En av åtgärderna som definierades inom ramen för kraftsamlingen var att utveckla synpunktshanteringen. Utvecklingen av synpunktshanteringen syftade till att göra det enklare att lämna synpunkter samt för att möjliggöra snabbare återkoppling till personen som lämnat synpunkten.⁵

Representanter för förvaltningens kvalitetsavdelning uppger att det finns krav på att rutinen för synpunktshantering ska revideras minst en gång per år eller vid behov för att säkerställa att informationen är aktuell.

4.1.3 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **i allt väsentligt** säkerställt att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för synpunktshanteringen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska verksamheten fastställa de processer och rutiner som finns inom den egna verksamheten. Hanteringen av synpunkter är en väsentlig del i kvalitetsarbetet som enligt Socialstyrelsens föreskrifter avser att den som bedriver socialtjänst ska ta emot och utreda.

Vi konstaterar att förvaltningen fastställt en rutin för synpunktshantering. Rutinen beskriver hur en inkommen synpunkt på verksamhetens kvalitet ska hanteras, från mottagande till utredning och återkoppling. Rutinen innehåller även tidsgränser för med vilka tidsintervall synpunkten ska hanteras. Vi noterar även att det finns ett digitalt synpunktshanteringssystem för ändamålet.

4.2 KÄNNEDOM OCH FÖRANKRING

4.2.1 Förankring och kunskap i verksamheten

Vid intervjuer framkommer en samlad bild av att de kommunövergripande riktlinjerna och förvaltningsspecifika rutinerna för synpunktshantering finns lättillgängligt på förvaltningens intranät. Vid intervjuer framgår även att rutinerna för synpunktshantering upplevs som tydliga och enkla att följa men samtidigt att det innebär ett större administrativt arbete för den som registrerar och utreder synpunkten.

De verksamhetschefer som intervjuats uppger att de på det stora hela har goda förutsättningar att arbeta med synpunkter. Vid mer komplicerade synpunktsutredningar finns det möjlighet att få stöd från kvalitetsenheten eller utse en medutredare i systemet.

Vid intervjuer framgår att verksamhetschefers arbetsbelastning påverkar möjligheten att arbeta med synpunktshantering och kvalitetsfrågor i stort. Flera verksamhetschefer beskriver att de har

⁴ KPMG, Granskning av vidtagna åtgärder utifrån övergrepp inom hemtjänsten. 2025-03-21.

⁵ Kvalitetsberättelse 2024, OSN-2025-00346, ALN-2025-00344

runt cirka 30 tillsvidareanställda exklusive timvikarier, men det finns verksamhetschefer som har fler medarbetare. Vid intervjuer uttrycker flera intervjuade att utöver medarbetare per chef påverkas även arbetsbelastningen av antalet brukare per chef. Inom vissa hemtjänstverksamheter riskerar, enligt intervjuade, arbetet med synpunktshantering att påverkas negativt på grund av ett högt antal brukare per verksamhetschef.

Det finns en informationschecklista som ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda medarbetare. Verksamhetschefer framhåller att synpunktshandlingen utgör en punkt i checklistan och att det är en mindre del av introduktionen.

Verksamhetschefer bekräftar också att det senaste årets informationskampanj har bidragit till att det i högre omfattning än tidigare förs diskussioner om synpunkter och avvikelser bland personalen inom särskilt boende och hemtjänst. Enligt intervjuer med verksamhetschefer har det skapats *dialogkort* i form av en kortlek som spelas av omsorgspersonalen vid exempelvis arbetsplatsträffar. Dialogkortet beskriver ett fiktivt scenario och beskrivningen ska personalen bedöma om situationen utgör exempelvis en synpunkt, avvikelse eller missförhållande enligt Lex Sarah. Flera verksamhetschefer beskriver att synpunktshantering är ett återkommande ämne på arbetsplatsträffar och att det diskuteras regelbundet.

4.2.2 Underrapportering av synpunkter

Vid merparten av alla intervjuer framkommer en samstämmig bild av att det finns en underrapportering av synpunkter som därmed inte registreras. Vid flera intervjuer lyfts att det är vanligt förekommande att muntliga synpunkter och klagomål inte registreras utan hanteras omgående, framför allt när synpunkten eller klagomålet kan åtgärdas direkt med brukaren eller den anhörige. Flera av de intervjuade betonar att det är nödvändigt att göra en avvägning av vad som ska registreras eftersom det leder till en orimlig administrativ arbetsbelastning att registrera samtliga synpunkter i synpunktshanteringssystemet. Vid vissa intervjuer beskrivs att om samtliga synpunkter skulle registreras skulle ytterligare personal behöva rekryteras för att registrera och utreda synpunkterna.

Vid intervjuer framgår att det finns potential för att förbättra synpunktshanteringssystemet och bidra till att fler synpunkter registreras. Det framhålls bland annat att nuvarande synpunktssystem inte möjliggör en enkel efterhandsregistrering eftersom det saknas en funktion för att snabbt markera att en synpunkt redan är hanterad och avslutad. Det medför att den medarbetare som registrerar synpunkten behöver gå igenom samtliga steg i processen innan handlingen kan avslutas. Systemet är uppbyggt för att säkerställa att alla steg i utredningen genomförs enligt framtagen rutin. Enligt flera intervjuade innebär detta ett administrativt merarbete, vilket i sin tur kan medföra att vissa synpunkter som redan åtgärdats inte registreras.

4.2.3 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** säkerställt att riktlinjer och rutiner är förankrade och kända i verksamheten.

Syftet med synpunktshantering är enligt Socialstyrelsens föreskrifter bland annat att uppmärksamma och åtgärda kvalitetsbrister i verksamheten. Även om synpunkten åtgärdas direkt med brukaren eller den anhörige, riskerar underrapportering av synpunkter att leda till att mer systematiska brister i verksamheten inte identifieras.

Vi noterar att merparten av alla intervjuade verksamhetschefer har god kännedom rutinerna och riktlinjerna för synpunktshantering. Däremot framkommer en samstämmig bild, utifrån den absoluta merparten av alla intervjuer, att det finns en omfattande underrapportering av synpunkter som inte registreras. Enligt vår erfarenhet är detta även en generell utmaning inom äldreomsorgen i riket. Mot bakgrund av detta är vår bedömning att efterlevnaden av befintliga riktlinjer och rutiner vad gäller rapportering av synpunkter är låg.

4.3 INFORMATION TILL BRUKARE OCH ANHÖRIGA

4.3.1 Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen genomför årligen en nationell brukarundersökning där brukare och anhöriga inom hemtjänst och särskilt boende svarar på en enkät om vad de anser om äldreomsorgen. En av frågorna avser om huruvida de vet vart de ska vända sig för att lämna synpunkter. För denna fråga finns tre svarsalternativ: "Ja", "Delvis" samt "Nej". Nedan redovisas andelen ja-svar på frågan "Vet du var du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboende/hemtjänst?"

Nyckeltal	2023	2024	2025
Hemtjänsten	60	49	58
Särskilt boende	41	41	47

Källa: Kommun- och landtingsdatabasen, KOLADA.

Andelen som svarade ja på frågan om de vet var de ska vända sig för att framföra synpunkter eller klagomål uppgick 2025 inom hemtjänsten till 58 procent samt inom särskilt boende till 47 procent. Vid en enhetsjämförelse inom särskilt boende framgår att spridningen vad gäller andelen ja-svar på verksamhetsnivå skiljer sig från en verksamhet där andelen ja-svar uppgick till 13 procent till den verksamhet med högst andel ja-svar som uppgick till 67 procent. För hemtjänsten erhöll den verksamhet med lägst andel ja-svar 45 procent och den verksamheten med högst andel ja-svar 68 procent.

I Kommun- och landstingsdatabasen, KOLADA, jämförs ovanstående resultat med alla kommuner i riket. Kommuner grupperas utifrån de 25 procent bästa (grönt resultat), de 50 % mittersta (gult resultat) eller de 25 procent sämsta (rött resultat). Vad gäller hemtjänsten och särskilt boende var 2025 års resultat i Uppsala bland de 50 procent mittersta kommunerna.

4.3.2 Statistik över inkomna synpunkter

Under granskningen har vi tagit del av statistik över synpunkter som inkommit i *synpunktshanteringssystemet* under perioden 1 januari 2025 till 5 november 2025. Synpunkter som inkommit via andra kanaler än synpunktshanteringssystemet är inte inkluderade i statistiken. Som tidigare redovisats i avsnitt 6.2.2 förekommer att muntligt inkomna synpunkter inte alltid registreras i synpunktshanteringssystemet. Det innebär att det kan finnas mönster och trender i de inkomna synpunkterna som inte uppmärksammas i den rapporterade statistiken.

Under perioden har det sammanlagt inkommit 1 046 synpunkter varav 21 bedömts beröra en annan process som till exempel avvikelse eller personal- och/eller arbetsmiljöärenden. En enskild synpunkt innehåller ofta flera olika framföranden, vilket kan inkludera till exempel klagomål, beröm och förbättringsförslag. Synpunkten kan också kategoriseras i flera olika underkategorier, exempelvis kvalitet på insats, måltider och bemötande från personal. Statistiken som redovisas nedan avser därför inte enskilda synpunkter utan grupperade kategorier.

Av de inkomna synpunkterna har 68 procent kategoriserats som klagomål och 10 procent som förslag. Därefter följer beröm (sju procent), frågor (fem procent) och synpunkter som egentligen hör hemma i en annan process (två procent). Åtta procent av de inkomna synpunkterna saknar synpunktskategori. De vanligaste klagomålen berör kvalitet på insats, trygghet, bemötande och service, kommunikation samt information.

4.3.3 Åtgärder för ökad kunskap

Under 2024 har vård- och omsorgsförvaltningen påbörjat en informationskampanj som per december 2025 är pågående. Informationskampanjen syftar till att öka kunskapen om hur brukare och anhöriga lämnar en synpunkt till kommunen.

Informationskampanjen har bland annat omfattat framtagandet av en affisch som ska finnas synlig på särskilda boenden och andra berörda verksamheter. Affischen innehåller information om hur brukare och anhöriga kan gå till väga för att lämna en synpunkt. Därutöver har förvaltningen tagit fram ett informationshäfte samt ett visitkort med information om hur synpunkter kan lämnas. Dessa ska delas ut till brukare och anhöriga. Vidare har information om synpunktshandlingen enligt uppgift varit föremål på ledningsgrupper med områdeschef och verksamhetschefer.

Enligt verksamhetschefer inom hemtjänsten har varje brukare med hemtjänstinsatser fått en pärm till sitt hem som bland annat innehåller information om synpunktshantering samt en pappersblankett för att lämna synpunkter.

4.3.4 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** har säkerställt att brukare och deras anhöriga i tillräcklig utsträckning har informerats om hur synpunkter ska lämnas.

Granskningen visar att det under året pågått en informationskampanj för att öka kunskapen om hur synpunkter kan lämnas av brukare och anhöriga. Kampanjen har bestått av affischer, informationsblad, visitkort med mera. Det är enligt vår bedömning positivt att det pågår ett arbete för att öka kunskapen om synpunktshantering inom nämndens verksamheter. Eventuella effekter av kampanjen har ännu inte utvärderats.

Vi konstaterar däremot att cirka hälften av de som besvarat Socialstyrelsens brukarenkät uppgett att de vet var de ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål, detta innebär att hälften svarat att de inte säkert (delvis eller nej) vet var de ska vända sig. Mot bakgrund av detta samt underrapporteringen av synpunkter (se avsnitt 4.2.2) är vår bedömning att äldre nämnden endast delvis säkerställt att brukare och deras anhöriga i tillräcklig utsträckning har informerats om hur synpunkter ska lämnas.

4.4 ANONYMA SYNUNKTER

Enligt förvaltningens rutin för synpunktshantering har synpunktslämnaren rätt att vara anonym. Synpunktslämnare som lämnar sin synpunkt digitalt via synpunktshanteringssystemet eller via pappersblanketten får information om möjligheten att vara anonym. Det är inte möjligt för mottagaren av synpunkten att se eller följa upp den anonyma synpunktslämnaren.

Enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutin för synpunktshantering lämnas det inte någon återkoppling på mottagen synpunkt eller annan typ av återkoppling i de fall synpunktslämnaren har valt att vara anonym. Vid intervju med verksamhetschefer framhålls ett önskemål om att införa en funktion som gör att det går att lämna återkoppling även om synpunktslämnaren är anonym.

4.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **i allt väsentligt** säkerställt möjligheten att lämna synpunkter anonymt och att dessa synpunkter hanteras på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen visar att det finns möjlighet att lämna synpunkter anonymt via förvaltningens synpunktshanteringssystem eller via pappersblankett. Vi noterar att det i intervjuer framgår önskemål om att det via det digitala systemet skulle vara möjligt att kunna återkoppla även till anonyma synpunktslämnare utan att röja synpunktslämnarens identitet.

4.5 SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS AV SYNPUNKTER

Vård- och omsorgsförvaltningens rutin för synpunktshantering anger att inkomna synpunkter regelbundet ska sammanställas och analyseras för att identifiera potentiella förbättringsområden. Sammanställningen ska utgöra underlag i kommande verksamhetsplanering.

Vid intervjuer framgår att det genomförs en övergripande sammanställning av registrerade synpunkter i äldre nämndens kvalitetsberättelse. Av kvalitetsberättelsen framgår bland annat en utveckling av volym vad gäller inkomna synpunkter, information om det digitala synpunktshanteringsystemet samt en fördelning av om synpunkterna avser klagomål, förslag, frågor, beröm eller annan process/avvikelse.

Utifrån intervjuer framgår att det inte sker en mer detaljerad analys av rapporterade synpunkter med syfte att utveckla och säkra kvaliteten. Enligt de intervjuade har en sådan analys identifierats som ett förbättringsområde.

4.5.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldre nämnden **endast delvis** säkerställt att inkomna synpunkter sammanställs och analyseras för att utveckla verksamheten

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ”... *synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ... ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten*”⁶. 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. Vid indikationer på bristande kvalitet ska verksamheten kontrollera att det finns ändamålsenliga processer och rutiner för att säkra kvaliteten.

Granskningen visar att det i kvalitetsberättelsen sker en övergripande *sammanställning* av registrerade synpunkter men att det inte sker en mer detaljerad *analys* av synpunkterna på övergripande nivå. En väsentlig del i kvalitetsarbetet är ett systematiskt analysera exempelvis synpunkter med syfte att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

4.6 ÅTGÄRDER OCH UPPFÖLJNING

Den som utreder inkommen synpunkt ansvarar för att adekvata åtgärder vidtas utifrån utredningen. Vid intervjuer framgår däremot att det inte sker någon systematisk uppföljning av om de åtgärder som vidtagits mot bakgrund av utredningen haft avsedd effekt. Flera intervjuade uttrycker att detta är ett utvecklingsområde.

Äldre nämnden beslutade i december 2024 om internkontrollplan för 2025. Av internkontrollplanen framgår kopplat till kontrollområdet ”*Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner*” nedanstående riskbeskrivning:

⁶ Föreskrifter SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §

- *”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.”*

Det tillhörande kontrollmomentet innebär att kontrollera att synpunkter omhändertas på ett ändamålsenligt sätt genom att analysera att gällande synpunktshantering svarar mot aktuellt regelverk. Därtill beslutades att analysera om synpunkter och klagomål lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt samt att återkoppling ges inom rimlig tid. Enligt planen var tidpunkten för uppföljningen oktober. Vid äldrenämndens sammanträde i oktober 2025 behandlades *”Uppföljning av äldrenämndens internkontrollplan per oktober 2025”*. Av underlaget framgår att kontrollen att analysera att gällande synpunktshantering svarar mot aktuellt regelverk har granskats *”utan anmärkning”*. Vad gäller kontrollen om att analysera om synpunkter och klagomål lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt samt att återkoppling ges inom rimlig tid framgår att granskningen är genomförd med *”mindre anmärkning”*. Granskningen visar enligt underlaget att det finns behov av att *”... stärka tillgängligheten för brukare och medborgare att lämna synpunkter och klagomål.”* För att stärka tillgängligheten hänvisas i underlaget till den pågående informationskampanjen (se avsnitt 4.3.3).

4.6.1 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **inte** säkerställt att åtgärder vidtas utifrån inkomna synpunkter, samt att uppföljning av att åtgärderna haft avsedd effekt.

Vi noterar att äldrenämnden inom ramen för internkontrollplanen genomfört två kontroller avseende synpunktshanteringen. Den första kontrollen avser att analysera att synpunkthanteringen svarar mot gällande regelverk. Den andra kontrollen avser om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och att återkoppling ges inom rimlig tid. Det är enligt vår bedömning positivt att nämnden använder internkontrollplanen för att kontrollera och följa upp synpunktshanteringen som är en central del i kvalitetsarbetet. Vi konstaterar däremot att kontrollerna inte följer upp att åtgärder faktiskt vidtas utifrån inkomna synpunkter eller avser uppföljning av att åtgärder som vidtas har effekt. Detta innebär att det inte genomförs kontroller av om vidtagna åtgärder utifrån inkomna synpunkter haft effekt samt uppföljning av åtgärderna vilket enligt vår bedömning är bristfälligt. Uppföljning och kontroll av synpunktshanteringen skulle exempelvis på verksamhetsnivå kunna ske genom egenkontroller eller genom stickprov på förvaltningsövergripande nivå.

4.7 STICKPROVSKONTROLL

Inom ramen för granskningen har vi genomfört en stickprovskontroll av 30 slumpmässigt utvalda synpunkter utifrån registrerade synpunkter i förvaltningens digitala synpunktshanteringssystem.

Syftet med stickprovskontrollen är att bedöma om synpunkterna har hanterats i enlighet med rutinen för synpunktshanteringen. Synpunkterna kan gälla både hemtjänst, särskilt boende samt

hälso- och sjukvård och komma från brukare, anhöriga eller andra intressenter. Stickprovsundersökningen avser besvara följande tre frågor:

- Har återkoppling på mottagen synpunkt skett till synpunktslämnaren inom tre arbetsdagar enligt rutin?
- Har utredning av inkommen synpunkt genomförts och dokumenterats i aktuellt system inom tre veckor enligt rutin?
- Har återkoppling skett till synpunktslämnaren efter genomförd utredning enligt rutin?

4.7.1 Iakttagelser och slutsatser

Resultat av stickprovsundersökningen visar att majoriteten utgör klagomål. Två synpunkter är renodlat beröm och ytterligare två synpunkter avser både klagomål och beröm i samma synpunkt. 26 synpunkter utgör endast klagomål. I 21 ärenden är det dokumenterat att synpunktslämnaren fått återkoppling inom tre arbetsdagar. Fem synpunktslämnare är anonyma och ska därför enligt nuvarande rutin inte ges någon återkoppling.

Resultatet av stickprovet visar att majoriteten av de synpunktslämnare som inte varit anonyma har fått återkoppling inom tre arbetsdagar, att utredning har genomförts inom tre veckor samt att synpunktslämnaren fått återkoppling om utredningen.

Stickprov	Typ av synpunkt	Anonym	Återkoppling inom tre arbetsdagar	Utredning inom tre veckor	Återkoppling
1	Klagomål	Nej	Nej	Ja	Ja
2	Klagomål	Nej	Ja	Nej	Ja
3	Beröm	Nej	Ja	-	-
4	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
5	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
6	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
7	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
8	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
9	Klagomål	Nej	Ja	Utredning ej avslutad	-
10	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
11	Beröm	Ja	-	-	-
12	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Framgår inte
13	Klagomål	Nej	Nej	Ja	Ja
14	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
15	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
16	Klagomål	Nej	Nej	Nej	Nej
17	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
18	Klagomål	Ja	-	Nej	-
19	Klagomål	Nej	Nej	Ja	Ja
20	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
21	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
22	Klagomål	Ja	-	Nej - anledning dokumenterad	-
23	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
24	Klagomål	Ja	-	Nej	-

25	Klagomål	Ja	-	Nej	-
26	Beröm Förslag Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
27	Klagomål Beröm	Nej	Ja	Ja	Ja
28	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
29	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja
30	Klagomål	Nej	Ja	Ja	Ja

5 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden har säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt en ändamålsenlig synpunktshantering.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Säkerställa efterlevnaden av befintliga riktlinjer och rutiner för synpunktshantering vad gäller rapporteringen av synpunkter.
- Säkerställa arbetsformer för att brukare och anhöriga ges kunskap om hur synpunkter ska lämnas.
- Se över om det finns möjlighet att införa digital teknik som möjliggör att den som utreder en synpunkt ska kunna återkoppla till synpunktslämnaren utan att röja dennes identitet.
- Säkerställa att det sker en analys av inkomna synpunkter på övergripande nivå för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.
- Säkerställa att det genomförs kontroller av om åtgärder vidtas utifrån inkomna synpunkter samt att det sker uppföljning av om åtgärderna har effekt.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reismer

Certifierad kommunal revisor

Ingrid Nordin

Verksamhetsrevisor

Mikael Lindberg

Certifierad kommunal revisor

Mikael Lind

Kvalitetssäkrare och certifierad kommunal revisor

Datum:
2025-12-12

Diarienummer:
KRN-2025-00021

Kommunrevisionen
Missiv

Mottagare:
Utbildningsnämnden

För kännedom:
Kommunfullmäktige

Granskning av fritidshemmet

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en granskning av fritidshemmet. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Bakgrunden till vår granskning är att varje kommun, enligt skollagen, ska erbjuda utbildning i fritidshem för elever i kommunens förskoleklass, grundskola och anpassad grundskola. Vi bedömer att det finns risk att en bristande styrning och uppföljning av fritidshemmet kan få betydande negativa konsekvenser för enskilda barn och ungdomar och för samhället i stort, varpå vi beslutat att genomföra en granskning inom området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att utbildningsnämnden genom sin styrning *i allt väsentligt* säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Bakgrunden till vår bedömning är att rektorer och lärare har en gemensam syn på att rektors ledning av det pedagogiska arbetet och utvecklingen av utbildningen omfattar fritidshemmet, att andelen legitimerad och behörig personal i Uppsala kommuns fritidshem ligger över rikets genomsnitt samt att huvudmannen bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete som omfattar fritidshemmet. Dock framgår av granskningen att det på flera enheter saknas legitimerad och behörig personal samt att tillgången till ändamålsenliga lokaler och utemiljöer varierar mellan skolenheterna. Därtill konstateras att nämnden inte visat på att specifika åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet har vidtagits.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för utbildningsnämnden.

Revisionen emotser yttrande från utbildningsnämnden kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-03-31**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande



Granskning av fritidshemmet

Rapport

Uppsala kommun

2025-12-10

Antal sidor 18

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte och revisionsfrågor	5
4	Avgränsning	6
5	Revisionskriterier	6
6	Metod	6
7	Resultat av granskningen	7
7.1	<i>Resurser</i>	7
7.1.1	Bedömning	9
7.2	<i>Rektors ledning</i>	9
7.2.1	Bedömning	10
7.3	<i>Personal</i>	10
7.3.1	Bedömning	12
7.4	<i>Lokaler</i>	12
7.4.1	Bedömning	13
7.5	<i>Uppföljning</i>	13
7.5.1	Bedömning	15
8	Samlad bedömning och rekommendationer	18

1 SAMMANFATTNING

Azets har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska utbildningsnämndens styrning av fritidshemmet.

Det övergripande syftet med granskningen är bedöma om utbildningsnämnden genom sin styrning och uppföljning säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att utbildningsnämnden genom sin styrning i allt väsentligt säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Resurser till fritidshemmet fördelas utifrån elevantal och socioekonomiska bakgrundsfaktorer. Modellen beaktar inte förutsättningar som personalens kompetens ger.

Rektorer och lärare har en gemensam syn på att rektors ledning av det pedagogiska arbetet och utvecklingen av utbildningen omfattar fritidshemmet.

Andelen legitimerad och behörig personal i Uppsala kommuns fritidshem ligger över rikets genomsnitt. På flera enheter saknas dock helt legitimerad och behörig personal. Tillgången till ändamålsenliga lokaler och utemiljöer varierar mellan skolenheterna. Det gäller till exempel tillgång till lokaler för vila och rekreation.

Huvudmannen bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete som omfattar fritidshemmet.

I granskningen har nämnden inte visat på att specifika åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet har vidtagits. Samverkan sker med socialtjänsten i områden som prioriterats av socialnämnden, där bedöms också samverkan vara ändamålsenlig. På andra enheter finns ingen reglerad samverkan annat än för orosanmälan.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån bedömningsnivåerna Ja, I allt väsentligt, Endast delvis och Nej.



Revisionsfråga	Bedömning
Fördelar nämnden resurser till fritidshem med hänsyn till elevernas olika förutsättningar och behov?	I allt väsentligt
Leder det pedagogiska arbetet i fritidshemmet och verka för att utbildningen utvecklas?	I allt väsentligt
Finns det lärare och annan personal i verksamheten som i enlighet med läroplanen kan leda och utveckla verksamheten?	Endast delvis
Har fritidshemmet tillgång till ändamålsenliga lokaler?	Endast delvis
Följer nämnden upp fritidshemmets verksamhet i det systematiska kvalitetsarbetet?	I allt väsentligt
Har nämnden vidtagit åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet?	Endast delvis
Bedrivs en ändamålsenlig samverkan mellan fritidshemmet och socialtjänsten?	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 utbildningsnämnden att:

- säkerställa att det vid varje fritidshem finns lärare med legitimation och behörighet som kan ansvara för undervisning. (2 kap. 13 § SkoL samt allmänna rådet 5 under första avsnittet i Skolverkets allmänna råd (2023:127) Styrning och ledning av fritidshemmet)
- verka för att eleverna har likvärdig tillgång till ändamålsenliga lokaler och utemiljöer som möjliggör en varierad pedagogisk verksamhet, såsom vila och rekreation. (1 kap. 9 § SkoL samt allmänna rådet 1 under första avsnittet i Skolverkets allmänna råd (2023:127) Styrning och ledning av fritidshemmet)
- följa upp att resursfördelningsmodellen ger förutsättning för hög och likvärdig kompetens hos personalen vid enheterna. (Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2023:127 om fritidshem, det allmänna rådet 6)
- ta initiativ till att lyfta fritidshemmets roll och dess erbjudande av stimulans av elevers utveckling och lärande samt meningsfull fritid och rekreation i fora där samverkan mot kriminalitet bedrivs.

2 BAKGRUND

Azets har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att bedöma hur utbildningsnämnden som huvudman för fritidshemmet, genom sin styrning och uppföljning säkerställer att utbildningen genomförs enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Enligt skollagen ska varje kommun erbjuda utbildning i fritidshem för elever i kommunens förskoleklass, grundskola och anpassad grundskola. Fritidshemmet kompletterar utbildningen i nämnda skolformer och syftar till att "stimulera elevernas utveckling och lärande samt erbjuda dem en meningsfull fritid och rekreation".

Omfattningen på utbildningen ska ta hänsyn till föräldrarnas förvärvsarbete eller studier eller andra behov som familjen kan ha. Fritidshem ska erbjudas till och med vårterminen det år som eleven fyller tretton år. Vidare ställs krav på att elevgrupperna får en "lämplig sammansättning och storlek" samt att en god miljö erbjuds.

I Uppsala kommuns Mål- och budget finns ett fokusmål om att Uppsala ska bli tryggare och med mer jämlika livsvillkor. Trygghet är en grundläggande rättighet och ingen ska behöva begränsas av otrygghet eller rädsla för brott. I detta arbete är det väsentligt att arbeta med förebyggande insatser, bland annat inom skolverksamheten. "Skolan har en central roll som skyddsfaktor när det gäller att motverka rekrytering av barn och unga till kriminella nätverk", enligt Skolverket. Huvudmannen har ett stort ansvar för att rektor ges förutsättningar att möta utmaningar i verksamheten. Tillgång till fritidsverksamhet är en viktig del i arbetet med tidiga insatser för barn och unga som riskerar att hamna i kriminalitet.

Statistik visar att det är relativt få elever i mellanstadiet som går i fritidshem och barn som bor i socioekonomiskt utsatta områden är i lägre grad inskrivna i fritidshem än barn i andra områden. Andelen barn, 6–12 år, inskrivna i fritidshem uppgick 2024 till 54 procent i Uppsala kommun. Det är något lägre än genomsnittet i riket.

Revisorerna bedömer att bristande styrning och uppföljning av fritidshemmet kan få betydande negativa konsekvenser för enskilda barn och ungdomar, men också för samhället i stort.

3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om utbildningsnämnden genom sin styrning och uppföljning säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Fördelar nämnden resurser till fritidshem med hänsyn till elevernas olika förutsättningar och behov?
- Har rektor förutsättningar att leda det pedagogiska arbetet i fritidshemmet och verka för att utbildningen utvecklas?
- Säkerställer nämnden att det vid fritidshemmen finns tillräcklig kompetens?
 - Inom revisionsfrågan ska personalomsättningen redovisas.
- Har fritidshemmet tillgång till ändamålsenliga lokaler?
- Följer nämnden upp fritidshemmets verksamhet i det systematiska kvalitetsarbetet?

- Har nämnden vidtagit åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet?
 - Bedrivs en ändamålsenlig samverkan mellan fritidshemmet och socialtjänsten?

4 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till fritidshemmet.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- 6 kap § 6 kommunallagen (2017:725)
- 2 kap. 8 b-9, 13–15 §§, 4 kap. 3, 5–6 och 7 §§ samt 14 kap. 2 och 9 §§ skollagen (2010:800)
- Läroplan (SKOLFS 2010:37) för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet.
- Skolverkets allmänna råd (2023:127) om styrning och ledning av fritidshemmet.

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- studier av dokument såsom verksamhetsplan, resursfördelningsmodell och systematiskt kvalitetsarbete.
- studier av officiell statistik från Skolverket och Kolada.
- studier av Skolinspektionens skolenkät
- intervjuer med utbildningsnämndens ordförande, förste och andre vice ordförande, bitr. utbildningsdirektör tillika tf. utbildningsdirektör, grundskolechef, två skolområdeschefer, enhetschef Kvalitet och uppföljning samt urval av skolledare och pedagoger i fritidshem.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån bedömningsnivåerna Ja, I allt väsentligt, Endast delvis och Nej.



Rapporten är faktakontrollerad av biträdande utbildningsdirektör, grundskolechef och verksamhetscontroller.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

I Uppsala kommun erbjuds verksamhet i anslutning till skoldagen i form av fritidshem och öppen fritidsverksamhet¹, i Uppsala kommun benämnd fritidsklubb. Utbildningsnämnden ansvarar enligt kommunfullmäktiges reglemente för fritidshemmet, medan kulturnämnden ansvarar för öppen fritidsverksamhet.² Information om fritidshem och fritidsklubb ges på kommunens hemsida.³ I kommunen finns det fritidshem vid 56 enheter. Fritidsklubb finns vid 25 skolenheter och utgör ett mindre reglerat alternativ till fritidshem för barn i mellanstadiet. Där fritidsklubb finns vänder den sig till elever i mellanstadiet.

Av det totala barnantalet i åldersgruppen 6–12 år i kommunen var 2024 54 procent inskrivna i fritidshem. Motsvarande andel i kommungruppen⁴ var 57 procent och i riket 58 procent. Andelen elever i lågstadiet uppgick till drygt 88 procent, vilket var över rikets genomsnitt på närmare 85 procent. Andelen inskrivna elever i mellanstadiet uppgick till drygt 9 procent, men då inkluderas inte barn i öppen fritidsverksamhet. Uppgifter från kommunen visar att det primärt är mellanstadieelever i årskurs 4 som går i fritidshem. Endast en procent av eleverna i årskurs 6 går i fritidshem. Andel⁵ elever inskrivna i fritidsklubb är högre:

- 55 procent av eleverna i årskurs 4
- 48 procent av eleverna i årskurs 5
- 32 procent av eleverna i årskurs 6

Skolenheter vid vilka en hög andel av eleverna är inskrivna i fritidsklubb finns både i områden med socioekonomiska utmaningar och i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Motsvarande gäller för enheter vid vilka en låg andel elever är inskrivna i fritidsklubb. Andelen mellanstadieelever i fritidshem är som högst i områden där det saknas fritidsklubb.

Under utbildningsdirektören är grundskolechefen också verksamhetschef för fritidshemmet. Om ledning av fritidshemmet på enhetsnivå redovisas längre fram i rapporten.

7.1 RESURSER

Tabellen nedan visar kostnaden per elev i kommunalt fritidshem i Uppsala kommun och genomsnittet per elev i kommungrupp och rike.

Enhet	Total kostnad per barn	Lokaler och inventarier	Personal	Övrigt
Uppsala kommun	35 492	8 804	22 243	4 445
Kommungrupp	47 306	8 707	31 982	5 727
Rike	47 574	8 278	33 024	6 014

Kolada, SKR

¹ Öppen fritidsverksamhet regleras i 14 kap. 7 § och 25 kap. 4 § Skoll och är en mindre reglerad form av pedagogisk verksamhet som kan erbjudas elever från och höstterminen det år de fyller tio år.

² *Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun*, senast reviderad KF 2023-11-06 § 196

³ <https://www.uppsala.se/skola-och-forskola/grundskola-och-fritids/ga-pa-fritids/>, 2025-09-18 kl. 08:00

⁴ Större stad

⁵ Av elever i kommunala skolor. Andel elever i fristående skolor, årskurs 4-6, som går i fritidsklubb varierar mellan 6-9 %.

Av uppgifterna i tabellen ovan kan vi se att kostnaden per inskrivet barn ligger under både rikets och kommungruppens genomsnitt. Nettokostnadsavvikelsen⁶, som utgår från kostnad per invånare, uppgår till – 29,1 procent, vilket motsvarar 130 miljoner kronor. I intervju med förvaltningsledningen framgår att det är svårt att säkerställa en helt korrekt kontering av kostnader mellan grundskola och fritidshem. Det kan vara så att kostnader i högre grad belastar grundskolan än fritidshemmet.

Resurser till fritidshemmets olika enheter fördelas i Uppsala kommun utifrån elevantal (antal elever i fritidshemmet från förskoleklass till och med årskurs 3) och sedan 2023 också utifrån en egen modell för strukturersättning.⁷ Ett socioekonomiskt index räknas ut för samtliga fritidshem utifrån samma parametrar som gäller för grundskolan. Av de faktorer som påverkar strukturersättningen väger bakgrundsvariablerna: invandrad för 0–2 år sedan, vårdnadshavare med högst grundskoleutbildning samt vårdnadshavare med låg inkomst tyngst. Den socioekonomiska ersättningens andel av grundbeloppet utgörs av ett årligen fastställt fast belopp som 2025 motsvarar 4,5 procent i fritidshemmet att jämföras med 7,7 procent i grundskolan. Under innevarande budgetår gäller ett takbelopp på 7 000 kronor per elev i strukturersättning i fritidshemmet. Utfallet per elev och skolenhet varierade 2024 mellan 0 kronor och 6 529 kronor. Att den totala strukturersättningen i fritidshemmet utgörs av ett fast belopp beror, enligt nämndens ordförande, på att fritidshemmet därmed ges en trygghet under året genom att ersättningen blir oberoende av att elever slutar.

Representanter för grundskolans ledningsgrupp menar att resurser fördelas efter elevernas olika förutsättningar och behov. Rektor har en budget för sin verksamhet. Hur resurserna sedan fördelas på enheten avgörs av rektor. Det kan vara utmanande att organisera för långa öppettider, särskilt för enheter på landsbygden. Det kan också vara så att åtgärder inom ram för särskilt stöd i högre grad vidtas i grundskolan. Representanter för grundskolans ledningsgrupp menar dock att det inte finns förutsättningar att omfördela resurser från grundskolans särskilda stöd till särskilt stöd i fritidshemmet utan en resursförstärkning.

Intervjuad personal i fritidshemmet menar att utifrån de resurser som avsätts kan det i huvudsak bedrivas en god verksamhet. I intervjuer framkommer att antalet elever per heltidsanställd personal varierar betydligt mellan skolenheterna, vilket i huvudsak beror på strukturersättningen. Med vilken kvalitet verksamhet i fritidshem kan bedrivas är, enligt flera respondenter, inte bara avhängigt omfattningen på personalen utan också dess kompetens.

Resurserna är begränsade vilket innebär att insatser behöver prioriteras. Grundskolans organisation prioriteras före fritidshemmet. Det måste finnas en lärare i varje klassrum. Övriga resurser fördelas till fritidshem och till behovsprövade insatser. Det är utmanande att klara av allt längre öppettider, säger flera respondenter. Resursfördelningsmodellen tar inte hänsyn till hur länge en enhet behöver ha öppet, enligt respondenterna. Elevers behov av särskilt stöd gör också att det i flera fall kan behövas en större personalstyrka både vid öppning och stängning än som annars skulle ha varit fallet utifrån elevtalet. Beslut om särskilt stöd kan också omfatta fritidshemmet, men insatser i grundskolan upplevs prioriteras. Under skoltid kan en assistent avsättas till enskilda elever, men när verksamheten övergår i fritids blir assistenten en ordinarie personal i grupp. Intervjuade rektorer kan se att behovet av särskilt stöd kan variera beroende på verksamhet, men inte nödvändigtvis så att det alltid är större i grundskolan.

⁶ Nettokostnadsavvikelsen visar nettokostnaden minus referenskostnaden. Referenskostnaden är en fiktiv kostnad som visar vad kostnaden borde vara med hänsyn tagen till bl.a. antal inskrivna barn, befolkningsstruktur och bebyggelsestruktur.

⁷ Befintlig resursfördelningsmodell för grundskolan utgår från ett beslut i utbildningsnämnden 2015.

Ett par respondenter framför att svårigheter att rekrytera legitimerade och behöriga lärare gör att kostnaderna kan hållas nere. En annan respondent framför att det låga löneläget för behöriga lärare i fritidshem påverkar förutsättningarna att rekrytera.

Vid utbildningsnämndens sammanträde i oktober 2024 beslutades att i budget för 2025 avsätta 1 mnkr för en hälsosatsning i grundskola och fritidshem.⁸

7.1.1 Bedömning

Vår bedömning är att utbildningsnämnden i allt väsentligt fördelar resurser till fritidshem med hänsyn till elevernas olika förutsättningar och behov.

Vi grundar vår bedömning på att befintlig resursfördelningsmodell, som beaktar elevernas i fritidshemmet olika förutsättningar genom till exempel en socioekonomisk resursfördelning. Vi ser dock risker för att åtgärder, till exempel inom ram för särskilt stöd, inte kan genomföras i fritidshemmet på grund av att resurser till grundskolans verksamhet prioriteras och för att personalsammansättningen inte fullt ut stödjer en kvalitativ verksamhet.

Utifrån det statistiskt redovisade mycket låga kostnadsläget i fritidshemmet ser vi en risk för att kostnader inte bokförs på rätt verksamhet. Det kan dock finnas andra förklaringar.

7.2 REKTORS LEDNING

Rektors ansvarar enligt 2 kap. 9 § SkolL för ledning av det pedagogiska arbetet och utbildningens utveckling. Vid omkring hälften av enheterna i Uppsala kommun är det pedagogiska ledarskapet delegerat till biträdande rektor.

I Skolinspektionens skolenkät, som genomförs hos varje huvudman vartannat år, ställs inga specifika frågor till personal i fritidshem om rektors pedagogiska ledarskap. 85 procent av grundskollärarna i Uppsala kommun bedömer dock att "skolledningen har tillräcklig kännedom om skolans verksamhet för att leda den".⁹ Drygt 70 procent menar att utvecklingsinsatser och förbättringsarbeten som behöver göras genomförs i mycket eller ganska stor utsträckning. Svaren i Uppsala kommunen ligger i paritet med genomsnittet i enkätomgången.

Representanter för grundskolans ledningsgrupp menar att rektorerna i kommunen har goda förutsättningar att leda det pedagogiska arbetet i fritidshemmet. Rektorerna är välutbildade och kompetenta. På större skolenheter har rektorerna i flera fall delegerat det pedagogiska ledarskapet för fritidshemmet till en biträdande rektor. För intervjuade lärare är det tydlig vem som ansvarar för det pedagogiska ledarskapet i fritidshemmet.

Skolområdescheferna möter kontinuerligt sina rektorer i områdesmöten. Det är många frågor som ska behandlas vid dessa möten och därför organiseras särskilda ledningsgruppsmöten för frågor kopplade till fritidshem vid ett par gånger per termin. Att rektor har förutsättningar att leda fritidshem och att de också gör det följer skolområdescheferna upp i dialogmöten. Huvudmannen har inte satt upp mer specifika mål eller krav på verksamheten till exempel vad gäller personalsammansättning, gruppstorlekar och dylikt.

Intervjuade skolledare bedömer att de har förutsättningar att leda det pedagogiska arbetet och att de också gör det. Hur ledarskapet gestaltar sig varierar mellan skolenheterna bland annat beroende

⁸ UN 2024-10-24 § 87

⁹ Skolenkäten vårterminen 2025

på enheternas storlek. Vid varje fritidshem finns det personal som har ett större ansvar för verksamheten genom uppdrag som arbetslagsledare. På vissa enheter träffar skolledaren dessa arbetslagsledare i kontinuerliga möten. Arbetslagsledarna leder sedan i sin tur arbetet med övrig personal. På andra enheter är skolledaren delaktig i veckovisa möte dock inte alltid i egenskap av mötesordförande. Vid mötena berörs både operativa frågor och vid jämna mellanrum strategiska utifrån den uppföljning av verksamheten som görs. Skolledarnas bild verifieras av intervjuade lärare i fritidshem.

Skolledarna utövar också sitt ledarskap genom medarbetarsamtal, beslut om kompetensutvecklingsinsatser samt dialog och beslut om elevgruppernas sammansättning och storlek. Som grund skapas grupperna utifrån en fast struktur som utgår från klass eller årskurs. I någon mån omfördelas personal utifrån gruppernas specifika behov. Intervjuade lärare delar rektorernas bild, men ett par respondenter påtalar att större hänsyn borde tas till sammansättning vid resursfördelning. Vilket redan har framgått ovan varierar antalet personal per grupp från omkring 12–25 elever per personal.

Även personalens ställtid mellan arbete i grundskolan och arbete i fritidshemmet och planeringstid avgörs av ansvarig skolledare och varierar mellan enheterna från ingen ställtid till omkring 20 minuter. Vid en enhet samlas personalen dagligen under skolledares ledning för ett kort möte inför eftermiddagens verksamhet i fritidshemmet. Omfattningen på planeringstid och hur den läggs ut under dagen varierar alltså. I intervjuer framgår att lärare har olika förutsättningar att planera verksamheten och intervjuade lärare är olika nöjda med vilka förutsättningar de får. Skolledarna påtalar att omfattningen på personalens ansvar ska avspeglas i planeringstiden. För intervjuade lärare är det av vikt att planeringstiden inte förläggs på eftermiddagstid eftersom lärare då samtidigt behöver arbeta i elevgrupp. I hur hög grad som fritidshemspersonalen utgör vikariatspool på enheten varierar också. Det är dock sällan som vikarie tas in för fritidshemspersonal i egenskap av elevassistent, då fritidshemspersonal vikarierar för lärare, enligt flera respondenter.

7.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att rektor i allt väsentligt har förutsättningar att leda det pedagogiska arbetet i fritidshemmet och verka för att utbildningen utvecklas.

Vi bedömer att det är tydligt i verksamheten var det pedagogiska ansvaret för ledning och utveckling av fritidshemmet ligger. Vi bedömer också, utifrån intervjuer, att rektor i huvudsak har förutsättningar för pedagogiskt ledarskap och att rektor leder arbetet och utvecklingen i fritidshemmet tillsammans med särskilt ansvariga i personalgruppen. Utifrån de resurser som avsätts för och fördelas till verksamheten ges skolledarna olika förutsättningar att anpassa gruppernas sammansättning och storlek, vilket vi bedömer påverkar likvärdigheten i elevernas utbildning.

7.3 PERSONAL

Av offentlig statistik från läsåret 2024/2025 framgår att andelen heltidstjänster, i Uppsala kommuns kommunala fritidshem, med pedagogisk högskoleutbildning uppgick till 89,7 procent, vilket är högre än genomsnittet i riket¹⁰. Andel personal (heltidstjänster) med lärarlegitimation och behörighet hos den kommunala huvudmannen uppgick till 61,8 procent i Uppsala kommun. Genomsnittet i riket uppgick till 47,7 procent hos samtliga huvudmän.

¹⁰ 64 % samtliga huvudmän

Huvudmannen har inte i mål eller riktlinje uttryckt en uppfattning om hur en önskvärd personalsammansättning i fritidshem ska se ut, men i *Verksamhetsplan och budget 2025–2027* framgår att Uppsala har ”ett relativt gynnsamt läge jämfört med många andra kommuner. Det är dock svårt att rekrytera vissa yrkeskategorier, till exempel lärare i fritidshem. Det krävs ett systematiskt och långsiktigt arbete för att säkra personalförsörjningen”.¹¹ Bilden verifieras i intervju med grundskolans ledningsgrupp.

Utbildningsnämnden har ingen tillgänglig statistik över personalsammansättningen vid respektive fritidshemsenhet förutom vad gäller den statistik som tillhandahålls av Skolverket och i delar vad gäller antal och andel lärare med legitimation för undervisning i fritidshem. I intervju med biträdande utbildningsdirektör och grundskolans ledningsgrupp uttrycks att det är ogörligt för varje kommun att ha tillgång till uppgifter om personalsammansättningen utöver de uppgifter som efterfrågas av SCB. Av kommunens egen statistik framgår att andel behöriga lärare i fritidshem uttryckt i heltidstjänster i förhållande till det totala antalet heltidstjänster varierar mellan 0 och 68 procent. År 2023 saknade omkring hälften av enheterna legitimerade lärare i fritidshem.¹² I intervjuer framgår att det är en utmaning att rekrytera legitimerade och behöriga lärare i fritidshem och att det kan vara särskilt svårt för vissa enheter, vilket inte nödvändigtvis beror på avstånd från kommunens centrum. Skolområdescheferna följer upp rektorernas förutsättningar att rekrytera behöriga personal vid kontinuerliga dialogmöten. Respondenter lyfter att kommunen försöker påverka universitetet att starta lärarutbildning med inriktning mot fritidshem, men inte fått gehör för det. För att stärka kompetensen i fritidshemmet genomför förvaltningen årligen utbildningsinsatser som riktar sig till hela eller delar av fritidshemmets personal. Det görs i introduktionsutbildningar för nyanställd personal utan adekvat utbildning och årlig gemensam fortbildningsdag för samtlig personal i fritidshem (fritidshemmets dag). Vid sistnämnda tillfälle ges utrymme för spridning av goda exempel.

Intervjuade rektorer och personal i fritidshem ger på enhetsnivå en samstämmig bild av personalsammansättningens ändamålsenlighet. På vissa enheter upplevs den ändamålsenlig och på andra bristfällig. Svårigheter att rekrytera behörig personal och att rekrytera personal som ens förstår fritidshemmets uppdrag är primära orsaker till bristerna.

Vid tiden för granskningen har utbildningsnämndens kompetensförsörjningsplan uppdaterats för att fastställas av utbildningsnämnden vid sammanträdet i november 2025. ”Kompetensförsörjningen är i relation till vissa enheter och funktioner fortsatt en utmaning”, står att läsa i planens inledande stycke.¹³ Att kompetensförsörja fritidshemmet är särskilt utmanande. Det råder, enligt planen, ”kraftig obalans” avseende möjligheten att rekrytera behöriga lärare i fritidshem. I kompetensförsörjningsplanen identifieras två åtgärder att vidta:

- ”För att skapa förutsättningar för att öka andelen behöriga lärare inom fritidshem undersöks möjligheten att erbjuda behöriga lärare fortbildning som VFU handledare.”
- För att skapa ökad kvalitet och likvärdighet inom fritidshem erbjuds riktade insatser till skollärare och lärare i fritidshem med fokus på organisationsstruktur och ledning av fritidshemmets utvecklingsarbete i enlighet med kvalitetsrapport Fritidshem.

Flera respondenter bedömer att huvudmannen behöver stärka arbetet med rekrytering av behöriga lärare i fritidshem. Det gäller till exempel goda villkor för befintlig personal att läsa upp till behörighet, men också en lönesättning som gör att det lönar sig att skaffa en behörighet.

Utbildningsförvaltningen har inte tillgång till tillförlitlig statistik vad gäller personalomsättningen. Ett nytt digitalt system håller på att upphandlas, enligt HR-partner.

¹¹ *Verksamhetsplan och budget 2025–2027*, sid 4

¹² Kompetensförsörjningsplan 2025/2026, sid. 1

¹³ *Kompetensförsörjningsplan 2025/2026*, Utbildningsförvaltningen, sid. 1

7.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns lärare och annan personal i verksamheten som i enlighet med läroplanen kan leda och utveckla verksamheten.

Vi bygger vår bedömning på tillgänglig statistik från kommunen utifrån vilken vi gör bedömningen att det saknas legitimerade och behöriga lärare vid flera enheter, vilket är en brist. För att säkerställa att det vid varje enhet finns legitimerade och behöriga lärare som kan ansvara för undervisningen och för övrigt att personal i fritidshemmet har en sådan utbildning eller erfarenhet som främjar elevernas utveckling och lärande bedömer vi att det är en brist att huvudmannen inte har kunskap om personalsammansättningen.

7.4 LOKALER

Utbildningsnämnden beslutade vid sitt sammanträde i november 2020 om ett funktionsprogram för grundskolans lokaler i Uppsala kommun. Av funktionsprogrammet framgår att fritidshemmet ingår i "den plats där eleverna tillbringar största delen av sin tid i skolan", det vill säga hemvisten.¹⁴ Ur effektivitetsperspektiv ska "fritidshemmet integreras helt i hemvisten", men tillförsäkras "ett eget förråd alternativt plats i gemensamt förråd".¹⁵ Vidare framgår att "rörelserum kan vara en tillgång för" fritidshemmet.¹⁶ I intervju med grundskolans ledningsgrupp refereras till funktionsprogrammet. Ett par respondenter menar att programmet inte tar hänsyn till fritidshemmets specifika uppdrag utan att fokus ligger på grundskolan, vilken innebär att det också sätter ramar för fritidshemmets lokalförutsättningar.

För övrigt menar respondenterna att ändamålsenligheten vad gäller fritidshemmets lokaler varierar mellan enheterna på samma sätt som för grundskolans lokaler. Förutsättningarna är inte likvärdiga. På flera enheter är det trångt och lokaler för undervisning har prioriterats för att säkerställa att eleverna får den undervisningstid som de har rätt till. Vid skolenheterna strävar rektor efter att fritidshemmet ska ha tillgång till ett "fritidsrum" per klass eller årskurs, enligt grundskolans ledningsgrupp. Det finns i huvudsak tillgång till lokaler för estetiskt skapande samt för lugn verksamhet, men lokalerna behöver i flera fall delas med grundskolan. Lokalerna måste användas effektivt och kan inte stå tomma under långa perioder varje dag. Respondenter som arbetar på enhetsnivå bedömer att det i flera fall är en utmaning att kunna erbjuda lugnare miljöer. På en enhet utgör detta ett särskilt utvecklingsområde under året. I intervjuer med personal på enhetsnivå påtalas att även om det finns tillgängliga klassrum kan dessa inte användas då det inte finns tillräckligt med personal för tillsyn.

Även utemiljöernas ändamålsenlighet varierar. På somliga enheter upplevs miljöerna erbjuda goda möjligheter till verksamhet enligt fritidshemmets läroplan, medan den på andra är dålig, vilket i ett fall betyder en helt asfalterad yta.

I Skolinspektionens senaste skolenkät angav¹⁷ 83 procent av vårdnadshavarna¹⁸ till barn i grundskolan att "fritids erbjuder en trygg verksamhet". 62 procent menade att fritidshemmet ger möjligheter till både aktivitet och vila. Vårdnadshavare till barn i förskoleklass svarar i paritet med vårdnadshavarna till barn i grundskolan. 2-3 procent av vårdnadshavarna svarar att fritids inte alls

¹⁴ Funktionsprogram för grundskolans lokaler i Uppsala kommun (2020), sid. 9–10

¹⁵ Funktionsprogram för grundskolans lokaler i Uppsala kommun (2020), sid. 32

¹⁶ Funktionsprogram för grundskolans lokaler i Uppsala kommun (2020), sid. 52

¹⁷ Med "angav" och "menade" avser vi här att vårdnadshavarna valde ett av de två positiva svarsalternativen i enkäten.

¹⁸ Svarsfrekvens uppskattad till 37 %

erbjuder en trygg verksamhet och att det inte alls finns möjligheter till både aktivitet och vila. Svaren i Uppsala ligger överlag i paritet med genomsnittet i enkätomgången.

Av kommunens interna elevenkät anger

- drygt 82 procent av barnen att de kan göra saker i lugn och ro.
- drygt 90 procent att de kan träna på olika sorters skapande.
- drygt 95 procent att de får tillfällen att röra på sig på olika sätt.

7.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att fritidshemmet endast delvis har tillgång till ändamålsenliga lokaler.

Vi grundar vår bedömning på intervjuer, Skolinspektionens skolenkät och kommunens interna elevenkät. Vi bedömer att ändamålsenligheten varierar mellan enheterna. Utemiljön bedöms brista vid några enheter. Förutsättningar för barn som efterfrågar lugn och ro att få tillgång till lämpliga lokaler varierar. Vi bedömer att funktionsprogrammet inte i någon högre grad beaktar fritidshemmets specifika behov. Det är vidare tydligt att den faktiska tillgången till ändamålsenliga lokaler inte bara är avhängigt lokalytan i sig utan också vilken tillgång till personal som finns för att utöva tillsyn över eleverna.

7.5 UPPFÖLJNING

Utbildningsnämnden styr fritidshemmet bland annat genom sin verksamhetsplan.¹⁹ I verksamhetsplan redovisar nämnden åtgärder att vidta utifrån kommunfullmäktiges fokusmål och uppdrag. En åtgärd uttrycker specifikt fritidshemmet: Satsning på fysiskt aktivitet - Grundskola: Organisera för stöd och samordning för fysisk aktivitet inom skoldagen och i fritidshem.²⁰ För ändamålet har resurser motsvarande 1 mnkr avsatts, vilket framgått ovan under rubriken resurser.

Kommunfullmäktige nämner fritidshemmet i sitt femte uppdrag till nämnderna: "Fortsätta att stärka likvärdigheten och höja kunskapsresultaten i förskola, förskoleklass, grundskola och fritidshem, fritidsklubb och gymnasieskola." Nämndens åtgärder nämner inte specifikt fritidshemmet, men fritidshemmet omfattas, enligt nämndens presidium, av nämndens strategi för höjda kunskapsresultat och ökad likvärdighet²¹ som redovisas i fyra punkter och förtydligas i åtgärder. Områdena gäller:

- systematiskt kvalitetsarbete
- medveten resursfördelning
- strategisk kompetensförsörjning
- undervisningens kvalitet

¹⁹ UBN 2024-12-12 § 114

²⁰ Verksamhetsplan och budget 2025–2027, sid 21 Åtgärder utgår från kommunfullmäktiges uppdrag 43

²¹ UBN 2025-03-27 § 21

Enligt verksamhetscontroller tar nämnden del av kvalitetsrapporten både i skriftlig form och vid fördjupande presentationer i respektive skolformsutskott samt nämnd. Vid mötena ges utrymme för frågor och diskussion om resultat och utvecklingsområden.

Av *Delårsrapport per augusti 2025*, som behandlades vid nämndens sammanträde i september 2025, kommenteras status utifrån nämndens åtgärder. Inte i någon punkt berörs fritidshemmet.²²

Utbildningsnämnden följer årligen upp fritidshemmet i en kvalitetsrapport. Den senaste avser läsåret 2023/2024 och noteras under en informationspunkt i protokollet för sammanträdet i november 2024.²³

I kvalitetsrapporten redovisas:

- förutsättningar – personal och kostnader
- elevenkät fritidshem.
- analys av enheters verksamhetsplaner
- elevstatistik
- analys – effekter av insatser vad gäller kompetensförsörjning samt kvalitet och likvärdighet
- behov av nya eller fortsatta insatser

Årligen genomförs en enkät riktad till elever i fritidshem. Enkäten ställer frågor till eleverna med utgångspunkt i fritidshemmets uppdrag som det framskrivs i lag och läroplan. Det gäller till exempel övergripande om utveckling, lärande, värdegrund, fritid och rekreation samt hur elevernas intressen och initiativ tas tillvara och hur. Elevernas svar redovisas per fråga, per enhet och per år under de senaste fem åren. På övergripande nivå redovisas också svaren fördelade på flicka och pojke. Det samlade resultatet av enkäten visar inte på några större skillnader mellan pojkar och flickor. I förvaltningens analys framgår att skillnader mellan könen i synen på fritidshemmet fortsätter att minska.²⁴

Av kvalitetsrapporten för läsåret 2023/2024 liksom för läsåret 2022/2023 framgår att insatser behöver vidtas för att förbättra kompetensförsörjningen och öka andelen legitimerade lärare.²⁵ Fritidshemmets uppdrag behöver förtydligas och förutsättningarna ses över till exempel vad gäller hur resurser och kompetens nyttjas. Kvaliteten och likvärdigheten behöver öka bland annat genom att förtydliga styrkedjan och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet. "Ledning av fritidshemmets utvecklingsarbete kommer fortsatt vara prioriterat."²⁶ Det framgår inte i rapporten vilka åtgärder som ska vidtas för att förtydliga uppdraget eller säkerställa förutsättningar. För att öka kvaliteten och likvärdigheten ska kompetensutvecklingsinsatser till skolledare och lärare i fritidshem vara prioriterade, men det anges inte vilka kompetensutvecklingsinsatser som ska prioriteras, vem som ansvarar för dem eller när de ska vara genomförda. Verksamhetscontroller framför att kvalitetsrapporten omfattar den samlade uppföljningen och analysen från verksamhetens ansvariga. Nämndens åtgärder synliggörs i verksamhetsplanen. Styrningen av nämndens systematiska kvalitetsarbete framgår av *Strategi för höjda kunskapsresultat och ökad likvärdighet 2025–2030*.²⁷ Verksamhetsplan för 2026 är vid tiden för granskningen inte antagen. Av *Verksamhetsplan och budget 2025* framgår bland annat att kompetens ska fördelning "så att den är anpassad till de behov som finns i enheten. Strävan ska vara att de mest kvalificerade lärarna och rektorerna arbetar på

²² *Delårsrapport per augusti för verksamhetsplan, budget och internkontrollplan samt ekonomisk helårsprognos 2025*, sid. 5–6

²³ UBN 2024-11-19 § 99

²⁴ *Kvalitetsrapport fritidshem läsåret 2023/24*, sid. 12

²⁵ *Kvalitetsrapport fritidshem läsåret 2022/23*, sid. 17 och *Kvalitetsrapport fritidshem läsåret 2023/24*, sid. 17

²⁶ *Kvalitetsrapport fritidshem läsåret 2023/24*, sid. 17

²⁷ sid. 3 (UBN 2025-03-27 § 21)

förskolor och skolor där utmaningarna är som störst.” Av uppdragsbeskrivningen framgår att även fritidshem avses.²⁸

Grundskolans ledningsgrupp framför att huvudmannen också följer upp fritidshemmet genom grundskoleutskottets dialog med rektor samt klagomålshanteringen.

Intervjuade skolledare bedömer att förvaltningens styrning av det systematiska kvalitetsarbetet i fritidshemmet har stärkts under senare år. Vilka frågeområden som ska belysas har tydliggjorts och därmed är det inte bara grundskolan i fokus. Fritidshemmet kvalitet analyseras i hög grad utifrån årliga elevenkäter, till elever i årskurs 2 och 3, enligt intervjuade lärare. Arbetet bedrivs av skolledare och personal tillsammans. För att få en djupare förståelse av elevernas svar kan också frågorna och enkätens svar dryftas muntligt med eleverna. På en enhet görs också enkäter till personalen. Resultat och utvecklingsområden lyfts sedan in i enhetens verksamhetsplan. Alla enheters verksamhetsplaner för fritidshem uppges kvalitetssäkras av utvecklingsledare på förvaltningen. Lärarna bedömer att återkoppling från huvudmannen på deras kvalitetsarbete saknas.

7.5.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i allt väsentligt följer upp fritidshemmets verksamhet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vi bygger vår bedömning på huvudmannens årliga kvalitetsrapport i vilken resultat redovisas och analyseras. Vi bedömer, liksom nämnden själv i sin kvalitetsrapport, att det finns brister i likvärdigheten som behöver åtgärdas. Vidtagna insatser följs upp och frågan om nya eller fortsatta insatser ställs och besvaras. Vi bedömer emellertid, då det inte tydligt framgår vilka faktiska åtgärder som ska sättas in, vilka resurser som avsätts, vem som är ansvarig eller när det ska ske, att det finns en risk för att åtgärder inte vidtas eller att de skjuts på framtiden.

På enhetsnivå bedrivs ett kvalitetsarbete som berör fritidshemmet och som beaktas i huvudmannens rapport. För att stärka kvalitetsarbetets funktion i utvecklingen av utbildningen behöver huvudmannen säkerställa en fungerande återkoppling till verksamheten.

Vi bedömer vidare att vi inte i alla delar kan följa identifierade behov av åtgärder, utifrån analysen i kvalitetsrapport, i nämndens verksamhetsplan till exempel vad gäller kompetensutvecklingsinsatser till skolledare och personal i fritidshem.

7.6 SAMVERKAN MOT KRIMINALITET

I kvalitetsrapport för fritidshemmet lyfts inte frågan om fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet upp. Inte heller samverkan med socialtjänsten berörs. Nämndens presidium framför i intervjuer att ansvaret för det brottsförebyggande arbetet ligger på kommunstyrelsen och bedrivs bland annat genom arbetsmetoden *Effektiv samordning för trygghet*²⁹.

Av nämndens verksamhetsplan för 2025 anges som en åtgärd att grundskolornas trygghetsfrämjande och brottsförebyggande arbete ska tydliggöras genom omarbetade mallar. Fritidshemmet nämns inte explicit.

²⁸ Verksamhetsplan och budget 2025–2027, sid 8

²⁹ <https://www.uppsala.se/kommun-och-politik/sa-arbetar-vi-med-olika-amnen/sa-arbetar-vi-med-trygghet-och-sakerhet/effektiv-samordning-for-trygghet-est/>, 2025-10-15 kl 07:30

I intervjuer med biträdande utbildningsdirektör och grundskolans ledningsgrupp framförs att det finns en dialog mellan skola och socialtjänst som har utvecklats under de senaste åren. Samverkan har omfattat insatser i form av socialarbetare i skola³⁰ och skolsociala team³¹. Samverkan sker också inom ram för SSPF junior³², det vill säga skola, socialtjänst, polis och fritid. Arbetet är inte generellt på mellanstadienivå utan riktar sig särskilt till de skolenheter som finns i områden med stora utmaningar vad gäller trygghet. I intervjuer framför respondenter från enheter i socialt utsatta områden att de kontinuerligt har kontakt med tjänstepersoner från socialtjänsten. Respondenter från skolor i socialt starkare områden uppger att de inte har någon kontakt med socialtjänsten i andra fall än om det blir aktuellt för orosanmälan. Även då kan det brista vad gäller återkoppling enligt en respondent.

En skolledare, vars enhet ligger i ett socialt utsatt område, berättar att en socialsekreterare i det skolsociala teamet befinner sig på skolan bestämda dagar i veckan. Veckovis görs också avstämningar vid vilka enskilda elever kan lyftas. Än så länge har dock inga elever i fritidshemmet lyfts där, enligt respondenten.

Skolledare påtalar att då fritidshemmet till övervägande del riktar sig till elever i lågstadiet kommer inte insatser riktade till mellanstadiet fritidshemmet till del. Samverkan inom SSPF borde även inkludera barn i yngre åldrar, framför en respondent. Redan yngre barn är skeptiska mot polisen, vilket skulle kunna förebyggas om barnen tidigt, till exempel i fritidshemmet, fick en positiv kontakt med polisen.

På enhetsnivå bedrivs också, enligt grundskolans ledningsgrupp, ett förebyggande och främjande arbete för att säkra en trygg miljö i skolan fri från kränkande behandling och diskriminering. Det kan handla om att stärka elevernas förutsättningar att stå emot försök från andra personer att agera i strid med skolans värdegrund. Även intervjuade lärare påtalar att de i sitt ordinarie arbete kontinuerligt arbetar med värdegrundsuppdraget.

För att ge ungdomar i utsatta områden tillgång till fritidssysselsättning har idrotts- och kulturföreningar satsat på att erbjuda prova-på-aktiviteter gratis, enligt intervjuade skolledare och lärare.³³ Det upplevs som positivt. I längden kommer dock ett deltagande att kosta pengar och det kan bli svårt för vissa familjer att klara detta, enligt en respondent.

³⁰ Fältsekreterare inom socialtjänsten som arbetare ute på mellan- och högstadieskolor i prioriterade områden: Gottsunda, Valsätra, Gränby Sävja, och Stenhagen. Samverkan sker med skolornas elevhälsa, primärt dess psykosociala insats.

³¹ Skolsociala team sammansätts med personal från skola och socialtjänst och teamet ska verka för tidiga insatser i arbetet mot problematisk skolfrånvaro i mellan- och högstadiet. Prioriterade geografiska områden är Gottsunda och Gränby. Se bl.a. *Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2024*, sid. 16 och *Kvalitetsrapport huvudman läsåret 2023/24* (Utbildningsförvaltningen), sid. 28

³² Fyra samverkansgrupper finns inom SSPF och de är indelade utifrån geografisk tillhörighet. Alla högstadieskolor är med i SSPF. Dessutom finns SSPF-junior på mellanstadieskolor i Gottsunda, Valsätra, Sävja, Stenhagen och Gränby. Se vidare <https://www.uppsala.se/kommun-och-politik/sa-arbetar-vi-med-olika-amnen/sa-arbetar-vi-med-socialt-stod-till-unga/sspf--samverkansmodell-mellan-skola-socialtjanst-polis-och-fritid/>, 2025-10-10 07:40 Till SSPF hänvisas i *Lägesbild och åtgärdsplan enligt Lag om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete* (2024-06-11), sid. 40

³³ Idrotts- och fritidsnämnden har som ett uppdrag (nr 34) i sin verksamhetsplan fastställt att "kommunens förmåga att förebygga och bekämpa ungdomsbrottslighet och kriminalitet" ska utvecklas.

7.6.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden utbildningsnämnden endast delvis har vidtagit åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet.

Vår bedömning är att det i allt väsentligt finns en ändamålsenlig samverkan mellan fritidshemmet och socialtjänsten.

Vi grundar vår bedömning på skriftlig dokumentation och intervjuer. Utbildningsnämnden har inte specifikt vidtagit åtgärder för att stärka fritidshemmets roll i arbetet mot rekrytering av barn och unga till kriminalitet, däremot bedrivs ett kontinuerligt värdegrundsarbete inom fritidshemmet i enlighet med uppdrag i statliga styrdokument. Insatser som görs av socialtjänsten eller av socialtjänsten i samverkan med skola stödjer också arbetet i fritidshemmet samt ger fritidshemmets personal tillgång till kompetens från socialtjänsten, därav bedömningen att en ändamålsenlig samverkan mellan fritidshemmet och socialtjänsten i allt väsentligt finns. Samverkansresurserna riktas i hög grad till prioriterade geografiska områden, vilket vi bedömer är naturligt samtidigt som vi ser en risk för ett mindre ändamålsenligt främjande och förebyggande arbete vid enheter som inte är prioriterade.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om utbildningsnämnden genom sin styrning och uppföljning säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att utbildningsnämnden genom sin styrning och uppföljning i allt väsentligt säkerställer att fritidshem erbjuds och utformas enligt skollagens och läroplanens krav och beslutade interna riktlinjer.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi utbildningsnämnden att:

- säkerställa att det vid varje fritidshem finns lärare med legitimation och behörighet som kan ansvara för undervisning. (2 kap. 13 § SkoL samt allmänna rådet 5 under första avsnittet i Skolverkets allmänna råd (2023:127) Styrning och ledning av fritidshemmet)
- verka för att eleverna har likvärdig tillgång till ändamålsenliga lokaler och utemiljöer som möjliggör en varierad pedagogisk verksamhet, såsom vila och rekreation. (1 kap. 9 § SkoL samt allmänna rådet 1 under första avsnittet i Skolverkets allmänna råd (2023:127) Styrning och ledning av fritidshemmet)
- följa upp att resursfördelningsmodellen ger förutsättning för hög och likvärdig kompetens hos personalen vid enheterna. (Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2023:127 om fritidshem, det allmänna rådet 6)
- ta initiativ till att lyfta fritidshemmets roll och dess erbjudande av stimulans av elevers utveckling och lärande samt meningsfull fritid och rekreation i fora där samverkan mot kriminalitet bedrivs.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Nertyk

Certifierad kommunal revisor

Specialist

Kommunrevisionen
Missiv**Mottagare:**
Socialnämnden**För kännedom:**
Kommunfullmäktige

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnden

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnden. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Bakgrunden till vår granskning är att 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"*. Vi har i vår risk- och väsentlighetsanalys för år 2025 bedömt att det finns en risk för bristande kvalitet inom socialnämndens verksamheter, varpå vi beslutat att genomföra en granskning inom området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden *endast delvis* har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagstiftning.

Bakgrunden till vår bedömning är 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. Avseende riskanalyser och egenkontroller konstateras att det finns ett arbete med detta inom ramen för såväl internkontrollarbetet som i det löpande arbetet. 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. 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 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.

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. Vid vår stickprovskontroll framkommer att lex Sarah utredningarna har genomförts enligt rutin och bedömning om anmälan ska göras till IVO eller ej har genomförts av avdelningschef enligt delegationsordning 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.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för socialnämnden.

Revisionen emotser yttrande från socialnämnden kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-03-31**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande

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 tillgodose kravet på tillgängliga processer”*.

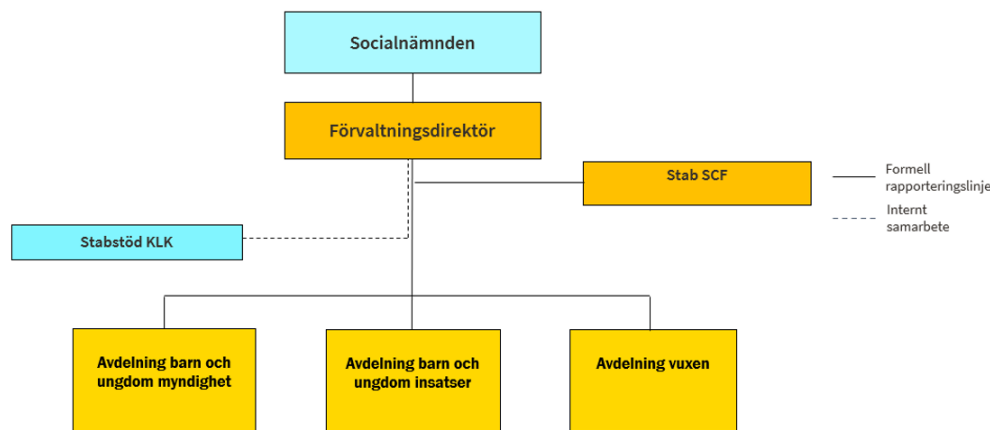
Vi har tagit del av olika dokumentet som beskriver hur KLS (Kvalitetsledningsstöd), förvaltningens ledningssystem, fungerar i praktiken. Till exempel beskrivs det hur dokument ska hanteras i KLS, hur man praktiskt navigerar i systemet, vilka roller/ansvar de som använder systemet har samt tekniska beskrivningar 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.

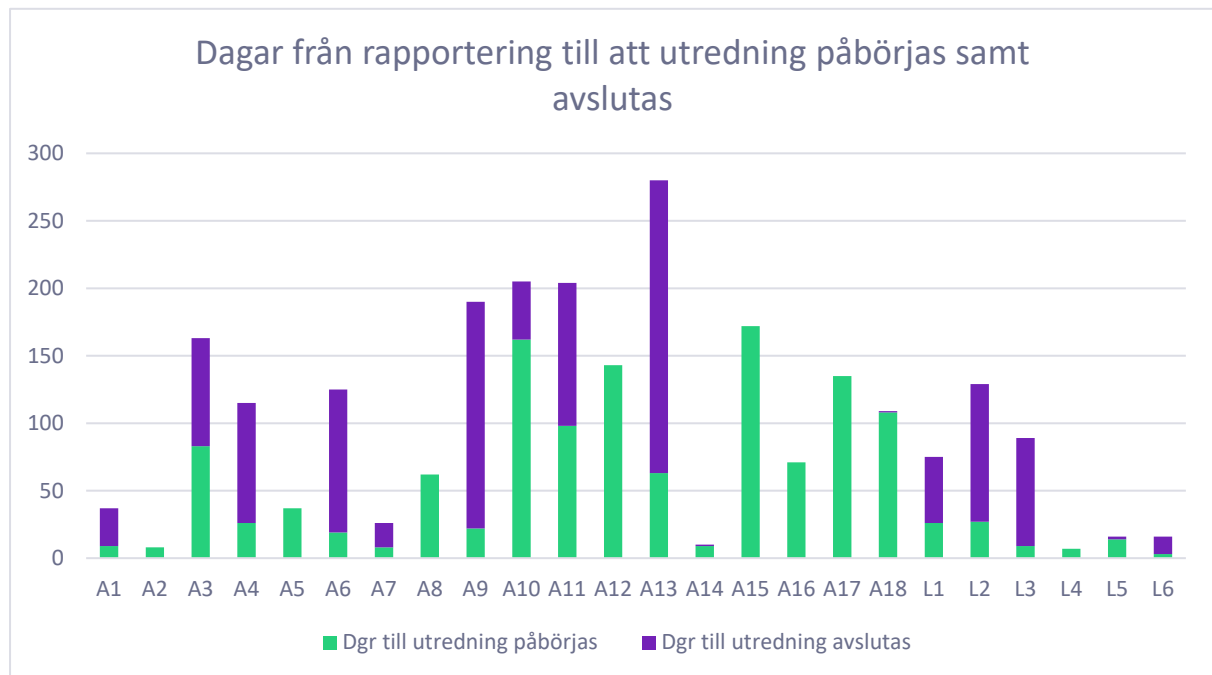
Samtliga granskade avvikelser och lex Sarah-rapporter är upprättade enligt rutin. Av gällande rutiner framgår att mottagande chef ska genomföra en första bedömning omedelbart, senast nästföljande arbetsdag. Vi har inte sett någon dokumentation av den omedelbara bedömningen i något av de granskade ärendena.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

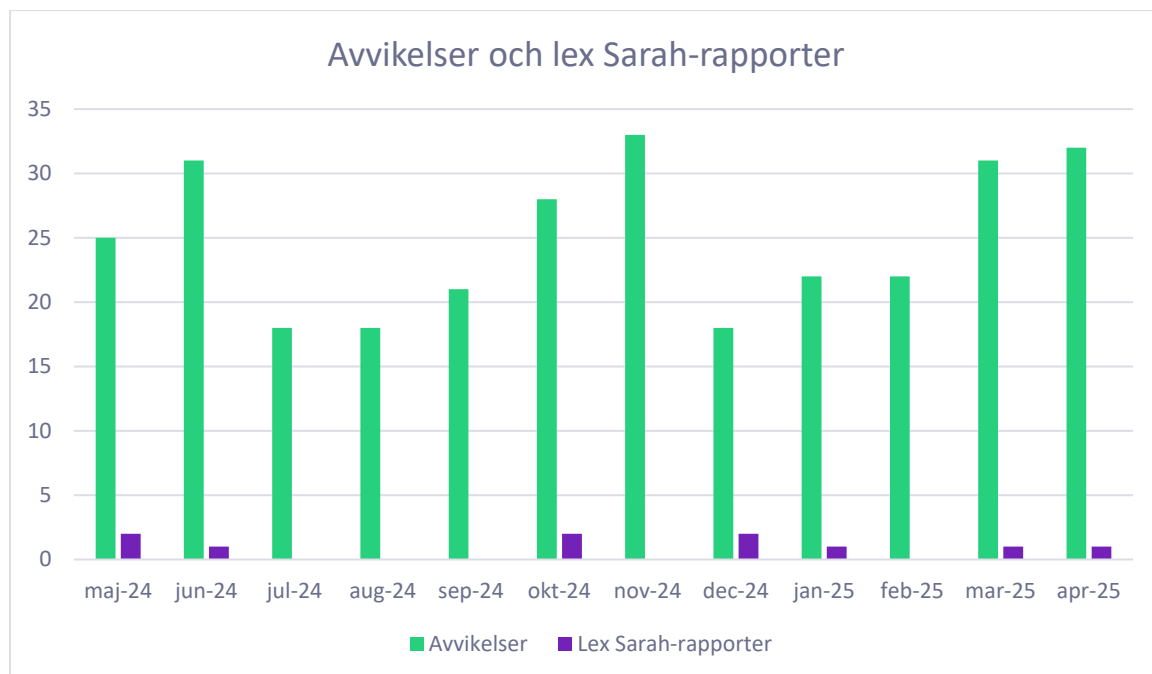
Vad gäller utredningarna av avvikelser kan vi inte i något granskat ärende se att det finns förklarliga skäl till att utredning inte kunnat påbörjas omedelbart och/ eller färdigställas skyndsamt. Det finns ingen dokumentation avseende avvaktan på information eller särskilda utredningsinsatser som förklarar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

Kommunrevisionen
Missiv**Mottagare:**
Omsorgsnämnden**För kännedom:**
Kommunfullmäktige

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom omsorgsnämnden. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Bakgrunden till vår granskning är att 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"*. Vi har i vår risk- och väsentlighetsanalys för år 2025 bedömt att det finns en risk för bristande kvalitet inom omsorgsnämndens verksamheter, varpå vi beslutat att genomföra en granskning inom området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omsorgsnämnden *endast delvis* har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom verksamheten bostad med särskild service.

Bakgrunden till vår bedömning är att det i huvudsak finns tydliga riktlinjer, rutiner och arbetssätt för olika delar i det systematiska kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen. Samtidigt finns ett antal utvecklingsområden som enligt vår bedömning är centrala för att ytterligare stärka det systematiska kvalitetsarbetet.

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. Riskanalyser relaterat till egenkontroller görs inte 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.

Vi konstaterar 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, liksom 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 fastställda rutiner. 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 den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för omsorgsnämnden.

Revisionen emotser yttrande från omsorgsnämnden kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-03-31**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande

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.

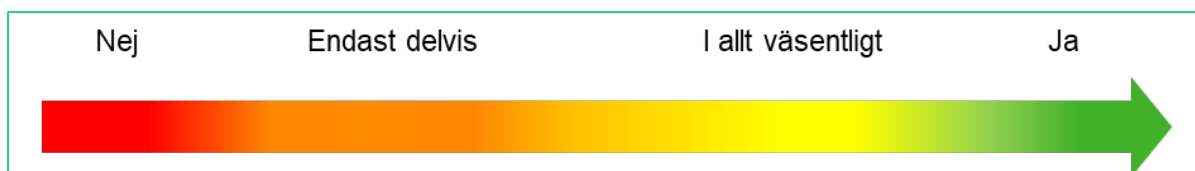
Det finns i huvudsak tydliga riktlinjer, rutiner och arbetssätt för olika delar i det systematiska kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen, bland annat för riskhantering, avvikelshantering och synpunktshantering. Vår samlade bedömning baseras på att det finns ett antal utvecklingsområden 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 våldsförvaltningens 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 försämra 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 avvikelers 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