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 systematiskt kvalitetsarbete i biståndsbedömning - LSS

Rapport

Karlskrona kommun

2026-04-10

Antal sidor 17

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig styrelse/nämnd/fullmäktigeberedning</i>	6
4	Revisionskriterier	6
5	Metod	6
6	Resultat av granskningen	7
6.1	<i>Arbete med egenkontroller</i>	7
6.1.1	Styrande förutsättningar	7
6.1.2	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	7
6.1.3	Social- och funktionsstödsnämndens arbete för att säkerställa verkställighet	8
6.1.4	Bedömning	9
6.2	<i>Planering av insatser</i>	9
6.2.1	Styrande förutsättningar	9
6.2.2	Rutiner för arbetet med genomförandeplaner	9
6.2.3	Journalgranskning och plan för egenkontroll	10
6.2.4	Stickprovskontroll av genomförandeplaner	11
6.2.5	Bedömning	12
6.3	<i>Hantering av inrapporterade missförhållanden</i>	13
6.3.1	Styrande förutsättningar	13
6.3.2	Rapportering av missförhållanden	13
6.3.3	Hantering av inrapporterade händelser	13
6.3.4	Kontroll och uppföljning av inrapporterade händelser	14
6.3.5	Bedömning	15
6.4	<i>Uppföljning av arbetet</i>	15
6.4.1	Styrande förutsättningar	15
6.4.2	Uppföljning av arbetet med biståndsbedömning	15
6.4.3	Bedömning	16
7	Samlad bedömning och rekommendationer	17

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Karlskrona kommuns revisorer fått i uppdrag att granska om social- och funktionsstödsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt arbete med biståndsbedömningar på individnivå


Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att social- och funktionsstödsnämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt arbete med biståndsbedömningar på individnivå.

Vi konstaterar att avsaknaden av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär risk för att kvalitet inte kan säkerställas. Mot bakgrund av detta bedömer vi att det finns risk att den interna kontrollen inte är tillräcklig i avsaknad av upprättade kontrollmoment.

Vi konstaterar att riktlinjer och rutin avseende upprättande av genomförandeplaner är relativt gamla, vilket vi bedömer som bristfälligt. Inom ramen för granskningen har stickprov av upprättade genomförandeplaner genomförts. Vår granskning indikerar att nämnden brister i upprättande av genomförandeplaner med ett förhållandevis lågt utfall av upprättade planer.

Vi konstaterar att nämnden får regelbunden uppföljning av avvikelser och närliggande områden, detta bedömer vi som positivt.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har nämnden tillsett att det bedrivs ett systematiskt arbete med egenkontroll för att säkerställa verkställande av beslut inom ramen för socialtjänstlagen och LSS?	Endast delvis
Har nämnden tillsett att det finns skriftliga rutiner för utarbetande av genomförandeplaner?	Nej
<ul style="list-style-type: none"> ○ Har nämnden säkerställt att beviljade insatser planeras och dokumenteras i en genomförandeplan? 	Endast delvis
Har nämnden säkerställt att inrapporterade missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden utreds och åtgärdas?	I allt väsentligt
Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll utifrån det systematiska kvalitetsarbetet?	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 social- och funktionsstödsnämnden att:

- Upprätta ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Tillse att det bedrivs ett systematiskt arbete med egenkontroll för att säkerställa verkställande av beslut inom ramen för socialtjänstlagen och LSS.
- Säkerställa att styrande och stödjande dokument med bäring på utarbetande av genomförandeplaner är aktuella.
- Säkerställa att beviljade insatser planeras och dokumenteras i en genomförandeplan i enlighet med gällande rutiner.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av Karlskrona kommuns revisorer att översiktligt granska om social- och funktionsstödsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt arbete med biståndsbedömningar på individnivå. Biståndshandläggningen är, utöver kvalitet, också betydelsefull ur ett ekonomiskt perspektiv för kommunen. Det är via biståndsbeslutet som insatser utformas, vilket också innebär kostnader för kommunen. Vidare är det viktigt att kommunen har en uppföljning av biståndsbeslutet både vad gäller innehåll och omfattning. Verkställighet av beslut som inte stämmer överens med biståndsbeslutet kan bli rättsosäkert för den enskilde och kostsamt för kommunen.

Social- och funktionsstödsnämnden ansvarar för kommunens verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Nämnden ansvarar bland annat för stöd och service till personer med funktionsnedsättningar enligt SoL och LSS.

Nämnden har genom intern kontrollplan för år 2025 identifierat riskområden relaterat till kvalitet. Nämnden bedömer att det finns risk att brukare inte är delaktiga i planering av insatser, att insatser inte matchas mot brukarens behov och att resultat av beslutade insatser uteblir eller blir av sämre kvalitet.

Kommunens revisorer bedömer att nämndens ekonomiska målsättning riskerar att medföra brister i nämndens möjlighet att tillgodose verksamhetens mål om kvalitet. Med anledning av detta har revisorerna beslutat att genomföra en granskning av området.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om social- och funktionsstödsnämnden har säkerställt att biståndsbedömningar inom LSS är av god kvalitet.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har nämnden tillsett att det bedrivs ett systematiskt arbete med egenkontroll för att säkerställa verkställande av beslut inom ramen för socialtjänstlagen och LSS?
- Har nämnden tillsett att det finns skriftliga rutiner för utarbetande av genomförandeplaner?
 - Har nämnden säkerställt att beviljade insatser planeras och dokumenteras i en genomförandeplan?
- Har nämnden säkerställt att inrapporterade missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden utreds och åtgärdas?
- Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll utifrån det systematiska kvalitetsarbetet?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG STYRELSE/NÄMND/FULLMÄKTIGEBEREDNING

Granskningen har avgränsats till social- och funktionsstödsnämndens verksamhetsår 2025.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725), KL
- 2 kap. §§ 1–3, 5 kap. § 2, 10 kap. §§ 1 och 5, 14 kap. § 3 samt 34 kap. § Socialtjänstlag (2025:400), SoL
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- 5 kap. § 19 SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) med tillhörande handbok.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat riktlinje för social dokumentation inom funktionsstödsförvaltningen, rutin för att upprätta och arbeta med genomförandeplan och manual; Att upprätta och arbeta med genomförandeplan.
- Intervjuer har genomförts med avdelningschef myndighet, avdelningschef verkställighet, ett urval av enhetschefer inom både myndighet och verkställighet, socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetsutvecklare och verksamhetssamordnare.
- Inom ramen för denna granskning har vi genomfört en stickprovskontroll av genomförandeplaner för insatser enligt LSS. I kontrollen har vi begärt in en förteckning av samtliga ärenden där en insats enligt LSS har beviljats under perioden 2025-02-01 till och med 2025-04-30. Erhållen förteckning bestod av 95 ärenden. Genom ett slumpmässigt urval har vi valt ut 15 för granskning, vilket motsvarar cirka 16 procent av den totala mängden.

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

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja



Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 ARBETE MED EGENKONTROLLER

6.1.1 Styrande förutsättningar

Det anges i socialtjänstlagen¹ att socialnämnden ska rapportera till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om ett gynnande beslut om insats för att tillgodose personliga behov inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Det framgår vidare av socialtjänstlagen² att kommunen är skyldig att betala en särskild uppgift om en insats inte har tillhandahållits inom en skälig tid.

Enligt kommunallagen³ ska nämnder tillse att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Det anges även i Socialstyrelsens föreskrifter⁴ att den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll med den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

6.1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är tillämplig i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet inom hälso- och sjukvården, samt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Häri ingår exempelvis systematiskt förbättringsarbete genom egenkontroll.

Social- och funktionsstödsnämnden har vid granskningstillfället inget upprättat ledningssystem. Detta uppges bero på den organisationsförändring som förvaltningar och nämnder genomgått under 2024–2025.

De kvalitetsledningssystem som vi har tagit del av avser socialförvaltningens ledningssystem (2023) samt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handikappförvaltningen (ingen datering). Vi har per granskningen inte erhållit något beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för nämnden som helhet.

I kvalitetsberättelsen för år 2025 framgår att nämnden under året har arbetat med att planera för att bygga upp ett gemensamt ledningssystem för kvalitet som ska ersätta de tre befintliga systemen från tidigare förvaltningar. Det nya systemet ska vara användardrivet och utgå i från medborgarens väg genom förvaltningen. Ledningssystemet bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och omfattar bland annat riskanalys, egenkontroll, avvikelshantering, synpunkter och klagomål, processer och rutiner samt lex Sarah och lex Maria.

¹ 34 kap. 1 § Socialtjänstlag (2025:400).

² 34 kap. 5 § Socialtjänstlag (2025:400).

³ 6 kap. 6 § Kommunallag (2017:725).

⁴ 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

6.1.3 Social- och funktionsstödsnämndens arbete för att säkerställa verkställighet

Det anges i riktlinje för insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁵ att handläggare ska överlämna utredning och beslut till ansvarig utförare när beslut är fattat. Detta ska ske i form av en beställning genom verksamhetssystemet till samordnare inom berörd avdelning.

Enligt riktlinje för insatser enligt LSS har verkställigheten ansvar att följa upp att personen får stödinsatser utifrån sina individuella behov och att stödinsatserna ges enligt upprättad genomförandeplan. Det är även verkställigheten som ska kontakta biståndshandläggare vid förändring av insatsbehov. Enligt riktlinje för social dokumentation⁶ ska den som ska verkställa ett beslut dokumentera i den enskildes journal när beställning tagits emot och när insatsen påbörjas hos utföraren.

Det framgår av riktlinje för insatser enligt LSS att avvikelser från beslutade eller planerade insatser ska dokumenteras. Om en beviljad insats inte har verkställts inom tre månader ska nämnden rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna rapporteringsskyldighet uppges även gälla då det har varit uppehåll i verkställigheten mer än tre månader. Om en beviljad insats inte kan verkställas inom tre månader ska utföraren erbjuda den enskilda en individuell handlingsplan som anger hur den enskildes behov av stöd och service ska tillgodoses i väntan på att beslutet ska verkställas.

Egenkontroller

Det uppges vid intervju att förvaltningen har en övergripande plan för egenkontroll år 2025. Vid intervju uppges det att områdena i planen för egenkontroll revideras inför varje nytt år. Underlaget som beskriver och fungerar som stöd för egenkontrollerna finns på kommunens intranät.

Vi har tagit del av en intern slutrapport för arbetet med egenkontroll år 2025⁷, vilken innehåller ett flertal kontrollområden. Kontrollområde har bäring på till exempel hantering av inrapporterade avvikelser, utarbetande av genomförandeplaner, hantering av inkomna klagomål och synpunkter, social dokumentation och utredningstider samt kännedom om rutiner för ett systematiskt kvalitetsarbete. Vi har emellertid, som tidigare nämnts, inte erhållit något fastställt ledningssystem som omfattar nämnden som den är organiserad från och med 1 januari 2025.

Det finns inte något kontrollmoment med direkt bäring på verkställande av beslut.

Frågorna i egenkontrollen har fasta svarsalternativ som "ja", "nej", "delvis", "pågående" och "ej aktuellt". Om någon besvarat ett kontrollmoment med "nej" ska denna utarbeta en handlingsplan för att hantera detta.

⁵ Riktlinje för insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Funktionsstödsnämnden 2024-01-31, § 9.

⁶ Riktlinje för social dokumentation inom funktionsstödsförvaltningen. Förvaltningschef 2023-05-11.

⁷ Beslutsinstans och datering saknas.

Det uppges vid intervju att resultatet av egenkontrollerna sammanställs och används i analysdialog mellan avdelningschefer och enhetschefer. Resultatet fungerar även som underlag till nämndens årliga kvalitetsberättelse.

6.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** tillsett att det bedrivs ett systematiskt arbete med egenkontroll för att säkerställa verkställande av beslut inom ramen för socialtjänstlagen och LSS.

Vi bedömer att avsaknaden av upprättat kvalitetsledningssystem försvårar arbetet med ett systematiskt kvalitetsarbete. Vi konstaterar att vissa kontrollmoment ändå genomförs, men att det saknas tillräcklig struktur och systematik avseende bland annat egenkontroller.

6.2 PLANERING AV INSATSER

6.2.1 Styrande förutsättningar

Enligt socialtjänstlagen⁸ ska en kommun planera sina insatser för enskilda. Det anges även i socialtjänstlagen⁹ att handläggningen av ärenden som rör enskilda, samt genomförandet av insatser, ska dokumenteras. Beslut, åtgärder samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse ska dokumenteras.

6.2.2 Rutiner för arbetet med genomförandeplaner

Riktlinje för insatser enligt LSS gör gällande att en genomförandeplan ska upprättas för varje insats som en enskild beviljas. Genomförandeplanen ska tydliggöra för den enskilde och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. Det anges även att genomförandeplanen ska utgå från de mål som har formulerats i beslutet.

Enligt riktlinje för social dokumentation upprättas en genomförandeplan, i huvudregeln, hos utföraren inom fyra veckor från verkställighet. Rutin för att upprätta och arbeta med genomförandeplan¹⁰ gör gällande att genomförandeplanen ska vara klar senast fyra veckor efter påbörjad verkställighet. Det framgår vidare av rutinen att områdeschefen är ansvarig för att genomförandeplaner upprättas. Områdeschefen kan fördela uppgiften att upprätta genomförandeplaner till medarbetare, men uppges fortfarande vara ansvarig. Vid intervju uppges att beteckningen områdeschef inte längre är en aktuell chefsbefattning. Det tillhörde den tidigare organisationen.

Vi har tagit del av en manual för att upprätta och arbeta med genomförandeplaner¹¹, vilken bland annat anger vad en genomförandeplan ska innehålla. Det uppges att planen ska innehålla datum för upprättande, datum och ansvarig för uppföljning, beslutade insatser och mål med beslut om insatser. Av genomförandeplanen ska även brukarens förväntningar

⁸ 7 kap. 1 § Socialtjänstlag (2025:400).

⁹ 14 kap. 3 § Socialtjänstlag (2025:400).

¹⁰ Rutin för att upprätta och arbeta med genomförandeplan. Ledningsgrupp. 2015-01-29.

¹¹ Manual; Att upprätta och arbeta med genomförandeplan. Funktionsstödsförvaltningen 2015-01-29.

på målet med beslutet framgå. Vi noterar att manualen är daterad till år 2015. Det uppges vid intervju att manualerna fortfarande är aktuella och kan användas, även om det digitala ärendehanteringssystemet skiljer sig från det system som användes år 2015. Manualen är, enligt uppgift i intervju, således inte helt överensstämmande med hur en plan utarbetas i nuvarande system.

Enligt manualen för att upprätta och arbeta med genomförandeplaner ska planen konkret beskriva hur beslutet ska omsättas i praktisk handling. Brukaren ska även få beskriva sina önskemål utifrån när, var och hur den specifika insatsen ska genomföras. Till insatsen ska det även anges SMARTA mål¹², vilka kan brytas ner i delmål.

Det anges i manualen att insatser som anges i planen kan ha varierande mål och uppföljningsdatum. Däremot ska genomförandeplanen i sin helhet följas upp regelbundet av ansvarig kontaktperson. Enligt riktlinje för insatser enligt LSS ska genomförandeplanen följas upp fortlöpande av de som ska verkställa beslutet utifrån den enskildes behov, dock minst en gång per år.

6.2.3 Journalgranskning och plan för egenkontroll

Journalgranskning

I förvaltningen har det under 2025 genomförts en intern granskning med syfte att säkerställa att genomförandeplaner är korrekta och att brukare är delaktiga i planeringen¹³. Urval till granskningen var fem journaler per utredningsenhet, varav myndighetsenhet LSS var en av dessa. Totalt ingick 45 genomförandeplaner med tillhörande dokumentation i journalgranskningen. Samtliga ärenden i granskningen var inledda under perioden oktober år 2024 till och med mars år 2025. Granskningens resultat var följande:

- Genomförandeplan fanns i 34 ärenden (75,6 procent)
- Brukare var delaktig i 27 ärenden (60 procent)
- Plan var uppdaterad enligt rutin i 28 ärenden (62,2 procent)
- Mål och insatser var tydliga i 30 ärenden (66,7 procent)
- Barnperspektiv var uppfyllt i 17 av de 23 ärenden där det ansågs vara relevant (73,9 procent)

Vad gäller kontroll av förekomsten av genomförandeplan för det totala antalet i urvalet anges det att de flesta ärenden har en plan, vilket uppges tyda på ett relativt väl etablerat arbetssätt. Det poängteras dock att nästan en fjärdedel saknar genomförandeplan trots att beslut finns. I rapporten går det inte att särskilja ärenden tillhörande LSS.

¹² SMART: specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbestämt.

¹³ Rapport – Journalgranskning avseende delaktighet. Social ansvarig samordnare och verksamhetsutvecklare. Datering saknas.

Plan för egenkontroll år 2025

Det framgår av slutrapporten för arbetet med egenkontroll att planen innehållit ett flertal kontrollmoment med bäring på genomförandeplaner:

- 1) Om det finns aktuella genomförandeplaner upprättade.
- 2) Om genomförandeplanerna finns i verksamhetssystemet.
- 3) Om målen i genomförandeplanerna är konkreta, möjliga att följa upp och utvärdera.
- 4) Om det framgår tydligt hur insatserna ska genomföras.
- 5) Om den enskildes behov av stöd vid kommunikation beskrivs i genomförandeplanen.
- 6) Om den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.

Resultatet av egenkontrollerna framgår inte av slutrapporten.

6.2.4 Stickprovskontroll av genomförandeplaner

Vi har inom ramen för denna granskning genomfört en stickprovskontroll av genomförandeplaner för insatser enligt LSS. I kontrollen har vi begärt in en förteckning av samtliga ärenden där en insats enligt LSS har beviljats under perioden 2025-02-01 till och med 2025-04-30. Erhållen förteckning bestod av 95 ärenden. Genom ett slumpmässigt urval har vi valt ut 15 för granskning, vilket motsvarar cirka 16 procent av den totala mängden.

Vi efterfrågade 15 oidentifierade genomförandeplaner och vi erhöll sju genomförandeplaner. Övriga ärenden, åtta, har beslut om insats enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, men genomförandeplan finns inte upprättad.

Tabell 1. Begärda samt erhållna genomförandeplaner

Genomförandeplaner	
Antal begärda planer	15
Antal erhållna planer	7

I vår stickprovskontroll av vi kontrollerat om följande finns angivna i erhållna genomförandeplaner:

- 1) Om genomförandeplanen är aktuell
- 2) Om brukaren varit delaktig i framtagandet
- 3) Om det framgår vilka personer som varit delaktiga i upprättandet
- 4) Om det framgår mål
- 5) Om det framgår av planen hur insatsen ska genomföras
- 6) Om det framgår av planen när insatsen ska genomföras
- 7) Om det framgår när planen ska följas upp
- 8) Om den löpande dokumentationen är tydlig, neutral och saklig

Tabell 2. Stickprovskontroll av erhållna genomförandeplaner

Kontroll	Ja	Nej	Delvis
Genomförandeplanen är aktuell	7		
Brukaren har varit delaktig i framtagandet	4	3	
Det framgår vilka personer som varit delaktiga i upprättandet	5	2	
Det framgår mål	7		
Det framgår av planen hur insatsen ska genomföras	6	1	
Det framgår av planen när insatsen ska genomföras	4	1	2
Det framgår när planen ska följas upp	5	2	
Den löpande dokumentationen är tydlig, neutral och saklig	6		1

Merparten av de genomförandeplaner som kunnat granskas påvisar att samtliga planer är aktuella, målsatta och med tydlig samt saklig dokumentation. I mer än hälften av planerna framgår att brukaren varit delaktig i framtagandet samt vilka personer som varit delaktiga i upprättandet. I sex av sju planer framgår hur insatsen ska genomföras, i fyra av sju planer framgår när insatsen ska genomföras. Datum för uppföljning framgår i fem av sju granskade planer.

6.2.5 Bedömning

Vår bedömning är att det **inte** finns tillräckliga skriftliga rutiner för utarbetande av genomförandeplaner. Vi bedömer att nämnden **endast delvis** säkerställt att beviljade insatser planeras och dokumenteras i en genomförandeplan.

Vi konstaterar att befintlig skriftlig rutin samt manual avseende upprättande av genomförandeplan är över tio år gamla. Detta bedömer vi som bristfälligt. Vi konstaterar att rutinen samt manualen inte fullt ut är applicerbar på förvaltningens nuvarande digitala systemstöd. Detta bedömer vi som bristfälligt och försvårar uppföljning av upprättade planer.

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 upprättande av genomförandeplaner. Vi noterar därtill att utfallet av stickprovet indikerar att det finns en variation avseende vilken och hur mycket information som finns i respektive plan. Det bör dock framhållas att vår stickprovskontroll är

baserat på ett mindre urval och är således sannolikt inte representativ för samtliga ärenden inom nämndens verksamhet.

Mot bakgrund av nämndens egen dokumentation avseende utfall av journalgranskning och egenkontroll samt de iakttagelser som vi trots allt gör utifrån stickprovskontrollen bedömer vi att detta ger en indikation om att ett antal brukare saknar genomförandeplaner.

6.3 HANTERING AV INRAPPORTERADE MISSFÖRHÅLLANDEN

6.3.1 Styrande förutsättningar

Det anges i socialtjänstlagen¹⁴ att socialnämnden (not: eller motsvarande nämnd) ska tillse att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet. Om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande har rapporterats ska den som bedriver berörd verksamhet utreda detta.¹⁵

6.3.2 Rapportering av missförhållanden

Riktlinje för insatser enligt LSS gör gällande att samtliga anställda har en skyldighet att rapportera avvikelser som har medfört eller hade kunnat medföra brist eller skada för den enskilde. Riktlinjen gör vidare gällande att inrapporterade avvikelser ska utredas och åtgärdsplaner ska upprättas, vid behov, för att förebygga förekomsten av ytterligare avvikelser.

Enligt riktlinjen föreligger rapporteringsskyldighet vid förekomst av missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.

Vi har tagit del av en sammanställning av inrapporterade avvikelser och rapporter enligt lex Sarah för perioden första juli år 2025 till och med sista december samma år. Under denna period rapporterades sju lex Sarah och 278 andra avvikelser.

Riktlinje för social dokumentation gör gällande att det ska dokumenteras i den enskildes journal om denne berörs av ett missförhållande som rapporteras enligt lex Sarah.

6.3.3 Hantering av inrapporterade händelser

Rutin för avvikelser och lex Sarah¹⁶ gör gällande att en avvikelse ska rapporteras digitalt via ett verksamhetssystem. Den som rapporterar en händelse i systemet ska ange avvikelseyp samt den del av organisationen som berörs av händelsen. Den som rapporterar in en händelse kan till exempel ange om det avser ett missförhållande eller risk för missförhållande. Om närmsta chef berörs av den inrapporterade händelsen ska avvikelsen registreras på närmst överordnad chef/organisationsnivå.

Enligt rutin för avvikelser och lex Sarah finns det två olika processer för hantering av inrapporterade händelser beroende på om händelsen bedöms vara en avvikelse eller ett missförhållande. Avser rapporten det senare är chef bland annat ansvarig för att, vid behov, ge stöd till den enskilde och anställda som berörs av händelsen. Socialt ansvarig samordnare

¹⁴ 27 kap. 1 § Socialtjänstlag (2025:400).

¹⁵ 17 kap. 10 § Socialtjänstlag (2025:400).

¹⁶ Rutin för avvikelser och lex Sarah. Förvaltningschef 2023-03-06.

(SAS) ska omedelbart genomföra en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad. SAS ska informera förvaltningschefen om att en lex Sarah-rapportering inkommit. SAS uppges även vara ansvarig för att slutföra utredningen av händelsen inom två månader från och med rapportdatumet. När utredningen är genomförd ska förvaltningschef besluta om det ska lämnas en anmälan till IVO.

Vägledning vid riskinventering och riskanalys på individnivå¹⁷ gör gällande att inventeringen och analysen ska genomföras i sex steg:

- 1) Identifiera riskerna
- 2) Uppskatta sannolikheten för att risken ska uppstå
- 3) Bedöm vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden
- 4) Placera i riskmatrisen
- 5) Fyll i riskbedömningen
- 6) Upprätta handlingsplan med åtgärder för att minska/förebygga risken för kvalitetsbrister

I vägledningen finns en mall för riskbedömning, vilken innehåller beskrivningar och exempel på allvarlighet på en skala från ett till fyra. Det anges även exempel på sannolikhet att händelsen inträffar igen på en skala från ett till fyra där fyra innebär risk för att det kan inträffa dagligen. Vägledningen innehåller även en mall för handlingsplan, vilken innehåller kolumner för åtgärd, ansvarig, datum för färdigställande samt datum för uppföljning.

6.3.4 Kontroll och uppföljning av inrapporterade händelser

När en avvikelse rapporteras i det digitala systemet underrättas berörd enhetschef om detta via mejl. Kopia av mejl skickas även till SAS och ställföreträdande SAS. Om en lex Sarah rapporteras in underrättas SAS, särskilt kvalificerad utredare och ställföreträdande SAS via mejl från systemet. Vid sådana tillfällen ska SAS även informera biträdande förvaltningschef som, i sin tur, ska meddela nämndens presidium.

Om en inrapporterad avvikelse inte hanteras av berörd chef notifierar inte systemet överordnad chef eller annan funktion om detta. Däremot går det ut en påminnelse till berörd chef för när olika tidsbestämda uppgifter i systemet närmar sig. Till exempel utförande och uppföljning av åtgärder till följd av genomförd utredning.

Rutin för avvikelser och lex Sarah anger att verksamhetschef, eller någon annan som förvaltningschef utser, är ansvarig för att vidta åtgärder utifrån genomförd utredning av lex Sarah-rapportering. Den utsedda personen ska rapportera till SAS om status för arbetet med åtgärderna. Förvaltningschef ska sedan besluta om att genomförda åtgärder är godkända. När samtliga åtgärder är genomförda, uppföljda och godkända ska SAS avsluta ärendet i verksamhets- och ärendehanteringssystemen.

Vid intervju uppges att verksamheten ska genomföra regelbundna analyser av avvikelser på enhetsnivå, vilka ska användas som underlag vid analysdialog med avdelningschef. SAS ska sammanställa avvikelserna halvårsvis per avdelning. Redovisning till nämnden av

¹⁷ Vägledning vid riskinventering och riskanalys på individnivå. 2024-02-15.

rapporterade avvikelser för perioden januari till och med sista juni år 2025¹⁸ gör gällande att det har rapporterats 353 avvikelser inom området SoL/LSS under perioden.

6.3.5 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden, **i allt väsentligt**, säkerställt att inrapporterade missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden utreds och åtgärdas.

Vi konstaterar 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.

6.4 UPPFÖLJNING AV ARBETET

6.4.1 Styrande förutsättningar

Enligt socialtjänstlagen¹⁹ ska socialnämnd systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

6.4.2 Uppföljning av arbetet med biståndsbedömning

Riktlinje för insatser enligt LSS gör gällande att det ska ske en uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser. Nämnden har följt upp inrapporterade avvikelser för perioden januari till och med sista juni år 2025.²⁰ Vi noterar att nämnden även genomfört motsvarande uppföljning för perioden juli till och med sista december år 2025.²¹

Ett av nämndens mål för år 2025 är att säkerställa att varje individ får rätt stöd och service vid rätt tidpunkt genom tidiga insatser och delaktighet.²² Till målet finns ett flertal indikatorer, däribland ej verkställda beslut och utredningstid från ansökan till beslut om LSS-insats. Vid nämndens delårsuppföljning per sista augusti år 2025²³ anges det att antalet ej verkställda beslut var 49, vilket uppges vara en ökning med åtta jämfört med motsvarande period under föregående år. Det framgår vidare att det har rekryterats verksamhetssamordnare inom funktionshinderområdet för att effektivisera processen kring matchning av insatser och verkställighet. Enligt delårsuppföljningen ska ytterligare verksamhetssamordnare rekryteras under året. Vad gäller orsaker till att beslut inte kan verkställas anges det bland annat att en del andel brukare har tackat nej till erbjudna insatser. Det uppges även att platsbrist är en annan orsak.

¹⁸ Redovisning av rapporterade avvikelser - Delår januari-juni 2024. Social- och funktionsstödsnämnden 2025-10-01, 129.

¹⁹ 5 kap. 1 § Socialtjänstlag (2025:400).

²⁰ Redovisning av rapporterade avvikelser delår 2025. Social- och funktionsstödsnämnden 2025-10-01, § 129.

²¹ Redovisning av rapporterade avvikelser ht 2025. Social- och funktionsstödsnämnden 2026-02-25, § 14.

²² Verksamhetsplan 2025. Social- och funktionsstödsnämnden 2025-01-29, §

²³ Delårsuppföljning 2025. Social- och funktionsstödsnämnden 2025-10-01, §

Det framgår av delårsuppföljningen att tiden från ansökan till beslut om insatser enligt LSS har minskat från 61 dagar under föregående år till 48 dagar vid tiden för delårsuppföljningen. Det beskrivs att en anledning till detta är att antalet handläggare har ökat under året.

I nämndens patientsäkerhetsberättelse för år 2024²⁴ framgår beskrivningar av till exempel omfattningen av inrapporterade avvikelser under året och hanteringen av dessa. Det anges även ett flertal mål, strategier och utmaningar inför kommande år, däribland det fortsatta arbetet med rapportering och utredning av inrapporterade avvikelser i syfte att öka kunskapen om inträffade vårdskador. Nämnden har även beslutat om en kvalitetsberättelse för år 2024²⁵, vilken bland annat behandlar rapportering av avvikelser och lex Sarah, ej verkställda beslut samt hantering av synpunkter och klagomål. Vad gäller lex Sarah uppges det att det har rapporterats in 29 händelser under året, varav sex av dem har efter rapportering kategoriserats som avvikelser. En av rapporterna avsåg ej verkställda beslut. Under året ska det ha implementerats ett nytt arbetssätt för hantering av sådana rapporteringar. Det beskrivs bland annat att samtliga rapporter kring lex Sarah ska diskuteras gemensamt med förvaltningschef, biträdande förvaltningschef, SAS och kvalificerad utredare i syfte att bedöma om rapporten verkligen utgör grund för lex Sarah.

Vi har tagit del av nämndens patientsäkerhetsberättelse för år 2025²⁶, vilken anger motsvarande beskrivningar kring avvikelser, mål, strategier och utmaningar som föregående års patientsäkerhetsberättelse.

6.4.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden, **i allt väsentligt**, säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll utifrån det systematiska kvalitetsarbetet.

Vi konstaterar att nämnden löpande erhåller väsentlig information med bäring på det systematiska kvalitetsarbetet. Vi bedömer det som positivt att nämnden, utöver patientsäkerhetsberättelse, även upprättar kvalitetsberättelse. Vi menar att kvalitetsberättelsen, även om den inte är ett lagkrav, fyller en viktig funktion i att sammanställa data och bidra till en strukturerad uppföljning av ett systematiskt kvalitetsarbete.

²⁴ Patientsäkerhetsberättelse år 2024. Social- och funktionsstödsnämnden 2025-

²⁵ Kvalitetsberättelse 2024. Funktionsstöds

²⁶ Patientsäkerhetsberättelse för social- och funktionsstödsnämnden år 2025. Social- och funktionsstödsnämnden

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om social- och funktionsstödsnämnden har säkerställt att biståndsbedömningar inom LSS är av god kvalitet.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att social- och funktionsstödsnämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt arbete med biståndsbedömningar på individnivå.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderas vi social- och funktionsstödsnämnden att:

- Upprätta ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Tillse att det bedrivs ett systematiskt arbete med egenkontroll för att säkerställa verkställande av beslut inom ramen för socialtjänstlagen och LSS.
- Säkerställa att styrande och stödjande dokument med bäring på utarbetande av genomförandeplaner är aktuella.
- Säkerställa att beviljade insatser planeras och dokumenteras i en genomförandeplan i enlighet med gällande rutiner.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Liv Ahlgren

Certifierad kommunal revisor

Jörn Wahlroth

Certifierad kommunal revisor/kvalitetssäkrare

Liam Alldén

Verksamhetsrevisor