

Utredning av missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah

Genomförande av utredningen

Vid genomlysning av verksamheten sker en översyn av inkommande HSL och SoL-rapporter under perioden 1/1-30/9 2025. Vid denna genomlysning uppdagas att avvikelser lagts in fel i LifeCare och på kort varsel avslutats av enhetschef, utan tillräcklig dokumentation av åtgärder eller uppföljning. Vid granskning av SAS och MAS blir det tydligt att flertalet avvikelser som legat fel följer samma mönster: De flesta avvikelserna har lagts in fel av medarbetare eller enhetschef, och sedan hanterats bristfälligt i systemet av enhetschef. Utredningarna är avslutade och stängda med autotext "*Utredningen av den rapporterade avvikelserna/det rapporterade missförhållandet har utretts och åtgärder har vidtagits/kommer att vidtas*", men det saknas eller är bristfällig dokumentation, samt dokumenterade åtgärder och uppföljning.

Vid granskningen identifieras sex avslutade SoL-avvikelser som har en direkt koppling till kvalitetsbrister och i vissa fall risksituationer för omsorgstagare samt en som inte är kopplad till någon specifik omsorgstagare utan handlar om brister i verkställighet generellt. Två av dessa avvikelser har en allvarlig grad av negativt bemötande med obehag som följd. Vid ett av dessa tillfällen har omsorgstagaren otrevligt hänvisats ligga kvar på ett vått hygienunderlägg i sängen i väntan på ytterligare personal. Vid ett tillfälle har omsorgstagaren velat gå på toaletten men hänvisats till att använda urinflaskan i sängen, med missnöje och obehag som följd.

Två avvikelser är av större riskskaraktär för hälsa och säkerhet. Vid ett tillfälle har en nyckel glömts i ytterdörrens lås, och i ett annat har mat levererats till grannen med riskfaktorn att omsorgstagaren blivit utan mat om det inte upptäckts. Inget av tillfällena har resulterat i allvarliga konsekvenser för omsorgstagarna, utan upptäckts i närtid av anhöriga.

Det framkommer även i intervjuer att ledarskapet inte fullt ut har förmått att upprätthålla struktur, tydlighet och ansvarsfördelning inom gruppen.

Samtliga avvikelser är nu hanterade av resursenhetschef och åtgärdade. Stängda utredningar som denna utredning granskat på en aggregerad nivå har rapportnummer 35780, 35942, 36270, 37962, 38032, 39205, 39510, 39941, 39940, 39939, 39773 och 35686 i LifeCare avvikelse. De har varit bristfälliga, och sju av dem har helt saknat information utöver rapporten.

Intervjusamtal har skett med en omsorgstagare, fyra undersköterskor, ordinarie enhetschef och två sjuksköterskor (ssk). Granskning av social journal och loggkontroller har genomförts. Nulägesinformation har givits av omsorgschef och tillsatt resursenhetschef. Utredning enligt lex Maria har skett parallellt, liksom en arbetsmiljökartläggning som genomförts av företagshälsan.

Ansvarig för utredning

Sonje Wahlberg, socialt ansvarig samordnare (SAS).

Medutredare Anneli Nyqvist, socialt ansvarig samordnare (SAS).

Samarbete vid vissa intervjuer har skett med Sofie Erngård, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), då flera avvikelser även handlat om vårdskada / risker för vårdskada.

När togs den muntliga eller skriftliga rapporten emot?

Information från omsorgschef om utredningsbehov delgavs SAS och MAS den 22 september. Utredningstart skedde den 25 september vid uppstartsmöte inför genomlysning av enheten. Närvarade gjorde omsorgschef, avdelningschefer för ssk, SAS och MAS, HR-konsulter, samt SAS och MAS.

Vad har skett som bedöms vara ett missförhållande?

Sammantaget omfattar denna lex Sarah-rapport risken för att allvarliga missförhållande kan ske pga brister i ledning, rutiner, samarbete, dokumentation, kommunikation, information och genom att avvikelser inte hanterats korrekt med tydliga åtgärder /uppföljning under perioden 1/1-30/9 2025.

Under en längre period har det uppmärksamats att enheten uppvisar brister i engagemang, ansvarstagande och samarbete, liksom att antalet avvikelser varit hög, trots att rutiner finns. Dessa brister framförs både från medarbetare i hemtjänstgruppen, från sjuksköterskor och från enhetschef. Kritik har även framförts från vissa omsorgstagare, samt vissa anhöriga som reagerat på kvalitetsbrister, tex dåligt utförda / fördröjda insatser, och dåliga bemötanden

av viss personal. Omsorgstagare och anhöriga har till undersköterskor framfört brister i återkoppling av kritik och avvikelser. Även allmänhet i närområdet har klagat på bilkörning i hög hastighet och med hög musik i logotypomärkta bildar.

I intervjuer framkom brister i muntlig kommunikation, ovärdiga tilltal, bemötande som i vissa situationer kan och har uppfattats som otrevligt och nonchalans gentemot omsorgstagare, men främst mot varandra inom hemtjänstgruppen och gentemot andra professioner inom verksamheten.

Det berättas om lågmälda samtal som sker på svenska eller på andra hemspråk. Upplevelse av språkligt utanförskap i samtalen i fikarum och andra gemensamma tillfällen framförs från flera håll. En undersköterska berättar hur en omsorgstagare har beskrivit någon annan personals sämre bemötande. Det förekommer slarv i utförandet av vissa arbetsuppgifter, sopor som lämnas kvar, och oren tvätt som lämnats i öppna påsar hemma hos omsorgstagare. Samtidigt beskrivs att värdegrund och rutiner är kända.

Det framkommer vid samtalen att detta sammantaget har bidragit till en otydlig och instabil arbetskultur där ansvar, respekt och samarbetsvilja inte alltid är tydligt närvarande. Följden har blivit att vissa rutiner inte följs på avsett sätt, vilket kan påverka kvaliteten i omvårdnaden och påverkar / riskerar att omsorgstagarnas trygghet och välbefinnande påverkas negativt.

I samtalen beskrivs att det finns en nonchalans mot grundläggande ansvar även i den egna arbetsmiljön, och en allmän otrevlighet mot varandra som ökat senaste året. Medarbetare brister i eget ansvar, och vill samtidigt inte säga till varandra, pga rädsla för repressalier från varandra. De olika professionerna berättade att de ser bristerna, men hjälper inte varandra, varken inom gruppen eller över gränserna vid behov. Något som tidigare beskrivs av medarbetarna ha varit en självklarhet i gruppen. De intervjuade berättar att de pratar om problemområdena på arbetsplatstäffar, men, citat: *"Det skärps upp någon dag, sedan släpps det igen"* *"Alla får väl sköta sitt dagsprogram"*. Det kollektiva ansvaret brister.

Nyanställda undersköterskor berättade att introduktionerna fungerat bra (oftast skett med handledarutbildad kollega, men inte alltid). Uppföljning av introduktion har dock saknats, liksom fortlöpande handledning när medarbetare är ny på jobbet. Det gör att rutiner och information lätt faller bort i mängden av inledande information som ges under kort tid.

Samstämt framkommer i samtalen att teammöten och uppföljning av beslut med handläggare fungerar bra, men genomförandeplaner uppdateras sedan inte i tid av de fasta omsorgskontakterna.

Alla som intervjuas kan inte svara på om det finns genomförandeplaner utskrivna i omvårdnadspärmarna. De som har god kännedom tycker att information finns, är lättillgänglig och tydlig.

Kommunikation med vissa sjuksköterskor, och mellan vissa kollegor i hemtjänstgruppen brister. Vid loggkontroller och granskning av social journal tydliggörs vilka som har lägre, respektive högre, engagemang i den sociala dokumentationen. Det finns vissa lättare språkbarriärer som påverkar informationsöverföringen, vilket också framkommer vid intervjuerna.

Medarbetare beskriver i intervjuerna att, citat *"man väljer vem man frågar"*, citat: *"för att inte få ovet för att man frågar"*. Det berättas att man, både inom hemtjänstgruppen, och mellan undersköterskor och sjuksköterskor, hellre skriver/läser och hänvisar varandra till journaler än stöttar varandra muntligt vid behov. Vid loggkontroller tydliggörs vilka som har lägre respektive högre engagemang i den sociala dokumentationen. Andra berättade om att det är lätt att få hjälp, men att de då valt vem de frågat. En undersköterska beskriver hur en kollega till denne fått ta eget ansvar, trots att denne bett sjuksköterska om hjälp i en allvarlig vårdbedömning. Undersköterskan hade ringt 112, och omsorgstagaren hämtades med ambulans. Undersköterskor beskriver att HSL-uppdrag från sjuksköterska kan finnas, men inga läkemedel finns, eller tvärtom. Undersköterskor berättar även att läkemedel lämnats öppet av sjuksköterskor i hemtjänstlokalen då grupperna varit ute och arbetat.

Det framkommer i flera intervjuer att flera medarbetare i hemtjänstgruppen ringt upp kollegor, som svarat att de inte hinner komma och hjälpa till med akut dubbelbemanning pga, citat: *"de ska fika klart först"*. Eller att ingen svarat, och att det sedan berättats om fikastunder på tider som inte är rast. Vid dessa tillfällen har den som behövt hjälp istället nått hemtjänstpersonal i ett annat kontinuitetsområde som kommit och hjälpt till, med resultat att annan omsorgstagare där fått en kortare fördröjd insats. Att viss negativ gruppering finns, både inom arbetsgruppen och mellan de olika professionerna, framkommer tydligt i flera intervjuer.

Några framför hög stress som faktor för fortkörning. Någon framför en osäkerhet gällande hur många insatser som kan anses rimligt att hinna med

under en arbetsdag. Stress som även innebär upplevelsen av att tid för dokumentation inte finns, och informationsöverföring därav brister. Även behovet av raster brister, då rasten ofta behövs för att hinna med transporten mellan omsorgstagare. Andra berättade att tid finns, om citat: *"man bara fikar på rätt tider"*.

Bristen på tydlig ledning och styrning och gemensamma förväntningar har medfört att den professionella kulturen försvagats, och att vissa brister kunnat fortgå under längre tid, pga otillräckligt tillrättaläggande.

De intervjuade berättade att det har varit en stor personalomsättning pga dessa samarbetsproblem. Samtidigt framkommer information om hur ordinarie chef, citat *"kämpat, men inte fått gehör"*. Vid samtal med en undersköterska framkommer att hemtjänstgruppen lyssnar på resursenhetschef, citat: *"Så utåt ser det bättre ut, men bakom dennes rygg skiter vissa fortfarande i vad som sägs"*.

Vissa medarbetare har vid intervjuer lyft fram oro för att gå till jobbet, oro att säga vad man känner/upplever, och oro för hur kritik ska bemötas och tas emot av kollegor. Både vissa undersköterskor och sjuksköterska nämner jobbyte som eventuell åtgärdstanke.

Ingen undersköterska lyfter fram någon allvarlig orossituation kring omsorgstagarna vid intervjuerna, men kan se generella risker för omsorgstagarnas välmående om risker för brister inte åtgärdas när avvikelserna lyfts fram vid intervjutillfället. Citat: *"Samarbetsproblemen ligger i arbetsgruppen. Både mellan hemtjänstgrupp, dem och enhetschef, och mellan hemtjänstgrupp och sjuksköterskorna"*. Avvikelserna styrker detta. De flesta handlar om samarbetsproblem.

Sjuksköterskorna som intervjuas lyfter oro kring omvårdnad och bemötande mot omsorgstagare. Omsorgstagare och anhöriga har lyft fram missnöje om vissa medarbetares insatser och bemötande. Detta framkommer också i vissa avvikelser som granskats och i intervjuerna.

I vilken verksamhet skedde missförhållandet?

Aktuell enhet är hemtjänst i ordinärt boende.

Enheten har 70 omsorgstagare och 24,9 anställda årsarbetare. Bemanningen är fördelad på dag, kväll och helg. Nattinsatser verkställs med nattpatrull.

Alla intervjuade är tillsvidareanställda i omsorgsförvaltningen. Fyra är utbildade undersköterskor och två är sjuksköterskor och de har arbetat 0,5-6 år på

arbetsplatsen. Intervjuad är även ordinarie enhetschef som är utbildad beteendevetare med en kandidatexamen, och har arbetat på arbetsplatsen i 5,5 år. Resursenhetschef, som under utredningen har bistått med grundläggande information om enheten och pågående insatser, är utbildad socionom och har arbetat i 17 år som enhetschef i förvaltningen. Ingen av dem som intervjuas har någon omfattande språkbarriär. Dock beskrivs vissa hinder vid skriftlig informationsöverlämning/dokumentation.

Vilken/vilka brukare är berörda av händelsen?

Inom ramen av SoL/lex Sarah är det 6 olika omsorgstagare som omfattas av de 7 ofullständigt hanterade avvikelserna. Resursenhetschef har under denna utrednings gång hanterat samtliga avvikelser.

När inträffade missförhållandet?

Granskningen / genomlysningen av enheten startade 25 september och har omfattat perioden 1 januari - sista september 2025. Samtliga händelser som brustit är händelser som skett under perioden 14/4-18/8.

Vilka konsekvenser har det fått eller kunde ha fått för den enskilde?

Utredningsgruppens bedömning är att omsorgstagarna inte har drabbats av någon omfattande negativ konsekvens gällande rapporterade händelser inom ramen av lex Sarah, men upplevt obehag pga brister i kvaliteten i insatsen. Detta har skapat irritation och besvikelser. Missnöje över insatsernas kvalitet och medarbetarnas bemötande har framförts tydligt från omsorgstagare och dess anhöriga.

Två av händelserna har en större riskgrad om risken inte hade upptäckts i tid. Dessa avsåg en nyckel som var kvarglömd i ytterdörr, och mat levererad till grannens adress vilket kunde resulterat i att personen hade blivit utan mat. Dessa händelser uppmärksammades inom korta tidsspann. Vid intervjuer framkommer även information om att mat vid ett tillfälle hittats kvarglömd i en bil. Om denna händelse finns ingen avvikelse rapporterad, och det kan i samtalen inte uteslutas att mottagande omsorgstagare ej varit hemma vid tillfället. Det har inte gått att identifiera vilken dag eller vilken personal som ansvarat på matleveransen.

Vilka orsaker till missförhållandet har identifierats?

Brister i ledning och organisation, kollektivt ansvar, kommunikation/information och samarbetsbrister bland både hemtjänstgrupp och mellan de olika professionerna i verksamheten är en tydlig indikator på varför kvaliteten brister. Vid intervjuer, loggkontroller och granskning av social dokumentation noteras att man inte följer de rutiner och riktlinjer som finns för den sociala dokumentationen, och att informationsöverföring mellan medarbetare i hemtjänstgruppen och mellan de olika professionerna brister.

Det finns okunskap i vilken journal man ska dokumentera, den sociala journalen och / eller under rubrik informationsöverföring till legitimerad personal i LifeCare, alternativt i båda journalerna. Avvikelse som skett kring omsorgstagare finns inte noterade i deras journaler. Denna okunskap/brist på information kan utgöra en risk för alla enhetens omsorgstagare då viktig information om vården och omsorgen inte når fram till berörda professioner och då inte säkerställer / tillgodoser omsorgstagarens önskningsar eller behov med kvalitetsbrister som följd.

Utredningsgruppens bedömning är att det har framkommit flera avvikelser som medfört tydliga kvalitetsbrister gentemot omsorgstagare. Vissa risker kan leda till allvarliga missförhållande för omsorgstagare i det aktuella verksamhetsområdet om det inte rättas till. Avvikelse har inte hanterats rätt av enhetschef, flera avvikelser har avslutats utan dokumentation och åtgärder. Därav kan inte kvalitetssäkring konstateras genomförd.

Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare, och i så fall hur kommer det sig att det har inträffat igen?

Enligt både enhetschef och de medarbetare som intervjuats upplevs en successiv försämring under senaste året. Ett ökande antal avvikelser stödjer denna upplevelse.

Finns det risk att något liknande skulle kunna hända igen?

Det framgår tydligt att omsorgstagare varit missnöjda. Händelserna bedöms relatera till kunskapsbrist, oansvarighet och brist i ansvarskultur bland medarbetare i hemtjänstgruppen och i deras samarbete med sjuksköterskorna. Det har även brustit i ledning/styrning och uppföljning av avvikelser av enhetschef. De beskrivna situationerna bedöms kunna innebära risk för missförhållande då arbetsklimatet och otydligheterna i arbetssättet uppenbart

påverkar omsorgens kvalitet och bemötande, och därmed omsorgstagarnas trygghet och nöjdhet.

Utan tydliga föreslagna åtgärder i avvikelshanteringen, och noggrann uppföljning av dessa, bedöms risken som överhängande att bristen på ansvar går ut över omsorgstagarna.

Vad har verksamheten och organisationen redan gjort / behöver fortsätta göra för att undanröja/avhjälpa missförhållandet?

Det har satts in en extra enhetschefsresurs. Prioritering av vikarier sker från bemanningsservice / poolare med erfarenhet. Resursenhetschef följer tillsammans med enhetschef upp alla avvikelser. Resursenhetschef finns på plats varje morgon. Genomgång av verksamheten har skett mellan denne, ssk, och samordnare.

En sjuksköterska är avdelad för att hålla i olika "workshops" som sjuksköterska och resursenhetschef enats om, samt i delegeringar. En sjuksköterska och ytterligare en enhetschef är frikopplad för att bidra i stöttningen i dessa åtgärder.

Dokumentationsombud finns på arbetsplatsen som, med stöd av huvuddokumentationsombud, kommer fortsätta utbilda och stödja hemtjänstgruppen i journaldokumentation och genomförandeplaner. Omsorgschef är involverad, liksom MAS och SAS.

Åtgärder som har påbörjats på organisatorisk nivå är:

Rutiner och riktlinjer har genom denna genomlysning tydliggjorts för arbetsgruppen för att säkerställa att insatser ges vid rätt tid och på ett professionellt sätt. Kommunens värdegrund är känd på arbetsplatsen. Påminnelser har givits och den finns som startsida på alla datorer, berättar resursenhetschef och detta bekräftas av flera vid intervjuerna.

Det pågår arbete med att

- säkerställa att medarbetarna har kunskap om i vilken journal man ska dokumentera, vilket lagrum som avvikelser ska rapporteras inom och när, samt syftet med dokumentation / avvikelshantering och uppföljning av dessa. Planering finns för att ta in huvuddokumentombuden på arbetsplatsträff för att öka på kunskap ytterligare.

- stöttning av ordinarie enhetschef med kunskapsbreddning inom avvikelshantering och stöd med bedömning / rådgivning av SAS vid allvarigare kvalitetsbrister/risker för missförhållande.
- säkerställa att alla medarbetare har den förkunskap de behöver kring nyckelhantering / rutiner så inte nycklar glöms.
- säkerställa att alla medarbetare gått och förstått sin introduktionsutbildning och bredvidgång.
- Information till omsorgstagare om avvikelserna och pågående genomlysning av enheten av enheten har givits. Återkoppling kommer ske.

Ytterligare åtgärder föreslås nedan. Enhetschef uppdras att utifrån dessa åtgärdsplaner göra en handlingsplan, tidsplan och uppföljningsplan för åtgärderna. Åtgärderna följs upp löpande av enhetschef, och av omsorgschef vid verksamhetsuppföljning.

Övrigt som framkommit:

Under utredningens inledning har det tydligt påvisats allvarliga brister i arbetskultur och samarbete. Behov finns av handledning / briefing för både enhetschef och arbetsgrupp, vilket delvis kommer ges genom företagshälsa. Därav ingår HR-avdelningen i utredningen från start.

Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat. Är den enskilde underrättad?

Ja ☒, den 3 oktober Nej ☐

Samtliga omsorgstagare på enheten har informerats skriftligt av omsorgschef och enhetschef om att intern utredning och genomlysning av verksamheten sker. Det är inte dokumenterat i respektive journal att information gått ut.

Ärenden som rör vuxna: Är god man, förvaltare eller närstående (efter samtycke) informerade?

Ja ☒, genom brevutdelning. Nej ☐

Vissa anhöriga kontaktades telefonledes.

Har återkoppling till den enskilde skett om åtgärder som vidtagits?

Ja ☐, datum:

Nej ☒

Återkoppling är under planering, men hur är ännu inte beslutat.

Åtgärder

Brist/ förbättrings- område	Åtgärder/ Aktiviteter Vad och hur ska göras	Syfte och målsättning/ Önskad effekt	Metod för upp- följning av åtgärdens effekt	Ansvar ig för aktivite- ter	Tidplan för aktivitete- r
Säkerställa ett närvarande och aktivt ledarskap med tydligt fokus på styrning, arbetsmiljö, kommunikation kring insatser och säkra den gemensamma värdegrunden som omfattar alla yrkesgrupper inom verksamheten.	Genomföra gemensamma reflektionstillfällen och teamutvecklingsinsatser för att stärka insatsernas kvalitet, samarbete och en god respekt mellan de olika yrkesgrupperna / professionerna i gruppen.	Säkerställa att rutiner följs och att förbättringar kvarstår över tid. Se det gemensamma ansvaret för helheten. Arbeta utifrån gemensamma värderingar, omsorgen ska inte vara olika beroende på vem som utför den.	Följa upp arbete med insatsernas kvalitet och samarbete mellan olika professioner kontinuerligt	Omsorgs-chef	25-11-14 samt löpande därefter
Säkerställa att den enskilde (och dennes anhöriga / legal företrädare vid behov) får information och återkoppling om avvikelser	Klargöra ansvar och syfte med information, och återkoppling av åtgärder som görs.	Trygga den enskilde, och vid behov dess anhöriga/ legal företrädare.	Nöjdhet hos omsorgstagare och dess anhöriga.	Enhets-chef.	25-11-14 samt löpande därefter

Fortsätta arbetet med att hålla genomförandeplaner aktuella och med tydliga beskrivningar av utförandet av insatser.	Klargöra ansvar, roller och förväntningar på arbetsgruppen. Behov att säkra upp kännedom om aktuella genomförandeplaner / öka tydligheten kring insatsernas utförande. Vad som ska göras när, och mål med insatser finns med, men "huret" saknas.	Kvalitets-säkring. Säker / trygg / god vård och omsorg . Vaksamhet och följsamhet till rutiner. Noggrann introduktion och uppföljning av denna. Beslut ska gå att följa upp i den löpande dokumentatione n.	Nöjdhet hos omsorgs-tagare.	Enhets- chef.	25-11-14 samt löpande därefter
Värdegrund behöver säkras	Bemötande mot omsorgstagare och kollegor. Samarbete och arbetskultur behöver säkras.	Kvalitets-säkring.	Befintliga rutiner ska följas.	Enhets- chef.	25-11-14 samt löpande därefter
Kunskap när det gäller dokumentation och avvikelshantering enligt socialtjänstlagen och hälso-och sjukvårdslagen ska höjas.	Utbildning / säkerställande att alla parter har tillräcklig kunskap om i vilken journal man ska dokumentera, vad och när, syftet med dokumentation och avvikelser samt uppföljning av dessa.	Kvalitetssäkring. - Följsamhet till rutiner och riktlinjer. - Insatser ska löpande gå följa upp i den sociala journalen. - Informations-överföring ska säkras.	Befintliga rutiner ska följas. Gransknin g inom den interna kontrollen genom stick-kontroller	Enhets- chef. Omsorg schef	25-11-14 samt löpande därefter
Utredningen avslutas med följande ställningstagande/beslut Utredningen visar att ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande föreligger					

Ja ☒ Nej ☐

Var det ett allvarligt missförhållande? Ja ☐ Nej ☒

Var det påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande? Ja ☒ Nej ☐

Motivering till denna bedömning:

Utredningsgruppens bedömning är att det framkommit verksamhetsbrister på både lokal, organisatorisk och systemnivå. Detta bedöms ligga till grund för de rapporterade avvikelserna och hur de underlåtit att hanteras.

Ledarskapet behöver bli mer närvarande och aktivt, med tydligt fokus på kvalitetsstyrning, arbetsmiljö, kommunikation kring insatser och säkra den gemensamma värdegrunden. Oklarheter ifrån enhetschef och mellan medarbetare har lett till konflikter och i vissa fall negativ stress hos medarbetarna. Detta kan medföra negativa konsekvenser både för omsorgstagare och medarbetare. Brister i dokumentation, rutiner och introduktion har bidragit till att insatserna inte utförts utifrån omsorgstagarnas behov. Det finns en tydlig indikation på att det finns en brist på systemnivå i organisationens introduktionsrutiner. Det framgår i intervjuerna att information och introduktion har förstärkts efter händelserna, vilket tyder på att tidigare värdegrundsarbete / introduktion inte varit tillräcklig för att förmedla arbetsgivarens värdegrund och ansvarsförväntningar.

Utredningsgruppens slutsats är att det inte skett händelser som inneburit risker för den enskildes säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa, men att utredningen påvisar återkommande kvalitetsbrister i utförandet av avvikelshantering, insatser, synsätt och följsamhet till rutiner och riktlinjer på organisatorisk nivå som lett till obehag och missnöje.

De rapporterade händelserna kan på sikt leda till allvarligt missförhållande / påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande om inte kvalitetsarbete, rutiner och samarbete säkras upp, samt att förebyggandearbete, avvikelshantering och dokumentation används på rätt sätt.

Bristerna bedöms på sikt kunna utgöra en risk för missförhållande i verksamheten om inte åtgärder sker kring rutiner, kommunikation/information och beslutsfattande.

Arbetet med avvikelser i verksamheten behöver kunskapshöjas hos ledning för att inriktas på att systematiskt förbygga missförhållande genom att förbättra rutiner och arbetssätt. Detta bör fortsätta ske i samarbete med förvaltningsledning, HR-avdelning och företagshälsa.

Växjö 2025-11-20

Utredningsgruppen för rapport om missförhållande

Sonje Wahlberg, socialt ansvarig samordnare

Anneli Nyqvist, socialt ansvarig samordnare

Lämnas anmälan enligt lex Sarah lämnas över till IVO?

Ja ☐ Händelsen kommer att anmälas till Inspektionen för vård och omsorg som allvarligt missförhållande / påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Nej ☐ Händelsen kommer inte att anmälas till Inspektionen för vård och omsorg som allvarligt missförhållande / påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Växjö 2025-11-

.....
Annelie Kjellström, förvaltningschef
Omsorgsförvaltningen Växjö kommun

Kommunicering av utredningen

Enhetschef/omsorgschef ansvarar för att informera berörd medarbetare om resultatet av lex Sarah-utredningen och för att arbeta med eventuella förbättringsåtgärder.

Förvaltningschef, eller av den utsedd, ansvarar för att informera Omsorgsnämnden om rapporten misstänks gälla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett sådant.

Vid allvarliga missförhållanden ska förvaltningschef anmäla det till [Inspektionen för vård och omsorg](#) (IVO). Om ärendet anmäls till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska omsorgstagaren informeras om IVO:s beslut, då utredningen då också blir en offentlig handling.