

Vård- och omsorgsförvaltningen
Rapport

Datum:
2024-11-26

Diarienummer:
ALN-2024-00726

Handläggare:
Evelyn Widenfalk Ehlin, Daniel Rosenfeld

Rapport gällande allvarliga händelser inom hemtjänsten

Bakgrund

Under våren 2024 fick förvaltningen kännedom om en allvarlig händelse inom hemtjänsten i egen regi. Denna händelse anmäldes och utreddes enligt lex Sarah, och åtgärdsplan upprättades enligt rutin. I samband med att arbetet med åtgärdsplanen intensifierades, uppdagades ytterligare händelser både inom egen regi och hos privata utförare. Med anledning av detta har flera lex Sarah-anmälningar om allvarliga missförhållanden gjorts till IVO, både från egen och privat regi.

Inledning

I denna rapport presenterar förvaltningen en övergripande analys och förbättringsförslag utifrån de utredningar som genomförts efter två allvarliga händelser inom egen regi samt fyra allvarliga händelser inom privat verksamhet för ordinärt boende, hemtjänst. Särskilt fokus har lagts på den första uppmärksammade händelsen i egen regi.

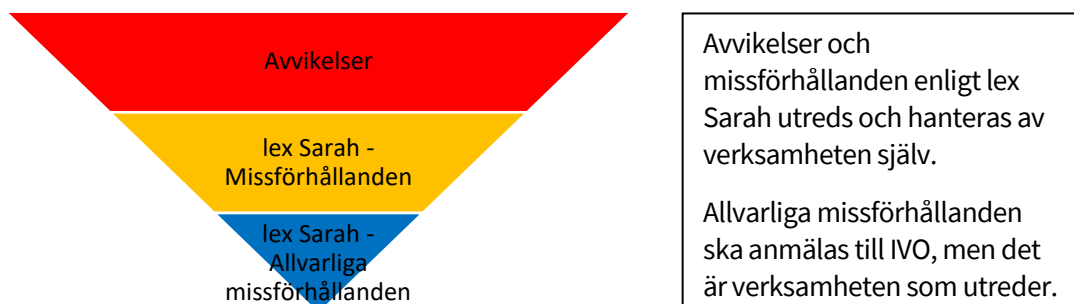
Syftet med analysen har varit att säkerställa att hanteringen skett i enlighet med gällande rutiner och riktlinjer, samt att identifiera förbättringsområden. Vidare föreslås åtgärder i rapporten för att stärka förvaltningens arbete och minska risken för framtida incidenter.

Genomförande

Arbetet genomfördes av medarbetare från avdelningen för systemledning, enheten för strategiskt stöd, som också ansvarar för att följa upp nämndens verksamhetsplan och internkontrollplan. Denna enhet är organisatoriskt separerad från den verksamhet där händelserna ägde rum samt från den enhet som genomförde lex Sarah-utredningarna.

Avvikelseerrapportering

Inom verksamheter som bedrivs enligt SoL och LSS är personalen skyldig att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden, utreda och åtgärda avvikelser. Därtill finns bestämmelser om, lex Sarah, som är en del i det systematiska kvalitetsarbetet där syftet är att missförhållanden ska rättas till och att verksamheten utvecklas.



Med missförhållanden som ska rapporteras avses handlingar (eller underlåtna handlingar) som har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för en eller flera personers liv, säkerhet eller hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, avses en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Utöver missförhållanden rapporteras även avvikelser. En avvikelse uppstår när en insats inte utförs på avsett sätt – även om detta inte inneburit ett missförhållande eller risk för missförhållande. Allt som brister eller avviker från fastställda processer och rutiner eller som påverkar insatsens kvalitet utgör en avvikelse. Det kan till exempel röra sig om att personalen kommer senare än utsatt tid, inte följt genomförandeplan eller arbetssätt eller på annat sätt brustit på ett sätt som avviker från det avsedda.

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat rutiner för hantering av avvikelser (RU558.01) samt en rutin (VOF-RU-559-03) som beskriver hanteringen av lex Sarah-rapporter. Rutinerna beskriver ansvarsfördelning för rapportering, utredning, framtagande och uppföljning av åtgärder. I stora delar är förfarandet detsamma, oavsett om det rör sig om en avvikelse eller lex Sarah-rapport. Skillnaden ligger främst i hur utredningen genomförs och hur åtgärder hanteras.

Avvikelseerrapporter ska enligt rutin hanteras av verksamhetschefen. Även vid lex Sarah-rapporter ligger ansvaret på verksamhetschefen, men särskilda lex Sarah-specialister från förvaltningens enhet för kvalitet bistår i arbetet med att genomföra en fördjupad utredning och ta fram åtgärdsplan. Områdeschefens ansvar är bland annat stödja verksamhetscheferna och informera överordnad chef om inkomna lex Sarah-rapporter.

Avdelningschefen ansvarar för att fatta beslut om att anmäla allvarliga missförhållanden till IVO, som är tillsynsmyndighet, samt informera förvaltningsdirektören. Anmälningar om allvarliga missförhållanden är ett delegationsbeslut enligt nämndens delegationsordning, och ska därför alltid återrapporteras till nämnden.

Enligt rutin ska privata utförare rapportera händelser som utreds eller kan komma att utredas som lex Sarah till förvaltningen. Om utredningen leder till en lex Sarah-anmälan till IVO, ska en kopia av anmälan skickas till förvaltningen. Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att löpande informera samt årligen sammanställa

en rapport till nämnden gällande påbörjade utredningar och anmälningar enligt lex Sarah från privata utförare.

För hantering av både avvikelser och lex Sarah-rapporter finns ett särskilt IT-stöd (Lifecare) som alla anställda har åtkomst att rapportera i.

Vård- och omsorgsförvaltningen sammanställer varje år en kvalitetsberättelse där det framgår att 1 401 avvikelser utreddes inom äldrenämndens verksamheter under 2023. Samma år utreddes 113 lex Sarah-rapporter, varav 91 bedömdes vara missförhållanden enligt lex Sarah. Fyra av dessa fall bedömdes vara allvarliga och anmäldes till IVO. IVO beslutade att inte vidta ytterligare åtgärder då verksamheterna ansågs fullgjort sina utrednings- och anmälningskyldigheter. Under samma år utreddes 9 847 HSL-avvikelser.

I tabell 1 nedan visas antalet lex Sarah-anmälningar inom egen regi som har skickats till IVO mellan åren 2020 och innevarande år.

År	Antal
2020	3
2021	4
2022	6
2023	4
2024-pågående	3

Tabell 1 - lex Sarah-anmälningar till IVO från egen regi, äldrenämnden

Underlag

Gällande den första händelsen inom egen regi har samtal genomförts med följande funktioner:

- lex Sarah-specialist
- enhetschef, enheten för kvalitet
- tidigare områdeschef
- nuvarande områdeschef
- HR-chef
- tf. avdelningschef myndighet
- avdelningschef ordinärt boende
- stabschef
- tidigare verksamhetschef

Dessa personer har erbjudits möjlighet att sakgranska de delar som berör dem.

En granskning har också utförts av styrande och stödjande dokument inom egen regi med relevans för analysarbetet:

- Rutin Lex Sarah (VOF-RU-559-03)
- Rutin Avvikelsehantering (RU558.01)
- Interna lathundar gällande lex Sarah från enheten för kvalitet (Arbetsätt för lex Sarah specialist kvalitetsenheten samt Lex Sarah anmälan till IVO)
- Kvalitetsberättelse 2023 (ALN-2024-00158)

Därtill har dokument för samtliga händelser i både privat och egen regi som skickats till IVO granskats.

Beskrivning av egen regiverksamheten där händelserna inträffat

De aktuella händelserna har inträffat inom en hemtjänstverksamhet i egen regi som har cirka 200 brukare med verkställda beslut och ca 77 medarbetare. Utöver detta har verksamhetschefen kontakt med brukares anhöriga/närstående. Området var tidigare dominerat av en privat utförare. I samband med att kommunen hävde avtalet med denna utförare år 2022, valde majoriteten av brukarna i området kommunen som utförare. Kommunen rekryterade i samband med detta många medarbetare från den tidigare utföraren.

Efter att händelserna uppdagades har verksamhetsområdet delats upp på två enheter och både verksamhetschef och områdeschef fått nya arbetsuppgifter. Uppdelningen var dock planerad sedan tidigare. Chefsbytena är inte relaterade till händelserna.

Beskrivning av allvarliga händelser i privat regi

En medarbetare hos en privat hemtjänstutförare, som även fungerar som underleverantör till en annan hemtjänstutförare nattetid, har polisanmälts och frihetsberövats för övergrepp mot brukare hos båda utförarna.

För verksamheten inom privat regi har lex Sarah-anmälan och utförarnas egna utredningar granskats samt om utföraren har följt rutinen avseende rapportering av lex Sarah till förvaltningen.

I lex Sarah-anmälan och utredningen framgår att utföraren har genomfört samtal med närstående och personal, samt kontrollerat loggar och fordon. Utredningen fastslår att det rör sig om ett allvarligt missförhållande som skapat otrygghet för vårdtagare och närstående. Samtidigt framhålls att sexuella övergrepp av en medarbetare är mycket ovanliga och att sannolikheten för att det ska inträffa igen bedöms som låg.

Utföraren hade redan etablerade rutiner för att kontrollera belastningsregister och referenser vid nyanställning och dessa rutiner har följts i detta fall. Vidare har utföraren informerat samtliga berörda, kontaktat brukare för att erbjuda stöd och bemöta eventuell oro.

Som en del av det fortsatta arbetet planerar utföraren att, med hjälp av värdegrundsdiskussioner, skapa en arbetsplatskultur som främjar rapportering av avvikelser och därigenom förebygga liknande händelser.

Den privata hemtjänstutföraren, som tidigare anlitat den andra utförare för nattuppdraget, hade redan innan händelsen blev känd återtagit nattpatrullen i egen drift.

Analys och resultat

Avseende den första händelsen

Händelseförloppet innan lex Sarah-rapporten (egen regi)

Kontakter med brukaren och dennes anhöriga har inte dokumenterats av verksamhetschefen i synpunktshanteringssystemet

Verksamhetschefer, planerare och administratörer hanterar dagligen samtal från brukare och anhöriga. Dessa samtal kan handla om allt från relaterade till verksamheten till rena missförstånd. Många av samtalen kan lösas genom förklaringar eller förtydliganden. Eftersom antalet samtal är så pass stort, dokumenteras inte alla kontakter med brukare och anhöriga. I stället tycks det finnas en praxis där en bedömning görs från fall till fall.

Delvis motstridiga beskrivningar av händelseförloppet har framkommit från verksamhetschefen, och brukaren och dennes anhöriga

Brukaren kontaktade verksamhetschefen eftersom denne kände obehag kring en medarbetare. Det framgår att verksamhetschefen har tagit till sig brukarens information och gjort en kartläggning för att förstå vad som hänt och vilken medarbetare som avses.

I samband med att lex Sarah-utredningen genomfördes framkom mer specifik information om tidigare händelse. Av lex Sarah-utredningen framgår att brukaren och anhöriga samt verksamheten har olika uppfattningar om vad som förmedlats och varit känt vid olika tidpunkter.

Eftersom uppgifterna som inkom innan upprättande av lex Sarah-anmälan inte har dokumenterats, har det inte varit möjligt att fastställa vilka uppgifter som är korrekta.

Lex Sarah-anmälan av den första händelsen

Lex Sarah-rutinen har följts, men vissa administrativa brister har identifierats. Exempelvis registrerades ärendet inte som ett delegationsbeslut i diariet, vilket innebär att nämnden inte informerades i enlighet med rutinen för lex Sarah.

I den första händelsen har en lex Sarah-anmälan skickats till IVO enligt gällande rutin. Enligt rutinen ska ärendet diarieföras när en lex Sarah-anmälan görs, och vid diarieföringen finns ett moment där handläggaren ska ange riktning till nämnden baserat på ett delegationsbeslut. När detta moment genomförs får nämnden en kort information om att en lex Sarah-anmälan har registrerats hos IVO. I detta fall angavs dock inte denna riktning, vilket ledde till en fördröjning av informationen till nämnden.

Vid granskning av lex Sarah-rutinen framkommer att anmälan till IVO kan delegeras till områdeschefen, trots att vidaredelegering inte är tillåtet. Enligt delegationsordningen ska anmälan till IVO alltid göras av avdelningschefen. Detta hade dock ingen praktisk betydelse i det aktuella fallet, eftersom det varit avdelningschefen som fattade beslut om anmälan. Rutinen behöver justeras för att klargöra detta.

I enlighet med lex Sarah-rutin har en fördjupad utredning av händelsen inletts och en åtgärdsplan har tagits fram. Vid upprättandet deltog lex Sarah-specialist och verksamhetschef.

Enligt lex Sarah-rutinen ansvarar verksamhetschefen tillsammans med lex Sarah-specialisten, för den fördjupade utredningen. Detta är ofta en ändamålsenlig lösning, eftersom verksamhetschefen har störst kunskap om verksamheten och mandat att genomföra förändringar. Vid allvarigare händelser eller missförhållanden riskerar dock förfarandet att leda till brister. Verksamhetschefen behöver både hantera ordinarie verksamheten och samtidigt utreda händelsen och hantera dess konsekvenser. I samband med händelserna behövde verksamhetschefen, utöver att hantera avstängningen av medarbetare, fortsätta ansvara för den dagliga driften och svara på frågor från oroliga anhängiga och brukare.

I det aktuella fallet hade det vid upprättandet av åtgärdsplanen varit fördelaktigt med en högre grad av samverkan inom avdelningen samt med avdelningarna hälso- och sjukvård och myndighet, då dessa möter samma brukare. Bristen på samarbete vid upprättandet av åtgärdsplanen och i arbetet med att säkerställa brukarnas välmående kan ha bidragit till en fördröjning i att uppnå målen i åtgärdsplanen.

Lex Sarah-rutiner

Vid allvarigare händelser eller missförhållanden bör utredningen och åtgärdsplanen genomföras av någon som inte är direkt involverad i hanteringen av händelsen, för att avlasta verksamhetschefen. Om ett bredare perspektiv hade tillämpats vid upprättandet av åtgärdsplanen för den första identifierade händelsen, skulle de andra fallen eventuellt kunnat identifierats tidigare. Det är även rimligt att fler delar av organisationen involveras vid allvarliga missförhållanden, både för utredningen och för att säkerställa lärande. Antalet allvarliga missförhållanden är relativt få (ca 5 per år) i relation till de avvikelser som kontinuerligt hanteras. Förslagsvis bör lex Sarah-rutinen ändras så att områdeschefen ansvarar för utredning och åtgärdsplan i de ärenden som anmäls till IVO. Det kan även övervägas att områdeschefen hanterat Lex Sarah-utredningar som inte gäller allvarliga missförhållanden, i stället för verksamhetschefen. Lex Sarah-specialist bör precis som idag vara en stödjande funktion.

I dag finns en rutin för förvaltningens hantering av avvikelser och en rutin för hantering av missförhållanden enligt lex Sarah.

Eftersom dessa rutiner är sammanlänkade och i många avseenden behandlar samma ämnesområde, bör man överväga att slå ihop dem. En sammanslagning skulle säkerställa enhetliga arbetssätt och minska mängden material som medarbetare och chefer behöver sätta sig in i.

Privata utförare har följt rutiner för rapportering till Uppsala kommun

De händelser som skett i privat regi har utretts och anmälts till förvaltningen i enlighet med gällande rutin och avtal.

Övriga fynd

Kommunen har idag inget specifikt samtalsstöd för brukare som blivit utsatta för sexuell övergrepp av personal eller andra brukare.

Brukare som behöver samtalsstöd hänvisas i stället till andra huvudmän och organisationer. Det har dock inte framkommit några brister när det gäller det individuella stöd som erbjudits brukaren efter händelsen.

När medarbetaren anställdes fanns det ingen rutin för att kontrollera om personen fanns med i belastningsregistret.

Vid en kontroll efter den första händelsen framkom det att medarbetaren inte var registrerad i belastningsregistret.

Lex Sarah-rapporten upprättades av verksamhetschefen i den berörda verksamheten efter information från biståndshandläggaren.

Formellt sett borde biståndshandläggaren själv ha upprättat lex Sarah-rapporten, men detta agerande anses inte ha försenat eller påverkat utredningen.

Brister i referenstagning

Det har framkommit att medarbetaren tidigare varit avstängd hos sin tidigare arbetsgivare på grund av misstankar om sexuella övergrepp. Polisutredningen lades ner på grund av bristande bevis, och medarbetaren återgick i tjänst. Denna information framkom dock inte vid referenstagning när medarbetaren anställdes i Uppsala kommun.

Det framkommer att lex Sarah-anmälningar inte alltid anses som något positivt, eftersom de genererar mycket arbete och inte alltid engagerar områdes- och avdelningschef.

Dessa uppgifter bör dock tolkas med försiktighet, utifrån att det bygger på ett relativt litet underlag. Det bör ändå leda till ytterligare åtgärder, såsom att involvera avdelningen i den ovan föreslagna revideringen av rutinerna kring avvikelser och lex Sarah.

Bristande kunskaper om dokumentations- och rapporteringsskyldighet

Det har framkommit indikationer på att både medarbetare och chefer saknar tillräcklig kunskap om regelverket kring rapporteringsskyldighet vid upptäckt av avvikelser och missförhållanden. Detta gäller särskilt i de situationer där brukare inte önskar att informationen rapporteras vidare.

Det framstår som en orimlig arbetsituation när verksamhetschefen har ansvar för både lex Sarah-utredningen, hanterat händelsen och samtidigt skött den ordinarie verksamheten, utan att erbjudas samtalsstöd eller avlastning från andra arbetsuppgifter.

Verksamhetschefen borde ha avlastats från arbetsuppgifter och hanteringen av lex Sarah-utredningen borde ha genomförts på en högre organisatorisk nivå i ett tidigare skede än vad som faktiskt skedde. Rimligtvis borde områdeschefen och avdelningschefen ha sett behovet av detta.

I kvalitetsberättelsen saknas en analys och resonemang kring om antalet avvikelserapporter och lex Sarah-rapporter är rimligt utifrån organisationens storlek.

Att fastställa ett målvärde för antalet avvikelse-anmälningar som är rimligt är svårt, eftersom ett högt antal både kan indikera allvarliga brister i verksamheten samt ett effektivt system för kontinuerlig förbättring och lärande. Samtidigt innebär ett fåtal rapporter inte nödvändigtvis att verksamheten är utan brister. En jämförelse med

andra kommuner skulle därför vara värdefull för att avgöra om ytterligare åtgärder behövs för att stärka kvalitetsarbetet.

Frågor och svar (FAQ) som stöd för chefer vid kommunikation inom organisationen samt vid kommunikation med brukare och anhöriga har saknats vid de aktuella lex Sarah-anmälningarna.

Frågor och svar (FAQ) har vanligtvis upprättats för att möjliggöra en enhetlig kommunikation. Förfarandet ingår dock inte i den nuvarande lex Sarah-rutinen därav upprättades ingen FAQ vid den aktuella händelsen. Detta framstår som ett viktigt verktyg som bör tas fram i framtida lex Sarah-ärenden.

Förslag på förbättringar

Några av förslagen nedan har redan hanterats av förvaltningen eller genom politiska beslut som har tagits.

- **Översyn av lex Sarah-rutinen och processen:** Rutinen för lex Sarah-anmälningar bör ses över för att säkerställa att alla steg genomförs korrekt och hur processen kan stärkas i relation till nämnden. Översynen ska leda till arbetssätt som säkerställer en tydlig och effektiv återkoppling samt att utredningarna har ett systemperspektiv.
- **Ökad samverkan mellan avdelningar:** För att förbättra planering och uppföljning av åtgärdsplaner i lex Sarah-utredningar bör ökad samverkan mellan olika avdelningar stärkas. En tätare samverkan kan bidra till att alla relevanta perspektiv beaktas.
- **Samtalsstöd för utsatta brukare:** Se över vilket samtalsstöd som bör erbjudas till brukare som har blivit utsatta för ofredande av personal eller andra brukare.
- **Stöd för brukare som vill rapportera:** Säkerställa att brukarna känner sig trygga med att rapportera missförhållanden. Ge tydlig information om vart de kan vända sig och vilket stöd de kan få. Kompetenshöjande insatser behövs även för medarbetare och chefer.
- **Hantering inkommande synpunkter:** Vid inkomna synpunkter bör alltid ett övervägande göras om synpunkten ska hanteras i synpunktshanteringssystemet. Detta säkerställer att synpunkterna behandlas på ett strukturerat sätt.
- **HR-stöd vid avstängning:** När en medarbetare ska stängas av eller sägas upp, behöver verksamhetschefen få tydligare information av HR om vad som gäller.
- **Kontroll av belastningsregister vid rekrytering:** En rutin för att kontrollera belastningsregister vid rekrytering bör införas.

Slutsatser

Det kan konstateras att de befintliga rutinerna har följts men även att rutinernas utformning kan ha fördröjt arbetet med att identifiera ytterligare händelser. Resultaten tyder på att de nuvarande rutinerna inte är tillräckligt ändamålsenliga, eftersom de i hög grad riskerar att fokusera alltför snävt på enskilda verksamheter i stället för att omfatta ett övergripande systemperspektiv.

Den enskilt viktigaste åtgärden förefaller vara att lyfta vissa lex Sarah-utredningar från verksamhetschefsnivå och hantera dem på en högre organisatorisk nivå, för att säkerställa att en djupare analys som även möjliggör lärande i organisationen och för att säkerställa att liknande missförhållanden inte upprepas. Att endast hantera dessa utredningar på verksamhetsnivå riskerar att dölja underliggande organisatoriska brister och begränsar förutsättningarna för en fullständig helhetsbedömning. För att stärka nämndens insyn och säkerställa tydlighet i hanteringen av allvarliga händelser finns ett behov av att tydliggöra och utveckla rutiner för informationsöverföring och uppföljning vid lex Sarah-utredningar både inom egen regi och privat regi.

Utöver detta har flera förbättringsåtgärder identifierats som kan säkerställa en förbättrad hantering framöver och skapa en tryggare verksamhet för både brukare och medarbetare. Exempel på dessa åtgärder är rutiner för kontroll av belastningsregister vid rekrytering, ökad samverkan mellan avdelningar och ett tydligare stöd för brukare. Det framstår också som avgörande att inkomna synpunkter hanteras på ett strukturerat sätt, samt att stödprocesserna via HR för avstängning av personal förstärks.

Det bör ställas krav i avtalen med de privata utförarna gällande kontroll av belastningsregister vid anställning. Vidare bör arbetet med uppföljning av hur privata utförare arbetar med trygghet och säkerhet följas upp.

Sammantaget påvisar rapporten ett behov av att uppdatera och vidareutveckla de befintliga arbetssätten för att säkerställa en proaktiv och förebyggande hantering av framtida händelser.