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

# Genomlysning av området funktionsnedsättning i egen regi

**Rapport**

Lidingö Stad

Januari 2026

Antal sidor: 22

Antal bilagor: 3

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>3</b>
1.1	<i>Bakgrund</i>	3
1.2	<i>Metod</i>	3
1.3	<i>Omsorgs- och socialnämndens organisation</i>	4
<b>2</b>	<b>Resultat av genomlysningen</b>	<b>6</b>
2.1	<i>Styrning och intern kontroll</i>	6
2.1.1	Nämndens internkontrollplan	7
2.1.2	Systematiskt kvalitetsarbete - Del av intern kontroll	8
2.1.3	Synpunkter och klagomål	12
2.1.4	Nämndens uppföljning	12
2.2	<i>Ledarskap och samarbete</i>	13
2.2.1	Förutsättningar för ett närvarande ledarskap	13
2.2.2	Samarbete inom verksamhetsområdet	15
2.2.3	Stödpedagoger och kvalitetsutvecklare	16
2.3	<i>Samverkan mellan utförare och myndighet</i>	19
2.3.1	Myndighet	19
2.3.2	Utförare	20
2.3.3	Samverkan	20
<b>3</b>	<b>Slutsats och sammanfattande bedömning</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>Bilaga</b>	<b>23</b>
4.1.1	BILAGA 1 IAKTTAGELSER UTIFRÅN RAMVERK	23
4.1.2	BILAGA 2 FRÅGESTÄLLNINGAR FRAMTAGNA AV BESTÄLLAREN	25
4.1.3	BILAGA 3 ENKÄTSVAR	26

# 1 INLEDNING

---

## 1.1 BAKGRUND

Den 1 juli 2025 trädde den nya socialtjänstlagen, 2025:400, i kraft. Lagen innebär kortfattat ett tydligare fokus på förebyggande, tidiga och lättillgängliga insatser. Socialtjänsten ska arbeta mer kunskapsbaserat, samordnat och jämlikt, med större betoning på individens behov och delaktighet. Lagen syftar till att öka rättssäkerheten och minska behovet av mer ingripande åtgärder.

Lidingö stad uppmärksammande under våren 2025 ett antal förbättringsområden. Som ett led i utvecklingsarbetet initierades en genomlysning av verksamheten. Azets Revision & Rådgivning har av omsorgs- och socialförvaltningen Lidingö stad fått i uppdrag att göra en genomlysning av verksamhetsområdet funktionsnedsättning egen regi, med utgångspunkt i den nya lagstiftningen, LSS och SoL samt Socialstyrelsens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Genomlysningen ska på ett samlat sätt tydliggöra eventuella brister i verksamheten, samt i övergripande styrning och ledning.

Verksamhetsområdet omfattar drygt 240 medarbetare inklusive 5 enhetschefer. Antal kunder/brukare uppgår till XX.

## 1.2 METOD

För genomlysningen har Azets granskat dokument som berör verksamhetsområdet, så som rutiner och riktlinjer, internkontrollplan, verksamhetsplan, organisationsbeskrivningar och roll/funktionsbeskrivningar.

Vi har i bedömningen av eventuella brister utgått från relevant lagstiftning så som socialtjänstlagen (2011:453) och ny socialtjänstlag år 2025, lag (1993:987) om stöd och service till vissa funktionshindrade Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:09), samt avtal för berörda parter inom verksamhetsområdet.

Azets har tagit fram ett ramverk för bedömning av socialtjänstens verksamheter och *valda delar* av ramverket (Säker vård och omsorg; Ledarskap; Helhetssyn och samordning), med tillhörande frågebatteri, ligger till grund för de bedömningar som gjorts inom genomlysningen.



Figur 1 Ramverk

Ramverket har nyttjats för att skapa en tydlig struktur för såväl informationsinsamling som analys.

Utöver ramverket har ett antal frågor, framtagna av beställaren, fungerat som underlag för genomlysningen, se Bilaga 1.

Azets har också genomfört intervjuer med ett trettiotal personer: chefer och medarbetare så som exempelvis tillförordnad verksamhetsområdeschef, representanter från Ledningsstöd och kvalitet, kvalitetsutvecklare, verksamhetsutvecklare, stödpedagoger, enhetschefer, biträdande enhetschefer, verksamhetschef enligt HSL, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), verksamhetschef IFI (Individ, familj och integration), enhetschef IFI, representanter från FUB Lidingö samt representanter från tillgänglighetsrådet.

För att ytterligare säkerställa kvalitet i analysen har en enkät tagits fram, se bilaga 2, som syftat till att säkerställa bredd i analysen. Omkring 150 svar har inkommit från drygt 180 mottagare. Svarsfrekvensen är nära 85 procent vilket är en hög svarsfrekvens.

Genomlysningen innefattar även analyser gjorda av ett antal stickprov av avvikelser rapporterade inom verksamhetsområdet.

### **1.3 OMSORGS- OCH SOCIALNÄMNDENS ORGANISATION**

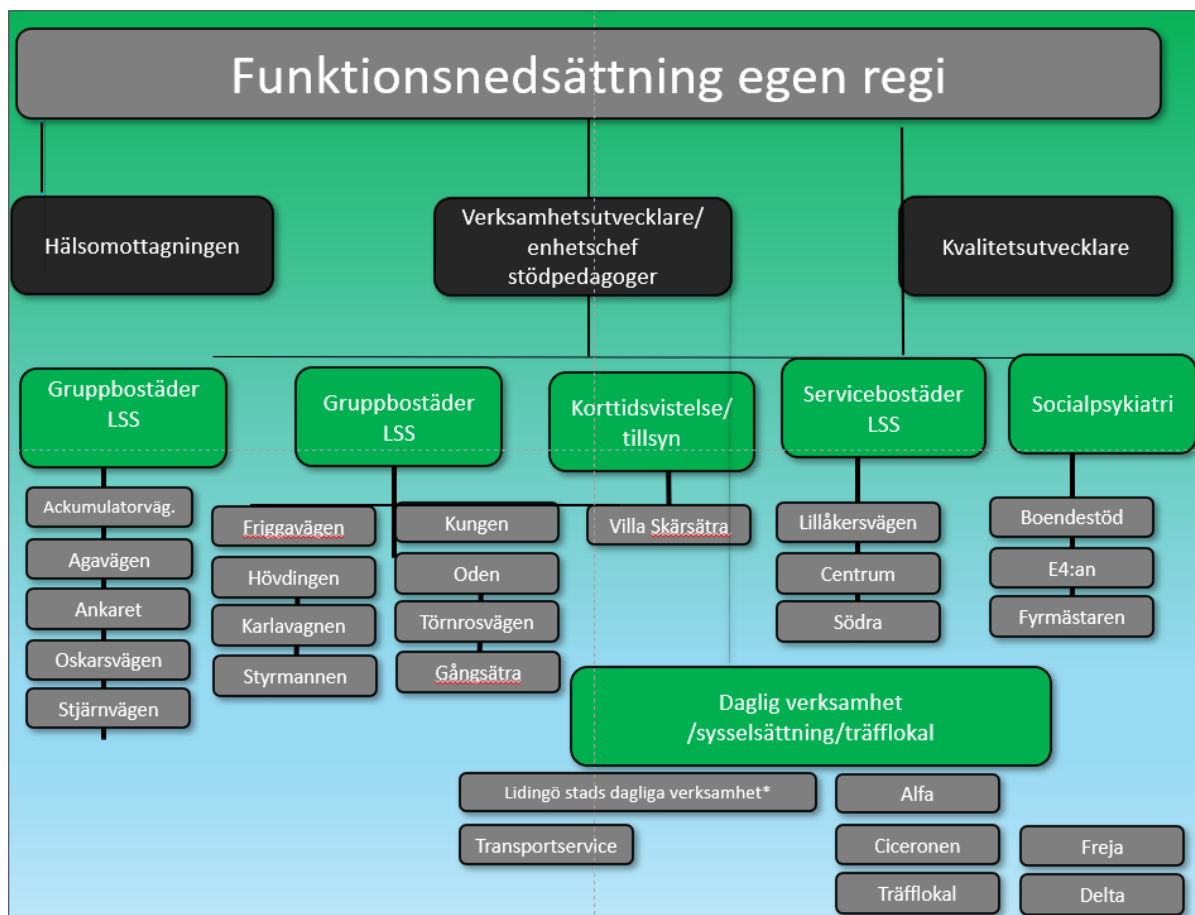
Omsorgs- och socialnämnden ansvarar för den verksamhet som bedrivs enligt särskild lagstiftning (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, socialtjänst med tillämplig lagstiftning och författningar samt den hälso- och sjukvård (i kommunal regi) som regleras i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Underställt Omsorgs- och socialnämnden finns Omsorgs- och socialförvaltningen. Förvaltningen ansvarar bland annat för att ge stöd till familjer, barn, ungdomar, vuxna samt äldre. I förvaltningen ingår individ- och familjeomsorg, äldreomsorg samt insatser och stöd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Därtill finns tre staber inom förvaltningen, däribland Staben för ledningsstöd och kvalitet. *Staben för ledningsstöd och kvalitet* inom förvaltningen hanterar alla upphandlingar och avtal som är kopplade till kärnverksamheten. Staben ansvarar därtill för övergripande uppföljning av kvalitet för utförare i såväl extern som i egen regi. Staben för ekonomi och juridik ansvarar för arbete med nämndens verksamhetsplan och följer upp mål och resultat med hjälp av det digitala it-stödet Stratsys<sup>1</sup>.

Insatser och stöd enligt LSS organiseras inom verksamhetsområdet "Funktionsnedsättning egen regi". I verksamhetsområdet ingår 11 gruppboenden enligt LSS, ett korttidsboende, tre serviceboenden enligt LSS, socialpsykiatri, daglig verksamhet samt transportservice. Verksamheten är uppdelad i fem enheter som var och en leds av en enhetschef. I verksamhetsområdet finns också en hälsomottagning som ansvarar för hälso- och sjukvård i grupp- och serviceboenden (egen regi). Därutöver finns stödfunktionerna verksamhetsutvecklare, kvalitetsutvecklare samt stödpedagoger inom verksamhetsområdet.

---

<sup>1</sup> Systemstöd it för verksamhetsplanering och uppföljning



Figur 2 – Organisationskiss över Funktionsnedsättning egen regi (not. Figuren har redigerats av Azets gm borttag av namn)

I kommunen omfattas verksamhetsområdet Funktionsnedsättning egen regi av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). LSS-verksamhet (servicebostad, gruppboende och daglig verksamhet) finns i såväl extern som i egen regi och är verksamma, LOV. Lidingö stad upphandlar löpande leverantörer av ovan beskrivna verksamheter. Upphandlingen föregås av förfrågningsunderlag med ett antal ska-krav. Godkända leverantörer ingår därefter i den grupp av utförare som kund därefter kan välja bland. Förfrågningsunderlaget med tillhörande krav är lika oavsett om leverantören är i egen regi eller extern (privat), och kraven om utförd tjänst är lika höga.

Lagen innebär att den som beviljats stöd enligt LSS har möjlighet att fritt ansöka om plats/stöd hos någon av de utförare som Lidingö stad har avtal med.

Enheten Personer med funktionsnedsättning och vuxna, under individ och familjeomsorgen, ansvarar för beslut om stöd och insatser enligt LSS.

## 2 RESULTAT AV GENOMLYSNINGEN

---

### 2.1 STYRNING OCH INTERN KONTROLL

Omsorgs- och socialnämndens styrmodell utgår ifrån fyra områden; "Målstyrning", "Kvalitetsstyrning", "Värderingsstyrning" och "Resultatstyrning". Styrmodellen ska tillse att de mål som tas fram av kommunfullmäktige förverkligas. I exempelvis nämndens verksamhetsberättelse framgår att nämnden ska arbeta med förbättringsarbetet i kärnverksamheten, att bygga och utveckla verksamhetens kultur genom att utveckla hur människor i organisationen agerar och är mot varandra samt maximera nyttan genom att kontinuerligt följa upp resultat i tex brukarundersökningar, enkäter, medarbetarundersökningar. Vidare ska de nämndmål för 2025 som har bäring på fullmäktiges övergripande mål följas. Nedan mål är fastställda i verksamhetsplanen för Funktionsstöd LSS och socialpsykiatri för 2025.

- Lidingöbor inom nämndens verksamheter får rätt stöd utifrån aktuella behov
- Verksamheterna bedrivs med hög kostnadseffektivitet
- Omsorgs- och socialnämndens ekonomi är i balans
- Digitalisering i verksamheter höjer kvalitén och ökar effektiviteten
- Omsorgs- och socialförvaltningen är en attraktiv arbetsplats
- Lidingöbor erbjuds öppna mötesplatser för seniorer och inom socialpsykiatri.
- Lidingöbor inom nämndens verksamheter är trygga
- Verksamheterna arbetar för en begränsad klimatpåverkan

Av dokumentstudier bedömer vi att verksamhetsplanen har tydlig struktur med nämndmål, enhetsmål, indikatorer och aktiviteter. Verksamhetsområde Funktionsnedsättning egen regi har utformat enhetsmål med indikatorer och tillhörande aktiviteter, sammanställt dem i en verksamhetsplan för 2025 och dokumenterat i det digitala stödsystemet. Exempel på enhetsmål är att säkerställa att social dokumentation uppfyller de krav som ställs i lag och föreskrift, att kundens delaktighet är synlig i genomförandeplan, att journaldokumentation skrivs kontinuerligt, att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inte används samt att samtliga kunder ska ha en aktuell riskbedömning.

För uppföljning av mål, indikatorer och aktiviteter används Stratsys vilket ger möjlighet till spårbarhet och följsamhet. Det framkommer av intervjuer att det digitala it-stödet generellt anses välkänt och att det uteslutande ska användas för att följa förvaltningens årshjul och verksamhetsplan. Intervjuade menar att systemet upplevs skapa förutsättningar för uppföljning och är ett stöd för att arbeta likartat och med rätt saker. Dock berättas också att systemet till viss del upplevs svårjobbat, och att det inte används fullt ut för uppföljning.

Vi kan konstatera att nämndmålen plus tillhörande enhetsmål har tydlig koppling till kvalitet. Ett av nämndmålen avser att boende inom staden ska få rätt stöd utifrån aktuella behov, där

enheternas mål är att tillse att dokumentationen uppfyller lagkrav, samt att det tydligt framgår i till exempel genomförandeplan att kundens behov och delaktighet är omhändertaget<sup>2</sup>. Det framgår därtill som tillhörande aktivitet att förvaltningen ska arbeta på ett systematiskt sätt med att tillvarata synpunkter och klagomål från kunderna i syfte att öka kvaliteten i verksamheterna.

Av intervjuer framgår att arbetet med målen, och uppföljning till verksamhetsplanen av flera uppfattas som utmanande på såväl strategisk som operativ nivå. Det uppges ha funnits tillfälle att, på strategisk nivå, gå igenom nämndmål och arbeta med verksamhetsplanen i syfte att skapa förankring och göra nämndmålen kända i verksamheten. Dock menar flera av de intervjuade att arbetet med målen i huvudsak sker i ledningsgrupper och sällan i andra forum.

Av intervjuer med enhetschefer framgår att APT är det forum som i huvudsak används för att förmedla och förankra målen bland medarbetarna. I relation till "mål" och "förankring" får vi dock till oss att ett flertal respondenter påtalar att de saknar en "vi-känsla" och gemensamt mål. Flera menar att detta inte är unikt för deras specifika verksamhetsområde utan är en "allmän uppfattning" bland flertalet verksamheter inom staden (kommunorganisationen).

Sammanfattningsvis visar genomlysningen av styrning och intern kontroll att centrala dokument bidrar till en tydlig ram för styrning och ansvar, men vi ser att det finns utmaningar med förankring av verksamhetsmålen.

### 2.1.1 Nämndens internkontrollplan

Vi har tagit del av omsorgs- och socialnämndens internkontrollplan för 2025<sup>3</sup>.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt och de föreskrifter som gäller för verksamheten. Internkontrollplanen lyfter fyra prioriterade risker med högt riskvärde, hög sannolikhet och hög konsekvens. Två av dessa har bäring på kvalitet avseende funktionsnedsättning egen regi:

- Bristande följsamhet till rutin för hantering av avvikelser
- Bristande följsamhet till bestämmelserna om dokumentation

Internkontrollplanen beskriver, utöver risken, hur och när uppföljning ska ske samt vem som ansvarar för kontrollen.

I vår sammanfattande analys av intern kontroll och uppföljning kan vi konstatera att: internkontrollplanen omhändertar riskområden och att avvikelsehantering är identifierad som ett högriskområde, vilket visar medvetenhet om kritiska punkter. Vi kan också se att internkontrollplanen har tydlig koppling till nämndens mål. Vi bedömer att kvalitet varit ett prioriterat område för hela 2025. Internkontrollplanen lyfter bland annat att bristande

---

<sup>2</sup> "Den sociala dokumentationen uppfyller de krav som ställs i lag och föreskrift genom att det framgår av genomförandeplanen hur stöd och insatser är anpassade efter kunds individuella behov och önskemål. Kundens delaktighet är synlig i genomförandeplanen och kundens individuella mål finns beskrivna...//... Journalanteckningar skrivs kontinuerligt och är utformad med respekt för brukarens integritet och innehåller inte omdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär och det går att förstå vad som skrivits"

<sup>3</sup> LS 2024/2528, 2024-12-12

följsamhet till social dokumentation och brister i hantering av avvikelser som hög risk.

### **2.1.2 Systematiskt kvalitetsarbete - Del av intern kontroll**

Inom förvaltningen finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I en *Riktlinje för kvalitetsledningssystem*<sup>4</sup> beskrivs hur omsorgs- och socialnämndens verksamheter ska arbeta med systematiskt kvalitetsarbete. Riktlinjen ska ge stöd och vägledning i tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), samt tydliggöra roller och ansvar.

Vi bedömer att ledningssystemet omfattar samtliga delar som föreskrivs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:09) gällande riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål och hantering av missförhållanden samt risk för missförhållanden. Roller och ansvar i kvalitetsarbetet definieras också på strategisk nivå. Kopplat till ledningssystemet finns olika processbeskrivningar som har modellerats med ett digitalt processkartläggningsverktyg.

Lidingö stad har över tid, genom egna stickprov och egenkontroller, bland annat identifierat att rutiner i kvalitetsarbetet inte har följts, att avvikelser inte har dokumenterats eller hanterats strukturerat samt att riskanalyser för den enskilde vid uteblivna insatser inte har genomförts.

Nedan beskrivs (Azets) iakttagelser i genomlysningen relaterat till det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet.

Vi konstaterar att det bedrivs ett kvalitetsarbete, men det saknas en strukturerad och systematisk uppföljning av kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet, både löpande under året och årlig uppföljning. Enligt SOSFS (2011:9) *bör* den som bedriver verksamhet enligt LSS ”varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse där det bör framgå 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 har uppnåtts”. Även i nämndens beslutade *Riktlinje för kvalitetsledningssystem* anges att en kvalitetsberättelse ska upprättas årligen. En kvalitetsberättelse har inte upprättats inom förvaltningen. Avsaknaden av en årlig kvalitetsberättelse innebär att det saknas ett samlat underlag för att bedöma hur kvalitetsarbetet faktiskt har genomförts och vilka effekter det har haft. Det försvårar möjligheten att identifiera brister, följa upp vidtagna åtgärder och säkerställa att utvecklingsinsatser leder till förbättrad kvalitet för kunderna.

Därutöver saknas en tydlig efterfrågan på resultat i kvalitetsarbetet som bedrivs ute i verksamheten. Avsaknaden av en sådan uppföljning kan enligt vår bedömning innebära en risk att kvalitetsarbetet inte alltid upplevs som en prioriterad del av verksamhetens styrning. När uppföljningen uteblir finns en risk att drivkraften till att prioritera kvalitetsarbetet i vardagen blir lägre, vilket riskerar att leda till avsteg från fastställda riktlinjer och rutiner. Utan en strukturerad uppföljning riskerar kvalitetsarbetet att bli fragmenterat och personberoende, snarare än systematiskt och långsiktigt.

---

<sup>4</sup> Omsorgs- och socialnämnden, 2025-06-10

Mot bakgrund av de intervjuer vi genomfört uppfattar vi att det finns en otydlighet kring roller och ansvar inom verksamhetsområdet. När det inte är tydligt vem som äger vilka delar av kvalitetsprocessen kan viktiga uppgifter falla mellan stolarna och olika delar av arbetet kan bli otydligt. Det påverkar inte bara kvaliteten i det dagliga arbetet, utan kan även försvåra uppföljning, lärande och långsiktig utveckling. Tydliga roller och ansvar är därför en grundförutsättning för att kvalitetsarbetet ska vara sammanhållet, transparent och ge önskad effekt.

En grundläggande förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är att både medarbetare och chefer har den kompetens som krävs för att utföra sina uppdrag. För chefer är detta särskilt viktigt eftersom de bär det formella ansvaret för att kvaliteten i verksamheten säkerställs, följs upp och utvecklas. När medarbetare har rätt kunskap, färdigheter och förståelse för metoder, regelverk och arbets sätt i kvalitetsarbetet skapas förutsättningar för att kvaliteten i verksamheten kan upprätthållas och utvecklas.

I våra samtal framkommer bland annat att verksamhetsutvecklare och kvalitetsutvecklare haft informations- och utbildningstillfällen för chefer kopplat till kvalitetsarbetet. Dessa insatser beskrivs som värdefulla, men det uppges att effekten ofta avtar efter genomförandet. I flera samtal framförs verksamheterna i begränsad utsträckning tillgodogör sig innehållet på ett sätt som leder till förändring i det praktiska arbetet. Det framhålls således att kunskap som introducerats inte alltid omsätts i praktiken, vilket kan innebära att viktiga delar av kvalitetsarbetet inte får genomslag i verksamheten. Detta kan i sin tur bero på flera faktorer, exempelvis hög arbetsbelastning eller avsaknad av strukturer som stödjer implementering. Det finns dock enligt vår bedömning ett behov av att stärka förutsättningarna för att utbildningsinsatser relaterat till kvalitetsarbetet ska leda till tillämpning och utveckling i verksamheten.

I våra samtal framkommer att medarbetares arbetsuppgifter har ökat under de senaste åren, bland annat till följd av nya insatser, beslut och projekt som upplevts ha införts i snabb takt. Denna utveckling har begränsat möjligheterna att fullt ut fokusera på kvalitetsarbetet och skapat en upplevelse av att arbetsbelastningen är svår att hantera. Det beskrivs också att mängden nya krav och förändringar har bidragit till osäkerhet kring hur olika situationer ska hanteras, då medarbetare upplever att det finns mycket att förhålla sig till i det dagliga arbetet.

I den enkätundersökning som har skickats ut till berörda medarbetare inom verksamhetsområdet har frågor gällande tillgång till rutiner och riktlinjer i kvalitetsarbetet ingått. Av svaren framgår att majoriteten av de svarande (78 procent) upplever att aktuella rutiner och riktlinjer är lättillgängliga, medan 21 procent svarat att de endast delvis är lättillgängliga.

I våra samtal/intervjuer framkommer (i likhet med nämndens/förvaltningens egna iakttagelser) att det har funnits brister i rapporteringen och hanteringen av avvikelser i verksamheten, där det bland annat påtalas att det finns en risk för underrapportering av avvikelser.

I den enkätundersökning som har skickats ut till berörda medarbetare inom verksamhetsområdet har frågor gällande avvikelserapporter och säkerhetskulturen ingått. Av de svarande upplever 58 procent inga hinder eller svårigheter med att rapportera avvikelser. 37 procent upplever delvis

att det finns hinder eller svårigheter att rapportera avvikelser, medan 6 procent upplever att det finns eller i hög grad finns hinder eller svårigheter när det gäller att rapportera avvikelser. I de fall man svarat att det föreligger hinder att rapportera framkommer "tidsbrist" samt "skuldbeläggning" som främsta skäl.

På frågan "Hur upplever du att avvikelser hanteras på din arbetsplats?" har majoriteten av de svarande, 87 procent, svarat att de upplever att avvikelser hanteras som en möjlighet till lärande och förbättring, dock svarar 13 procent att de upplever att avvikelser hanteras som något negativt/skuldbeläggande.

I våra samtal framförs att enheterna har arbetat aktivt med att skapa förståelse för syftet med att rapportera avvikelser och att förändra uppfattningen att rapportering av avvikelser är att "rapportera en kollega". Detta lyfts också i förvaltningens delårsrapport, där det framgår att det *"när det gäller säkerhetskultur- och kvalitetsarbete har ett genomgripande arbete med avvikelshantering påbörjats med syfte att öka kunskapen kring avvikelseprocessen på olika nivåer, från rapportering till handläggning, analys och uppföljning"*. Det har framförts att chefer ofta får påminna eller ge direktiv om att rapportera avvikelser, till exempel i samband med kundfokusmöten och APT.

När det gäller enhetscheferns hantering av avvikelser framförs det i våra samtal att det har funnits otydligheter kring hur avvikelser ska hanteras. Det lyfts bland annat att det inte varit tydligt avseende vilka mallar som ska användas i systemet i samband med utredning, vilket resulterat i att utredningar inte gjorts i enlighet med rutiner.

### **Stickprov**

Inom ramen för genomlysningen har ett stickprov genomförts i form av granskning av hanteringen av 20 avvikelserrapporter enligt SoL/LSS. Vi har gjort urval utifrån sammanställning av samtliga avvikelser. Avvikelserrapporterna är inrapporterade under perioden oktober 2024 till augusti 2025. Stickprovet har genomförts 26 november 2025.

Av de 20 ärenden vi granskat saknas dokumentation i ett ärende och i tre ärenden har bedömning gjorts att rapporterna inte är avvikelserrapporter enligt SoL/LSS. Återstår således 16 rapporter.

I tabellen, Tabell 1 Analys avvikelser, framgår resultatet för de olika punkterna som kontrollerats vid stickprovet. Stickproven har genomförts enligt ett granskningsprogram där frågor har ställts till urvalet: Har avvikelserrapporten upprättats enligt rutin, framgår omedelbara åtgärder, har bakomliggande orsaker dokumenterats osv. I vänsterkolumn "Ja" framgår samtliga underlag som bedömts motsvara Ja på respektive fråga. Exempelvis framgår (vidtagna) *omedelbara åtgärder* i 16 av de 16 rapporter som går att bedöma. 4 rapporter har inte kunnat bedömas, i 13 rapporter (av 16 möjliga att bedöma) framgår *vidtagna åtgärder*. *Risk- och sannolikhetsbedömning* finns i fyra av de 16 rapporter som varit möjliga att bedöma. I nio, av de 16 som går att bedöma, finns en *färdigställd utredning*.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Har rapport upprättats enligt rutiner?	16	20
Framgår omedelbara åtgärder av dokumentationen?	16	16
Har bakomliggande orsaker dokumenterats?	9	16
Har konsekvensanalys genomförts och dokumenterats?	14	16
Finns en risk och sannolikhetsbedömning?	4	16
Finns en färdigställd utredning?	9	16
Framgår åtgärder?	13	16
Har uppföljning av åtgärder genomförts enligt plan?	8	9

Tabell 1: Analys avvikelser

Vid registeranalys av sammanställningen utav samtliga 191 registrerade avvikelser under granskad period framgår att mottagningstiden för dessa varierar mellan noll och 122 dagar med en genomsnittlig mottagningstid på nio dagar.

Av vårt stickprov framgår att åtta av de nio genomförda avvikelseutredningar har färdigställts inom två månader. I alla de sju avvikelserrapporterna som saknar en färdigställd utredning har det vid tidpunkt för stickprov gått mer mellan 107 och 396 dagar (med ett genomsnitt på 311 dagar).

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 samt att dessa inte har slutförts inom en viss tidsfrist. Vid vår granskning kan vi dock inte i de fall utredningar inte slutförts inom två månader se att det finns andra anledningar dokumenterade än organisatoriska sådana.

Vad gäller innehållet i utredningarna är vår bedömning att arbetet med risk och sannolikhetsbedömning behöver stärkas då denna del saknas i flertalet av de ärenden som har en färdigställd utredning, i övrigt bedömer vi att utredningarna följer de rutiner som finns. Däremot är den mest framträdande utmaningen i arbetet med avvikelser att tillse skyndsamt hantering av dessa.

Vi bedömer, utifrån vår erfarenhet av granskningar i liknande verksamheter, att antalet avvikelser är lågt i förhållande till verksamhetens uppdrag och komplexitet. Detta kan tyda på bristande rapportering.

Vi får till oss att det under hösten 2025 har påbörjats ett arbete med att tydliggöra hanteringen av avvikelser. En ny utredningsmall har tagits fram och en utbildning avseende utredning av

avvikelser och missförhållanden/risk för missförhållanden genomfördes för chefer under slutet av år 2025.

### 2.1.3 Synpunkter och klagomål

I den enkät som genomförts framkommer att en klar majoritet, 48 procent av respondenterna menar att det är tydligt hur man ska ta emot och dokumentera synpunkter från kunder/brukare eller anhöriga. 37 procent instämmer i hög grad med påståendet. 13 procent instämmer delvis och 1 procent instämmer inte alls. Nära hälften, 49 procent menar att synpunkter från kunder/brukare eller anhöriga leder till förbättringar i verksamheten, 27 procent instämmer delvis i påståendet och 1 procent instämmer inte alls i detta. Den bild som förmedlas i enkäten nyanseras något i de intervjuer vi genomfört: Tjänstepersoner i ledande ställning, och enhetschefer samt biträdande chefer, uppger att hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål *är* och *har varit* en känd brist.

Vi har i enkäten inte efterfrågat på vilket sätt avvikelser, synpunkter etc. dokumenteras av utförare, men dessa ärenden ska, enligt riktlinjer för kvalitetsledningssystemet, registreras i verksamhetssystemets Lifecares avvikelsem modul. Vi får dock till oss att synpunkter och/eller klagomål inte omhändertas, eller registreras korrekt i e-tjänsten eller modulen. Flera respondenter menar att det saknas ett strukturerat omhändertagande via e-tjänst, och att upplevelsen är att återkoppling på ärenden inte sällan uteblir. Vi (Azets) har däremot *inte* granskat e-tjänsten och kan därför inte uttala oss om hur tjänsten fungerar i praktiken.

### 2.1.4 Nämndens uppföljning

Vid delåret<sup>5</sup> redovisas att nämndens måluppfyllelse generellt bedöms som *god* avseende nämndmålen. Dock framhålls att kvaliteten i verksamheterna ska öka, bland annat mot bakgrund av analys av resultat från brukarundersökningar: I de brukarundersökningar som vi tagit del av (2023 resp. 2024) framkommer t.ex. vid jämförelse med Riket att Lidingö stad (funktionshinderområdet) har sämre utfall avseende kvalitetsområdena *självbestämmande* resp. *trygghet*.

Nämnden har, i enlighet med internkontrollplan för 2025, genomfört en granskning av kvalitet och konstaterat att verksamhetsområdet har flera brister kopplat till avvikelshantering. Det har bland annat framkommit att alla avvikelser inte rapporteras i systemet enligt rutin samt att verksamheten har få inkomna klagomål och synpunkter.

Vi konstaterar att nämndens egen uppföljning är i linje med de iakttagelser vi funnit i genomlysning: att arbetet med hantering och utredning av avvikelser behöver förbättras.

I Socialstyrelsens Samlat stöd för patientsäkerhet lyfts såväl systematisk avvikelshantering som klagomålshantering som ett centralt verktyg att löpande identifiera brister. Socialstyrelsen lyfter att hälso- och sjukvård/vård- och omsorg, i verksamhetsutvecklingssyfte, regelbundet kan efterfråga synpunkter från patienter och anhöriga.

Vi bedömer, mot bakgrund av nämndens egna iakttagelser om avvikelser och synpunkter, att

---

<sup>5</sup> OSN, Delårsrapport per 2025-08-31

patientens/brukarens perspektiv och delaktighet kan förbättras eller utökas.

Av nämndens uppföljning av ekonomi framgår att nämnden som helhet, samt LSS, prognostiserar ett överskott för 2025. Vi ser att det finns utmaningar med mål- och kvalitetsstyrningen i förhållande till användning av ekonomiska resurser. Vi kan konstatera att nämnden prognostiserar ett överskott inom LSS-verksamheten, och att nämndens resultatstyrning är i balans. Vi bedömer att det är positivt att resultatet indikerar en god kostnadskontroll och budget i balans. Vi bedömer dock att det finns risk att det saknas en tydlig koppling mellan utfall av ekonomi respektive måluppfyllelse av mätbara kvalitetsresultat i verksamheten.

## 2.2 LEDARSKAP OCH SAMARBETE

### 2.2.1 Förutsättningar för ett närvarande ledarskap

Det finns flera olika komponenter som bidrar ett närvarande ledarskap. Det handlar dels om organisatoriska förutsättningar, såsom ett rimligt uppdrag, tydliga mandat och tillgång till stödresurser, dels om arbetssätt som skapar utrymme för dialog och kontinuerlig uppföljning. När ledare har möjlighet att vara nära verksamheten, följa det dagliga arbetet och föra regelbundna samtal med medarbetare stärks både relationer och förmågan att tidigt fånga upp behov, risker och utvecklingsområden. Vi menar, utifrån vår erfarenhet från tidigare granskningar samt andra studier/genomlysningar på området<sup>6</sup>, att utmaningar med exempelvis stora arbetsgrupper, resursbrist eller brister i arbetsmiljö kan medföra negativa konsekvenser för verksamhetens resultat.

Under våren 2025 genomfördes en arbetsmiljökartläggning inom verksamhetsområdet. Kartläggningen visade på tydliga skillnader i upplevelsen av ledarskapet på verksamhetsområdesnivå, där enhetschefer uttryckte en mer kritisk bild medan olika stödfunktioner i verksamhetsområdet beskrev ledarskapet mer positivt.

Vi får till oss i intervju att upplevelsen av ledarskap (på förvaltningsövergripande nivå och inom verksamhetsområdet) förbättrats över 2025 och att tidigare identifierade otydligheter har åtgärdats eller åtgärdats till viss del.

Vi ser dock en risk i att stora enheter kan motverka det nära ledarskapet. Det är enhetschefer och biträdande enhetschefer inom verksamhetsområdet som leder verksamheterna på enhetsnivå. Totalt finns fem enhetschefer inom området (LSS). Antalet medarbetare som respektive chef ansvarar för varierar mellan 40 st. upp till 73 st.

Nedan listas antalet medarbetare per chef, antalet biträdande enhetschefer samt eventuell administrativ samordnare. Not. Listan avser enheter exklusive hälsomottagningen.

**Enhet 1:** 73 personal (inklusive två biträdande enhetschefer och en administrativ samordnare)

---

<sup>6</sup> Se t.ex. Rapport 2021:3, Läget för ledarna, Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg, Vård- och omsorgsanalys; Leda lagom många, en kunskapsammansättning om betydelsen av antalet medarbetare per chef, Institutet för stressmedicin/Västra Götalandsregionen, 2023

**Enhet 2:** 67 personal (inklusive två biträdande enhetschefer och en administrativ samordnare)

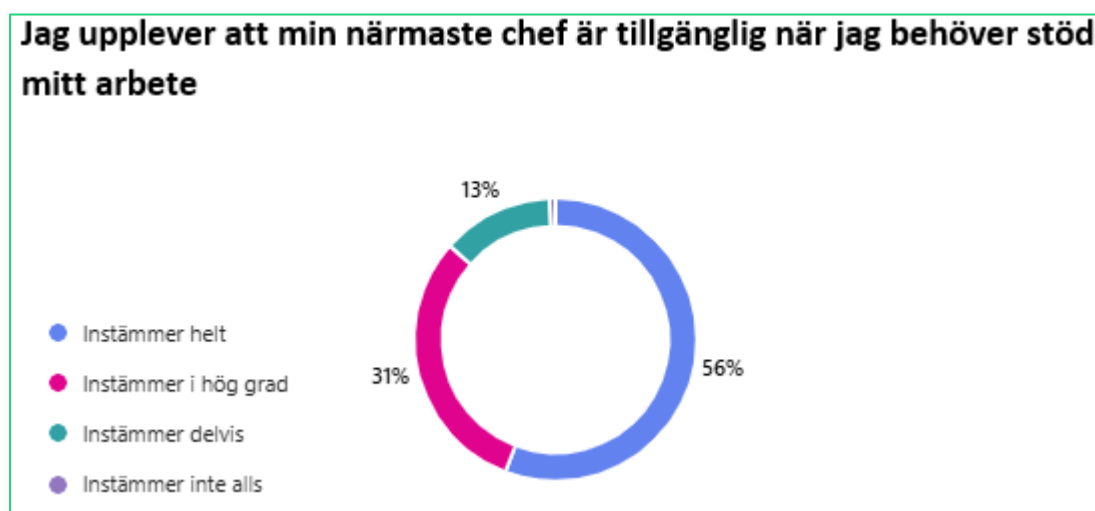
**Enhet 3:** 46 personal (inklusive en biträdande enhetschef)

**Enhet 4:** 40 personal (inklusive en biträdande enhetschef)

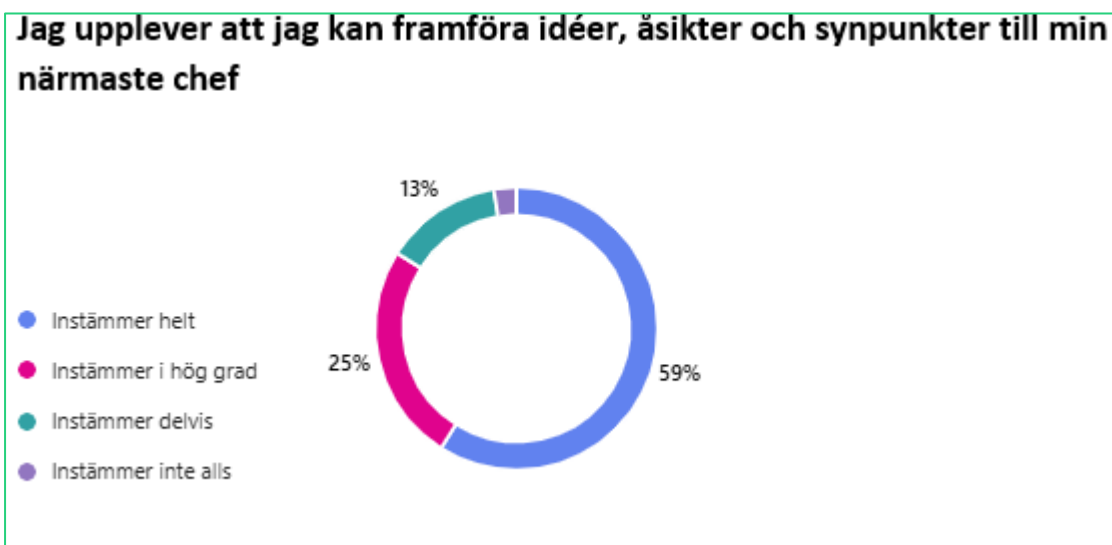
Som kan utläsas av sammanställningen ovan har respektive enhetschef en biträdande enhetschef och två av fyra enheter har även en administrativ samordnare. Biträdande enhetschef arbetar nära enhetschef och fyller enligt intervjuade en viktig funktion i att avlasta enhetscheferna, särskilt i frågor som rör administration och det dagliga operativa arbetet. Ansvarsfördelningen mellan enhetschefer och biträdande enhetschefer varierar mellan de olika enheterna, men enhetschef beskrivs ha det yttersta ansvaret för ekonomi, medarbetare och arbetsmiljö i verksamheten. Detta är en struktur som av cheferna uppfattas som positiv och nödvändig för att verksamheten ska fungera effektivt.

Trots de stödresurser som finns framkommer det i samtal att arbetsbelastningen periodvis upplevs som hög. Den stora mängden medarbetare, kombinerat med ett brett och komplext uppdrag, gör det utmanande att hinna med alla delar som ingår i chefsrollen. En hög arbetsbelastning hos chefer kan enligt vår bedömning innebära risker för kvaliteten i flera delar av uppdraget. Särskilt kan möjligheten att vara närvarande i verksamheten påverkas och öka risken för att chefer inte kan ge medarbetare det stöd och den återkoppling som krävs för att skapa trygghet och stabilitet. När det nära ledarskapet undermineras kan det i förlängningen påverka både arbetsmiljö, personalomsättning och kvaliteten i insatserna för kunderna.

I den enkätundersökning som har skickats ut till berörda medarbetare inom verksamhetsområdet ställs frågor om medarbetares upplevelse av det nära ledarskapet. Vi kan konstatera att det av svaren skildras en positiv upplevelse gällande ledarskapet. På majoriteten av frågorna har de svarande svarat positivt avseende sin närmaste chef, exempelvis vad avser chefens tillgänglighet och möjligheten att framföra synpunkter och åsikter, vilket framgår av diagrammen nedan:



Figur 3 –. Figur skapad av rapportförfattarna. Av diagrammet framgår att en klar majoritet av medarbetarna upplever att deras närmsta chef är tillgänglig när de behöver stöd.



Figur 4 – Figur skapad av rapportförfattarna. Av diagrammet framgår att en klar majoritet av medarbetarna upplever att de kan framföra idéer och synpunkter till sin närmsta chef.

Bland enkätsvaren (frisvar) poängteras att merparten av medarbetarna upplever att närmaste chef är biträdande enhetschef. I sammanhanget lyfts en utmaning kopplad till att biträdande enhetschefer saknar fullt beslutsmandat, vilket i vissa situationer kan försvåra ett snabbt och effektivt agerande när operativa frågor, verksamhetsnära frågor eller övergripande arbetsmiljöproblem behöver hanteras. Av enkätsvaren framgår att det bedöms finnas risk att detta skapar otydligheter kring ansvarsfördelning och påverkar arbetsmiljön negativt. Det uttrycks även att enhetschefen inte alltid är närvarande i verksamheten och därmed inte har full insyn i det dagliga arbetet. Avståndet mellan chef och verksamhet upplevs av några av de svarande som en begränsning för ett nära och stödjande ledarskap.

Bland enkätsvaren framgår även att det under de senaste åren finns en upplevelse av att arbetsplatsen är toppstyrd och att medarbetare inte alltid blir lyssnade på. Det framkommer att denna upplevelse av minskat inflytande har påverkat engagemang, motivation och arbetsmiljö över tid. I de intervjuer som vi genomfört framkommer en likartad bild. Det nämns exempelvis att chefer, på olika nivåer inom verksamhetsområdet, har olika uppfattning om vilken avgränsning som finns mellan enhetschef respektive biträdande enhetschef.

I relation till det systematiska kvalitetsarbetet som vi redovisat tidigare har det i genomlysningen framkommit att arbetsbelastningen hos chefer periodvis upplevs som hög. En hög arbetsbelastning hos chefer kan innebära risker för det systematiska kvalitetsarbetet (och den interna kontrollen), då det finns risk för att olika delar i kvalitetsarbetet inte kan prioriteras fullt ut eller genomföras i den omfattning som krävs. När tiden inte räcker till riskerar viktiga moment, såsom uppföljning, analys och utvecklingsarbete, att skjutas upp eller falla bort, vilket på sikt kan påverka både verksamhetens kvalitet och regelefterlevnad.

### 2.2.2 Samarbete inom verksamhetsområdet

Ett välfungerande samarbete är en grundförutsättning för att verksamheten ska kunna erbjuda hög kvalitet, trygghet och kontinuitet för kunderna. Samarbete handlar inte enbart om att olika

funktioner ska kommunicera med varandra, utan om att skapa strukturer, arbetssätt och relationer som gör det möjligt att arbeta mot gemensamma mål. För att detta ska fungera krävs både organisatoriska och kulturella förutsättningar, bland annat tydliga roller och mandat samt fungerande kommunikationsvägar.

Av intervjuer framkommer en samlad bild av att roller och ansvar inom verksamhetsområdet under en längre period har upplevts som otydliga. Detta avser både ansvar och mandat, men också gränsdragningarna mellan olika roller. Denna otydlighet har i sin tur lett till att olika professioner har utvecklat förväntningar på varandra som inte alltid motsvaras av det faktiska uppdraget eller mandatet. Vi får till oss i intervjuer att, i det fall förväntningar inte infrias, uppstår frustration, missförstånd och även konflikter mellan olika yrkesgrupper. I vissa fall har detta påverkat samarbetet negativt och skapat en arbetsmiljö där det blir svårt att arbeta effektivt mot gemensamma mål.

Genomlysningen visar att det finns områden som kan utvecklas vidare. Det framgår bland annat att det saknas tillit och förtroende mellan roller inom verksamhetsområdet mot bakgrund av tidigare utmaningar som funnits i organisationen. Detta har påverkat samarbetet negativt och har bidragit till att både beslut och arbetssätt ifrågasätts. Konsekvensen har bland annat blivit att missförstånd har uppstått, vilket påverkat både kvaliteten i arbetet och arbetsmiljön. När roller och funktioner inte upplever att de kan lita på varandras kompetens, intentioner eller beslut minskar förutsättningarna för ett effektivt samarbete.

### **2.2.3 Stödpedagoger och kvalitetsutvecklare**

En tydlig förståelse för olika roller i en organisation är en grundläggande förutsättning för att arbetet ska fungera effektivt och samordnat. I verksamheter där flera professioner samverkar är denna tydlighet särskilt viktig för att säkerställa kvalitet och ett gemensamt fokus på verksamhetens mål.

Sedan år 2022 ingår stödpedagoger som en stödfunktion i verksamheten. I mål- och ansvarsbeskrivning för stödpedagoger<sup>7</sup> från år 2021 framgår att stödpedagogernas huvudansvar är att "handleda medarbetare i det pedagogiska arbetet med målet att kunderna erhåller stöd, vård och omsorg av god kvalitet". Arbetsuppgifter som beskrivs ingå i uppdraget är handledning av och stöd till medarbetare, exempelvis i pedagogiska lösningar vid utmaningar i det individnära arbetet, olika typer av AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation) och upprättande samt användning av social dokumentation och genomförandeplaner. I intervjuer påpekas dock att uppdraget har förändrats och utvecklats under åren utifrån behov i verksamheten. Vi har dock inte erhållit någon uppdaterad dokumenterad arbetsbeskrivning som beskriver på vilket sätt som rollen har utvecklats/ändrats.

När det gäller rollen kvalitetsutvecklare saknas en uppdragsbeskrivning som beskriver rollens funktion och ansvar. I *Riktlinje för kvalitetsledningssystem* beskrivs att kvalitetsutvecklare har en förvaltningsövergripande samordnande roll med ansvar för att driva och samordna det övergripande arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem. Funktionen har enligt riktlinjen

---

<sup>7</sup> Mål- och ansvarsbeskrivning för stödpedagog inom omsorgs- och socialförvaltningens funktionsnedsättningsområde

bland annat ett ansvar för att genomföra den årliga genomgången av förvaltningsledningens checklista för kvalitetsledningssystemet, ta fram och uppdatera en plan för utveckling och förvaltning av kvalitetsledningssystemet samt samordna arbetet med att årligen upprätta nämndens kvalitetsplan och kvalitetsberättelse. I våra samtal är det dock tydligt att kvalitetsutvecklare har haft andra arbetsuppgifter, bland annat utifrån en mer pedagogisk inriktning. Kvalitetsutvecklaren har också kvalitetssäkrat stödpedagogernas arbete och arbetat med samverkan mellan myndighets- och utförarsidan inom verksamhetsområdet.

Nedan beskrivs iakttagelser som gjorts i genomlysningen relaterat till förståelsen för rollerna stödpedagoger och kvalitetsutvecklare:

I intervjuer beskrivs att samarbetet mellan enhetschefer/medarbetare och stödjande funktioner (stödpedagoger, kvalitetsutvecklare, verksamhetsutvecklare) förändrades i början av år 2025. Det berättas att utmaningar med samarbete, vilka tidigare upplevts som hanterbara, nu förstärkts och skapat distans på olika nivåer inom verksamhetsområdet. I sammanhanget lyfts att tidigare ledarskap i verksamhetsområdet bidragit till utmaningarna och att det saknats en tydlig hantering av de problemområden som påtalades.

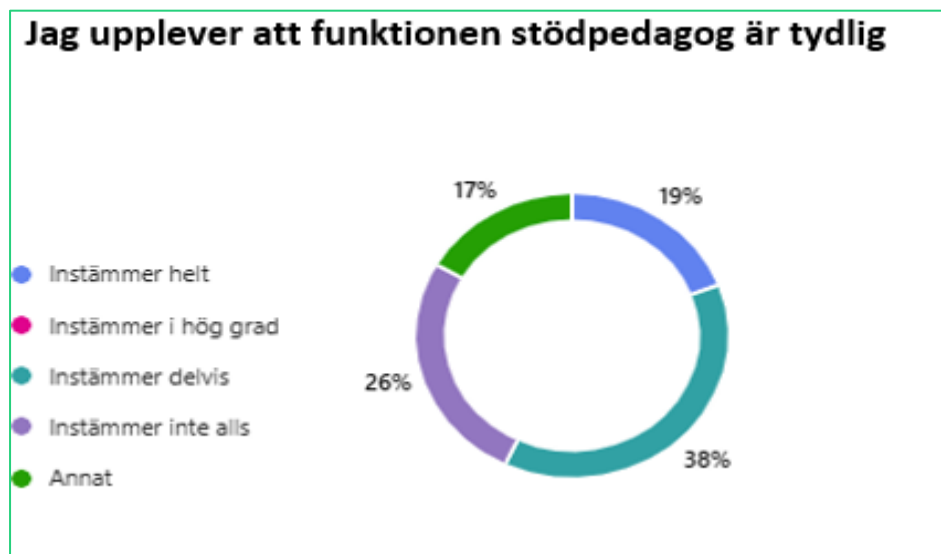
Enhetschefer lyfter att det under en längre tid, redan innan 2025, funnits brister i det interna samarbetet. Som exempel nämns svårigheter i dialogen med berörda roller och utmaningar i att få gehör för behov och synpunkter. I arbetsmiljökartläggningen som genomfördes under våren 2025 påpekades att enhetschefer upplevde att deras mandat var otydligt i relation till stödpedagoger och kvalitetsutvecklare i verksamhetsområdet. Detta beskrivs dock ha förtydligats sedan tillförordnad verksamhetsområdeschef tillträdde efter sommaren.

Stödpedagoger beskriver att arbetsklimatet förändrades i början av 2025, bland annat genom förändrade attityder i verksamheten vilket försvårade genomförandet av deras uppdrag. Det framförs även att det förekommit brister i bemötandet från flera delar av verksamhetsområdet. Sammantaget uppges detta ha påverkat arbetsmiljön negativt och medfört att stödpedagogernas möjligheter att fullfölja sitt uppdrag har begränsats.

Det finns en upplevelse hos chefer i verksamheten att både stödpedagogers och kvalitetsutvecklars uppdrag och mandat har varit otydligt. De framför att det initialt fanns en förväntan om att stödpedagoger skulle vara ute i verksamheterna och erbjuda verksamhetsnära stöd, men *hur* stödet skulle se ut var dock inte helt tydligt. Det uttrycks även att det funnits en förväntan om ett mer kundnära arbete från stödpedagogernas sida, vilket inte fullt ut har motsvarats i praktiken. När det gäller kvalitetsutvecklarens uppdrag uppges det ha varit oklart kring vilket stöd verksamheten kunnat förvänta sig från funktionen. Som tidigare nämnts saknas också en tydlig uppdragsbeskrivning för funktionen, vilket ytterligare har bidragit till otydlighet kring rollens ansvar och mandat.

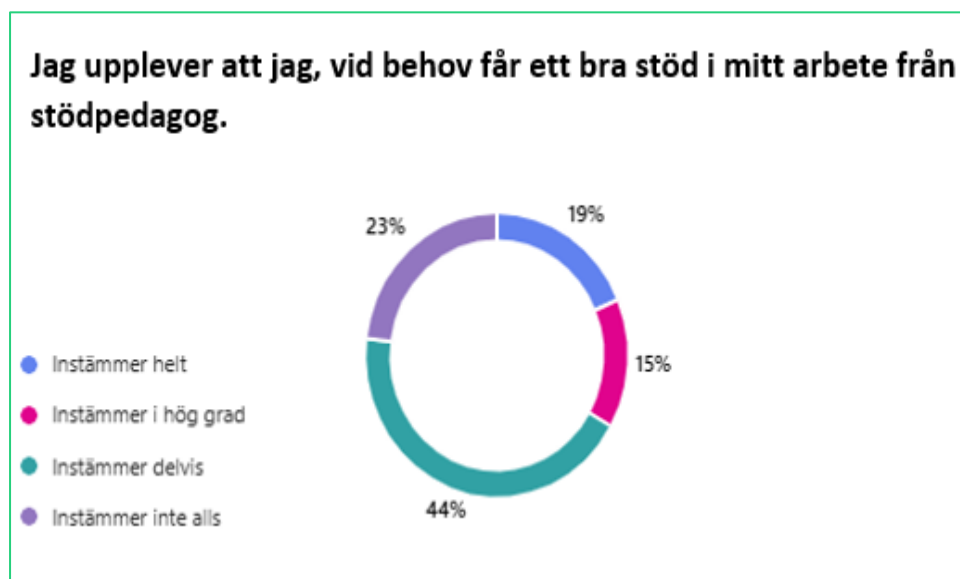
Både kvalitetsutvecklare och stödpedagoger uppger att deras uppdrag och ansvar i grunden har varit tydliga. Samtidigt framkommer i våra samtal att uppdragen har förändrats under de senaste åren. För kvalitetsutvecklarens del lyfts särskilt att nya arbetsuppgifter har tillkommit, vilka i vissa fall upplevts ligga nära chefsansvar, vilket kan ha bidragit till otydlighet kring rollens faktiska mandat.

I den enkätundersökning som har skickats ut till berörda medarbetare inom verksamhetsområdet har frågor gällande stöd från stödpedagoger ingått. Uppfattningen om huruvida stödpedagogernas funktion och roll är tydlig varierar, vilket framgår av diagrammet nedan.



Figur 5 – Enkät, figur skapad av rapportförfattarna.

Därtill upplever majoriteten av de svarande att de inte har fått ett bra stöd ifrån stödpedagoger vid behov. 34 procent upplever dock att de har eller i hög grad har fått bra stöd, vilket framgår av diagrammet nedan.



Figur 6 – Enkät, figur skapad av rapportförfattarna

Bland fritextsvaren i enkäten lyfts olika utmaningar som funnits mellan medarbetare och stödpedagoger. Sammanfattningsvis upplever flera av de svarande att:

- Stödpedagogernas roll upplevs som otydlig och utan ett tydligt syfte i verksamheten
- Beslut och arbetssätt upplevs som styrda uppifrån och inte grundade i kundens behov eller professionens bedömningar

- Återkoppling efter genomförda insatser från stödpedagoger upplevs saknas

Vi får till oss genom intervju att det finns en upplevelse av att stödjande funktioners insatser, handledning och stöd inte har förvaltats på ett ändamålsenligt sätt i verksamheten efter ett avslutat uppdrag. Bland enkätsvaren framkommer exempelvis en upplevelse av att verksamheten inte har varit delaktig i olika processer och beslut som påverkat verksamheten. Som exempel nämns flertalet gånger införandet av det digitala verksamhetsstödet Boet. Detta framkommer även i våra samtal med chefer i verksamheten som uppger att det har varit svårt för chefer att förankra nya arbetssätt och processer då de inte varit delaktiga i olika beslut. Samtidigt är det viktigt att notera att andra funktioner i verksamhetsområdet beskriver en annan bild, där det framhålls att chefer har inkluderats i olika delar av dessa processer.

Enligt uppgift har kommunikationen mellan enhetschefer och stödpedagoger i första hand skett genom att enhetschefer givit uppdrag till stödpedagogerna genom att lägga in ärenden i ett digitalt ärendehanteringssystem. Ärendenas art har kunnat vara behov av pedagogiskt stöd ute i verksamheten så som bildstöd, kommunikation, positivt beteendestöd (PBS) eller observation. Inkomna ärenden har sedan fördelats ut till stödpedagoger av kvalitetsutvecklaren. I flera av våra samtal beskrivs att chefer och medarbetare upplevt tillvägagångssättet som oflexibelt eller ”fyrkantigt”, då medarbetare med frågor eller behov av stöd inte alltid haft möjlighet att ta direkt kontakt med stödpedagogerna. Detta beskrivs även ha bidragit till utmaningar i kommunikation och relation mellan medarbetare och stödpedagoger.

## 2.3 SAMVERKAN MELLAN UTFÖRARE OCH MYNDIGHET

### 2.3.1 Myndighet

Omsorgs- och socialnämnden ansvarar för att individer i behov av särskilt stöd och service ska, utifrån utredning om vilket behov som föreligger, erbjudas insatser enligt LSS. Myndighet, Enheten för funktionsnedsättning och vuxna inom Individ- och familjeomsorgen, ansvarar för biståndsbedömning. Den enskilde kan, som tidigare beskrivits, därefter själv välja vilken utförare hen önskar anlita.

Styrdokument för handläggning av biståndsbedömning, utöver tillämpliga lagar och föreskrifter, utgörs av riktlinje Handläggning av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta (LSS) i Lidingö stad<sup>8</sup>. Riktlinjen omfattar ändamålsenliga områden, med bäring på kvalitetsledningssystemet, och avser ett stöd för rättssäker myndighetsutövning: utreda och fatta beslut avseende insatser enligt LSS. Riktlinjen är reviderad i juni 2025 i syfte att möta kraven i den nya socialtjänstlagen (SoL 2025:400).

I riktlinjen framgår att verksamheten, i enlighet med nämndens övergripande kvalitetsledningssystem, ska vara av god kvalitet och systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Som led i detta avses bland annat verksamhetsförbättringar genom hantering av synpunkter och klagomål samt avvikelshantering eller utredning av missförhållanden enligt Lex Sarah.

---

<sup>8</sup> LS 2025/1104

Riktlinjen fastslår vidare att utföraren ska upprätta en genomförandeplan för hur en beslutad insats ska genomföras. Planen ska utformas med hänsyn till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Vidare beskrivs att genomförandeplanen ska skapa en tydlig struktur för genomförandet samt struktur för uppföljning av beslutad insats och tydligt beskriva vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. Av riktlinjen framgår att genomförandeplanen ska följas upp minst en gång per år och revideras vid behov.

### **2.3.2 Utförare**

I enlighet med LOV ska utförare, oavsett driftsform, vara verksamma enligt samma villkor och förutsättningar. De krav som stipuleras i förfrågningsunderlaget ska vara jämlika för såväl egenregi som externa leverantörer, och den ersättning som utgår ska vara densamma.

### **2.3.3 Samverkan**

Myndighet har generellt beröringspunkter med ett flertal aktörer, såväl interna såväl som externa, avseende samverkan. I kvalitetsledningssystemet framgår att samverkan ska bedrivas inom omsorgs- och socialförvaltningen men också med externa aktörer så som andra vårdgivare, myndigheter och organisationer. Samverkan kan exempelvis beröra enskilda individer/kunder i syfte att skapa goda förutsättningar för den enskildes behov, eller på en övergripande nivå. Myndighet har exempelvis regelbunden samverkan med den lokala intresseorganisationen FUB.

I ett flertal intervjuer som vi genomfört har vi fått till oss att det finns utmaningar i hur myndighet och utförare egen regi uppfattar uppdraget. Vi får bland annat till oss att flera respondenter uppfattar att det är mer tydligt vilka krav som tillskrivs externa utförare, och att avtalsuppföljning och kravställan anses enklare i förhållande till de externa utförarna. Detta trots att samma krav ska omfatta stadens egna utförare. Vi får till oss att orsakerna till detta anses flera: det anses bland annat varit otydligt, ända sedan LOV infördes, vilka gränssnitt som ska tillämpas mellan myndighet och utförare i egen regi. Det uppfattas som svårare att genomföra uppföljningar samt rikta anmärkning mot egen regi jämfört med externa utförare. Det uppges därtill finnas utmaningar, inom myndighet, med personalomsättning samt kort- och långtidsfrånvaro. Detta uppges ha påverkat kontinuiteten i såväl beslutsfattande som handläggning och uppföljning.

Vi får till oss att det finns utmaningar i kommunikation och förtroende mellan myndighet och utförare, även om vi inte kan verifiera denna uppgift på annat sätt än genom de intervjusvar som förmedlats. Utmaningar i kommunikation uppges bland annat bero på att det uppges saknas systematik för informationsöverföring och formella återkommande samverkansforum. Vissa respondenter menar att samverkan i stort fungerar bra, medan andra nämner att det finns avsaknad av tillit och förtroende mellan de olika verksamheterna vilket medfört ett försvårat samarbete. Ett exempel som lyfts, är utmaningen med att samverka i individärenden avseende genomförandeplaner, vilket vissa menar inte fungerat tillfredsställande. Det lyfts att det bland annat det varit/är svårt att följa upp genomförandeplaner, och/eller ta del av dem. Vi uppfattar att det saknas formella samverkansforum eller systematisk informationsöverföring (till exempel möjlighet att samverka kring/ta del av genomförandeplaner). Vi bedömer att avsaknad av systematisk kommunikation kan ha bidragit till de utmaning om lågt förtroende som nämns i intervjuer.

I de enkätsvar som vi erhållit, framkommer dock att en klar majoritet, 67 procent av medarbetarna uppfattar att man arbetar aktivt för att varje kund/brukare ska ges ett så stor inflytande som möjligt i sin vardag. Nästan lika stor andel, 64 procent menar att hen arbetar aktivt för att kundens/brukarens genomförandeplan ska vara ett stöd för det dagliga arbetet.

I intervju nämns även uppföljning av avvikelser som ett område som kan förbättras. Vi får till oss att det är utmanande med avvikelser och klagomål/synpunkter som sker i gränssnittet mellan myndighet och utförare- där det, oavsett var ärendet uppstått, är av vikt att den utreds skyndsamt och i samverkan.

För såväl myndighet som utförare, finns skyldighet att ta hand om synpunkter och klagomål från kunder, anhöriga och allmänhet. Det uppges ha varit utmanande att på ett systematiskt sätt omhänderta de avvikelser, synpunkter och klagomål som uppstått i gränssnittet mellan myndighet och utförare.

Vi bedömer att det, i likhet med andra nivåer inom verksamhetsområdet, saknas tydliga gränssnitt och roller och ansvar. Vi bedömer att uppföljningen av utförare i egen regi kan stärkas.

Vi bedömer att otydlighet i roller, ansvar samt brister i uppföljning kan medföra att resultatet av det systematiska kvalitetsarbetet får sämre effekt. Vi ser dock att det kan finnas underliggande utmaningar med kommunikation och informationsöverföring som kan behöva hanteras innan ett framgångsrikt förändringsarbete kan få genomslag.

### 3 SLUTSATS OCH SAMMANFATTANDE BEDÖMNING

---

Vi bedömer att genomlysningen visar att verksamhetsområdet har flera strukturella och organisatoriska utmaningar som påverkar både effektivitet och kvalitet. Det finns ett tydligt behov av att förtydliga roller, uppdrag och ansvar för att skapa en gemensam förståelse och minska risken för otydlighet i processer och beslutsvägar.

Vi konstaterar att ett nära och närvarande ledarskap, på olika nivåer inom verksamhetsområdet, är avgörande för att skapa trygghet, stöd och riktning i det dagliga arbetet. Analysen visar också att kommunikation, dialog och informationsöverföring behöver förbättras.

Genomlysningen har även visat på brister i uppföljning. Vi menar att det är av särskild vikt att systematiskt granska efterlevnaden av rutiner, analysera och utreda avvikelser, omhänderta synpunkter och klagomål samt analysera resultat från egenkontroller. Vi kan konstatera att antalet avvikelser samt synpunkter och klagomål är lågt i förhållande till andra verksamheter med liknande uppdrag och komplexitet. Vi menar att verksamheter inom vård- och omsorg bör sträva efter ett större antal inrapporterade avvikelser och klagomål för att säkerställa medarbetares och kunder/anhörigas delaktighet i det systematiska kvalitetsförbättringsarbetet.

Vi ser att det saknats ett systematiskt arbetsätt för att säkerställa att rutiner mm följs i praktiken. Vi bedömer vidare att det är en brist att förvaltningen inte upprättat en kvalitetsberättelse, även om detta inte är ett krav enligt lag. Vi bedömer därtill att kundens/brukarens och/eller närståendes delaktighet kan stärkas i verksamhetstutvecklings syfte.

Vi menar avslutningsvis att en framgångsrik följsamhet till systematiskt kvalitetsarbete, och däri ingående centrala områden, är en tålmodig process som bygger på samverkan, förtroende och samstämmighet. Det systematiska kvalitetsarbetet bör vara ett verktyg för att nå en mer sammanhållen, effektiv och kvalitativ verksamhet.

## 4 BILAGA

---

### 4.1.1 BILAGA 1 IAKTTAGELSER UTIFRÅN RAMVERK

#### Säker vård och omsorg

- Strukturella och organisatoriska utmaningar som påverkar effektivitet och kvalitet
- Kommunikation, dialog och informationsöverföring behöver stärkas.
- Uppföljning brister: rutiner följs inte systematiskt upp, avvikelser analyseras inte tillräckligt och klagomål hanteras inte strukturerat.
- Antalet avvikelser och klagomål är lågt jämfört med liknande verksamheter, vilket *kan* tyda på bristande rapportering.
- Kundens/brukares och närståendes delaktighet i utvecklingsarbete kan stärkas.

#### Ledarskap

- Strukturella och organisatoriska utmaningar som påverkar effektivitet och kvalitet
- Roller, uppdrag och ansvar behöver förtydligas för att skapa gemensam förståelse och tydligare beslutsvägar.
- Förutsättningar för ledarskap kan stärkas
- Kommunikation, dialog och informationsöverföring behöver stärkas.
- Kundens/brukares och närståendes delaktighet i utvecklingsarbete kan stärkas.

## Helhetssyn och samordning

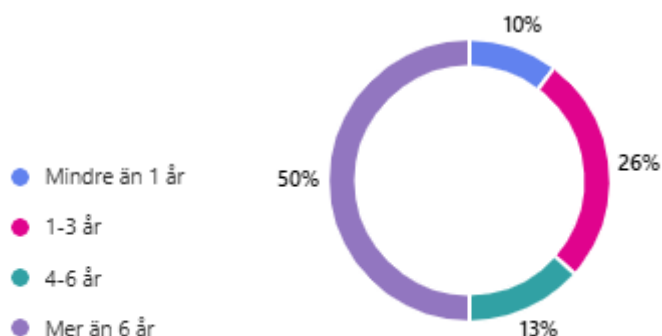
- Strukturella och organisatoriska utmaningar som påverkar effektivitet och kvalitet
- Roller, uppdrag och ansvar behöver förtydligas för att skapa gemensam förståelse och tydligare beslutsvägar.
- Förutsättningar för ledarskap kan stärkas
- Kommunikation, dialog och informationsöverföring behöver stärkas.
- Uppföljning brister: avvikelser analyseras inte tillräckligt och klagomål hanteras inte strukturerat.
- Avsaknaden av kvalitetsberättelse är en brist, även om det inte är ett lagkrav.
- Kundens/brukares och närståendes delaktighet i utvecklingsarbete kan stärkas.

#### 4.1.2 BILAGA 2 FRÅGESTÄLLNINGAR FRAMTAGNA AV BESTÄLLAREN

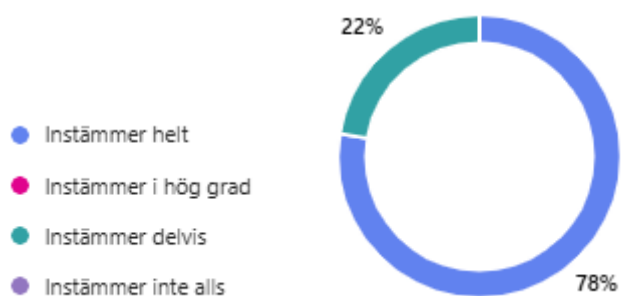
- **Finns förutsättningar för ett tydligt och närvarande ledarskap inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning egen regi?**
  - Finns en ändamålsenlig styrning och ledning av verksamhet på olika nivåer inom verksamhetsområdet, egen regi?
- **Hur ser förståelsen ut för insatsen med stödpedagogerna och kvalitetsutvecklare?**
  - Hur kan vi förankra arbetet med stödpedagogerna och kvalitetsutvecklare så att vi får ut den effekt som önskas?
  - Finns behov av att förtydliga och utveckla rollerna?
- **Varför får vi inte till följsamhet fullt ut i hur vi arbetar i enlighet med vårt systematiska kvalitetsarbete?**
  - Vilka konkreta åtgärder behöver vidtas?
- **Vilka förutsättningar behövs för att samarbetet inom egen regi funktionsnedsättning ska fungera bättre?**
  - Vilka konkreta åtgärder behöver vidtas?
- **Hur kan vi konkret vidareutveckla vår samverkan mellan myndighet och utförare?**
  - Hur kan samverkan på olika nivåer inom verksamhetsområde funktionsnedsättning stärkas? Vad behöver vi för redskap för detta?
- **Vilka ytterligare åtgärder/insatser behövs av cheferna inom egen regi för att säkerställa en god och säker omsorg?**

### 4.1.3 BILAGA 3 ENKÄTSVAR

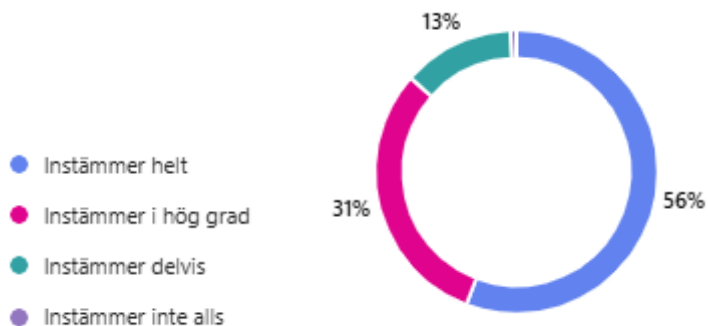
#### 1. Hur länge har du arbetet på din nuvarande arbetsplats?



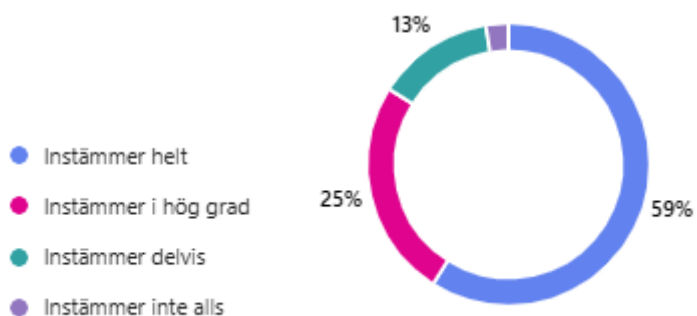
#### 2. Jag trivs på min arbetsplats



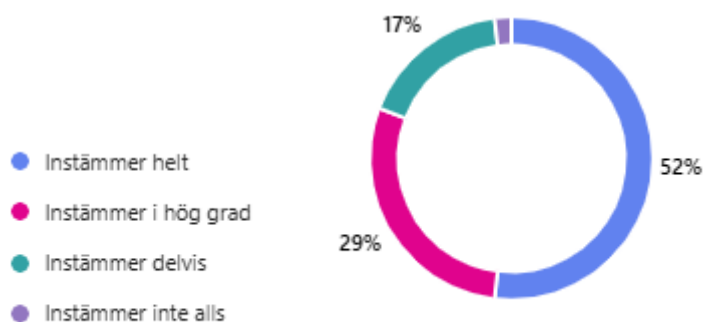
#### 3. Jag upplever att min närmaste chef är tillgänglig när jag behöver stöd i mitt arbete



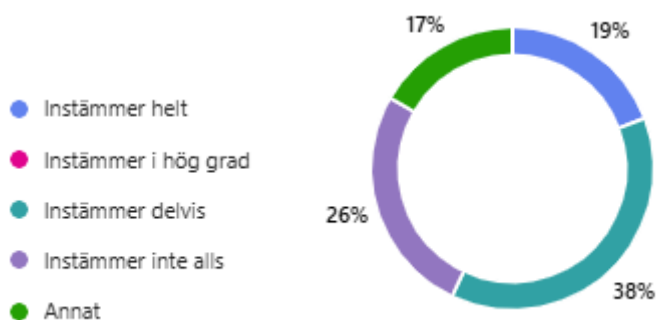
#### 4. Jag upplever att jag kan framföra idéer, åsikter och synpunkter till min närmaste chef



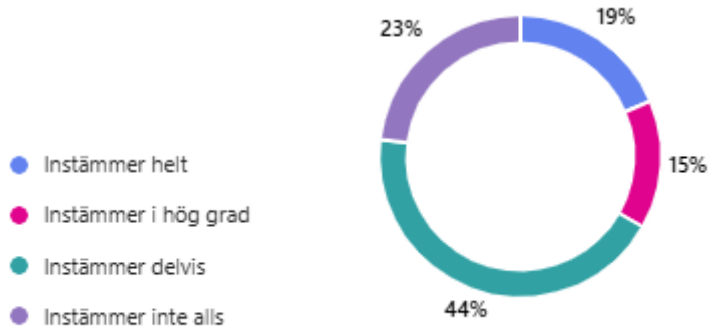
#### 5. Jag upplever att jag får ett bra stöd från mina kollegor



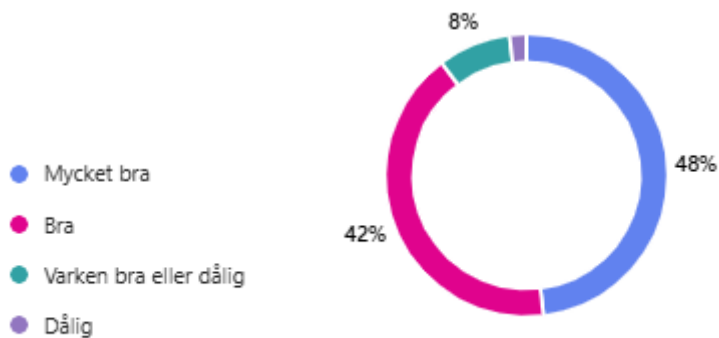
#### 6. Jag upplever att funktionen stödpedagog är tydlig



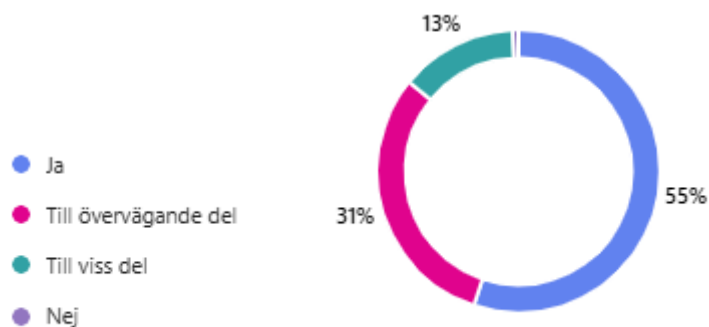
### 7. Jag upplever att jag, vid behov får ett bra stöd i mitt arbete från stödpedagog.



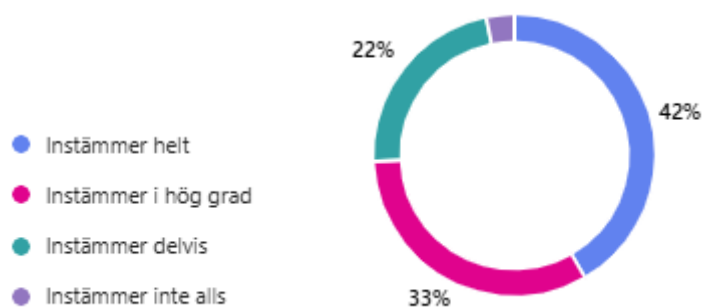
### 8. Hur upplevde du din introduktion när du började arbeta inom verksamheten?



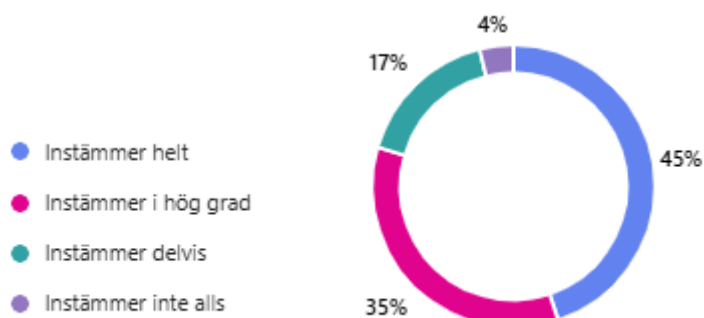
### 9. Fick du (vid introduktionen) tillräcklig information om rutiner och ansvar?



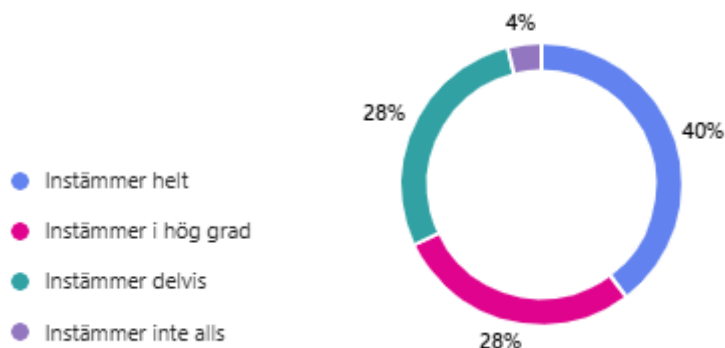
### 10. Jag upplever att jag har erbjudits relevant utbildning och/eller kompetensutveckling kopplat till mitt arbete



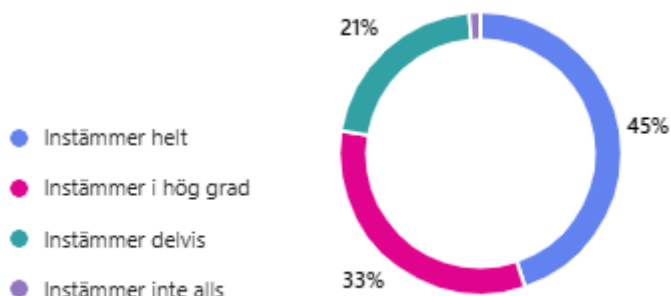
### 11. Jag känner mig delaktig i arbetet med att utveckla kvaliteten i verksamheten



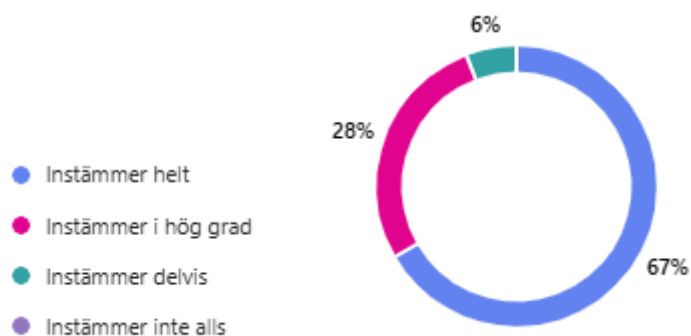
### 12. Jag upplever att mina åsikter och synpunkter tas tillvara på i verksamhetens förbättringsarbete



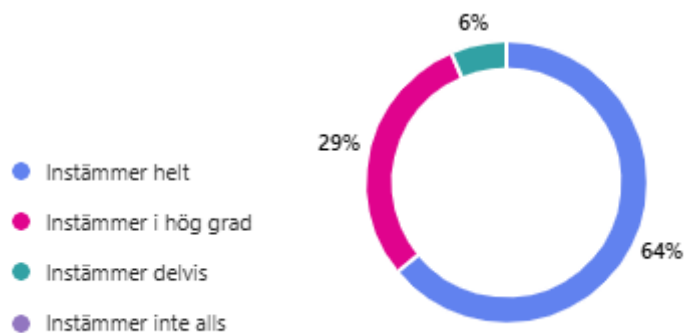
**13. Jag upplever att aktuella rutiner och riktlinjer för kvalitetsarbete (ex. avvikelserapportering, synpunktshantering, riskanalyser) är lättillgängliga**



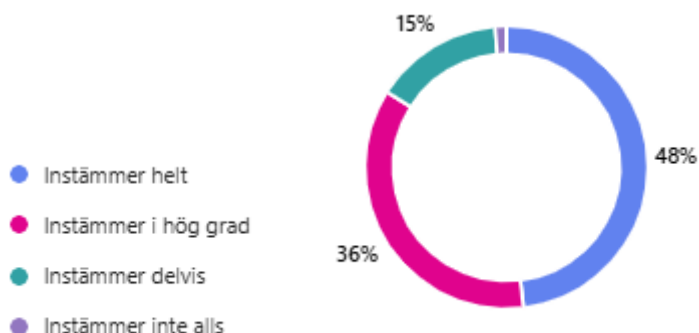
**14. På min arbetsplats arbetar vi aktivt för att varje kund/brukare ska ha ett så stort inflytande som möjligt i sin vardag**



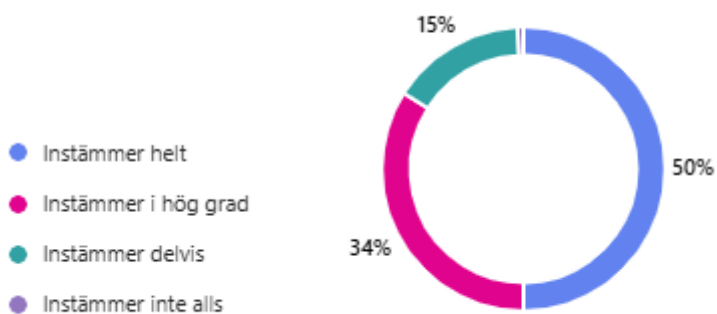
**15. På min arbetsplats arbetar vi aktivt för kundens/brukarens genomförandeplan ska vara ett stöd för det dagliga arbetet**



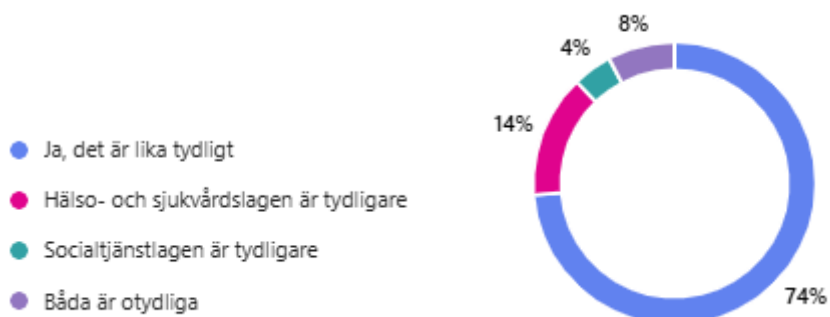
### 16. Jag tycker att det är tydligt hur en avvikelse ska hanteras och rapporteras



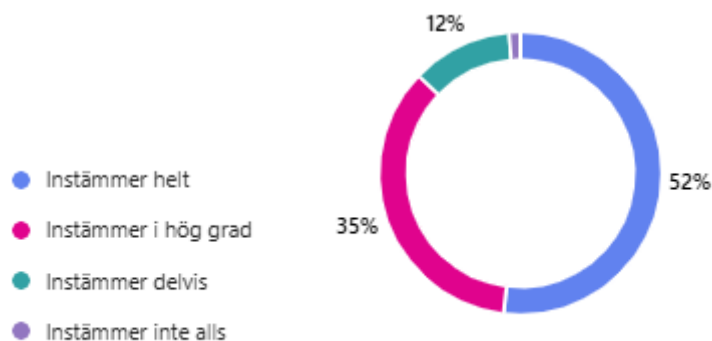
### 17. Jag har fått tillräcklig utbildning och information om hur avvikelser ska hanteras och rapporteras



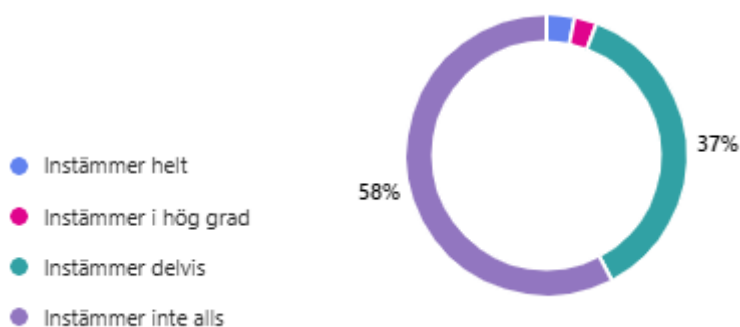
### 18. Det är tydligt när en avvikelse ska rapporteras enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) respektive socialtjänstlagen (SoL) och/eller LSS



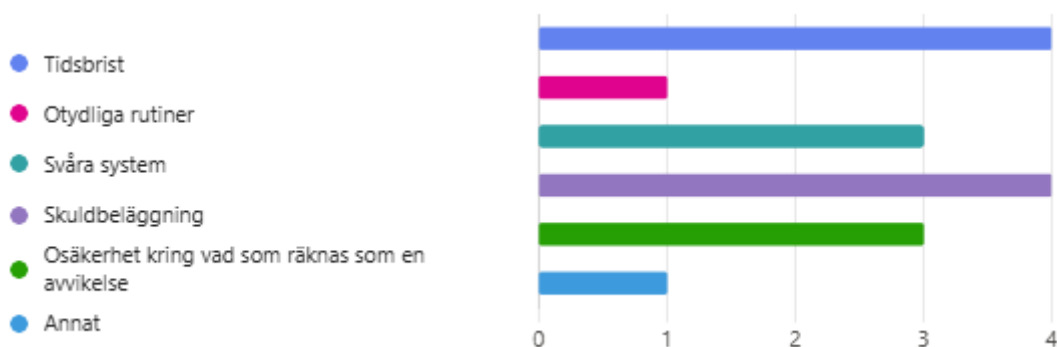
### 19. Jag känner mig trygg med att rapportera avvikelser



### 20. Jag upplever hinder eller svårigheter när det gäller att rapportera avvikelser



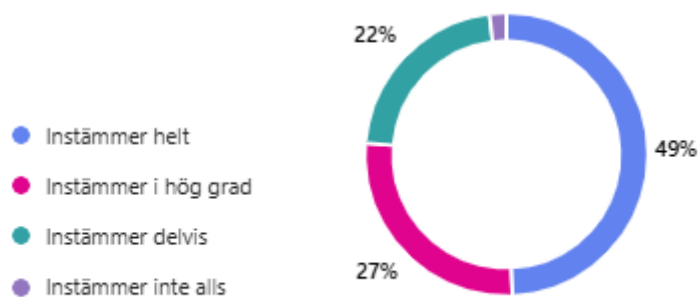
### 21. Om ja, vilka hinder upplever du?



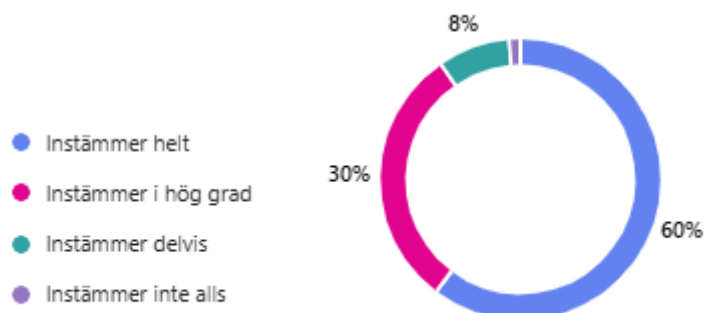
## 22. Hur upplever du att avvikelser hanteras på din arbetsplats?



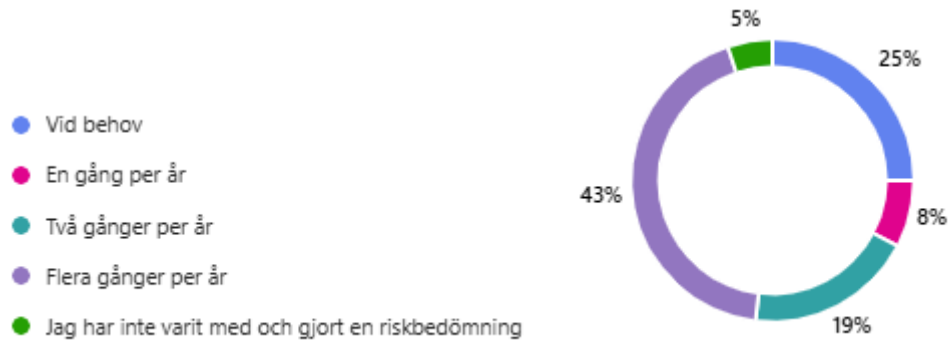
## 23. Jag upplever att verksamheten lär av avvikelser och förbättras (t.ex. utvecklas nya rutiner eller nya arbetsätt)



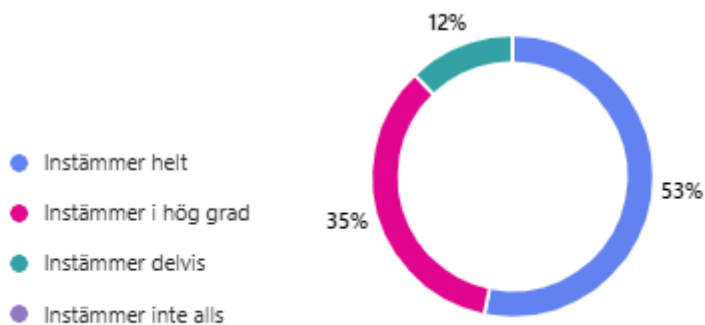
## 24. Min närmsta chef uppmuntrar mig och mina kollegor att rapportera avvikelser



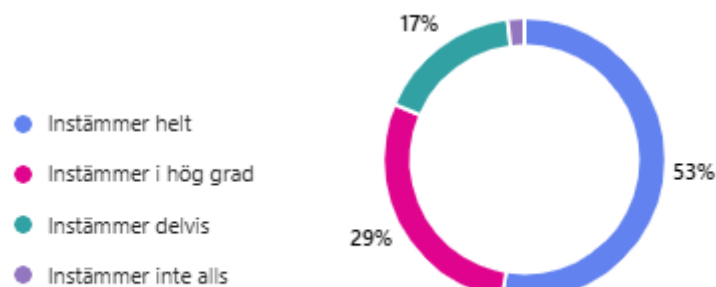
## 25. Hur ofta gör du riskbedömningar i ditt arbete (t.ex. för en kund/brukare)



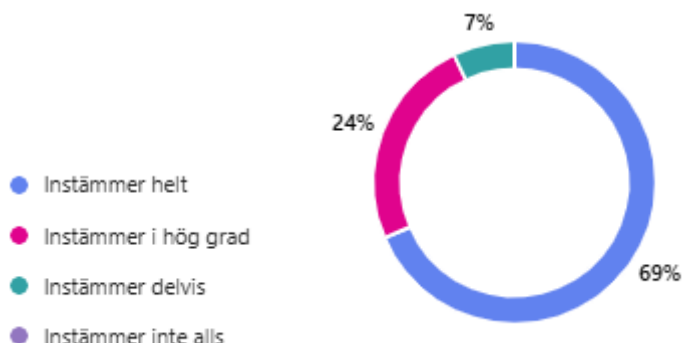
## 26. Jag känner till rutinerna för när och hur riskbedömningar ska genomföras



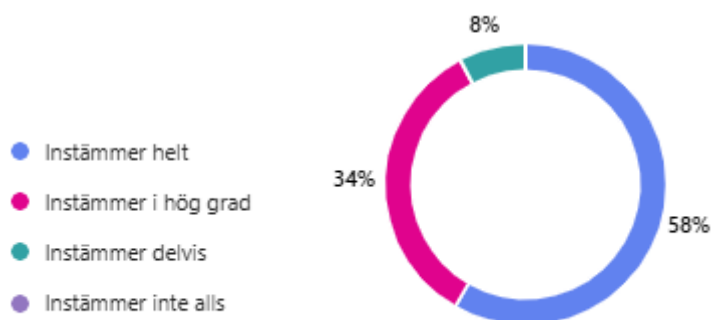
## 27. Jag dokumenterar alltid riskbedömningar



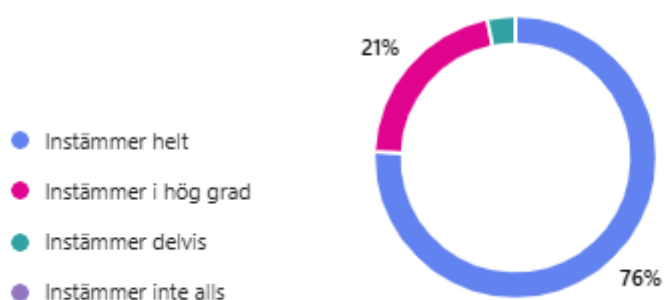
**28. På min arbetsplats arbetar vi aktivt med vårt bedömande och arbets sätt (t.ex. för att minska risken för incidenter)**



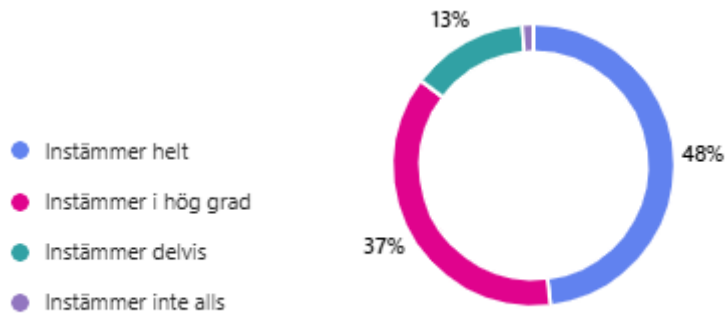
**29. Jag känner till vilken information som ska dokumenteras i olika situationer**



**30. På min arbetsplats arbetar vi aktivt med dokumentation kring varje kund/brukare (t.ex. social dokumentation/daganteckningar)**



### 31. Det är tydligt för mig hur jag ska ta emot och dokumentera synpunkter från kunder/brukare eller anhöriga



### 32. Synpunkter från kunder/brukare eller anhöriga leder till förbättringar i verksamheten

