

A hand holding a magnifying glass over a row of wooden house models. The background is blurred with bokeh light effects.

 CONECTURA
VERKSAMHETSUTVECKLING

Granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialnämnden

Innehållsförteckning

	Sida
1. Inledning	5-8
1.1 Bakgrund, avgränsning, syfte och revisionsfrågor	6
1.2 Uppföljningsgranskning, ansvar och revisionskriterier	7
1.3 Metod och kvalitet	8
2. Resultat av granskningen	9-19
2.1 Revisionskriterier	10
2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad	11-12
2.3 Implementering och tillgänglighet	13
2.4 Roll- och ansvarsfördelning, uppdatering av processer och rutiner	14
2.5 Rättssäker dokumentation	15
2.6 Systematiskt förbättringsarbete och personalens medverkan	16
2.7 Avvikelsehantering	17
2.8 Uppföljning av kvalitetsarbetet	18
3. Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål	19-20
3.1 Uppföljning Synpunkter och klagomål	20
4. Slutsats och rekommendationer	21-22
Slutsats och rekommendationer	22
Undertecknande	23
Dokumentlista	24
Intervjuade	25



Sammanfattning

Bakgrund och syfte

På uppdrag av Stadsrevisionen i Helsingborgs stad har Conectura genomfört en fördjupad granskning av socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Syftet har varit att bedöma om socialnämnden har ett ändamålsenligt och tillräckligt utvecklat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån tidigare genomförda granskningar har revisorerna noterat risker att det systematiska kvalitetsarbetet inte är tillräckligt systematiskt för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet inom vård och omsorg och socialtjänstens verksamheter.

Utöver granskningen har också en uppföljning av tidigare granskning avseende nämndens arbete med inkommande synpunkter och klagomål genomförts.

Resultat av granskningen/slutsats

Enligt föreskrift SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

Av granskningen framkommer att nämnden saknar fastställd dokumentation för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas som helhet. Det innebär enligt vår bedömning att det finns brister avseende dokumentationen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och anpassning till nämndens verksamhet.

Vidare visar granskningen att det digitala stödsystemet inte är fullständigt utvecklat och att det inte används av medarbetare på det sätt som systemet är tänkt, delvis på grund av otillräcklig implementering. Vidare finner vi att roll- och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsarbetet inte är tillräckligt tydligt dokumenterad och effektuerad för att säkerställa följsamhet till rutiner. Rutiner för social dokumentation säkerställs men återkoppling i förbättrande syfte kan utvecklas.

Vi ser att det finns en medvetenhet om bristerna i verksamheten men vi har inte funnit att verksamheten tagit fram tydliga riktade åtgärder för att komma till rätta med de identifierade bristerna.

Revisionell bedömning

Vår samlade bedömning är att socialnämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Rekommendationer

- Upprätta styrdokument avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs
- Säkerställ att implementeringen av ledningssystemet är tillräcklig
- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i ett styrande dokument
- Säkerställ att struktur för att involvera medarbetare i förbättringsarbetet tas fram
- Utveckla rapportering avseende analyser, åtgärder och resultat av åtgärder

Sammanfattning uppföljning

Nämndens arbete avseende synpunkter och klagomål

En uppföljning av tidigare granskning av synpunkts- och klagomålshanteringen har utförts. Av uppföljningen framkommer att det finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten och det finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål. Rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål är under framtagande. Erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål beskrivs ingå i det ständiga förbättringsarbetet.

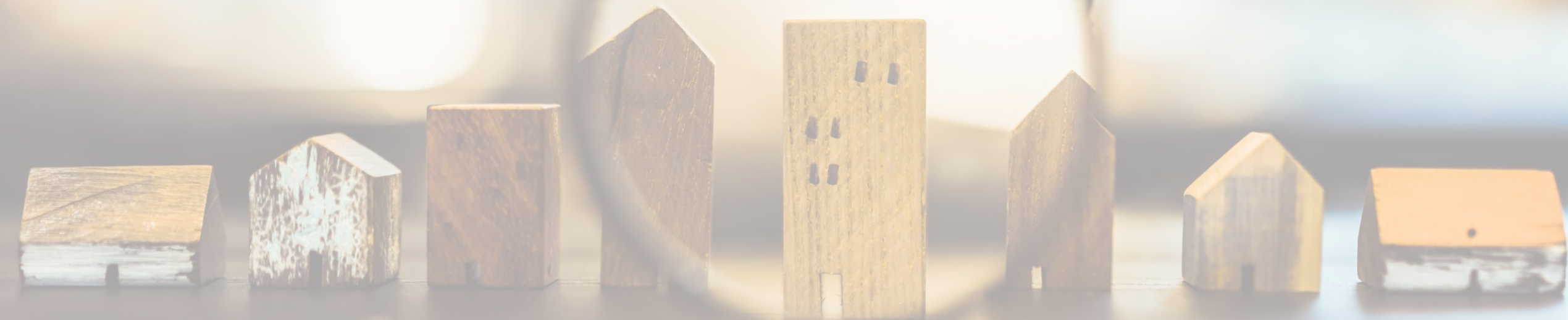
Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen, men resultatet av åtgärderna kan inte bedömas då de ännu inte är helt genomförda.

Forts. Sammanfattning

Revisionsfrågor	Bedömning
Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9? Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?	Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt 
Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?	Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt 
Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?	Större avvikelse, bör hanteras 
Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?	Större avvikelse, bör hanteras 
Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner?	Större avvikelse, bör hanteras 
Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?	Större avvikelse, bör hanteras 

Revisionsfrågor	Bedömning
Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?	Större avvikelse, bör hanteras 
Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 
Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 
Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?	Större avvikelse, bör hanteras 

1. Inledning



1.1 Bakgrund, avgränsning, syfte och revisionsfrågor

Bakgrund

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften omfattar bland annat hälso- och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Föreskriften tydliggör krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

De förtroendevalda revisorerna i revisorsgrupp 2 har utifrån sin riskanalys beslutat att göra en granskning av hur berörda nämnder säkerställer ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Avgränsning

Granskningen avser socialnämndens verksamhetsområde.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om socialnämnden har ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Granskningen berör följande revisionsfrågor:

- Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9? Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?
- Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?
- Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?
- Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?
- Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner?
- Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?
- Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?
- Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?
- Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?
- Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?

1.2 Uppföljningsgranskning, ansvar och revisionskriterier

Uppföljningsgranskning

Uppföljningsgranskning av klagomålshantering har skett genom intervjuer med nyckelpersoner och ska ge underlag till att bedöma om nämnderna vidtagit åtgärder utifrån resultatet av tidigare genomförda granskningar. Nedan följer exempel på frågor som ställs för att göra bedömningen.

Finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten? Är informationen känd i verksamheten?

Finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål? Är den känd i verksamheten?

Finns rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål?

Används erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål i det ständiga förbättringsarbetet?

Ansvarig nämnd/styrelse

Granskningen avser socialnämnden

Revisionskriterier

Revisionskriterierna för granskningen utgörs av:

Kommunallag (2017:725) 6 kap, 6§.

Socialtjänstlag (2001:453) 3 kap, 3§, fjärde stycket.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap, 4§.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 6§.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Tillämpliga interna regelverk, policys och beslut.

1.3 Metod och kvalitet

Metod

Granskningen har genomförts dels genom intervjuer med identifierade nyckelpersoner inom området och dels genom dokumentstudier av styrdokument/rutiner och dokumentation hänförbart till nämndernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt genomgång av ledningssystemens uppbyggnad och funktion.

Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, samt handbok för tillämpning av föreskriften har varit utgångspunkt för granskningen. En lista på granskade dokument och intervjuade funktioner finns sist i rapporten.

Uppföljningsgranskningen av klagomålshanteringen har skett genom att uppföljande frågor ställts till berörda nyckelfunktioner inom respektive nämnd med utgångspunkt i tidigare granskningar inom socialnämnden.

Kvalitetssäkring

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med Conecturas kvalitetssäkringsrutiner. Rapporten har även faktakontrollerats av för granskningen relevanta personer.

Prövning av oberoende

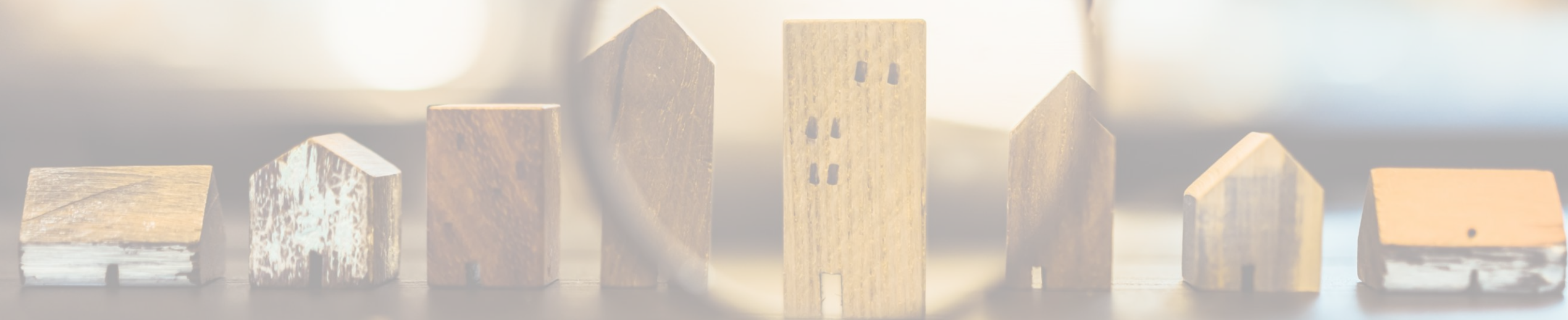
Conectura har i enlighet med SKYREV:s rekommendation nummer 2, provat så att vi är oberoende i uppdraget. Vår bedömning är att det inte finns några hinder för oberoendet. Oberoendeprovningen omfattar egenintresse, självgranskning, partsställning, vänskap/relationer, skrämsel/hot samt övriga hot.

Vår (yrkesrevisorns) bedömningsskala

Bedömningsskalan syftar till att ge en snabb överblick över nuläget i granskad verksamhet. Nackdelen med en bedömningsskala likt denna är att den blir lite trubbig. Utifrån det är det nödvändigt att läsa rapporten för kunna fånga nyanser och se vad avvikelserna består i.

-
-  **Rött** – Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt
 -  **Orange** – Större avvikelse, bör hanteras
 -  **Gult** – Mindre avvikelse, bör noteras och hanteras i samband med annan revidering
 -  **Grönt** – Inga noterade avvikelser

2. Resultat av granskning



2.1 Revisionskriterier

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFSF 2011:9)

1 kap. Tillämpningsområde Föreskriften gäller för arbete med systematisk kvalitetssäkring och utveckling inom hälso- och sjukvård, tandvård, verksamhet enligt LSS samt socialtjänst. Den omfattar även systematiskt patientsäkerhetsarbete.

2 kap. Definitioner Här definieras centrala begrepp som hälso- och sjukvård, vårdgivare, socialtjänst, ledningssystem, process, kvalitet, egenkontroll, vårdskada och allvarlig vårdskada. Definitionerna klargör vem som omfattas av reglerna och vilka krav som gäller.

3 kap. Ansvar för och användning av ledningssystem Vårdgivare och de som bedriver socialtjänst/LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, följa upp och förbättra verksamheten, samt tydligt fördela ansvar för kvalitetsarbetet.

4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad Ledningssystemet ska anpassas efter verksamhetens omfattning och inriktning. Processer och rutiner för kvalitetssäkring ska identifieras, beskrivas och fastställas. Samverkan inom och mellan verksamheter ska säkerställas, både för socialtjänst/LSS och hälso- och sjukvård.

5 kap. Systematiskt förbättringsarbete Här regleras krav på riskanalys, egenkontroll och hantering av klagomål/synpunkter. Rapporteringsskyldighet och utredning av avvikelser anges, samt att inkomna rapporter ska analyseras för att identifiera brister. Förbättringsåtgärder ska vidtas och processer/rutiner justeras vid behov.

6 kap. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Personal ska arbeta enligt ledningssystemets processer och rutiner. Det betonas att personal inom både hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS har skyldighet att medverka till god kvalitet och hög patientsäkerhet.

7 kap. Dokumentationsskyldighet Kvalitetsarbetet ska dokumenteras. En årlig kvalitetsberättelse bör tas fram och hållas tillgänglig. För vårdgivare regleras även en årlig patientsäkerhetsberättelse, som ska innehålla uppgifter om ansvarsfördelning, genomförda åtgärder, samverkan, riskhantering och utredningar av vårdskador.



2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad

Iakttagelser

Nämnden saknar fastställd dokumentation för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas som helhet.

Socialförvaltningen påbörjar ett projekt under slutet av 2020 att uppdatera kvalitetsarbetet utifrån upplevda brister i det dåvarande systematiska kvalitetsarbetet och systemstödet QPR. Förvaltningen samarbetar om upphandlingen med Vård- och omsorgsförvaltningen, som påbörjat arbetet något tidigare. Socialförvaltningen ansluter i arbetet med kravspecifikation och urval av leverantör. I mars 2021 beslutar styrgruppen för socialförvaltningens projektgrupp att ingå i det inköp av nytt systemstöd som vård- och omsorgsförvaltningen upphandlat. Anledningen till att de två förvaltningarna går ihop för ett gemensamt inköp av systemstödet Canea är förväntade synergieffekter och lägre årskostnader än nuvarande system. Införandeprocessen av respektive nämnds systemstöd genomförs separat och utifrån den egna förvaltningens behov.

Projektet att uppdatera kvalitetsledningssystemet inleds under 2021 och avslutas 2023. Projektarbetet utgick från att utforma de mest verksamhetskritiska processerna och rutinerna som därefter gjorts tillgängliga för alla medarbetare inför att införandeprojektet skulle avslutas 2023. Det framkommer av projektbeskrivningen att hantering av avvikelser och synpunkter och klagomål saknas i systemet vid starttidpunkten. Under 2024 genomfördes ett påbyggnadsprojekt för vissa stödprocesser och från och med mars 2024 finns hanteringen av avvikelser, klagomål och synpunkter samt Lex Sarah tillgängliga och i augusti 2024 lanserades en ny rapporteringstjänst av klagomål och synpunkter. Tidigare fanns hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål i ett eget e-tjänst-system.

I intervjuerna beskrivs att de mest grundläggande processerna är beskrivna och fastställda, men olika enheter har kommit olika långt med att föra över enhetens arbetsrutiner till Canea. Några enheter förvarar arbetsrutinerna lokalt på Teams. Vidare beskrivs att användarna upplever att det är svårt att hitta de rutiner de behöver då det saknas en genomgående strategi i uppbyggnaden och sökbarhet bland dokumenten. Dokumentansvarig har ansvaret för att uppdatera dokument och ta bort dokument som inte längre är aktuella. Det finns dock en otydlighet vems som övertar ansvaret i samband med att ansvarig slutar eller byter tjänst.

Alla de tekniska lösningar som finns tillgängliga i det digitala stödet används inte i dagsläget. Det gäller till exempel arbete med riskanalyser och egenkontroller som inte dokumenteras i stödsystemet. Arbetet med att utveckla systemstödet pågår.

I kvalitetsberättelsen för 2024 beskrivs att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har utvecklingsbehov och att arbetet med systematiskt kvalitetsarbete inte har bedrivits tillräckligt systematiskt eller enligt en specifik plan. Framförallt när det gäller de verksamhetsnära frågorna finns förbättringsmöjligheter, enligt berättelsen.

Den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft i juli 2025 har inneburit att rutiner har setts över för att anpassas till den nya lagen och till de beslut som fattats i samband med lagens ikraftträdande.

Organisationsförändring

Under oktober 2024 genomfördes en organisationsförändring som bland annat innebar att rollen sakkunnig, som tidigare haft en viktig roll i framtagandet av rutiner, togs bort. Sektionschefer ersattes av enhetschefer. Enhetschefens ansvar för att utforma och uppdatera för verksamheten viktiga rutiner förtydligades i samband med organisationsförändringen.

2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad

Granskarens kommentarer:

Enligt föreskriften ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

I granskningen framkommer att det saknas ett huvuddokument som beskriver hur nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är uppbyggt och hur nämnden säkerställer att de områden som föreskriften omfattar täcks. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska förbättringsarbetet, även ledningssystemets uppbyggnad. Enligt vår mening bidrar ett sammanhållet dokument, där arbetssätt, arbetsmoment, roller och ansvar förtydligas, till att skapa en helhetsbild av kvalitetsarbetet i hela organisationen. Därmed anser vi det vara en brist att en skriftlig beskrivning av nämndens ledningssystem saknas.

Vi ser att det digitala kvalitetsledningssystemet (Canea) i sin kapacitet kan omfatta alla krav enligt SOSFS 2011:9, men kvalitetsledningssystemet är ännu inte färdigställt. Huvudprocessen är beskriven och verksamheten har tagit fram en rad rutindokument som stöd till huvudprocessen och till delprocesser. I intervjuerna beskrivs dock att det finns oklarheter avseende vilken terminologi som ska användas, vilka dokument som ska ingå i ledningssystemet och var dokumenten ska ligga. Detta leder till otydlighet och svårighet att använda systemet och riskerar att leda till att ledningssystemet inte efterlevs.

Det finns en medvetenhet om bristerna i verksamheten men vi har inte funnit att verksamheten tagit fram tydliga riktade åtgärder för att komma till rätta med de identifierade bristerna.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning är inte ledningssystemet helt komplett även om det finns tekniska möjligheter för det.

Föreskriftens krav på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Vi bedömer att det finns betydande brister avseende dokumentation av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och anpassning till nämndens verksamhet. Vi rekommenderar nämnden att upprätta styrdokument för kvalitetsledning för systematiskt kvalitetsarbete och vi rekommenderar att kvalitetsledningssystemet färdigställs. I arbetet med att dokumentera nämndens ledningssystem bör också terminologi samt roller och ansvar beskrivas.

Revisionsfråga

Bedömning

Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9?
Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?

Allvarlig avvikelse,
bör hanteras
skyndsamt



Rekommendation:

- Upprätta styrdokument avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs

2.3 Implementering och tillgänglighet

Iakttagelser

Det uppdaterade digitala stödsystemet har funnits tillgängligt digitalt sedan 2023 för alla användare. I samband med att stödsystemet driftsattes skedde insatser vid 3-4 möten för att introducera hur systemet kan användas. Implementationsinsatserna omfattade de väsentliga momenten. Dessutom finns introduktionsfilmer att ta del av via intranätets Hbg-learns och en interaktiv guide som tar användaren igenom hela systemet och visar de viktigaste funktionerna, kallad Skattjakten. Skattjakten finns tillgänglig på Caneas startsida. I intervjuerna framkommer att det saknas en systematisk planering för att hålla kunskapen levande och att ledningssystemet därmed är olika väl implementerat inom verksamheten.

Det har gjorts riktade insatser för att öka kunskapen om det digitala ledningssystemet. I intervjuerna framkommer att kvalitetsenheten har haft genomgångar med olika arbetsgrupper hur systemet kan användas. Enhetschefen har ansvar för introduktion till nyanställda, men den sker inte utifrån en fastställd strategi eller program utan det är respektive enhetschef som utformar introduktionen. Även etablerade medarbetare beskrivs behöva stöd i form av repetition och ny kunskap i hur det digitala stödsystemet kan användas. Kvalitetsenheten menar att medarbetarna är intresserade och vill lära sig men det finns hinder utifrån behov av repetition och förändringar i systemet.

Implementeringen har följts upp via en enkät om stöd i arbetet till samtliga medarbetare årligen. I uppföljningen från 2025 framkommer att fler medarbetare söker information via Teams än via Canea (Teams 69 procent, Canea 65 procent), men andelen som använder Canea har ökat (från 62 procent 2024). Många rapporterar fortsatt att det är svårt att hitta i systemet men andelen som vill använda systemet ökar, vilket beskrivs som positivt.

Granskarens kommentarer:

Granskningen visar att implementeringsinsatsen när kvalitetsledningssystemet driftsattes var bristfällig. Därefter har det inte skett någon samlad utbildningsinsats utifrån uppdateringar och ändringar. Kvalitetsledningssystemet är tillgängligt för alla men är enligt vår bedömning inte tillräckligt ändamålsenligt utformat för att ge stöd i handläggning och genomförande av insatser i den meningen att dokument är svåra att eftersöka etc.

Granskarens kommentarer forts.

Vidare visar granskningen att det är känt i verksamheten att systemet inte är fullständigt, att det inte används av medarbetare på det sätt som systemet är tänkt, och att det inte har vidtagits tillräckliga åtgärder för implementering.

Vi har också sett brister i introduktionen för nyanställda vad gäller kvalitetsledningssystemet. Då det saknas en kvalitetssäkrad strategi för introduktion i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete rekommenderar vi nämnden att ta fram en sådan.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning har stödsystemet inte implementerats tillräckligt och tillgängligheten brister då systemet inte är fullständigt och tillräckligt förståeligt för medarbetarna.

Därutöver bedömer vi att introduktionen till nyanställda brister och föreslår att det tas fram en strategi för hur nyanställda ska introduceras.

Revisionsfråga

Bedömning

Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?

Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt



Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?

Större avvikelse, bör hanteras



Rekommendation:

- Säkerställ att implementeringen av ledningssystemet är tillräcklig

2.4 Roll- och ansvarsfördelning, uppdatering av processer och rutiner

Iakttagelser

I intervjuerna beskrivs att dokumentation om roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet förändrades i samband med omorganisationen. Den numer borttagna rollen sakkunnig hade tidigare ansvar för att ta fram processer och rutiner. Nu ligger ansvaret på enhetschef. Det har påbörjats ett arbete med att ta fram en struktur för hur dokument godkänns, publiceras och uppdateras, men i intervjuer beskrivs att det fortsatt saknas en tydlighet i vem som ansvarar för att ta fram rutiner/processer.

Varje process har en processägare. Enhetschef är ansvarig för att rutiner tas fram men en medarbetare kan utses till dokumentansvarig. Den dokumentansvarige ansvarar för att uppdatera rutindokument och får årligen automatiserad påminnelse. Behov av att uppdatera ett dokument kan även uppstå vid andra tillfällen till exempel när lagstiftning ändras. Alla chefer har möjligheten att publicera processer och rutiner, men det är inte klart vilken chef som kan fastställa en process eller rutin i de fall det finns olika meningar.

Som tidigare beskrivits finns verksamheter som inte har fört över rutiner till det nu gällande digitala stödet. Dessa, ej överförda, rutiner blir därmed svåra att eftersöka. Vidare beskrivs att de rutiner som inte är aktuella inte tas bort och att det därmed uppstår oklarhet om vilka som ska följas.

Granskarens kommentarer:

Enligt föreskriften ska nämnden identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Granskningen visar att kvalitetsarbetets roller och det ansvar som följer av respektive roll inte är tillräckligt tydligt dokumenterat och implementerat i verksamheten. Vi ser ett behov av att förtydliga ansvarsfördelningen för kvalitetsfrågorna.

Granskarens kommentarer forts.

Enligt föreskriften har medarbetare en skyldighet att arbeta enligt ledningssystemets processer och rutiner och medverka till god kvalitet.

Vi ser behov av att nämnden förtydligar såväl kvalitetsledningssystemets roller och ansvar som processen för att regelbundet uppdatera processer och rutiner m.m. Detta för att möjliggöra att föreskriften kan efterlevas till fullo.

Granskarens bedömning:

Vår bedömning är att roll- och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsarbetet inte är tillräckligt tydligt dokumenterad och effektuerad för att säkerställa följsamhet till rutiner.

Process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner är otillräckligt dokumenterad och implementerad.

Revisionsfråga	Bedömning
Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?	Större avvikelse, bör hanteras 
Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner?	Större avvikelse, bör hanteras 

Rekommendation:

- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i ett styrande dokument

2.5 Rättssäker dokumentation

Iakttagelser

Av intervjuerna framkommer att det finns rutiner för dokumentation i systemstödet Canea. Den närmaste chefen har ansvar för att säkerställa dokumentationens kvalitet.

Uppföljningen av dokumentation och rättssäker handläggning sker enligt intervjuerna främst i form av intern kontroll i samband med överväganden om fortsatt placering m.m. I det sammanhanget rapporteras till exempel hur väl lagstadgad tid för förhandsbedömning följs. Nämnden delges en rapport om resultatet av uppföljningen. Granskningar av dokumentation sker också i samband med utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt missförhållande enligt Lex Sarah.

Återkopplingen till verksamheten efter granskning av rättssäker dokumentation sker oftast individuellt. Generell återkoppling i lärandesyfte är ovanlig. I de fall det har upptäckts brister har det genomförts punktinsatser som respektive ansvarig chef ansvarat för.

Granskarens kommentar:

Granskningen visar att det finns rutiner för dokumentation och rättssäker handläggning som ska ge stöd till medarbetarna. Granskningen visar också att det finns en uppföljning inom ramen för nämndens interna kontroll och att det sker en rapportering till nämnd. Vad gäller åtgärderna för att förbättra den sociala dokumentationen sker främst individuell återkoppling. I detta hänseende kan det finnas stor potential i att förstärka lärandeprocessen genom att utveckla former för återkoppling som når större grupper av medarbetare.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning säkerställs rutin för social dokumentation. Vi bedömer dock att formerna för det ständiga förbättringsarbetet vad gäller social dokumentation är bristfällig. Detta utifrån att generell återkoppling i förbättrande syfte inte sker systematiskt.

Revisionsfråga

Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?

Bedömning

Större avvikelse,
bör hanteras



2.6 Systematiskt förbättringsarbete och personalens medverkan

Iakttagelser

I intervjuerna framkommer att det hålls verksamhetsdialog med enhetscheferna 3-4 gånger per år där man tar upp hur verksamhetsplanen följs. Utredare från kvalitetsenheten är med på verksamhetsdialogerna där ett underlag diskuteras och analyseras för att ta lärdom av inträffade händelser. Underlaget beskriver utredda missförhållanden enligt Lex Sarah, avvikelser och synpunkter och klagomål för den aktuella perioden. I intervjuer beskrivs dock att det saknas en tydlig struktur för hur medarbetare ska involveras i förbättringsarbetet, men en handlingsplan som fångar upp sådana frågor ska tas fram under hösten.

I kvalitetsberättelsen för 2024 beskrivs att arbete med riskanalyser, till exempel, sker i samband med framtagande av verksamhetsplaner och vid plan för uppföljning av intern kontroll. Egenkontroller sker i form av löpande ärendegenomgångar och uppföljning av hantering av personuppgifter m.m. Vidare beskrivs att förvaltningen arbetar med att skapa en struktur och en plan för arbetet med riskanalyser för att säkra att samtliga verksamheter arbetar med att följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Som tidigare beskrivits har det i intervjuer framkommit att arbetet med riskanalyser och egenkontroller ännu inte dokumenteras i stödsystemet Canea.

Granskarens kommentarer:

Enligt föreskriften ska nämnden bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och nämnden ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

I intervjuerna och i kvalitetsberättelsen framkommer en bild av att arbetet med att förbättra i verksamheten på ett systematiskt sätt inte är fullt utvecklat. Därmed ser vi positivt på att det ska tas fram en handlingsplan som bland annat berör hur medarbetaren närmast medborgaren ska involveras tydligare i förbättringsarbetet.

Granskarens kommentarer forts.

Granskningen visar att systemstödet Canea erbjuder goda tekniska och organisatoriska möjligheter till ett systematiskt förbättringsarbete, till exempel riskanalyser och egenkontroller, men i dagsläget används inte den möjligheten.

Granskarens bedömning:

Vi bedömer att kvalitetsledningssystemet inte fullt ut används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Personalens involvering i kvalitetsarbetet kan förbättras.

Revisionsfråga

Bedömning

Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?

Större avvikelse, bör hanteras



Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?

Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering



Rekommendation:

- Säkerställ att struktur för att involvera medarbetare i förbättringsarbetet tas fram

2.7 Avvikelsehantering

Iakttagelser

Som tidigare beskrivits registreras från och med 2024 avvikelser och missförhållanden enligt Lex Sarah i stödsystemet. Det är ansvarig chef som utreder avvikelser inom den egna enheten och utformar åtgärder utifrån avvikelserna.

I intervjuerna beskrivs att frågor om avvikelser och Lex Sarah diskuteras mer än tidigare och det antas bero på att verksamheten varit föremål för granskning. Kvalitetsenheten och enhetschefer uppges uppmuntra till rapportering av avvikelser men benägenheten att rapportera beskrivs i intervjuer inte vara tillräcklig.

Kvalitetsenheten sammanställer inkomna avvikelser. I samband med tidigare nämnda verksamhetsdialoger med enhetscheferna beskrivs inkomna Lex Sarah-rapporter, avvikelser och synpunkter och klagomål för den aktuella perioden. I intervjuerna framkommer dock att det inte finns någon systematisk uppföljning av utfallet av vidtagna åtgärder. Det saknas också ett forum för medarbetare där avvikelser och åtgärder kan diskuteras för att sprida lärdomar. Det finns en medvetenhet om behovet av forum i organisationen och det pågår ett arbete med att forma en struktur för ett sådant arbete, där lärande utifrån avvikelser och synpunkter och klagomål kan tas upp.

Granskarens kommentarer:

När en verksamhet inte når upp till krav och mål enligt lagar, föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Sådana avvikelser ska åtgärdas så att verksamheten kvalitetssäkras.

Granskningen visar att det finns god kunskap i verksamheten om ansvaret för att rapportera avvikelser, men det misstänks underrapportering. Att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser är ett viktigt moment inom det systematiska förbättringsarbetet. Vi saknar insatser för att höja benägenheten att rapportera avvikelser och vi ser positivt på att det pågår ett arbete för att ta fram en struktur avseende uppföljning av utfallet av vidtagna åtgärder och ständiga förbättringar.

Granskarens bedömning:

Det finns systemstöd för att identifiera och dokumentera avvikelser men enligt vår bedömning kan processerna för rapportering, utformande av åtgärder och återkoppling utvecklas.

Revisionsfråga

Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?

Bedömning

Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering



2.8 Uppföljning av kvalitetsarbetet

Iakttagelser

Rapportering av kvalitetsarbetet till nämnden sker varje månad i form av en lagföljsamhetsrapport som beskriver avvikelser utifrån lagstadgade tidsgränser. Vidare lämnas uppföljning av en rad nyckeltal varje månad. Nyckeltalen beskriver verksamhetsvolym, tillgänglighet av insatser och förvaltningens effektivitet samt antalet barn som vistas längre i jourhem än den lagstadgade tiden innan de stadigvarande placeras i familjehem. En särskild, mer omfattande redovisning av arbetet sker i nämnden två gånger per år.

Därutöver sker rapportering i form av den årliga kvalitetsberättelse som lämnas till nämnden efter årets slut. Första gången som nämnden presenterade en kvalitetsberättelse var för 2024. I kvalitetsberättelsen beskrivs hur ledningssystemet är tänkt att fungera och de aktiviteter som genomförts under året. I rapporten framkommer också vad verksamheten vill fokusera på under följande år, men det presenteras inte någon analys av årets arbete.

Socialutskottet följer antalet ordförandebeslut, och skälet till ordförandebeslut då det framkommit att underlag som borde ha hanterats vid utskottssammanträde lämnats till ordförande för omedelbar hantering pga. bristande planering. I intervjuerna beskrivs att uppföljningen visar att problemen med hög andel av ordförandebeslut har minskat. Även underlagen till socialutskottet har förbättrats. Trots att det har skett förbättringar så beskrivs i intervjuerna att ledning och styrning avseende uppföljning av kvalitetsarbetet behöver stärkas ytterligare.

Granskarens kommentarer:

Nämnden bör varje år upprätta en kvalitetsberättelse där det framgår hur förbättringsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts under föregående kalenderår.

Granskningen visar att nämnden har en sammanhållen redovisning av kvalitetsarbetet, vilket vi ser positivt på. Rapporten fokuserar på att redogöra för aktiviteter som genomförts och ger en bild av det arbete som bedrivits under året men har mindre fokus på riskanalys, resultat och uppföljning av de genomförda aktiviteterna. I detta hänseende kan analysarbetet utvecklas.

Granskningen visar också att det sker viss rapportering av egenkontroller under året. Vi ser positivt på medvetenheten om behovet av att stärka uppföljningen.

Granskarens bedömning:

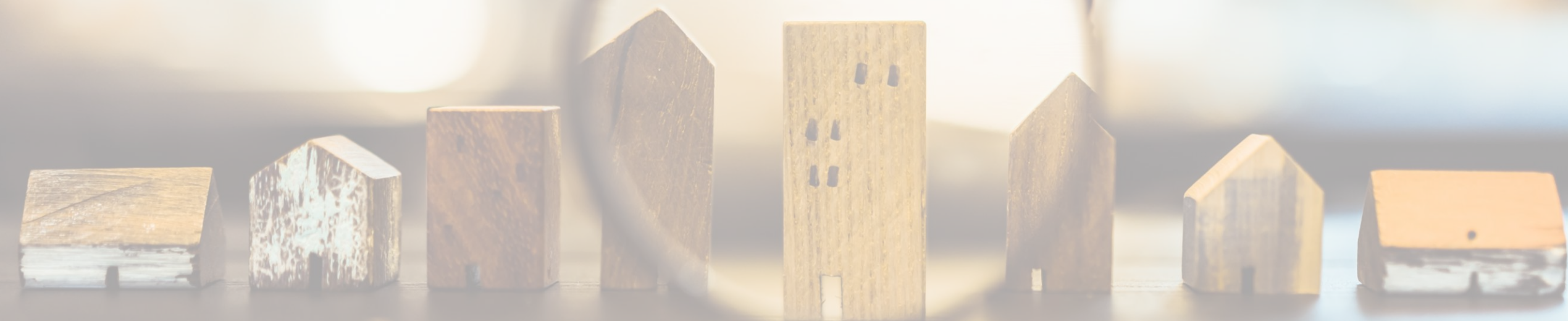
Vi bedömer att uppföljningen och analysarbetet behöver stärkas genom ett ökat fokus på analys och åtgärder utifrån resultat i syfte att möjliggöra förbättringar i verksamheten.

Revisionsfråga	Bedömning	
Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?	Större avvikelse, bör hanteras	

Rekommendation:

Utveckla rapportering avseende analys, åtgärder och resultat av åtgärder

3. Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål



3.1 Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål

Finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten? Är informationen känd i verksamheten?

Information om var man ska vända sig för att framföra synpunkter/klagomål finns på helsingborg.se. Samtliga enhetschefer känner till informationen. Det är sedan enhetschefernas ansvar att informera medarbetarna.

Finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål? Är den känd i verksamheten?

Synpunkter och klagomål registreras i Canea och diarieförs i diariet. Hanteringen av synpunkterna och klagomålen sker i Canea. Enhetschefer är ansvariga att utreda och har möjlighet att skriva sin utredning, lägga in åtgärder samt följa upp ärendet där. I de fall den klagande önskar skriftlig återkoppling finns en mall för återkopplingen som numer finns inlagd som bilaga i processen i Canea. Enhetscheferna känner till möjligheten till registreringen och hanteringen. Det är enhetschefernas ansvar att informera medarbetarna.

Finns rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål?

Rutiner och processer har tagits fram under hösten och finns nu publicerade i Canea. Enhetscheferna har fått vara med i utformande av arbetssättet/rutinerna under sen vår/sommar 2025 och ska under hösten delge dessa till sina medarbetare. Information kommer att ske vid arbetsplatsträffar.

Används erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål i det ständiga förbättringsarbetet?

Socialförvaltningen genomför verksamhetsdialoger 3-4 gånger per år. Verksamhetsdialogerna handlar om att följa upp verksamhetsplanen och samtala om nuläget, framgångar, utmaningar och prioriteringar.

Inför varje verksamhetsdialog skickas en sammanställning av inkomna Lex Sarah-rapporter, avvikelser och synpunkter och klagomål för den aktuella perioden. Utredare från kvalitetsenheten är med på verksamhetsdialogerna där underlaget diskuteras och analyseras för att ta lärdom av inträffade händelser. Inkomna synpunkter/klagomål sammanställs även i den årliga kvalitetsberättelsen.

Det varierar i vilken grad enhetscheferna har lyft inkomna synpunkter och klagomål i sina enheter, varför en struktur för arbetet med lärande har tagits fram under hösten. Samtliga enhetschefer har tagit del av förslaget på lärandestruktur. Förslaget bearbetas utifrån inkomna synpunkter och från och med januari 2026 avses den nya lärandestrukturen att gälla.

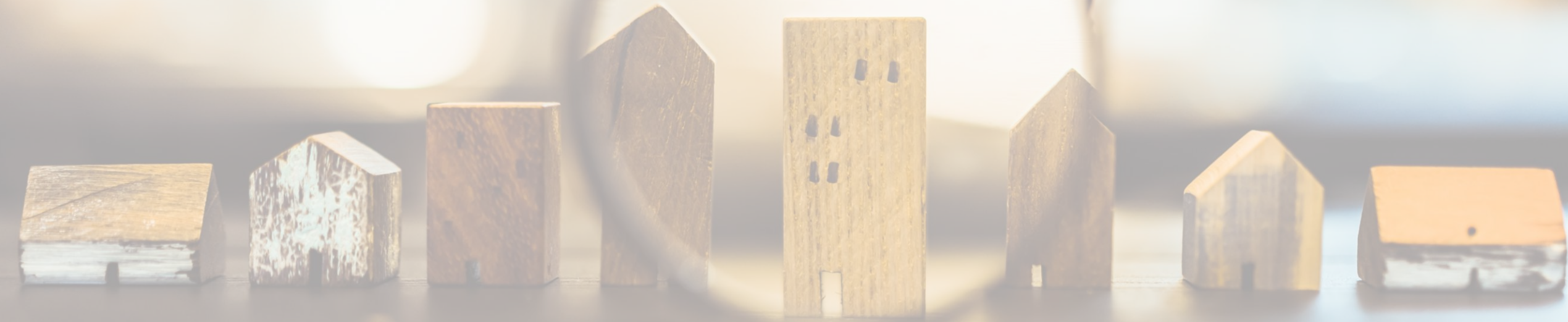
Bedömning:

Rutinen var under framtagning vid uppföljningens genomförande så rutinen har inte kunnat granskas. Det har inte gått att följa upp någon sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål då det inte presenterats någon sådan sammanställning för 2025. I kvalitetsberättelsen för 2024 framgår:

”Under år 2024 har det inkommit 19 klagomål och synpunkter till socialförvaltningen. Majoriteten av dessa klagomål och synpunkter rör handläggning, dokumentation, bemötande, kommunikation samt tillgänglighet inom den del av verksamheten som arbetar med myndighetsutövning. Antalet inkomna klagomål och synpunkter under 2024 ligger i paritet med antalet registrerade klagomål och synpunkter under år 2023, totalt 19 stycken.”

Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen, men resultatet av åtgärderna kan inte bedömas då de inte är helt genomförda.

4. Slutsats och rekommendationer



4.1 Slutsatser och rekommendationer

Enligt föreskrift SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

Av granskningen framkommer att nämnden saknar fastställd dokumentation för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas som helhet. Det innebär enligt vår bedömning att det finns brister avseende dokumentationen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och anpassning till nämndens verksamhet.

Vidare visar granskningen att det digitala stödsystemet inte är fullständigt utvecklat och att det inte används av medarbetare på det sätt som systemet är tänkt, delvis på grund av otillräcklig implementering. Vidare finner vi att roll- och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsarbetet inte är tillräckligt tydligt dokumenterad och effektuerad för att säkerställa följsamhet till rutiner. Rutiner för social dokumentation säkerställs men återkoppling i förbättrande syfte kan utvecklas.

Vi ser att det finns en medvetenhet om bristerna i verksamheten men vi har inte funnit att verksamheten tagit fram tydliga riktade åtgärder för att komma till rätta med de identifierade bristerna.

Revisionell bedömning

Vår samlade bedömning är att socialnämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Rekommendationer:

- Upprätta styrdokument avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs
- Säkerställ att implementeringen av ledningssystemet är tillräcklig
- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i ett styrande dokument
- Säkerställ att struktur för att involvera medarbetare i förbättringsarbetet tas fram
- Utveckla rapportering avseende analyser, åtgärder och resultat av åtgärder

Sammanfattning uppföljning av nämndens arbete avseende synpunkter och klagomål

En uppföljning av tidigare granskning av synpunkts- och klagomålshanteringen har utförts. Av uppföljningen framkommer att det finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten och det finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål. Rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål är under framtagande. Erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål beskrivs ingå i det ständiga förbättringsarbetet.

Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen, men resultatet av åtgärderna kan inte bedömas då de ännu inte är helt genomförda.

Undertecknande

Granskningen är genomförd i enlighet med SKYREV:s rekommendationer och vägledningar, samt God revisionssed i kommunal verksamhet. Rapporten är internt kvalitetssäkrad i enlighet med Conecturas kvalitetsledningssystem samt faktakontrollerad av ett urval av de personer som har bistått med information till granskningen.

Stockholm 2025-11-07

Sara Larsson

*Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig*

Annelie Svensson

*Kommunal verksamhetsrevisor
Granskare*

Dokumentlista

Projektplan Canea

Projektplan Canea stödfunktioner

Slutrapport projekt ledningssystem

Slutrapport projekt stödfunktioner

Enkät stöd i arbetet 2025

Socialnämndens verksamhetsplan

Kvalitetsberättelse 2024

Intervjuade funktioner

Ordförande socialnämnden

Vice ordförande socialnämnden

Förvaltningschef socialförvaltningen

Kvalitetschef

Verksamhetscontroller

Verksamhetsuppföljare

Systemförvaltare

Enhetschefer

Medarbetare



CONECTURA

VERKSAMHETSUTVECKLING