A decorative graphic on the left side of the page, consisting of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller, light gray triangles pointing right, with one green triangle and one blue triangle interspersed.

# Granskning av missförhållanden inom hemtjänsten

**Rapport**

Region Gotland

2026-03-12

Antal sidor: 25

# 1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Syfte och revisionsfrågor</i>	5
2.2	<i>Avgränsning</i>	6
2.3	<i>Revisionskriterier</i>	6
2.4	<i>Metod</i>	6
<b>3</b>	<b>Resultat av granskningen</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Organisation och ansvar</i>	8
3.1.1	Socialnämnden	8
3.1.2	Hemtjänsten i Region Gotland	8
3.2	<i>Styrning, ledning och kontroll av berörd verksamhet</i>	8
3.2.1	Styrning och ledning	8
3.2.2	Uppföljning och kontroll	10
3.2.3	Enhetschefers förutsättningar	10
3.2.4	Bedömning	11
3.3	<i>Allvarliga händelser i hemtjänsten</i>	12
3.3.1	Bakgrund	12
3.3.2	Avvikelseberättelser	13
3.3.3	Lex Sarah	14
3.3.4	Dokumentation	16
3.3.5	Fördjupad genomgång av aktuella avvikelser på berörd enhet	16
3.3.6	Bedömning	17
3.4	<i>Personalens kompetens och kunskap</i>	19
3.4.1	Introduktion	19
3.4.2	Återkommande informations- och utbildningsinsatser	19
3.4.3	Kännedom om skyldigheter i aktuella ärenden	19
3.4.4	Bedömning	20
3.5	<i>Information och beslutade åtgärder</i>	20
3.5.1	Information till nämnden	20
3.5.2	Nämndens beslutade åtgärder	21
3.5.3	Åtgärder i förvaltningen	21
3.5.4	Bedömning	24
<b>4</b>	<b>Samlad bedömning och rekommendationer</b>	<b>25</b>

# 1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Region Gotlands revisorer fått i uppdrag att granska socialnämndens hantering av de fyra ärenden inom hemtjänsten som anmäldes till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) under våren år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende de aktuella händelserna inom hemtjänsten.


**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende de aktuella händelserna inom hemtjänsten.**

Enligt socialtjänstlagen (2025:400) ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet, vilket bland annat innebär att omsorgen ska vara trygg och säker. Alla som arbetar inom socialtjänsten har ansvar för att bidra till god kvalitet, och socialnämnden ska systematiskt följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet samt fastställt andra styrdokument som enligt vår bedömning skapar förutsättningar för styrning, ledning och kontroll av kvaliteten i verksamheten. I de aktuella händelserna konstateras dock att grundläggande delar inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte har efterlevts. Det har funnits brister i avvikelserapportering, Lex Sarah-processen, dokumentation och rapporteringskultur, liksom bristande kunskap hos personalen om gällande skyldigheter. Avvikelse och uppgifter av allvarlig karaktär har inte rapporterats eller dokumenterats i tid, vilket medfört risker för både brukarnas trygghet och möjligheten att vidta nödvändiga åtgärder.

Socialnämnden informerades om händelserna i mars 2025, men under resten av året har informationen till nämnden enligt vår bedömning varit begränsad och fragmenterad. Nämnden har inte efterfrågat en samlad redovisning av vidtagna åtgärder och har inte fattat beslut om åtgärder under 2025. Vi bedömer att förvaltningen har vidtagit flera relevanta åtgärder, men att nämnden inte har följt upp dessa på ett strukturerat sätt.

I det följande redovisas samlad bedömning av revisionsfrågan per revisionsobjekt.

<div>NejEndast delvisI allt väsentligtJa</div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har socialnämnden säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av de aktuella verksamheterna där händelserna inträffat?	Endast delvis
Har socialnämnden säkerställt att första linjens chefer i de aktuella ärendena har förutsättningar att kunna ta ansvar utifrån sina roller?	Endast delvis

Har socialnämnden säkerställt att avvikelser och Lex Sarah hanterats korrekt i de aktuella ärendena?	Nej
Har socialnämnden säkerställt att rapporterings- och dokumentations-skyldigheten hanterats korrekt i de aktuella ärendena?	Nej
Har socialnämnden säkerställt att personal har tillräcklig kunskap om aktuella skyldigheter i de aktuella ärendena?	Nej
Har socialnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anledning av de aktuella händelserna?	Endast delvis

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att första linjens chefer ges tillräcklig introduktion och förutsättningar för att leda och följa upp kvalitetsarbetet i enlighet med gällande regelverk, riktlinjer och rutiner.
- Säkerställa följsamhet till aktuella riktlinjer och rutiner inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten och dokumentationsskyldigheten.
- Säkerställa att all personal inom nämndens ansvarsområde har kunskap om vilka krav ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer på respektive medarbetare.
- Säkerställa att personalens kompetens kring avvikelserns betydelse för kvalitetsarbetet stärks i syfte att främja en kultur där avvikelseanmälan används som ett verktyg för lärande och förbättring.
- Säkerställa att åtgärder som förvaltningen vidtagit med anledning av berörda händelser fullföljs och följs upp av nämnden.

## 2 BAKGRUND

---

Azets Revision & Rådgivning har av Region Gotlands revisorer fått i uppdrag att granska socialnämndens hantering av de fyra ärenden inom hemtjänsten som anmäldes till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) under våren 2025. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Socialnämnden anmälde under våren 2025 fyra ärenden till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Utifrån information på regionens hemsida framgår att ärendena avsåg brukare inom hemtjänsten som upplevt ett obehagligt och otryggt bemötande från en anställd i regionen. Vidare framgår att ärendena avsåg händelser av sexuell karaktär från en anställd mot brukare i hemtjänsten.

Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. God kvalitet innebär bland annat att omsorgen ska vara säker. En säker omsorg innebär att omsorgen ska utformas så att den äldre skyddas från fysiska och psykiska övergrepp. Därtill ska den äldre uppleva omsorgen som trygg. I socialtjänstlagen beskrivs även inriktningen på socialtjänstens verksamhet som innebär att verksamheten ska *”... inriktas på att enskilda får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”*.

Socialnämnden ska enligt socialtjänstlagen (2025:400) systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det ska därtill finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med tillhörande rutiner som den som bedriver socialtjänst, vilket i detta fall är socialnämnden, ansvarar för. Ledningssystemet ställer krav på bland annat hur avvikelser och Lex Sarah ska hanteras men även hur information ska rapporteras och dokumenteras (rapporterings- och dokumentationsskyldighet). Föreskrifterna för ledningssystemet ställer även krav på medarbetarnas kompetens och kunskap.

Revisorerna bedömer att det finns en risk att kraven utifrån lagstiftning och föreskrifter avseende kvalitetsarbetet inte efterlevts i de fyra aktuella ärendena. Regionens revisorer har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av de fyra händelserna.

### 2.1 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

---

Granskningen har syftat till att bedöma om socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende aktuella händelser inom hemtjänsten.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har socialnämnden säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av de aktuella verksamheterna där händelserna inträffat?
- Har socialnämnden säkerställt att första linjens chefer i de aktuella ärendena har förutsättningar att kunna ta ansvar utifrån sina roller?
- Har socialnämnden säkerställt att avvikelser och Lex Sarah hanterats korrekt i de aktuella ärendena?

- Har socialnämnden säkerställt att rapporterings- och dokumentationsskyldigheten hante-rats korrekt i de aktuella ärendena?
- Har socialnämnden säkerställt att personal har tillräcklig kunskap om aktuella skyldigheter i de aktuella ärendena?
- Har socialnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anled-ning av de aktuella händelserna?
  - Vilken information erhöll socialnämnden med anledning av de aktuella ärendena?

## 2.2 AVGRÄNSNING

---

Granskningen avgränsas till att avse de fyra ärenden inom hemtjänsten som Lex Sarah-anmäl-des till IVO under våren 2025. Granskningen avser socialnämnden.

## 2.3 REVISIONSKRITERIER

---

Granskningen utgår från nedanstående revisionskriterier:

- **Kommunallagen (2017:725):** Enligt kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.
- **Socialtjänstlagen (2025:400):** Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. God kvalitet innebär bland annat att vården och omsorgen ska vara säker. En säker vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska utformas så att den äldre skyddas från fysiska och psykiska övergrepp. Därtill ska den äldre uppleva vården och omsorgen som trygg.

Vidare framgår i socialtjänstlagen hur allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska hanteras genom att dokumenteras, utredas, avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Likaså ska anmälan snarast ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitets-arbete (2011:9) med tillhörande handbok:** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Därtill har Socialstyrelsen ut-färdat en handbok som närmare beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

## 2.4 METOD

---

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer, fördjupad genomgång av av-vikelser och Lex Sarah samt aktuella brukares journaler.

Dokumentstudier har genomförts av rutiner och riktlinjer inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, exempelvis avseende avvikelser, Lex Sarah, rapporterings- och dokumentationsskyldighet, journalföring, kvalitetsberättelser med mera.

Intervjuer har genomförts med socialnämndens presidium, socialdirektör, avdelningschef Hemtjänst, verksamhetsutvecklare inom hemtjänsten, nuvarande enhetschef vid berörd enhet samt de två tidigare enhetscheferna, kvalitetschef samt utvecklingsledare.

Utöver dokumentstudier och intervjuer har en fördjupad genomgång genomförts av rapporterade avvikelser på aktuell enhet för perioden 2023–2025. Vidare har det skett en genomgång av aktuella Lex Sarah-rapporter samt de brukares journaler som Lex Sarah-rapporterna avser. Resultatet av dessa genomgångar presenteras i avsnitt 3.3.

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



Samtliga intervjuade har fått möjlighet att faktagranska rapporten.

## 3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 3.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

#### 3.1.1 Socialnämnden

Socialnämnden i Region Gotland ska enligt *Reglemente för socialnämnden*<sup>1</sup> fullgöra regionens uppgifter inom socialtjänsten och vad som sägs i annan lag om socialnämnd samt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden ansvarar också för den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Enligt *Reglemente med allmänna bestämmelser för regionstyrelsen och övriga nämnder*<sup>2</sup> ska socialnämnden verka för god kvalitet och arbetsmiljö i verksamheten. Därtill ska nämnden inom sitt verksamhetsområde följa vad som anges i lag eller annan författning. Nämnden ska också följa det fullmäktige har bestämt att nämnden ska fullgöra, samt verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer.

#### 3.1.2 Hemtjänsten i Region Gotland

Underställt socialnämnden finns socialförvaltningen. Förvaltningen leds av en socialdirektör och är indelad i olika avdelningar, varav hemtjänsten är organiserad i en egen avdelning. Hemtjänsten leds av en avdelningschef och underställt avdelningschefen finns enhetschefer som utgör första linjens chefer i hemtjänsten. De händelser som omfattas av denna granskning har inträffat vid en enhet inom hemtjänsten.

### 3.2 STYRNING, LEDNING OCH KONTROLL AV BERÖRD VERKSAMHET

#### 3.2.1 Styrning och ledning

##### 3.2.1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

*Socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbetet* beskrivs i ett styrdokument<sup>3</sup>. Ledningssystemet utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) och i styrdokumentet anges att syftet med ledningssystemet är att ”*genom systematiskt och fortlöpande arbete utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten*”. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs utgå ifrån övergripande mål och grundläggande värderingar i respektive lagstiftning. Ledningssystemet för kvalitet uppges också i tillämpliga delar vara kopplad till regionens styrmodell. Socialnämnden ska väga samman lagstiftningen och nämndens egna ambitioner för att leda verksamhetens inriktning och utveckling. Enligt styrdokumentet anger ledningssystemet hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas och anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

I styrdokumentet beskrivs ansvarsfördelningen och organisationen för nämndens samt förvaltningens kvalitetsarbete. Ansvaret är uppdelat mellan socialnämnden, socialdirektör, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kvalitetschef, myndighetschefer, avdelningschefer, verksamhetschefer enligt HSL, enhetschefer och medarbetare. Det framgår att enhetschefer ansvarar för att

---

<sup>1</sup> Regionfullmäktige, reviderad 2022-12-12 §238

<sup>2</sup> Regionfullmäktige, reviderad 2025-09-22 §152

<sup>3</sup> Socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbete, socialnämnden 2020-09-16

kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare, samt ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete. Enhetschefer har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom sin enhet. Medarbetare ansvarar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Samtliga medarbetare har också skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud.

Enligt dokumentet ska socialnämnden identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I detta arbete ska rutiner utarbetas och fastställas för varje aktivitet som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat inom verksamheten.

I styrdokumentet beskrivs vidare det systematiska förbättringsarbetet, vilket utgår ifrån PDSA-cirkeln<sup>4</sup>. Där framgår att verksamheten ska arbeta med risk- och händelseanalys, egenkontroller, avvikelser samt klagomål och synpunkter. Vidare beskrivs även rapporteringsskyldigheten gällande missförhållanden och vårdskador samt dokumentationsskyldigheten. I ledningssystemet beskrivs även hur uppföljning, sammanställning och analys av kvalitetsarbetet ska göras.

### **3.2.1.2 Uppdrag och kvalitetskrav för hemtjänsten samt kvalitetsgaranti**

Socialnämnden har beslutat om *Uppdrag och kvalitetskrav Hemtjänst*<sup>5</sup> som beskrivs vara ett styrdokument som anger nämndens krav på kvalitet och innehåll för verksamheter inom socialförvaltningens egen regi och privata verksamheter som socialnämnden har avtal med. Kraven utgår enligt dokumentet ifrån allmänna råd, föreskrifter och lagstiftning samt utgör underlag vid socialförvaltningens kvalitetsuppföljningar. Respektive verksamhet ansvarar för att aktuella krav är kända av medarbetare i verksamheten.

I styrdokumentet framgår olika typer av kvalitetskrav på hemtjänsten i Region Gotland, bland annat:

- Verksamheten ska arbeta i enlighet med ett kvalitets- och ledningssystem som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrift. Personalen ska känna till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och vara delaktiga i kvalitetsarbetet samt ha kännedom om verksamhetsområdets kvalitetskrav och kvalitetsgarantier.
- Missförhållanden och risk för missförhållanden enligt SoL och LSS ska rapporteras, utredas och åtgärdas.
- Verksamheten ska ha rutin som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds och åtgärdas. All personal ska ha kännedom om skyldigheten att rapportera avvikelser.
- Verksamheten ansvarar för att personal får teoretisk och praktisk introduktion i samband med anställningen i tillräcklig utsträckning för att kunna utföra det vardagliga arbetet.

Utifrån *Uppdrag och kvalitetskrav Hemtjänst* har även kvalitetsgarantier utformats, vilka riktar sig till mottagare av hemtjänstinsatserna. Kvalitetsgarantin beskriver vad den enskilde och anhöriga

---

<sup>4</sup> Engelska för Plan Do, Study, Act, till svenska översatt Planera, Genomföra, Studera, Agera.

<sup>5</sup> Socialnämnden, 2025-03-04

kan förvänta sig av insatserna, exempelvis "Vi har ett gott bemötande med respekt, vänlighet och lyhördhet och arbetar utifrån att du ska bibehålla din förmåga".

### **3.2.1.3 Verksamhetsplan**

Socialnämnden beslutar årligen om en verksamhetsplan för sin verksamhet. I *Verksamhetsplan 2025–2029* framgår nämndens mål och aktiviteter för verksamheten under planperioden. Nämndens mål utgörs både av koncerngemensamma mål och specifika nämndmål. Flera av målen och aktiviteterna berör kvalitetsarbetet i förvaltningen, däribland:

- Andelen utbildade undersköterskor/stödassistenter i äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade ska öka årligen och vara minst 75 procent år 2027
- Andelen som upplever ett bra och respektfullt bemötande i mottagande av socialnämndens tjänster och insatser ska öka årligen och uppgå till 100 procent år 2027

## **3.2.2 Uppföljning och kontroll**

### **3.2.2.1 Kvalitetsberättelse**

Enligt *Socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbetet* ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras på enhets- och avdelningsnivå i en årlig patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. I *Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2024* redovisas en övergripande uppföljning avseende kvalitetsarbetet år 2024. Där beskrivs arbete som genomförts under åren samt utvecklingsområden utifrån olika perspektiv. I kvalitetsberättelsen framgår bland annat antalet Lex Sarah-utredningar, antalet klagomål och synpunkter samt egenkontroller som genomförts under året.

I kvalitetsberättelsen beskrivs avvikelsearbetet i förvaltningen vara ett utvecklingsområde utifrån att det är få rapporterade avvikelser i vissa verksamheter, vilket skulle kunna tyda på underrapportering utifrån socialtjänstlagen. Antalet avvikelser, aggregerat eller per verksamhet, framgår dock inte av kvalitetsberättelsen. I granskningen har andra brister relaterat till kvalitetsarbetet framkommit, bland annat avseende Lex Sarah, rapporteringskultur och personalens kunskap, detta framgår dock inte av kvalitetsberättelsen för år 2024. Nämnden godkände kvalitetsberättelsen vid sitt sammanträde i mars år 2025.

### **3.2.2.2 Intern kontroll**

Socialnämnden följer även upp och kontrollerar verksamheten genom att årligen besluta om en internkontrollplan. I socialnämndens *Internkontrollplan 2025* framgår olika kontroller med bäring på kvalitetsarbetet, bland annat:

- Genomförandeplaner: Att aktuella genomförandeplaner finns
- Genomförandeplaner delaktighet: Att aktuella genomförandeplaner är skapade tillsammans med brukare
- Läkemedelshantering: Att läkemedelshantering fungerar enligt regelverk

## **3.2.3 Enhetscheferns förutsättningar**

Som tidigare nämnts inträffar de händelser som omfattas av denna granskning inom en enhet i hemtjänsten. I tabellen nedan redovisas antalet medarbetare samt antalet brukare inom enheten under år 2023, 2024 samt 2025.

År	Antal medarbetare	Antal brukare
2023	37	244
2024	26	277
2025	28	248

Under tidsperioden då händelserna inträffar och hanteras har enheten haft tre olika enhetschefer vid olika tidpunkter. Den första enhetschefen slutade som enhetschef för enheten i april år 2024 och därefter fanns en tillförordnad enhetschef under perioden april 2024 - januari 2025. Nuvarande enhetschef tillträdde i februari år 2025.

### 3.2.3.1 Introduktion och utbildning

I intervjuer framförs att de tidigare enhetscheferna för enheten upplevt att introduktionen varit otillräcklig, särskilt vad gäller det systematiska kvalitetsarbetet och avvikelshantering. Det beskrivs att introduktionen bestått av att enhetschefskollegor, som blivit mentorer, haft en kortare genomgång av hur de arbetar i olika system men att det saknats en strukturerad introduktion. En åtgärd som vidtagits utifrån de aktuella händelserna i hemtjänsten är en översyn/revidering av introduktionen för enhetschefer. I *Rutin introduktion enhetschef* framgår nu en checklista över vad som ska ingå i nyanställda enhetschefers introduktion inom förvaltningen, där det bland annat framgår att rutiner för avvikelshantering, kvalitets- och kravdokument, Lex Sarah, Lex Maria och rutiner/riktlinje för synpunktshantering ska ingå. En sådan rutin fanns enligt uppgift inte som del i introduktionen före 2025.

Under år 2024 genomförde verksamhetsutvecklare utbildningsinsatser relaterat till avvikelser och avvikelshantering för chefer och medarbetare inom hemtjänsten. I intervjuer beskrivs dessa insatser som uppskattade och som ett tillfälle då enhetschefers kunskap på området stärktes.

### 3.2.3.2 Stödfunktioner

Inom socialförvaltningen och hemtjänsten finns flera stödfunktioner som ger stöd till enhetschefer, bland annat inom HR, ekonomi, rekrytering och bemanning. Det finns även en verksamhetsutvecklare med ansvar för att ge stöd i kvalitetsfrågor. I intervjuer framkommer att verksamhetsutvecklaren varje vecka håller en "kvalitetstimme" där enhetschefer kan lyfta och diskutera avvikelser och andra kvalitetsrelaterade frågor.

Inom den berörda enheten finns även två teamledare som ska utgöra ett stöd för både personal och enhetschef. I intervjuer beskrivs teamledarna ha ett brett uppdrag men att deras huvudsakliga arbete avser planering och bemanning. Därtill ska de även vägleda övrig personal i det dagliga arbetet.

### 3.2.4 Bedömning

---

Vi bedömer att socialnämnden **endast delvis** säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av de aktuella verksamheterna där händelserna inträffat.

---

Enligt socialtjänstlagen är socialnämnden ansvarig för att systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem

för det systematiska kvalitetsarbetet samt fastställt andra styrdokument som enligt vår bedömning skapar förutsättningar för styrning, ledning och kontroll av den berörda verksamheten.

Vi konstaterar även att socialnämnden genom verksamhetsplan, uppdrag och kvalitetskrav styr och leder hemtjänsten för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

När det gäller nämndens kontroll och uppföljning konstaterar vi att uppföljning och kvalitet sker, men vi bedömer att den inte varit tillräckligt omfattande. Vi noterar exempelvis att antalet avvikelser per verksamhet inte redovisas i kvalitetsberättelsen, samt att underrapportering av avvikelser har identifierats som ett utvecklingsområde, utan att nämnden har efterfrågat åtgärder kopplat till detta.

Som framgår vidare i föreliggande rapport konstaterar vi emellertid att styrningen, ledningen och kontrollen inte har fått tillräckligt genomslag i den aktuella verksamheten där händelserna inträffat. Detta visar sig genom olika former av brister i kvalitetsarbetet vad gäller bland annat avvikelser, Lex Sarah, rapporteringskultur och personalens kunskap om kvalitetsarbete (se avsnitt 3.3).

---

Vår bedömning är att socialnämnden **endast delvis** säkerställt att första linjens chefer i de aktuella ärendena har haft förutsättningar att kunna ta ansvar utifrån sina roller.

---

Vidare bedömer vi att nämnden endast delvis har säkerställt att första linjens chefer vid berörd verksamhet haft tillräckliga förutsättningar vad gäller introduktion och kunskap om kvalitetsarbetet. Det finns däremot stödfunktioner såsom HR, ekonomi, bemanning och verksamhetsutvecklare som erbjuder stöd till enhetschefer. Vi noterar också att förbättringsåtgärder har vidtagits, bland annat genom en reviderad introduktionsrutin och genomförda utbildningsinsatser (se avsnitt 3.5.3). Dessa åtgärder har dock genomförts först efter att berörda händelser uppmärksammats.

### 3.3 ALLVARLIGA HÄNDELSER I HEMTJÄNSTEN

Socialnämnden anmälde i mars år 2025 ett allvarligt missförhållande enligt socialtjänstlagen till IVO. I maj år 2025 anmäldes ytterligare tre allvarliga missförhållanden. Missförhållandena avsåg enligt anmälningarna sexuella övergrepp. Samtliga fyra brukare som utsatts har pekat ut samma medarbetare för dessa övergrepp.

I avsnitten nedan beskrivs de fyra ärendena, samt hur avvikelserapportering, Lex Sarah-processen och dokumentation har hanterats i respektive ärende.

#### 3.3.1 Bakgrund

I början av år januari år 2025 berättar en brukare (Ärende 1) för enhetschef att denne upplevt ett obehagligt bemötande, som enligt brukaren handlat om sexuellt övergrepp, av en medarbetare inom hemtjänsten. Samma dag som enhetschef får informationen stängs medarbetaren av från sin tjänst och brukaren gör en polisanmälan. Medarbetaren stängs av från tjänstgöring den 8 januari.

Runt den 9–10 januari år 2025 informerar enhetschef arbetsgruppen om händelsen och att den utpekade medarbetaren har stängts av från sin tjänst. I samband med detta börjar flera medarbetare påminna sig om andra brukare som har framfört liknande information om den utpekade medarbetare under år 2024. En medarbetare pratar under de kommande dagarna (9–15 januari) med en av dessa brukare (Ärende 2) och ber denne återberätta de händelser och beteenden som brukaren framfört tidigare under hösten år 2024. Brukaren berättar då om olika beteenden som avser sexuella övergrepp.

I samband med att dessa händelser uppmärksammas kontaktas verksamhetsutvecklare i januari 2025 av en medarbetare som har frågor kring vad som betraktas som en avvikelse. Detta med anledning av information som framfördes till medarbetaren av en brukare (Ärende 3) i augusti år 2024. Brukaren berättade då att denne har en sexuell relation med den utpekade medarbetaren. Brukaren berättade i samband med detta att hen ville avsluta relationen. Medarbetaren informerade i augusti år 2024 enhetschef om händelsen, som i sin tur kontaktade brukaren och uppmanade brukaren att polisanmäla händelsen. Enhetschef hade också samtal med den utpekade medarbetaren och beslutade att medarbetaren inte ska fortsätta utföra insatser hos den aktuella brukaren.

Verksamhetsutvecklare kontaktades även av en annan medarbetare i januari 2025 som hade frågor om vad som betraktas som en avvikelse. Detta med anledning av information som framförts av en brukare (Ärende 4) i januari år 2024. Brukaren berättade då för medarbetaren att denne upplevde sexuella inviter från den utpekade medarbetaren. Medarbetaren berättade detta för enhetschef i januari år 2024, som då hade ett samtal med den utpekade medarbetaren. Utifrån samtalet beslutades att medarbetaren inte ska ge insatser till brukaren.

### **3.3.2 Avvikelserapportering**

#### **3.3.2.1 Riktlinjer och rutiner**

I *Socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbete* framgår att socialnämnden inom ramen för ledningssystemet ska ha rutiner för rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden enligt socialtjänsten samt vårdskador enligt hälso- och sjukvårdslagen. Därtill är nämnden ansvarig för ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet genom verksamheten, och göra sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter.

För avvikelshanteringen finns flertalet stödjande dokument som beskriver hur avvikelser ska rapporteras och hanteras. Ett av dessa är riktlinjen *Avvikelsehantering enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*<sup>6</sup>. I riktlinjen definieras innebörden av en avvikelse som ”en händelse som inte överensstämmer med rutin och/eller avviker från förväntat händelseförlopp”. Vidare anges att en händelse som har konsekvenser för den enskilde och/eller organisationen i mindre omfattning kan vara en avvikelse, fel och/eller brist, medan en avvikelse som har betydande konsekvenser för den enskilde och/eller organisationen kan vara ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande.

Enligt rutinen ska medarbetare som uppmärksammar avvikande händelser vidta eventuella omedelbara åtgärder och därefter rapportera händelsen i ett avvikelshanteringssystem. Den som

---

<sup>6</sup> Socialnämnden, reviderad 2025-07-01

upptäcker en avvikande händelse är skyldig att skriva en rapport. Rapporten ska enligt riktlinjen innehålla en kortfattad beskrivning av avvikelsen, konsekvenserna för den enskilde och eventuella förslag på åtgärder.

### **3.3.2.2 Hantering i berörda händelser**

Nedan beskrivs hur avvikelser har rapporterats i de aktuella ärendena.

**Ärende 1:** Händelsen som ärendet avser inträffar i början av januari år 2025. Enhetschef får information om händelsen den 8 januari. En avvikelserapport gällande händelsen rapporteras den 22 januari.

**Ärende 2:** En brukare berättar vid flera tillfällen under hösten år 2024 om den utpekade medarbetarens avvikande beteenden för en annan medarbetare. När brukaren framför detta går inte att fastställa. Medarbetaren rapporterar ingen avvikelse och informerar inte enhetschef. Detta beskrivs bero på att medarbetaren inte upplevde att informationen var så pass allvarlig att chef behövde informeras eller att det behövde rapporteras som en avvikelse. Någon gång under perioden 9–15 januari 2025 ber medarbetaren brukaren att återberätta och närmare beskriva de beteenden som den utpekade medarbetaren haft under hösten 2024. Medarbetaren informerar då enhetschef som uppmanar medarbetaren att rapportera en avvikelse. En avvikelse rapporteras sedan in den 17 februari.

**Ärende 3:** Brukaren berättar för en medarbetare någon gång i augusti år 2024 att denne har en sexuell relation med den utpekade medarbetaren som brukaren önskar avsluta. Medarbetaren informerar enhetschef om det brukaren framfört, dock rapporterar denne ingen avvikelse i avvikelshanteringssystemet. Enhetschef rapporterar inte heller in en avvikelse. Händelsen uppmärksammas igen i januari år 2025. Medarbetare kontaktar då verksamhetsutvecklare med frågor kring vad som kan betraktas och rapporteras som avvikelser. Verksamhetsutvecklare uppmanar medarbetaren att skriva avvikelsen i efterhand, vilket medarbetaren gör. En avvikelse rapporteras den 31 januari 2025.

**Ärende 4:** Brukaren berättar för en medarbetare i januari år 2024 att denne upplever sexuella inviter av den utpekade medarbetaren. Medarbetaren berättar detta för enhetschef, men rapporterar inte in en avvikelse i avvikelshanteringssystemet. Enhetschef rapporterar inte heller in en avvikelse. Händelsen uppmärksammas igen i januari år 2025. Medarbetare kontaktar då verksamhetsutvecklare med frågor kring vad som kan betraktas och rapporteras som avvikelser. Verksamhetsutvecklare uppmanar medarbetaren att skriva avvikelsen i efterhand, vilket medarbetaren gör. En avvikelse rapporteras den 31 januari 2025.

Som framgår av beskrivningarna ovan har avvikelser relaterat till de olika händelserna rapporterats in i efterhand. Händelserna som uppmärksammas i början av januari år 2025, men som inträffade under år 2024, rapporteras i slutet av januari samt i mitten av februari. I intervjuer poängteras dock att arbetet med att hantera, utreda och åtgärda händelserna påbörjades så fort enhetschef fick kännedom om händelserna i början av januari.

### **3.3.3 Lex Sarah**

I *Socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbete* anges att ledningssystemet ska innehålla rutiner för hantering av missförhållanden enligt socialtjänstlagen. Det anges att anställda inom socialförvaltningen är skyldiga att genast rapportera missförhållande eller risk för missförhållande.

Enhetschef ansvarar för att bedöma om händelsen är att betrakta som ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande och att utredning enligt Lex Sarah ska genomföras. Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande rapporteras till socialförvaltningens kvalitetschef. Det är även kvalitetschef som beslutar om händelsen är ett allvarligt missförhållande som ska anmälas som en Lex Sarah till IVO.

I riktlinjen *Avvikelsehantering enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* framgår att alla avvikande händelser som bedömts som missförhållanden och/eller påtagliga risker för missförhållanden ska utredas enligt Lex Sarah. Det är enhetschef som bedömer om avvikelserapporter avser ett missförhållande. Enhetschef ska då sända rapporten i avvikelsehanteringssystemet till avdelningschef för kännedom. Om det finns behov av ytterligare utredare sänder avdelningschef rapporten vidare i avvikelsehanteringssystemet till kvalitetschef som utser Lex Sarah-utredare. Avdelningschefen sänder rapporten tillbaka till enhetschefen om rapporten ska utredas inom avdelningen.

Enligt rutinen ska en Lex Sarah-utredning påbörjas omgående och slutföras inom två månader. Utredare lämnar förslag till beslut och förankrar detta hos avdelningschef och kvalitetschef. Vid behov kan en utredning behöva ta längre tid än två månader. I rutinen beskrivs syftet med utredningen och vad utredningen ska innefatta. Som stöd i arbetet finns en mall för utredning.

Enligt riktlinjen ska socialnämnden ges information när en utredning enligt Lex Sarah inleds och när en utredning enligt Lex Sarah avslutas med ett beslut. Kvalitetschef informerar kommunikatör, socialdirektör och socialnämnd om att anmälan enligt Lex Sarah gjorts till IVO.

### **3.3.3.1 Hantering i berörda händelser**

**Ärende 1:** Enligt uppgift inleds Lex Sarah-utredningen omgående efter att enhetschef får kännedom om händelsen den 8 januari 2025. Utredningen följer den utredningsmall som har upprättats av förvaltningen. Utredningen avslutas i början av mars 2025 och kvalitetschef beslutar att betrakta det inträffade som ett allvarligt missförhållande. Den 5 mars 2025 görs en anmälan till IVO.

**Ärende 2, 3 och 4:** Enligt uppgift inleds Lex Sarah-utredningen omgående efter att enhetschef får kännedom om händelserna i mitten av januari. Utredningarna genomförs parallellt och följer den utredningsmall som har upprättats av förvaltningen. Utredningen avslutas i mitten av maj 2025 och kvalitetschef beslutar att betrakta det inträffade som allvarliga missförhållanden. Den 19 maj anmäls missförhållandena till IVO.

Utredningarna i ärende 2, 3 och 4 passerade tidsramen om två månader som anges i gällande rutin. I intervjuer uppges orsaken till detta vara att nya uppgifter framkommit under arbetets gång, vilket gjort att utredningarna behövde ses över och kompletteras. Det uppges att kvalitetschef under denna period haft dialog med IVO gällande detta.

### 3.3.4 Dokumentation

Vad gäller rutiner för dokumentation framgår av riktlinjen *Social dokumentation enligt SoL och LSS utförarverksamheter*<sup>7</sup> samt av informationsdokumentet *Dokumentera i journal*<sup>8</sup>. I dokumenten beskrivs hur personal ska arbeta med social dokumentation. Det framgår att bland annat följande ska framgå av verkställighetsjournal:

- Händelser av betydelse, iakttagelser och/eller åtgärder som vidtagits gällande brukaren kopplat till insatsen.
- Möten, samtal eller andra kontakter med den enskilde eller andra där det har framkommit information av betydelse gällande brukaren och insatsen.
- Om synpunkter eller klagomål gällande genomförandet av en beslutad insats har framförts och i så fall vilka eventuella åtgärder som vidtagits.

#### 3.3.4.1 Hantering i berörda händelser

**Ärende 1:** Av brukarens verkställighetsjournal framgår en journalanteckning av enhetschef den 29 januari år 2025 som beskriver händelsen som inträffat den 2 januari.

**Ärende 2:** Av brukarens verkställighetsjournal framgår ingen information om händelserna eller det brukaren framfört under hösten år 2024. I mars år 2025 finns en journalanteckning av enhetschef om att brukaren har informerats om att en utredning är påbörjad gällande en inkommen avvikelse där en personal uppfört sig olämpligt vid brukaren och detta är kategoriserat som sexuellt övergrep.

**Ärende 3:** Av brukarens verkställighetsjournal framgår ingen information om händelserna eller det brukaren framfört i augusti år 2024. I februari år 2025 har enhetschef skrivit en anteckning om informationen brukaren framfört, samt att en avvikelse är skriven och att en Lex Sarah-utredning pågår.

**Ärende 4:** Av brukarens verkställighetsjournal framgår en journalanteckning av enhetschef från februari år 2025 som beskriver händelsen som inträffar i januari 2024. Där framgår att brukare har upplevt kränkning från en av medarbetarna.

### 3.3.5 Fördjupad genomgång av aktuella avvikelser på berörd enhet

Vi har inom ramen för föreliggande granskning genomfört en fördjupad genomgång av samtliga rapporterade avvikelser på aktuell enhet för perioden 2023–2025.

Vid genomgången av samtliga rapporterade avvikelser noterades en avvikelse daterad den 4 juni 2025 där det framgår att en brukare: *"... läst i tidningen om de sexuella övergrepp som varit inom hemtjänsten och hen<sup>9</sup> berättade att även hen varit utsatt för det av en medarbetare och hen kunde även namnge denne. Hen berättade även att hen känt sig hotad och rädd av en annan medarbetare då hen varit på promenad med denne. Även denna medarbetare namngav hen"*

---

<sup>7</sup> Socialnämnden, 2024-03-21

<sup>8</sup> Avdelningschef, 2025-10-20

<sup>9</sup> I granskningen avidentifieras könet på den aktuella brukaren.

Vid uppföljning av avvikelserna med förvaltningen framgår att händelsen inträffade den 2 juni 2025 och avvikelserna rapporterades den 4 juni 2025. Den 4 juni träffade aktuell enhetschef brukaren och lyssnade in brukarens berättelse. Brukaren informerade enhetschefen, enligt förvaltningen, om att händelserna inträffade 2023 där brukaren fått ett dåligt bemötande från två personal. Enligt förvaltningen avser den ena situationen den personal som varit involverad i övriga utredningar. Brukaren hade enligt förvaltningen inte blivit fysisk utsatt, men mötts av ett mycket olämpligt beteende med sexuella referenser. Den andra händelsen handlar enligt förvaltningen om dåligt bemötande i samband med diskussion avseende politik där brukaren inte fått den hjälp den behövde, och hade rätt till, samt behövde reparera ett handtag. Brukaren meddelade enligt förvaltningen vid tiden för händelserna 2023 ingen att det hänt.

Förvaltningen uppger vidare att personalen som varit involverade i händelserna inte arbetade kvar i juni 2025 när avvikelserna rapporterades. Enligt förvaltningen översände den 9 juni avdelningschef underlaget till kvalitetschef för stöd i bedömningen. Avdelningschef ansåg att händelsen utgjorde ett mycket dåligt bemötande men att konsekvenserna inte varit allvarliga för den enskilde samt att aktuell personal är inte längre anställda. Vidare uppger förvaltningen att kvalitetschef den 9 juni lyfte ärendet på kvalitetsenhetens möte och ett resonemang fördes om hantering och konsekvensen för den enskilde. Utifrån detta återkopplades den 12 juni en bekräftelse av avdelningschefens bedömning med uppmaningen att verksamheten behövde säkerställa att brukaren får det stöd som behövs utifrån händelserna.

### 3.3.6 Bedömning

---

Vår bedömning är att socialnämnden **inte** har säkerställt att avvikelser och Lex Sarah hanterats korrekt i de aktuella ärendena.

---

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst rapportera och utreda avvikelser inom verksamheten. Därtill ska den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Vi konstaterar det finns riktlinjer och rutiner för hur avvikelser samt missförhållanden och risker för missförhållanden ska rapporteras, hanteras och åtgärdas. Vi bedömer dock att dessa riktlinjer och rutiner inte har efterlevts i de aktuella ärendena vad gäller rapportering av avvikelser. Majoriteten av avvikelserna som rapporteras in gällande de fyra händelserna rapporteras in flera månader efter att händelserna inträffar, vilket inte är förenligt med Socialstyrelsens föreskrifter eller socialnämndens riktlinjer avseende avvikelshantering.

Att avvikelserna inte har rapporterats när de inträffat är enligt vår bedömning allvarligt. När avvikelserrapportering inte sker försämrar möjligheten att analysera händelsen, bedöma risker och vidta förebyggande, korrigerande och stödjande åtgärder för brukare. Det försvårar också möjligheten att identifiera mönster eller återkommande brister i verksamheten. När avvikelser inte rapporteras i tid ökar risken för att liknande händelser upprepas, och att missförhållanden eller risker för missförhållanden inte upptäcks eller åtgärdas innan de får konsekvenser för brukarnas trygghet och säkerhet.

Vi konstaterar att Lex Sarah utredningarna när de initieras följer aktuell utredningsmall. Vi bedömer dock att processen för Lex Sarah inte efterlevts i verksamheten. Av de rapporterade avvikelserna framgår att de i två ärenden under januari 2024 respektive augusti 2024 framkommit uppgifter av sexuell karaktär om en medarbetare på enheten till personal och enhetschef. Information om att en händelse har sexuell karaktär, är enligt vår bedömning att betrakta som grund för att rapportera och inleda en Lex Sarah utredning. Att det funnits uppgifter om aktuella händelser på enheten och att varken avvikelse eller Lex Sarah rapporterats i anslutning till att medarbete fick information om händelserna är enligt vår bedömning bristfälligt.

Vi noterar utifrån den fördjupade genomgången av samtliga rapporterade avvikelser på berörd enhet att en av avvikelserna avser ”... ett mycket olämpligt beteende med sexuella referenser”. En Lex Sarah ska utreda om det föreligger en risk för ett missförhållande eller ett missförhållande alternativt allvarliga sådana. Enligt aktuellt regelverk kan en Lex Sarah exempelvis vara sexuella övergrepp eller sexuella trakasserier, till exempel ”... antydningar av sexuellt slag”. Vi konstaterar att förvaltningen följt upp händelsen i direkt anslutning till att den rapporterades. Vi bedömer dock, beaktat karaktären på händelsen och att den avser ett beteende med sexuella referenser, att händelsen borde rapporterats och utretts för att bedöma om det förelåg en Lex Sarah. Vi kan inte bedöma om en Lex Sarah förelegat i aktuellt fall men bedömer att förvaltningen borde utrett detta mer formellt än genom den dialog som enligt uppgift skett.

---

Vår bedömning är att socialnämnden **inte** har säkerställt att rapporterings- och dokumentationsskyldigheten hanterats korrekt i de aktuella ärendena.

---

Som vi konstaterar i bedömningen ovan har rapporteringsskyldigheten inte följts i de aktuella ärendena. När det gäller dokumentationsskyldigheten framgår av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:27) att journalföring ska ske fortlöpande och omfatta alla väsentliga händelser, beslut, bedömningar och åtgärder som rör den enskilde, så att handläggning, genomförande och uppföljning kan följas i efterhand. Av socialnämndens riktlinjer för social dokumentation i verksamheten framgår bland annat att händelser av betydelse och samtal med den enskilde där det framkommit information av betydelse ska dokumenteras i brukares journal. Vi konstaterar att gällande regelverk och riktlinjer avseende dokumentation inte har följts i de aktuella ärendena, då det saknas journalanteckningar från de tillfällen då brukare informerat om händelserna. Journalanteckningar har införts i efterhand.

Att väsentlig information inte har dokumenterats vid tidpunkt för händelserna/när personal fick kännedom om händelserna bedömer vi som en allvarlig brist. Avsaknaden av dokumentation medför flera risker. Dokumentationen utgör grunden för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses. Om uppgifter om viktiga händelser eller förändringar i den enskildes situation inte dokumenteras finns en risk att nödvändiga åtgärder inte vidtas eller att uppföljning inte sker på ett korrekt sätt. I dessa ärenden har bristande dokumentation dessutom lett till otillräcklig spårbarhet och transparens, vilket i hög grad försvårat möjligheten att i efterhand följa händelseförloppet.

## 3.4 PERSONALENS KOMPETENS OCH KUNSKAP

### 3.4.1 Introduktion

I samband med introduktion av nya medarbetare i hemtjänsten ska en checklista användas. Av checklistan framgår att medarbetare bland annat ska informeras om rapporteringsskyldighet gällande avvikelser enligt SoL och HSL, få en genomgång av systemet Treserva där social dokumentation sker och få information om vilka lagar som styr verksamheten. Det framgår också att medarbetare ska genomgå en utbildning avseende bemötande.

Av riktlinjen *Avvikelsehantering enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* framgår att enhetschef i samband med att nyanställd personal påbörjar introduktion ska lämna skriftlig och muntlig information om rapporteringsskyldigheten enligt riktlinjen.

### 3.4.2 Återkommande informations- och utbildningsinsatser

I rutinen *Avvikelsehantering inom avdelningen Hemtjänst* framgår att enhetschef två gånger om året, enligt APT-mall i maj och november, ska lämna muntlig information om rapporteringsskyldigheten och avvikelsearbetet inom avdelningen till samtlig personal inom enheten. Under år 2025 framgår av berörd enhetens minnesanteckningar att genomgång av avvikelser är återkommande vid varje APT. Även andra delar i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet lyfts på APT vid flera tillfällen under året, däribland genomgångar av riskbedömningar, lathund för genomförandeplan och genomgång av olika rutiner i arbetet.

### 3.4.3 Kännedom om skyldigheter i aktuella ärenden

I flera intervjuer framkommer att personalen på enheten under en längre period upplevt osäkerhet kring avvikelser, särskilt avseende SoL-avvikelser, vilket har påverkat hanteringen av de granskade ärendena. Osäkerheten har framför allt handlat om en uppfattning att avvikelse rapportering innebär att rapportera sina kollegor, samt om oklarheter kring vad avvikelser leder till för konsekvenser för rapportören.

Under år 2023 rapporterades totalt tre SoL-avvikelser på den berörda enheten och under år 2024 rapporterades 13 avvikelser. Under år 2025 sker en ökning av rapporterade avvikelser, där det fram till första december år 2025 rapporterades in 34 SoL-avvikelser. I intervjuer beskrivs att personalens förståelse för avvikelsehantering har förbättrats efter de insatser som genomfördes under 2024, och att avvikelser numera diskuteras mer aktivt i verksamheten. Samtidigt uppges att vissa utmaningar kvarstår, särskilt kopplat till uppfattningen att rapportering riktas mot enskilda kollegor snarare än mot händelser.

### 3.4.4 Bedömning

---

Vår bedömning är att socialnämnden **inte** säkerställt att personal har tillräcklig kunskap om aktuella skyldigheter i de aktuella ärendena.

---

Det finns strukturer för introduktion och återkommande informationsinsatser som kan skapa förutsättningar för att säkerställa att personal har tillräcklig kunskap om sina skyldigheter, bland annat avseende rapporteringsskyldigheten och social dokumentation.

Vi konstaterar dock att introduktions- och informationsinsatserna inte fått genomslag i praktiken på den berörda enheten i föreliggande granskning. I granskningen framkommer att det under perioden som de aktuella händelserna inträffade funnits osäkerheter kring avvikelserapportering, särskilt vad gäller SoL-avvikelser och hur dessa ska rapporteras och hanteras. Osäkerheten har bland annat handlat om en felaktig uppfattning att rapportering innebär att "rapportera sina kollegor". Vi bedömer att dessa brister sannolikt har påverkat rapporteringsbenägenheten och bidragit till att avvikelser och Lex Sarah inte rapporterats i tid i de aktuella ärendena. Vi konstaterar även, likt tidigare, att det funnits uppgifter om aktuella händelser på enheten under en längre period och att varken avvikelse eller Lex Sarah rapporteras i anslutning till detta. Enligt vår bedömning indikerar detta tillsammans med den rapporteringskultur som beskrivs i intervjuer att personal inte haft tillräcklig kunskap om aktuella skyldigheter i de aktuella ärendena.

## 3.5 INFORMATION OCH BESLUTADE ÅTGÄRDER

### 3.5.1 Information till nämnden

Socialnämnden hade sitt första sammanträde för år 2025 den 6 februari. Vid detta tillfälle gavs ingen information om händelserna inom hemtjänsten. Vid nästkommande sammanträde den 20 mars 2025 informerades nämnden om det inträffade. Nedan redovisas vilken information nämnden har fått vid respektive sammanträde:

- ❖ 6 februari 2025: Ingen information avseende händelserna framgår av protokoll.
- ❖ 20 mars 2025: Under punkten "Socialdirektören informerar" ges kort information om två Lex Sarah-anmälningar som gjorts av förvaltningen. Av protokollet framgår att ärendet har väckt många reaktioner hos brukare och medarbetare och att hemtjänsten har mött upp med olika insatser. Det framgår också att medarbetaren inte kommer att arbeta kvar inom hemtjänsten. Under punkten "Anmälningsärende delegationsbeslut och ordförandesbeslut 2025" framgår också att kvalitetschef beslutat om anmälan enligt Lex Sarah.
- ❖ 15 april 2025: Ingen information avseende händelserna framgår av protokoll.
- ❖ 12 juni 2025: Under punkten "Socialdirektören informerar" ges information om sexuella övergrepp inom hemtjänsten och det som rapporteras i media kring händelserna. Det framförs att stöd har getts till både medarbetare och brukare samt att förvaltningen har arbetat med både intern och extern kommunikation kring dessa ärenden. Av protokollet framkommer ett önskemål om att lyfta vilka lärdomar och erfarenheter som gjorts i och med dessa händelser till nämnden.

- ❖ 17 september 2025: Under punkten "Socialdirektören informerar" framgår att ordförande bitt förvaltningen informera om sitt arbete rörande en händelse tidigare i år som varit ett ärende hos IVO. Socialdirektören informerar om ärendet, dock framgår inte om detta avser händelserna i hemtjänsten.
- ❖ 3 december 2025: Nämnden informeras om att regionens revisorer har gett uppdrag om en granskning avseende missförhållandena inom hemtjänsten.

I intervjuer betonas att socialnämndens ordförande fick muntlig information om händelserna från socialdirektör i samband med att den utpekade medarbetaren stängdes av från sin tjänst i januari 2025. Därefter ska ordförande enligt uppgift ha informerats muntligt löpande. Det finns ingen dokumentation som verifierar detta.

### 3.5.2 Nämndens beslutade åtgärder

Under år 2025 har socialnämnden inte beslutat om några åtgärder med anledning av händelserna inom hemtjänsten. Vid sammanträdet i februari år 2026 beslutade nämnden dock att ge socialdirektören följande uppdrag utifrån händelserna som inträffat:

- Att avdelningschefen för hemtjänsten ska redogöra för socialnämnden om vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra en upprepning av förra årets sexuella övergrepp i hemtjänsten. Uppdraget ska redovisas till nämnden vid sammanträdet i mars.
- Att nämnden ska få en redovisning av hur avvikelssystemet fungerar i socialförvaltningen samt om antal och typ av avvikelser som finns i avdelningarna. Uppdraget ska redovisas till nämnden vid sammanträdet i mars.
- Att snarast genomföra en utbildning för alla chefer vad som gäller om ansvaret att polisanmäla vid misstanke om övergrepp av olika slag. Uppdraget ska redovisas till nämnden vid sammanträdet i mars.
- Att redovisa hur många medarbetare alla chefer har och se till att ingen chef har mer än 30 medarbetare. Uppdraget ska redovisas till nämnden vid sammanträdet i april.

### 3.5.3 Åtgärder i förvaltningen

I förvaltningen har det utifrån händelserna pågått ett antal åtgärder, dels direkta åtgärder, dels åtgärder som genomförts under en längre tidsperiod. Dessa redovisas bland annat i Lex Sarah-utredningarna, men även i en handlingsplan som tagits fram inom avdelningen hemtjänst. Av handlingsplanen framgår följande åtgärder/aktiviteter:

Åtgärd/aktivitet	Beskrivning
Kontakt brukare	Kontinuerlig kontakt med berörda brukare med erbjudande av stöd från förvaltningen. Dokumentera när brukare inte längre önskar kontakt kring händelser och anse därefter aktiviteten som färdig.
Handledning	Handledning i grupp för enhetens personal med extern handledare. 1 gång under våren och 1 gång under hösten. Därefter kan aktiviteten

	betraktas som färdig om enhetschef och grupp gör den bedömningen.
Utbildning	Samtlig personal på enheten ska genomgå Socialstyrelsens webbutbildning om äldreomsorgens nationella värdegrund.
Checklista introduktion	Översyn/revidering av checklista introduktion för nyanställda, säkerställa att introduktionen innefattar genomgång av bemötande och brukarperspektivet.
Information bemötande	Säkerställa vilken information/material/vad genomgång av bemötande brukarperspektivet i samband med introduktion av nyanställd innefattar. Materialet kommer att ingå i punkten kring introduktion.
Följsamhet checklista	Säkerställa att checklistan vid introduktion följs vid nyanställningar.
Genomgång avvikelshantering	<p>Genomgång av rutinerna för avvikelshantering (inklusive rapporteringsskyldighet och tidsperspektiv) med samtlig personal på enheten och berörda enhetschefer. Genomgången ska innefatta säkerställande av kännedom om befintliga styrdokument. Punktinsats med anledning av uppmärksammade händelser.</p> <p>Påminn om tidiga tecken på att något inte står rätt till i kontakt med brukare, exempelvis avböjda besök eller att insatser föredras av viss personal.</p>
Material avvikelser	Ta fram material som kan användas vid genomgång med personal. Ska innehålla exempel på vad som är avvikelser och risk för missförhållanden. Materialet ska även innefatta förhållnings-sättet att det är en händelse som rapporteras och inte medarbetare som anges.
Arbetssätt	Kommunicera arbetssätt för hur personal ska agera vid osäkerhet i hur information från brukare ska hanteras (rådfråga chef).
Checklista introduktion enhetschef	<p>Översyn/revidering av checklista introduktion för chefer, säkerställa att introduktionen innefattar genomgång av avvikelshantering.</p> <p>Uppföljning av nyanställda enhetschefer introduktion gällande avvikelshantering.</p>
Introduktionsmaterial enhetschefer	Ta fram introduktionsmaterial för genomgång av avvikelshantering med nyanställda och tillfälligt vikarierande enhetschefer. Materialet ska

	innefatta information om rapporteringsskyldigheten, förvaltningens styrdokument (det ska tydligt framgå vad som är en avvikelse och hur återkoppling till rapportör sker).
Avvikelsehantering enhetschef	För att hantera avvikelser behöver ny/tf enhetschef kontinuerligt diskutera avvikelser med verksamhetsutvecklare. Krav på ny/tf enhetschef att vara med på avdelningens kvalitets-timme. Det här kommer framgå i checklista in-troduktion enhetschefer. Påminnelse till en-hetschefer, ska arbeta i enlighet med "STY-37840" vilket bland annat innebär att vid behov vända sig till annan funktion för att resonera kring bedömning och hantering av avvikelse. Genomgång av rutin för avvikelsehantering på ledningsgrupp.
Avvikelsehantering medarbetare	Enhetschef är ansvarig för att enligt årshjul ta upp avvikelsehanteringen i arbetsgruppen två gånger per år. Dessutom skall avvikelser disku-teras kontinuerligt i arbetsgruppen som stå-ende punkt. Där skall också ev utbildningsbe-hov uppmärksammas.
Rutin övervägande polisanmälan	Hemtjänsten tar fram rutin. Implementeras på avdelningen.  Efter kontakt med JP Infonet kring utformande av rutin tas frågan vidare till förvaltningsled-ningen.
Dokumentation	Samtliga medarbetare ska gå framtagen central utbildning i social dokumentation.  Enhetschef säkerställer att medarbetare går ut-bildningen och arbetar tillsammans med specia-listundersköterska med dokumentation.
Hantering synpunkter och klagomål	Enhetschefen tydliggör vilken information en-hetschef skaffa från teamledare/medarbetare för att kunna vägleda i fortsatt hantering. Ge-nomgång med samtlig personal om rutiner för synpunktshantering. Ska innefatta hur personal hanterar muntliga synpunkter från brukare samt tydliggöra vad som ska dokumenteras i verkställighetsjournalen. Enhetschef går ige-nom rutin "STY-40076" med medarbetare.
Rutin synpunktshantering	Genomgång med enhetschefer om avdelning-ens rutiner för synpunktshantering.

### 3.5.4 Bedömning

---

Vi bedömer att socialnämnden **endast delvis** vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anledning av de aktuella händelserna.

---

Vi konstaterar att socialnämnden informeras om händelserna vid sammanträdet i mars 2025. Under resten av året återkommer enligt vår bedömning begränsad och fragmenterad information till nämnden, och det framgår inte att nämnden efterfrågat en samlad redovisning av vidtagna och planerade åtgärder. Nämnden fattade inte beslut om åtgärder under år 2025. Vi vill betona att socialnämnden, enligt socialtjänstlagen, är ansvarig för att säkra kvaliteten i verksamheten. Mot bakgrund av att nämnden är ansvarig för kvaliteten borde socialnämnden enligt vår bedömning utövat en mer aktiv styrning och uppföljning av kvaliteten med anledning av de aktuella händelserna.

De åtgärder som vidtagits av förvaltning, såsom stöd till brukare och personal, handledning, utbildningar och översyn av introduktionsmaterial, adresserar enligt vår bedömning i allt väsentligt de brister som identifierats i hanteringen av de aktuella ärendena. Vi konstaterar dock att nämnden inte efterfrågat tydlig och strukturerad information om dessa åtgärder, eller följt upp dessa under år 2025. Vi noterar även i sammanhanget att vi utifrån dokumentation och intervjuer inte tydligt kan säkerställa att det genomförts ett aktivt arbete i verksamheten för att säkerställa att fler brukare inte drabbats av liknande händelser, exempelvis genom uppsökande insatser och riktade samtal med brukare.

Vi noterar att nämnden under granskningens genomförande, vid sammanträdet i februari 2026, har efterfrågat sådan information från förvaltningen samt beslutat om ytterligare uppdrag. Vi ser positivt på att dessa uppdrag har beslutats. Vidare noterar vi i sammanhanget att nämnden tidigare beslutat om ett ledningssystem, mål i verksamhetsplan och uppdrag avseende kvaliteten i hemtjänsten för att säkra kvaliteten i hemtjänstverksamheten (se avsnitt 3.2).

## 4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende aktuella händelser inom hemtjänsten.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende aktuella händelser inom hemtjänsten.**

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att första linjens chefer ges tillräcklig introduktion och förutsättningar för att leda samt följa upp kvalitetsarbetet i enlighet med gällande regelverk, riktlinjer och rutiner.
- Säkerställa följsamhet till aktuella riktlinjer och rutiner inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten och dokumentationsskyldigheten.
- Säkerställa att all personal inom nämndens ansvarsområde har kunskap om vilka krav ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer på respektive medarbetare.
- Säkerställa att personalens kompetens kring avvikelserns betydelse för kvalitetsarbetet stärks i syfte att främja en kultur där avvikelserapportering används som ett verktyg för lärande och förbättring.
- Säkerställa att åtgärder som förvaltningen vidtagit med anledning av berörda händelser fullföljs och följs upp av nämnden.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reimer

*Certifierad kommunal revisor*

Olivia Gonzalez

*Verksamhetsrevisor*

Mikael Lind

*Certifierad kommunal revisor*

Veronica Hedlund Lundgren

*Certifierad kommunal revisor*  
*Kvalitetssäkrare*