A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in shades of grey, green, and blue, arranged in a grid-like pattern.

Granskning av avvikelsehantering

Rapport

Karlskrona kommun

2026-04-10

Antal sidor 23 exkl. bilagor

Antal bilagor 1

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	6
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig nämnd</i>	6
4	Revisionskriterier	6
5	Metod	7
5.1	<i>Bedömningsnivåer</i>	8
6	Resultat av granskningen	9
6.1	<i>Organisation och ansvar</i>	9
6.1.1	Äldrenämnden	9
6.1.2	Äldreförvaltningen	9
6.1.3	Social- och funktionsstödnämnden	9
6.1.4	Social- och funktionsstödsförvaltningen	10
6.2	<i>Riktlinjer och rutiner</i>	10
6.2.1	Äldreförvaltningen	10
6.2.2	Social- och funktionsstödsförvaltningen	12
6.2.3	Bedömning	14
6.3	<i>Avvikelserapportering och åtgärder</i>	15
6.3.1	Äldreförvaltningen	15
6.3.2	Social- och funktionsstödsförvaltningen	15
6.3.3	Stickprov	16
6.3.4	Bedömning	18
6.4	<i>Uppföljning och internkontroll</i>	18
6.4.2	Social- och funktionsstödsförvaltningen	19
6.4.3	Bedömning	20
6.5	<i>Utveckling och förbättring av verksamheten</i>	20
6.5.1	Äldreförvaltningen	20
6.5.2	Social- och funktionsstödsförvaltningen	21
6.5.3	Bedömning	22
7	Samlad bedömning och rekommendationer	23
8	Bilagor	25
8.1	<i>Bilaga A – Dokumentförteckning</i>	25

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Karlskrona kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska om social- och funktionsstödsnämnden respektive äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering och synpunkts- och klagomålshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig av lagstiftning.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om social- och funktionsstödsnämnden samt äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig lagstiftning.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden i allt väsentligt och social- och funktionsstödsnämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering och synpunkts- och klagomålshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig lagstiftning.

I granskningen konstateras att äldrenämnden har upprättat riktlinjer och rutiner för avvikelsoch klagomålshantering. För social- och funktionsstödsnämnden finns motsvarande, dessa är dock inte uppdaterade efter omorganisationen. Vi bedömer därav att det är av vikt att prioritera och implementera de nya övergripande riktlinjerna och rutinerna, som vid tiden för granskningen pågår. Vi bedömer att det finns ett tydligt behov av att säkerställa att riktlinjer och rutiner tas fram, hålls aktuella och implementeras för att skapa ett enhetligt arbetssätt och en rättssäker, transparent hantering av avvikelser och klagomål.

Vi konstaterar att båda nämnderna har identifierat förbättringsbehov och arbetar med att stärka arbetssätt, kompetens och följsamhet till rutiner och riktlinjer. Detta är positivt och visar att egenkontroller och uppföljning används för verksamhetsutveckling. Äldrenämnden bedöms i huvudsak använda uppföljningsresultat på ett systematiskt sätt genom ett tydligt årshjul. Social- och funktionsstödsnämnden saknar motsvarande systematik, vilket gör det oklart vilka egenkontroller som leder till åtgärder och förbättringar.

I det följande redovisas samlad bedömning av revisionsfrågan per revisionsobjekt.

Nej	Endast delvis	I allt väsentligt	Ja
			
Har nämnderna säkerställt att det finns processer, riktlinjer och/eller rutiner för avvikelshantering och klagomål i verksamheten?			
Äldrenämnden		I allt väsentligt	

Social- och funktionsstödsnämnden	Endast delvis
Har nämnderna säkerställt att rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser sammanställs samt analyseras och att åtgärder därefter vidtas vid behov?	
Äldrenämnden	Endast delvis
Social- och funktionsstödsnämnden	Endast delvis
Har nämnderna en strukturerad uppföljning av rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser samt att dessa hanteras på ett säkert och ändamålsenligt sätt?	
Äldrenämnden	I allt väsentligt
Social- och funktionsstödsnämnden	I allt väsentligt
Används resultatet från avvikelser och klagomål för att utveckla och förbättra verksamheten?	
Äldrenämnden	I allt väsentligt
Social- och funktionsstödsnämnden	Endast delvis

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi **social- och funktionsstödsnämnden** att:

- Upprätta ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställ spårbarhet i protokoll avseende återrapportering om synpunkter och klagomål.
- Säkerställ att utredningar av avvikelser innehåller relevant information, exempelvis om vidtagna åtgärder.
- Säkerställ att det i uppföljning och egenkontroll av avvikelser, synpunkter leder till åtgärder och förbättringar

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi **äldrenämnden** att:

- Säkerställ spårbarhet i protokoll avseende återrapportering om synpunkter och klagomål.
- Säkerställ att utredningar av avvikelser innehåller relevant information, exempelvis om vidtagna åtgärder.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Karlskronas kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska om social- och funktionsstödsnämnden respektive äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering och synpunkts- och klagomålshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig av lagstiftning.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet, socialtjänst och verksamhet enligt LSS är skyldiga att bedriva ett aktivt och systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). I det systematiska förbättringsarbetet ingår bland annat riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser.

Föreskriften betonar att samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har ansvar för att bidra till att hög patientsäkerhet kan upprätthållas. Häri ingår bland annat att rapportera klagomål, synpunkter och de avvikelser som uppstått eller riskerar att uppstå.

Vårdgivaren ska sammanställa och analysera avvikelserna i syfte att förbättra och utveckla verksamheten. Förbättrande åtgärder kan exempelvis vara att uppdatera processer och rutiner, eller se till att kompetenshöjande åtgärder för medarbetare genomförs.

För verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen gäller att, i det fall en vårdskada inträffat eller bedöms kunna inträffa, ska en analys av risker göras. Om en avvikelse medfört vårdskada ska en händelseanalys genomföras. Avvikelser som kan, eller har, medfört en bestående skada vilket medför att individen fått ett ökat vårdbehov eller avlidit, en så kallad allvarlig vårdskada, ska den anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (lex Maria).

För verksamhet enligt socialtjänstlagen gäller att för den avvikelse som bedöms som ett allvarligt missförhållande, eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande, ska sådan anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (lex Sarah).

Revisorerna bedömer mot bakgrund av ovan att det finns en risk för att hanteringen av avvikelser inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt och har därför beslutat att granska avvikelshanteringsprocessen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om social- och funktionsstödsnämnden samt äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig lagstiftning.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har nämnderna säkerställt att det finns processer, riktlinjer och/eller rutiner för avvikelshantering och klagomål i verksamheten?
- Har nämnderna säkerställt att rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser sammanställs samt analyseras och att åtgärder därefter vidtas vid behov?
- Har nämnderna en strukturerad uppföljning av rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser samt att dessa hanteras på ett säkert och ändamålsenligt sätt?
- Används resultat från avvikelser och klagomål för att utveckla och förbättra verksamheten?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG NÄMND

Granskningen omfattar social- och funktionsstödsnämndens- samt äldrenämndens avvikelshantering under år 2025.

4 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 mål och riktlinjer som fullmäktiges har bestämt samt de bestämmelser som i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämndernas se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett övrigt tillfredställande sätt.
- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS (2011:9):** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten.
- **Hälso- och sjukvårdslag (2017:30):** Enligt hälso- och sjukvårdslagen 5 kap. 1 § framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls...//...Vidare anges i 5 kap. 4 § att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.
- **Patientsäkerhetslag (2010:659):** Lagen omfattar vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och

kontrollera verksamheten så att kravet om god vård i enlighet med HSL 2017:30 upprätthålls.

- **Socialtjänstlag (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).
- **Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.**
- **Tillämpbara interna regelverk och policys:** Exempelvis reglemente, riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med mera.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- *Dokumentstudier* av reglemente, riktlinjer, rutiner, internkontrollplaner, patientsäkerhetsberättelse samt kvalitetsberättelse. För en sammanställd dokumentförteckning, se bilaga A.
- *Intervjuer* har genomförts med:
 - Förvaltningschef social- och funktionsstödsförvaltningen
 - Socialt ansvarig samordnare (SAS)
 - Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 - Kvalificerad utredare
 - Verksamhetsutvecklare
 - Biträdande förvaltningschef och utvecklingschef
 - Biträdande förvaltningschef över utveckling och förvaltningsstöd
 - Kvalitetsutvecklare
 - Socialt ansvarig socionom (SAS)
 - Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 - Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)
 - Äldrenämndens presidium
 - Social- och funktionsstödsnämndens presidium
- *Stickprovsvisa* kontroller av avvikelserapporter. Stickprovet omfattade 40 avvikelserapporter med tillhörande utredningar, varav 20 avsåg äldrenämnden och 20 avsåg social- och funktionsstödsnämnden.

5.1 BEDÖMNINGSNIVÅER

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



Samtliga intervjuade har fått möjlighet att faktakontrollera rapporten i syfte att verifiera dess uppgifter.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

Som framgår av *avsnitt 3.1*, omfattar granskningen social- och funktionsstödsnämndens samt äldrenämndens avvikelshantering under år 2025. Nedan redogörs därför nämndernas ansvarsområden och förvaltningarnas organisation, följt av riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och klagomål i verksamheten.

6.1.1 Äldrenämnden

Enligt reglemente¹ ansvarar äldrenämnden för omsorg enligt socialtjänstlagen för personer som är 65 år och äldre, samt för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen till de som bor i sådan boendeform som avses i 8 kap 4 § socialtjänstlagen samt för hemsjukvård och hembesök till personer i ordinärt boende, oavsett ålder, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 14 kap. 1 §. Nämnden ansvarar även för handläggning och beslut i ärenden enligt lag om bostadsanpassningsbidrag oavsett sökandes ålder.

Därtill ska nämnden tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som finns i lag eller förordning, mål och riktlinjer som kommunfullmäktige beslutat om.

6.1.2 Äldreförvaltningen

Underställt äldrenämnden finns äldreförvaltningen. Äldreförvaltningen är organiserade i sju avdelningar; *utveckling och förvaltningsstöd, IT och kompetens, hälsa och förebyggande, myndighetskontor, hälso- och sjukvårdsorganisation, hemtjänst* samt *särskilt boende*. Myndighetskontoret fattar beslut om omsorgs- och serviceinsatser samt bostadsanpassningsbidrag. Hälso- och sjukvårdsorganisationen utför och delegerar hemsjukvårdsinsatser samt rehabiliterande insatser. Hemtjänst och särskilt boenden utför omsorg och vård i ordinärt boende respektive inom särskilda boendeformer.

Förvaltningens organisation illustreras enligt följande:



6.1.3 Social- och funktionsstödsnämnden

I januari 2025 sammanslogs tidigare socialnämnd och funktionsstödsnämnden till social- och funktionsstödsnämnden.

I enlighet med reglemente² är social- och funktionsstödsnämnden en av tre nämnder i kommunen som ska fullföra uppgifter inom socialtjänstens område. Social- och funktionsstödsnämnden ska tillsammans med äldrenämnden och arbetsmarknadsnämnden utgöra en sammanhållen socialtjänst.

¹ Reglemente för äldrenämnden, KF 2016-11-24, §323, reviderat 2018-03-22, §83 och 2020-04-02, §62.

² Reglemente för social- och funktionsstödsnämnden, KF 2024-10-24, §158 samt 2025-09-25, §149.

Nämnden ansvarar för uppgifter vad avser människor med funktionsnedsättning som inte fyllt 65 år samt för kommunens insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) oavsett personens ålder. Därtill ska nämnden svara för:

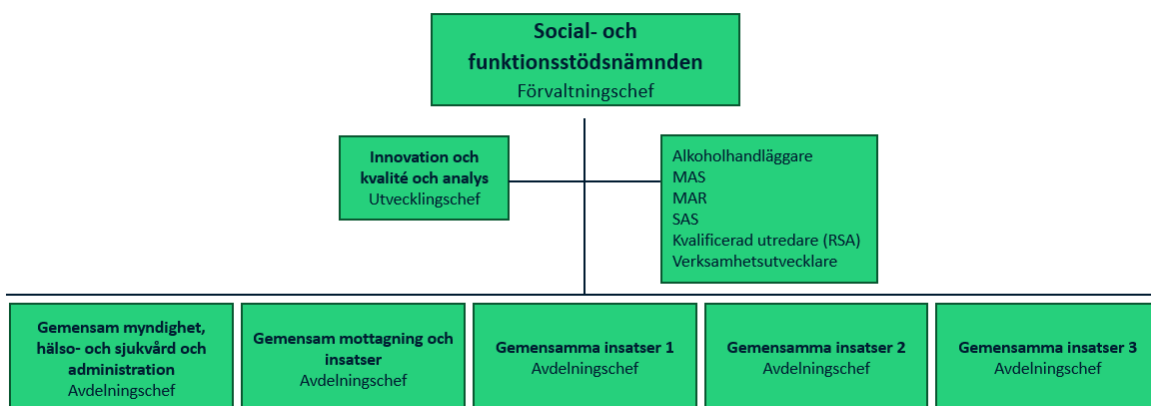
- Budget- och skuldrådgivning i kommunen
- Tillståndsgivning och tillsyn enligt alkohollagen samt i övrigt fullgöra de uppgifter som ankommer på kommunen enligt gällande alkohollagstiftning
- Tillståndsgivning enligt lag (2018:2088) om tobak och likande produkter
- Handläggning av dödsboärenden enligt 18 och 20 kapitlen Ärvdabalken (1958:637).

Nämnden ska även tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som finns i lag eller förordning, mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt.

6.1.4 Social- och funktionsstödsförvaltningen

I början av 2024 påbörjades ett arbete med en ny förvaltning. I oktober 2024 började den nya organisationen att gälla bestående av fem nya avdelningar inom förvaltningen samt en avdelning för innovation, kvalitet och analys. Not. Nämnderna (socialnämnden resp. funktionsstödsnämnden) fördes samman från och med den 1 januari 2025.

Underställt social- och funktionsstödsnämnden finns social- och funktionsstödsnämnden. Förvaltningens organisation illustreras enligt följande:



6.2 RIKTLINJER OCH RUTINER

Nedan presenteras förvaltningarnas riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och klagomålshantering. Avsnittet inleds med en redogörelse för äldreförvaltningens riktlinjer och rutiner, följt av motsvarande beskrivning för social- och funktionsstödsförvaltningen.

6.2.1 Äldreförvaltningen

6.2.1.1 Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Riktlinjen³ syftar till att utgöra ett övergripande ramverk för äldrenämndens kvalitetsledningssystem samt att beskriva hur nämnden uppfyller de krav som ställs enligt SOSFS 2011:9. I avsnittet om avvikelshantering anges vad som avses med en avvikelse och

³ Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, enligt SOSFS 2011:9, ÄN 2025-01-29, §4.

att samtliga medarbetare har ansvar för att rapportera avvikelser när de upptäcks. Om det finns risk för, eller indikatorer på, allvarliga missförhållanden åligger det alla medarbetare att upprätta en anmälan enligt rutin för lex Sarah. Vid risk för eller förekomst av allvarlig vårdskada ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) upprätta en anmälan enligt rutin för lex Maria.

6.2.1.2 Riktlinje för avvikelse

Riktlinjen⁴ redogör för ansvarsfördelningen samt skyldigheten att rapportera avvikelser i enlighet med gällande lagstiftning. Enligt riktlinjen kan all personal som utför uppdrag på uppdrag av äldrenämnden rapportera avvikelser och är skyldiga att medverka till verksamhetens utveckling och kvalitetssäkring.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att sammanställa och redovisa inkomna avvikelser från samtliga utförare till nämnden två gånger på år.

6.2.1.3 Riktlinje för synpunkter, klagomål och förslag

Riktlinjen⁵ beskriver hur synpunkter klagomål och förslag utgör en integrerad del av det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att ta tillvara synpunkter från brukare, närstående, personal och samarbetspartners skapas förbättrade förutsättningar för att utveckla verksamhetens kvalitet.

Förvaltningens mål är att brukaren, i dialog med personal och anhöriga/närstående, i första hand ska försöka lösa eventuella problem där de uppstår. Samtidigt betonas vikten av att brukaren har kännedom om vart man kan vända sig om det inte är möjligt att lösa problemet.

Den som ansvarar för verksamheten är även ansvarig för att besvara inkomna synpunkter. Samtliga synpunkter ska diarieföras och tilldelas en handläggare. Handläggaren ska kontakta den enskilde inom 14 dagar. Svar kan lämnas via telefonsamtal, möte eller brev, beroende på vad som bedöms mest lämpligt i det enskilda fallet. De svar som lämnas ska alltid bifogas diariet.

6.2.1.4 Riktlinje för rapportering och handläggning lex Sarah

Riktlinjen⁶ tydliggör att all personal som arbetar eller är verksam inom äldreförvaltningens verksamheter är skyldiga att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Vidare framgår att rapportering ska ske via verksamhetssystemet *Lifecare*. Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att diarieföra handlingen samt vidarebefordra den till förvaltningschef, avdelningschef för utveckling och förvaltningsstöd, berörd avdelningschef samt ansvarig enhetschef. Respektive chef ansvarar för att informera berörd personal om att en lex Sarah-rapport har upprättats samt för att ge stöd till personalen i samband med utredningen.

⁴ Riktlinjer för avvikelse, FC 2024-09-18.

⁵ Riktlinjer för synpunkter, klagomål och förslag, FC 2024-05-29.

⁶ Riktlinje för rapportering och handläggning lex Sarah, Äldrenämnden 2025-08-27, §79.

Förvaltningschef, eller ansvarig för yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, ansvarar för att rapporten utreds och för att avsluta dokumentationen i ärendet. Riktlinjen beskriver även vilka delar en utredning ska omfatta och vilka frågor den ska kartlägga. Vid behov lämnas muntligt information till äldrenämnden.

6.2.1.5 Rutiner

Tillhörande ovanstående riktlinjer finns *Rutin för avvikelshantering*⁷ samt *Rutin för hantering av synpunkter, klagomål och förslag*⁸. I granskningen noteras att rutinen för hantering av synpunkter, klagomål och förslag har passerat sin giltighetstid.

Av rutin för avvikelshantering framgår arbetsgången vid avvikelshantering, som beskriver följande steg; akuta åtgärder i anslutning till händelsen, rapportering, utredning, analys och bedömning, åtgärd samt uppföljning och återkoppling.

Rutinen för hantering av synpunkter, klagomål och förslag redogör för hur synpunkter, klagomål och förslag ska tas emot, hanteras och följas upp.

6.2.2 Social- och funktionsstödsförvaltningen

6.2.2.1 Kvalitetsplan

Kvalitetsplanen⁹ beskriver hur förvaltningen ska arbeta med utveckling av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Syftet är att verka som en bas för det strategiska och systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet där det tydliggörs var arbetet ska genomföras, med vilka arbetssätt samt former för dialog.

6.2.2.2 Processledningsmodell och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vi har inom ramen för granskningen även tagit del av en processledningsmodell¹⁰ från funktionsstödsförvaltningen (numera social- och funktionsstödsförvaltningen), samt *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*¹¹, från (tid.) handikappförvaltningen¹².

Processledningsmodellen beskriver hur förvaltningen ska arbeta med processer och ge stöd och vägledning för att arbeta processbaserat.

Av rutiner för ledningssystem framgår att syftet är att skapa en systematik och samordning i arbetet med verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Avseende utredning av avvikelser framgår rutiner för synpunkter och klagomål. Där hantering av synpunkter och klagomål från enskilda samt andra intressenter ska leda till höjd kvalitets och säkerhet. Vidare framgår att det ska finnas tillhörande rutiner och stödjande dokument för arbetet.

⁷ Rutin för avvikelshantering, FC 2025-02-20.

⁸ Rutin för hantering av synpunkter, klagomål och förslag, FC 2015-08-05.

⁹ Kvalitetsplan – Plan och arbetsformer för utveckling av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet, FLG 2022-12-08.

¹⁰ Processledningsmodell för funktionsstödsförvaltningen, FC för funktionsstödsförvaltningen 2022-11-24.

¹¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handikappförvaltningen, ej daterad.

¹² Handikappförvaltningen blev Funktionsstödsförvaltningen, ingår nu i Social- och funktionsstödsförvaltningen.

Det framgår även att rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all personal i verksamheten och utgör en viktig del i utvecklingen av patientsäkerhets och kvalitetsarbetet. Det framgår även att det ska finnas rutiner och stödjande dokument för arbetet.

Genom att genomföra en samlad analys kan mönster och trender upptäckas som kan förbättra åtgärder i verksamheten och förbättra processer och rutiner.

6.2.2.3 Rutin för avvikelshantering SoL, LSS och HSL

Rutinen¹³ syftar till att identifiera risker, fel och brister i verksamheten genom att systematiskt arbeta med avvikelshantering samt följa upp åtgärder och effekter av åtgärder i syfte att bidra till kvalitetsutveckling. Av rutinen tydliggörs arbetsgången vid avvikelshantering.

6.2.2.4 Rutin för synpunkts- och klagomålshantering på socialförvaltningen

Rutinen¹⁴ ska verka som ett komplement till förvaltningens riktlinjer avseende synpunkts- och klagomålshantering. Rutinen tydliggör hanteringsflödet vid inkommen synpunkt eller klagomål.

6.2.2.5 Rutin för avvikelser och lex Sarah

Av rutinen¹⁵ framgår att målsättningen med rutinen är att identifiera risker, fel och brister i verksamheten genom att systematiskt arbeta med avvikelshantering i syfte att bidra till kvalitetsutveckling. Av rutinen tydliggörs arbetsgången vid avvikelshantering.

Intervjuade beskriver att ett arbete pågår inom förvaltningen med att revidera tidigare riktlinjer och rutiner från de två tidigare förvaltningarna i syfte att etablera ett gemensamt arbets sätt. Det framhålls att förvaltningarna tidigare har utgått från samma grundprinciper, men tillämpat dem på olika sätt, dels på grund av att verksamheterna omfattades av olika lagrum, dels på grund av skilda rapporteringskulturer. Vid tiden för granskningen är de reviderade riktlinjerna ute på remiss.

I samband med sammanslagningen av de två tidigare förvaltningarna uppges det ha tagit tid att tydliggöra och etablera rollerna i den nya organisationen, vilket har påverkat arbete med avvikelshantering. Bland annat har en hög arbetsbelastning i mottagningsfunktionen medfört att avvikelser inte har utretts inom föreskrivna tidsramar. Det framkommer även att avvikelshanteringssystemet i vissa fall har använts för att uttrycka missnöje i samband med organisationsförändringen, vilket har bidragit till ett ökat antal registrerade avvikelser.

I granskningen noteras dock att rutinerna som vi tagit del av passerat sin giltighetstid, samt att det sedan tidigare funnits rutiner som inte reviderats på flera år.

¹³ Rutin för avvikelshantering SoL, LSS och HSL. Beslutad av förvaltningsledningsgrupp 2023-03-30.

¹⁴ Rutin för synpunkts- och klagomålshantering på socialförvaltningen, FC 2023-02-27.

¹⁵ Rutin för avvikelser och lex Sarah, FC 2023-03-06.

6.2.3 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **i allt väsentligt** säkerställt att det finns processer, riktlinjer och/eller rutiner för avvikelshantering och klagomål i verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på att det finns fastställda riktlinjer och rutiner för både avvikelshantering och klagomålshantering, vilka tillsammans utgör en strukturell grund för att identifiera, rapportera, utreda och följa upp avvikelser och klagomål inom verksamheten. Dessa dokument beskriver såväl processernas olika steg som ansvarsfördelning mellan funktioner och roller, vilket skapar förutsättningar för ett systematiskt och rättssäkert kvalitetsarbete.

Vid granskningen konstateras dock att rutiner för hantering av synpunkter, klagomål och förslag har passerat sin giltighetstid. Mot bakgrund av detta bedömer vi att nämnden behöver säkerställa att det finns ett systematiskt arbetssätt för att regelbundet följa upp, revidera och uppdatera antagna riktlinjer och rutiner, så att dessa blir relevanta, aktuella och anpassade till verksamhetens behov och gällande regelverk.

Vår bedömning är att social- och funktionsstödsnämnden **endast delvis** säkerställt att det finns processer, riktlinjer och/eller rutiner för avvikelshantering och klagomål i verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på att det finns riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och klagomålshantering. Mot bakgrund av den nyligen genomförda omorganisationen konstateras dock att riktlinjerna och rutinerna inte är uppdaterade i tillräcklig omfattning för att fullt ut stödja verksamhetens nuvarande organisation, arbetssätt och ansvarsfördelning. Granskningen visar att ett arbete pågår att ta fram nya övergripande riktlinjer och rutiner, och att dessa vid tiden för granskningen befinner sig på remiss. Detta indikerar att nämnden har påbörjat ett nödvändigt utvecklingsarbete, men att de ännu inte är slutfört.

Vi bedömer att det finns ett tydligt behov av att säkerställa att riktlinjer och rutiner framställs, hålls aktuella och implementeras i verksamheten. Ett sådant arbete är av vikt för att skapa ett gemensamt och enhetligt arbetssätt efter omorganisationen, och för att säkerställa att hanteringen av avvikelser och klagomål sker på ett konsekvent, transparent och rättssäkert sätt.

6.3 AVVIKELSERAPPORTERING OCH ÅTGÄRDER

6.3.1 Äldreförvaltningen

Två gånger per år redovisas inkomna avvikelser till nämnden, i samband med delårsrapport¹⁶ och årsbokslut¹⁷.

Under den första halvan av året rapporterades 1584 avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Den stora majoriteten av avvikelserna avsåg fallolyckor (964), följt av läkemedelshantering (392). Inom socialtjänsten område redovisades 389 avvikelser under samma period, där majoriteten av avvikelserna avsåg ej utförda insatser (149) samt felaktiga/bristande utförda insatser (95).

I samband med årsredovisningen sammanställs patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. Under verksamhetsår 2025 har förvaltningen fortsatt arbetat med att systematiskt identifiera, analysera och åtgärda avvikelser. De avvikelsetyperna som särskilt uppmärksammades var läkemedelshantering, samverkan med andra vårdgivare samt ökad avvikelserapportering inom socialtjänsten. Av analysen framgår specifikt att en ny kategori "Ej vald" förekom vid 48 fall, vilket innebär att personalen inte väljer kategori vid registrering.

Intervjuade beskriver att det finns vissa utmaningar inom verksamheten kopplat till avvikelserapportering, bland annat beskrivs att det finns utmaningar i att samtliga medarbetare ska se avvikelser som något som är till för att kunna utveckla verksamheten snarare än att peka ut fel hos andra medarbetare. Detta beskrivs inte som något nytt fenomen i förvaltningen utan som ett ständigt utvecklingsområde som är på agendan.

6.3.2 Social- och funktionsstödsförvaltningen

Social- och funktionsstödsförvaltningen redovisar inkomna avvikelser till nämnden två¹⁸ gånger per år.

Under första halvan av året redovisades 224 avvikelser inom hälso- och sjukvård, där de vanligaste avvikelser avsåg läkemedel och fallolyckor. Avseende SoL/LSS rapporterades 353 avvikelser, där de vanligaste avvikelserna som rapporterades var inom läkemedelsrelaterade händelser.

Av analys framgår att det skett en viss ökning avseende rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvårdsinsatser från tidigare år men att insatserna även ökat kraftigt. Avseende SoL/LSS framgår att vissa av de rapporterade avvikelserna kan kopplas till olika typer av information och förändringarna i verksamheten.

Under den andra halvan av året rapporterades 173 avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet och 328 avvikelser inom SoL/LSS. Inom hälso- och sjukvården är läkemedelsrelaterade händelser och fallolyckor det vanligaste, i likhet med rapporteringen

¹⁶ Kvalitetssammanställning, Delårsrapport, Januari-juni 2025. ÄN, 2025-09-24, §98.

¹⁷ Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025. ÄN 2026-02-25, §20.

¹⁸ Redovisning av rapporterade avvikelser delår 2025, SFN 2025-10-01, §129 och Redovisning av rapporterade avvikelser delår juli-dec 2025, SFN 2026-02-25, §14.

från delåret. Det framgår även att en betydande andel av rapporterade avvikelser inte utreds inom rimlig tid, vilket påverkar det fortsatta utredningsarbetet och möjligheten att vidta relevanta åtgärder.

Avseende SoL/LSS framgår att i likhet med delåret att rapporterade avvikelser tenderar att öka när ledningen kommunicerar beslut om kommande förändringar.

6.3.3 Stickprov

Som en del av granskningen har stickprov genomförts i syfte att bedöma i vilken utsträckning verksamheternas rutiner följs, identifiera eventuella brister samt säkerställa att de interna kontrollmomenten fungerar som avsett. Stickprovet omfattade 40 avvikelserapporter med tillhörande utredningar, varav 20 avsåg äldrenämnden och 20 avsåg social- och funktionsstödsnämnden.

Stickproven för social- och funktionsstödsnämnden respektive äldrenämnden är slumpmässigt utvalda, och baseras på ett *mindre* urval ärenden. Stickproven ger en begränsad indikator på verksamhetens kvalitet och efterlevnad.

Resultatet bör därför tolkas som indikatorer på mönster eller riskområden, inte som definitiva slutsatser om hela nämndens verksamhet.

Nedan redovisas utfallet av stickprovet. Granskningen har särskilt fokuserat på följande kontrollmoment:

- Om det framgår att omedelbara åtgärder har vidtagits i anslutning till avvikelserna
- Om avvikelser/utredning har avslutats inom föreskriven tidsram (2 mån ÄN; 1 mån SFN)
- Om konsekvens- och riskanalys har genomförts
- Om vidtagna åtgärder tydligt framgår av dokumentationen

6.3.3.1 Äldreförvaltningen

Kontrollpunkt	Ja	Nej	Kommentar
Har färdigställd utredning upprättats inom den fastställda tidsramen?	6	14	I sju ärenden saknas information om datum för avslutat ärende/utredning. I sju ärenden är utredningstiden mellan 42-301 dagar.
Framgår omedelbara åtgärder av dokumentationen?	11	7	Två ärenden bedöms som att det delvis framgår.
Har bakomliggande orsaker dokumenterats?	12	7	Ett ärende bedöms som att det delvis framgår.
Har konsekvensanalys genomförts och dokumenterats?	11	4	Fem har bedömts som delvis.

Finns en risk och sannolikhetsbedömning?	8	8	Övriga stickprov har bedömts som delvis alt. att information inte framgår tillräcklig.
Framgår åtgärder av dokumentation?	8	8	Övriga stickprov har bedömts som delvis alt. att informationen inte framgår tillräckligt.

Tabell 1: Stickprov – avvikelser inom äldrenämnden.

Det genomförda stickprovet visar att efterlevnaden av fastställda rutiner varierar mellan de granskade ärendena. Endast sex av tjugo rapporter har utretts inom den fastställda tidsramen, och flera ärenden saknar avslutsdatum eller har långa utredningstider. Omedelbara åtgärder och bakomliggande orsaker framgår i majoriteten av ärendena, medan konsekvensanalyser och riskbedömningar ofta är ofullständiga eller endast delvis dokumenterade. Även redovisningen av vidtagna åtgärder varierar och är i vissa fall otillräckliga. Sammantaget pekar resultatet på behov av mer konsekvent dokumentation.

6.3.3.2 Social- och funktionsstödsförvaltningen

Kontrollpunkt	Ja	Nej	Kommentar
Har färdigställd utredning upprättats inom den fastställda tidsramen?	17	3	
Framgår omedelbara åtgärder av dokumentationen?	11	6	Övriga har bedömts som delvis alt. går ej att bedöma.
Har bakomliggande orsaker dokumenterats?	12	5	Övriga har bedömts som delvis alt. går ej att bedöma.
Har konsekvensanalys genomförts och dokumenterats?	14	5	Övriga har bedömts som delvis alt. går ej att bedöma.
Finns en risk och sannolikhetsbedömning?	20	0	
Framgår åtgärder av dokumentation?	10	1	Övriga har bedömts som delvis alt. går ej att bedöma.

Tabell 2: Stickprov – avvikelser inom social- och funktionsstödsnämnden.

Vi konstaterar utifrån stickprovet att även social- och funktionsstödsförvaltningen visar på variationer i hur väl dokumentationskraven uppfylls. Vi konstaterar att merparten av utredningstiderna följer tidskravet om avslutad utredning inom en månad. Omedelbara åtgärder, bakomliggande orsaker och konsekvensanalyser framgår i majoriteten av ärendena, men flera bedöms som delvis eller svårbedömda. Samtliga ärenden innehåller risk- och sannolikhetsbedömning. Åtgärder framgår tydligt i tio ärenden, medan övriga är ofullständigt dokumenterade. Resultatet pekar i likhet med äldreförvaltningen behov av mer konsekvent dokumentation.

6.3.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnderna **endast delvis** säkerställt att rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser sammanställs samt analyseras och att åtgärder därefter vidtas vid behov.

Vi grundar vår bedömning på att det finns en tydlig och regelbundet genomförd övergripande sammanställning av antalet avvikelser samt deras kategorisering. Vidare bedömer vi att det i huvudsak genomförs löpande analyser samt sammanställning av vidtagna åtgärder.

Vår stickprovskontroll indikerar att det finns avvikelser i dokumenteringen av processens olika delar. Vi bedömer att stickprovskontrollens resultat tyder på att det finns brister i följsamhet till rutinen för avvikelshantering. Vi noterar därtill att utfallet av stickprovet indikerar att det finns en variation avseende vilken och hur mycket information som finns i respektive utredning och rapport. Det bör dock framhållas att vår stickprovskontroll är baserade på ett mindre urval och är således sannolikt inte representativ för samtliga ärenden inom nämndernas verksamhet.

Däremot visar resultatet av stickprovet att det finns brister i avvikelserapporterna och den tillhörande dokumentationen. Vi bedömer att det finns ett utvecklingsområde avseende vilken information som framgår samt att det är en brist att många utredningar inte avslutats inom tidsgränsen.

6.4 UPPFÖLJNING OCH INTERNKONTROLL

Av nämndernas¹⁹ internkontrollplaner med tillhörande riskanalyser för verksamhetsår 2025 framgår inga risker med bäring på avvikelshantering.

Av äldrenämndens internkontrollplan²⁰ för verksamhetsår 2024 fanns dock ett kontrollmoment för: Risk för att avvikelser inte hanteras enligt rutin. Av uppföljningen framgår att stickprov genomfördes dels av rapporter som inte är hanterade som mottagna eller utredning inledd inom sju dagar vid tidpunkten för kontroll, dels kontroll av avslutade utredningar utifrån granskningsmall baserade på rutin för avvikelser. Den förstnämnda kontrollen visade att 14 procent av alla inkomna rapporter inte hanterats inom beslutad tidsram. Den andra kontrollen visade att följsamheten till rutiner för avvikelshantering fungerade till viss del men att det fanns delar som kunde förbättras. Bland annat var utredning och analys inte dokumenterad i tillräcklig utsträckning för att möjliggöra värdering av dess kvalitet. För att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet skulle ett fortsatt arbete ske för att förbättra avvikelshantering, som årligen skulle följas upp i samband med uppföljning av patientsäkerhet och kvalitet.

¹⁹ Äldrenämnden – Intern kontroll 2025, ÄN 2025-02-26, §17. Social- och funktionsstödsnämndens plan för intern kontroll 2025, SFN 2025-02-26, §30.

²⁰ Plan för intern kontroll 2024 äldrenämnden, ÄN 2024-02-28, §14.

6.4.1.1 Äldreförvaltningen

Som framgår av avsnitt 6.3.1 ska äldreförvaltningen två gånger per år redovisa inkomna avvikelser till nämnden. I samband med delårsrapport, tar förvaltningen fram en kvalitetssammanställning²¹ som innehåller en sammanställning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete under den första halvan av året. Sammanställningen ska ge nämnden en övergripande bild av kvalitetsutvecklingen inom verksamheten samt skapa underlag för fortsatt planering och utveckling. I sammanställningen framgår avvikelser, Lex Maria, Lex Sarah, synpunkter, klagomål och förslag.

Under 2025 tog äldreförvaltningen fram en samlad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse²². Anledningen till att skapa en gemensam berättelse beskrivs vara att skapa en helhetsbild av hur äldrenämndens verksamheter arbetar för att förebygga vårdskador, stärka kvaliteten och säkerställa en trygg och säker omsorg för den enskilda.

I berättelsen redogörs även för en sammanställning av Lex Maria och Lex Sarah. Under 2025 rapporterades två händelser som utreddes enligt Lex Maria och 19 rapporter inkom som Lex Sarah. Ingen av anmälningarna bedömdes som allvarliga och rapporterades därmed inte till IVO.

Vidare framgår att det under året inkommit 126 synpunkter till förvaltningen varav 46 procent av synpunkterna avsåg utförande av en eller flera vårdinsatser eller planering av en eller flera omvårdnadsinsatser. Berättelsen avslutas med en samlade bedömning inför det fortsatta utvecklingsarbetet och planerade insatser inför 2026.

Utöver sammanställningen som redovisas till nämnden finns en övergripande kvalitetsgrupp som träffas varje månad. Rådet lyfter bland annat vilka delar som behöver utvecklas, vilka åtgärder som behöver vidtas samt statistiskt genomgångar. Det finns även andra forum där avvikelser beskrivs diskuteras med ledningsgrupp, enhetschefer och nämnden.

6.4.2 Social- och funktionsstödsförvaltningen

Som framgår av avsnitt 6.3.2 sammanställer social- och funktionsstödsförvaltningen en rapport av rapporterade avvikelser två gånger per år, som även redovisas för nämnden.

Utöver denna rapportering sammanställs även patientsäkerhetsberättelse²³ och kvalitetsberättelse²⁴. Av kvalitetsberättelsen framgår att verksamhetsåret har präglats av ett fortsatt omfattande förändringsarbete som till stor del utgått från *Plan för handling*. Plan för handling innefattar 24 uppdrag inom förvaltningen som har fördelats till olika funktioner. Under året har förvaltningen även arbetat med ett fortsatt utvecklingsarbete kopplat till avvikelshantering. Av berättelse framgår även genomförda aktiviteter, sammanställning av rapporterade avvikelser samt registrerade klagomål och synpunkter. Berättelsen avslutas med en analys och framåtblick.

²¹ Kvalitetssammanställning delårsrapport, januari-juni 2025, ÄN 2025-09-24, §98.

²² Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025, Äldrenämnden, ÄN 2026-02-25, §20.

²³ Patientsäkerhetsberättelse SFN, 2026-01-28.

²⁴ Kvalitetsberättelse, social- och funktionsstödsförvaltningen 2025,

I patientsäkerhetsberättelsen redogörs även för ett fortsatt utvecklingsarbete där det identifierats både positiva tendenser inom dokumentation, förbättrad följsamhet inom flera områden och ett stärkt kvalitetsregistreringsarbete, samtidigt som det kvarstår brister som behöver åtgärdas. Exempelvis lyfts bristande kännedom om processer, rutiner, otydlighet i avvikelshantering, varierande kvalitet på genomförandeplaner och behovet av stärkt samverkan mellan verksamhetsdelar. Patientsäkerhetsberättelsen avslutas med mål, strategier och utmaningar för kommande år.

6.4.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnderna, **i allt väsentligt**, har en strukturerad uppföljning av rapporter, klagomål, synpunkter och avvikelser samt att dessa hanteras på ett säkert och ändamålsenligt sätt.

Vi grundar vår bedömning på att nämnderna löpande erhåller väsentlig information med bäring kvalitet.

Vi har tidigare konstaterat att social- och funktionsstödsnämnden saknar ett uppdaterat kvalitetsledningssystem, vilket vi bedömer som bristfälligt. Vi bedömer det emellertid som positivt att såväl social- och funktionsstödsnämnden som äldrenämnden erhåller rapportering om antal avvikelser, patientsäkerhetsberättelse samt kvalitetsberättelse och att nämnden härigenom löpande erhåller strukturerad uppföljning av verksamhet och kvalitet.

Vi kan emellertid inte se samma spårbarhet i vare sig äldrenämnden eller social- och funktionsstödsnämndens protokoll avseende synpunkter och klagomål, vilket vi bedömer som en brist. Vi menar att strukturerad uppföljning av synpunkter och klagomål ger förutsättningar en lärande organisation och kvalitetsförbättringar, och är en central del av uppföljning och återrapportering.

6.5 UTVECKLING OCH FÖRBÄTTRING AV VERKSAMHETEN

6.5.1 Äldreförvaltningen

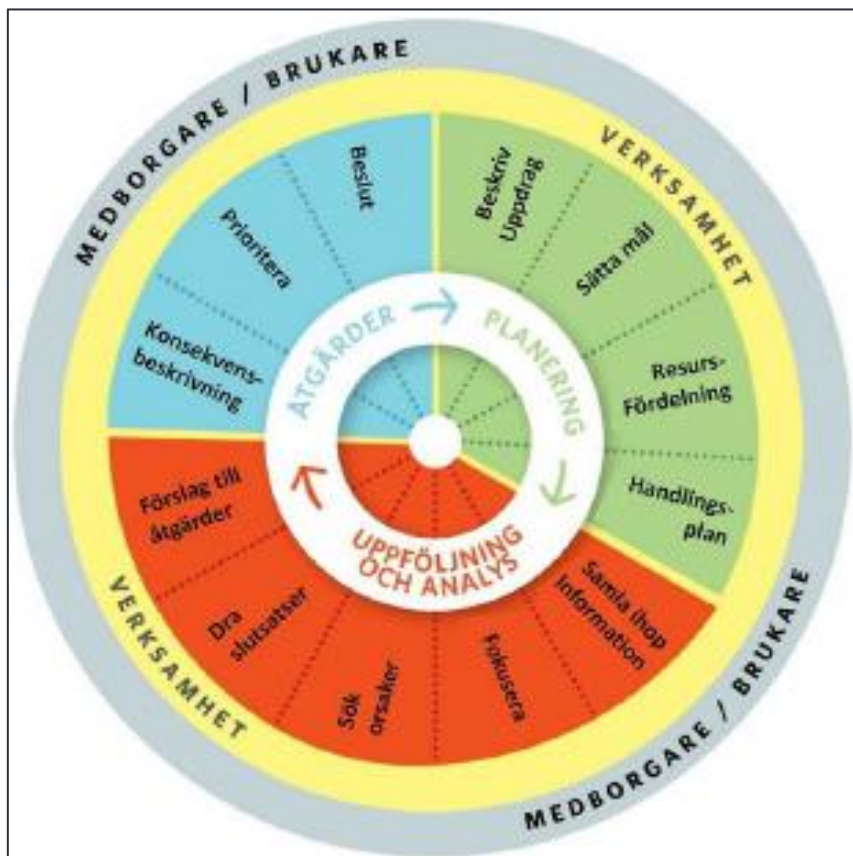
Av fastställda riktlinjerna och rutinerna som redovisas i avsnitt 6.2.1 framgår att avvikelser och klagomål ska tas emot och hanteras i syfte att bidra till verksamhetens utveckling och kvalitet.

Som framgår av avsnitt 6.3.3 har ett stickprov av avvikelserapportering genomförts inom ramen för granskningen. I stickprovet konstateras att det saknas information om vilka omedelbara åtgärder som vidtagits samt information om åtgärder i flera ärenden.

I nämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2025, samt i de intervjuer som genomförts, framgår bland annat att nämnden har identifierat ett antal förbättringsområden mot bakgrund av de egenkontroller och den interna uppföljning som genomförts. Nämnden redogör bland annat för att fokus på att stärka arbetssätt för att tillse

god munhälsovård hos brukare, säkerställa god nutrition och måltidssammansättning, tillse individuella läkemedelsgenomgångar samt arbeta med förebyggande åtgärder för att minska risk för fall/fallskador.

Nämndens systematiska förbättringsarbete illustreras enligt nedan:



Figur 1. Äldrenämndens systematiska förbättringsarbete

Vid intervjuer framgår att det finns ett önskemål att medarbetare ska få återkoppling om avvikelser oavsett allvarlighetsgraden. Av förvaltningens rutin framgår att uppföljning ska ske, dock beskrivs att det finns ett behov av ett förbättringsarbete.

6.5.2 Social- och funktionsstödsförvaltningen

Av förvaltningens rutiner för ledningssystem tydliggörs att utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet inom verksamheten.

I nämndens patientsäkerhetsberättelse likväl som i de intervjuer som genomförts, framgår bland annat att nämnden har identifierat de områden som behöver stärkas. Nämnden uppger att fokus bland annat finns på kompetensutveckling och följsamhet till rutiner avseende läkemedelshantering samt kompetensutveckling och följsamhet till rutiner avseende dokumentation- och informationsöverföring.

I likhet med äldreförvaltningen visade social- och funktionsstödsförvaltningens stickprov att det saknas dokumentation avseende vilka omedelbara åtgärder som vidtagits samt information om åtgärder i flera ärenden.

6.5.3 Bedömning

Vår bedömning är äldrenämnden, i **allt väsentligt**, använder resultatet från avvikelser och klagomål i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

Vi bedömer att social- och funktionsstödsnämnden, **endast delvis**, använder resultatet från avvikelser och klagomål i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på att det finns ändamålsenliga riktlinjer för avvikelshantering och lex Sarah. Vi bedömer att riktlinjerna ger god vägledning i arbetet med att identifiera, rapportera och utreda avvikelser och missförhållanden. Vi bedömer att processen har en tydlig ansvarsfördelning i syfte att säkerställa utredning samt vidta åtgärd.

Vi konstaterar att båda nämnderna har identifierat områden där förbättringsbehov föreligger, och arbetar med i huvudsak att säkerställa goda arbetssätt, kompetensutveckling samt att säkerställa följsamhet till rutiner och riktlinjer för att utveckla och förbättra verksamheten. Vi bedömer detta som positivt, och som en indikation på att båda nämnderna använder egenkontroller och uppföljning för att utveckla och förbättra verksamheten.

Vi bedömer att äldrenämnden, i allt väsentligt, använder resultat från uppföljning för att förbättra och utveckla verksamheten. Vår bedömning baserar vi på ett systematiskt tillvägagångssätt utifrån ett tydligt årshjul avseende det systematiska förbättringsarbetet. Vi bedömer att social- och funktionsstödsnämnden saknar motsvarande systematik, och att det, mot bakgrund av detta, inte tydligt framgår vilka egenkontroller eller dylika moment som medför åtgärder, utveckling och förbättring.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om social- och funktionsstödsnämnden samt äldrenämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering och synpunkts- och klagomålshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig lagstiftning.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att social- och funktionsstödsnämnden endast delvis samt äldrenämnden i allt väsentligt har säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering och synpunkts- och klagomålshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete, samt övrig tillämplig lagstiftning.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi **social- och funktionsstödsnämnden** att:

- Upprätta ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställ spårbarhet i protokoll avseende återrapportering om synpunkter och klagomål.
- Säkerställ att utredningar av avvikelser innehåller relevant information, exempelvis om vidtagna åtgärder.
- Säkerställ att det uppföljning och egenkontroll av avvikelser, synpunkter leder till åtgärder och förbättringar

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi **äldrenämnden** att:

- Säkerställ spårbarhet i protokoll avseende återrapportering om synpunkter och klagomål.
- Säkerställ att utredningar av avvikelser innehåller relevant information, exempelvis om vidtagna åtgärder.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Liv Ahlgren

Verksamhetsrevisor

Sofia Gunnarsson

Verksamhetsrevisor

Jörn Wahlroth

Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare

8 BILAGOR

8.1 BILAGA A – DOKUMENTFÖRTECKNING

Dokument
Reglemente för äldrenämnden, KF 2016-11-24, §323, reviderat 2018-03-22, §83 och 2020-04-02, §62.
Reglemente för social- och funktionsstödsnämnden, KF 2024-10-24, §158 samt 2025-09-25, §149.
Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, enligt SOSFS 2011:9, ÄN 2025-01-29, §4.
Riktlinjer för avvikelse, FC 2024-09-18.
Riktlinjer för synpunkter, klagomål och förslag, FC 2024-05-29.
Riktlinje för rapportering och handläggning lex Sarah, Äldrenämnden 2025-08-27, §79.
Rutin för avvikelshantering, FC 2025-02-20.
Rutin för hantering av synpunkter, klagomål och förslag, FC 2015-08-05.
Kvalitetsplan – Plan och arbetsformer för utveckling av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet, FLG 2022-12-08.
Processledningsmodell för funktionsstödsförvaltningen, FC för funktionsstödsförvaltningen 2022-11-24.
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handikappförvaltningen, ej daterad.
Rutin för avvikelshantering SoL, LSS och HSL. Beslutad av förvaltningsledningsgrupp 2023-03-30.
Rutin för synpunkts- och klagomålshantering på socialförvaltningen, FC 2023-02-27.
Rutin för avvikelser och lex Sarah, FC 2023-03-06.
Kvalitetssammanställning, Delårsrapport, Januari-juni 2025. ÄN, 2025-09-24, §98.
Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025. ÄN 2026-02-25, §20.
Redovisning av rapporterade avvikelser delår 2025, SFN 2025-10-01, §129
Redovisning av rapporterade avvikelser delår juli-dec 2025, SFN 2026-02-25, §14.
Äldrenämnden – Intern kontroll 2025, ÄN 2025-02-26, §17
Social- och funktionsstödsnämndens plan för intern kontroll 2025, SFN 2025-02-26, §30.
Plan för intern kontroll 2024 äldrenämnden, ÄN 2024-02-28, §14.
Plan för intern kontroll 2024 - Helårsuppföljning intern kontroll 2024, ÄN 2025-02-26, §16.
Patientsäkerhetsberättelse SFN, 2026-01-28.