Askersunds KOMMUN	Dokumentrubrik Rapport för förvaltningschef	
	Dokumenttyp Rapport	Upprättat datum 2026-08-24
Kvalitetsområde 9 - Uppföljning, utvärdering, egenkontroll och erfarenhetsåterföring	Upprättad av Utvecklingsledare Sofie Norén	Reviderat datum
Gäller för verksamhetsområde Socialförvaltningen	Ansvarig Socialchef	Version 1
Kopplad till process Internkontroll	Kopplad till dokument Internkontrollplan	Antal Sidor 4

Internkontroll

Rapport för förvaltningschef

Nämnd/förvaltning/enhet	Socialförvaltningen
Kontrollområde (rutin/system)	Internkontrollplan 2026
Rapportering till (befattning)	Socialchef
Kontroll avser tidsperiod	Delår 2026
Kontroll utförd datum	2026-08-24

Socialförvaltningens internkontrollplan omfattar totalt sex kontrollmoment. Av dessa följs fyra upp två gånger per år, medan de övriga två följs upp en gång årligen. Granskningarna har genomförts av en bred funktionell grupp bestående av Enhetschef, Förste biståndshandläggare, MAS, MAR, Utvecklingsledare och HR

Metod för granskning och uppföljning är beskriven i internkontrollplanen, vilket säkerställer hanteringen. Planen ger därmed ett systematiskt underlag för att tidigt upptäcka risker, följa upp resultat samt stärka kvaliteten i verksamheten.

Säkerställande av att kvalitetsindikatorer följs upp i utförarverksamhet

Kontrollområde:
Granskning av avvikelsehantering samt stickprov på dokumentation i journal.

Resultat:
Det har identifierats att socialförvaltningen i dagsläget saknar en övergripande rutin för systematisk granskning av verksamheternas dokumentation och efterlevnad av gällande lagstiftning. För att säkerställa ett enhetligt och rättssäkert arbetssätt behöver en förvaltningsgemensam rutin upprättas som omfattar samtliga relevanta lagrum inom socialtjänstens verksamheter, inklusive socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Till rutinen ska en gemensam granskningsmall tas fram som tydliggör vilka kontrollområden som ska granskas, vilka bedömningskriterier som ska tillämpas samt hur resultat, avvikelser och förbättringsåtgärder ska dokumenteras och följas upp. En fastställd rutin tillsammans med en standardiserad granskningsmall är en förutsättning för att granskningen ska genomföras på ett systematiskt, likvärdigt och rättssäkert sätt i samtliga verksamheter samt skapa ett tillförlitligt underlag för det systematiska kvalitetsarbetet och den interna kontrollen.

Granskning av avvikelsehanteringen visar att det finns betydande utvecklingsbehov inom socialförvaltningen. Bristerna avser både kunskap och kompetens hos medarbetare avseende avvikelsehantering samt kvaliteten i den praktiska hanteringen av inkomna avvikelser.

Den övergripande processen för avvikelsehantering följs i huvudsak genom att avvikelser registreras, men vidare hantering tar ofta stopp där. Granskningen visar dock att det i ett flertal ärenden saknas tillräckligt tydliga beskrivningar av orsaksanalyser, beslutade åtgärder och uppföljning av genomförda förbättringsåtgärder. Dokumentationen är ofta bristfällig, vilket försvårar möjligheten att säkerställa att avvikelser leder till ett lärande och ett systematiskt förbättringsarbete.

En ytterligare utmaning är att verksamhetssystemet i dess nuvarande utformning endast möjliggör kvantitativ uppföljning, exempelvis antal registrerade avvikelser. Systemet ger inte möjlighet att på ett strukturerat sätt analysera kvaliteten i dokumenterade åtgärder, omfattningen av genomförda förbättringsinsatser eller kvaliteten i den dokumentation som ligger till grund för uppföljningen. Detta begränsar förvaltningens möjligheter att följa upp effekten av vidtagna åtgärder och identifiera återkommande brister ur ett kvalitativt perspektiv.

För att stärka den interna kontrollen och det systematiska kvalitetsarbetet behöver kompetensen inom avvikelsehantering utvecklas samtidigt som gemensamma arbetssätt, tydligare krav på dokumentation och en mer strukturerad uppföljning införs. Därutöver bör möjligheterna att komplettera verksamhetssystemets uppföljning med kvalitativa granskningsmetoder ses över, så att bedömningen inte enbart baseras på statistik över antalet avvikelser utan även omfattar kvaliteten i handläggning, åtgärder och uppföljning.

Vidtagna åtgärder:
Översyn av rutin och granskningsmall för journal har påbörjats både inom HSL och SoL.

Föreslagna åtgärder:

1. **Upprätta en förvaltningsövergripande rutin för systematisk granskning** som omfattar verksamheter enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Rutinen ska tydliggöra ansvar, omfattning, metod, frekvens och återrapportering.
2. **Ta fram standardiserade granskningsmallar** för journalgranskning och uppföljning av avvikelsehantering. Granskningsmallarna ska innehålla gemensamma bedömningskriterier för att säkerställa en likvärdig och rättssäker granskning inom samtliga verksamhetsområden.
3. **Stärka kompetensen inom avvikelsehantering** genom riktade utbildningsinsatser för chefer och medarbetare. Utbildningen bör omfatta syftet med avvikelsehantering, krav på dokumentation, orsaksanalys, förbättringsarbete samt uppföljning av vidtagna åtgärder.
4. **Tydliggöra chefens ansvar** för analys, beslut om förbättringsåtgärder och uppföljning av återkommande avvikelser.

Biståndshandläggning

Kontrollområde:
Uppföljning av biståndsbeslut inom stipulerad tid.

Resultat:
Internkontrollen visar att uppföljningar av biståndsbeslut inom hemtjänsten inte har kunnat genomföras inom lagstadgad tid i önskad omfattning. Bristen har främst sin grund i att en statsfinansierad biståndshandläggartjänst inte återbesattes, vilket har medfört en hög arbetsbelastning för befintliga handläggare och svårigheter att fullt ut hinna med grunduppdraget. Enheten har även flera nya handläggare, vilket påverkar den samlade handläggningskapaciteten och innebär att uppföljningstakten ännu inte är jämförbar med den som kan förväntas av mer erfarna handläggare.

Fram till och med maj fanns cirka 60 missade uppföljningar. Under sommaren har enheten förstärkts med en timanställd biståndshandläggare, vilket har bidragit till att arbetet kunnat återtas. Vid tidpunkten för internkontrollen återstår 11 påminnelser, vilket innebär en tydlig förbättring och att enheten i huvudsak har återgått till en mer hanterbar nivå.

Sammantaget visar resultatet att det kvarstår en risk för att uppföljningar inte genomförs inom lagstadgad tid vid otillräcklig bemanning, samtidigt som den tillfälliga förstärkningen har haft en tydligt positiv effekt på enhetens möjlighet att arbeta ikapp.

Vidtagna åtgärder:
Extra resurs under sommaren sattes in för att säkerställa att verksamheten skulle kunna arbeta ikapp med uppföljningar av beslut.

Föreslagna åtgärder:
För att skapa långsiktigt hållbara förutsättningar för uppdraget behöver bemanning och arbetssätt inom biståndshandläggningen ses över utifrån verksamhetens behov och de krav som följer av den nya socialtjänstlagen. Den bemanningsnivå som tidigare möjliggjordes genom statsfinansiering uppledes ge bättre förutsättningar att arbeta förebyggande, tidigt och mer individanpassat samt att säkerställa att uppföljningar genomförs inom lagstadgad tid. Det skapade även möjlighet till mer verksamhetsnära arbetssätt, exempelvis genom att biståndshandläggare kunde finnas tillgängliga direkt på vårdcentral, vilket underlättar tidiga insatser och samverkan kring den enskilde. Framåt behöver därför enhetens samlade uppdrag, bemanning och arbetssätt analyseras för att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar att möta både nuvarande krav och den nya socialtjänstlagens inriktning på förebyggande, tillgängliga och individanpassade insatser.

Rehabilitering

Kontrollområde:

- Rehabiliteringsplan för långtidssjukskrivna efter dag 30, stickprov 20 %.
- Samtal vid upprepad korttidsfrånvaro, stickprov 20 %.

Resultat:
Långtidssjukfrånvaro: Plan för återgång i arbete finns registrerat i 36% (av 20%) detta är en förbättring mot föregående år då det på helår var ett resultat på 18,75%. Det ska finnas en plan för återgång i arbete även i de fall där medarbetaren inte bedöms kunna återgå tillfälliga

arbetsuppgifter eller där arbetsplatsanpassning inte är möjlig och det är individer vid kontrollen i dessa ärenden som detta saknas.

Korttidsfrånvaro: Kontrollen visar att genomförda omtankessamtal vid upprepad korttidsfrånvaro finns registrerade i 54,5% av fallen. Systemet genererar en varning när en medarbetare haft sex eller fler korttidsfrånvarotillfällen.

Resultatet bedöms dock inte fullt ut spegla det faktiska arbetet, då det finns brister i registreringen. Exempelvis dokumenteras inte alltid telefonsamtal med den enskilde på ett korrekt sätt. I dialog med enhetschefer framkommer att samtal ibland genomförs i situationer där chefen inte har tillgång till dator och därför inte alltid hinner registrera samtalet i efterhand. Trots bristerna i registreringen visar resultatet en tydlig förbättring jämfört med föregående år**,** då utfallet för helåret 2025 var 25%**.** Förbättringsområdet framåt är framför allt att säkerställa en mer enhetlig och korrekt registrering av genomförda omtankessamtal, så att uppföljningen bättre speglar det faktiska arbetet.

Vidtagna åtgärder:
Information till enhetschefer och verksamhetschefer

Föreslagna åtgärder:
Fortsätta med samtalen i högre utsträckning, tät samverkan med HR.

Askersund 2026-08-24

Elin Sahlberg
Socialchef