



Granskning av vidtagna åtgärder utifrån övergrepp inom hemtjänsten

Rapport

Uppsala kommun

KPMG AB

2025-03-21

Antal sidor: 45 (inkl. bilagor)



Uppsala kommun

Granskning av vidtagna åtgärder utifrån övergrepp inom hemtjänsten

2025-03-21

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	3
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	6
3	Resultat av granskningen	8
3.1	Organisation, styrning och ledning av berörd verksamhet	8
3.2	Allvarliga händelser i hemtjänsten	11
3.3	Informationsöverföring och äldrenämndens vidtagna åtgärder	21
4	Samlad bedömning och rekommendationer	31
	Bilaga 1 – Rutiner avseende avvikelshantering, lex Sarah och synpunkter	34
	Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden	37
	Bilaga 3 – Dokumentförteckning	42

1 Sammanfattning

KPMG har av Uppsala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska vilka åtgärder äldrenämnden vidtagit med anledning av övergrepp inom hemtjänsten.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits efter att verksamheten fick information om händelserna avseende sexuellt våld inom hemtjänsten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att det inte funnits en aktiv styrning, uppföljning och kontroll från äldrenämnden baserat på de åtgärder som förvaltningen arbetat fram. Vi konstaterar att det exempelvis saknats en tydlig spårbarhet genom godkännande via beslut av åtgärder som förvaltningen tagit fram samt även en tydlighet i hur uppföljning och kontroll ska ske till nämnden av att resultat av åtgärderna nås. Vi bedömer även att det funnits brister i hanteringen av händelserna vad gäller ledning och styrning samt det systematiska kvalitetsarbetet.

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

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Säkerställa följsamhet till aktuella riktlinjer och rutiner inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Säkerställa att all personal inom nämndens ansvarsområde har kunskap om vilka krav ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer på respektive medarbetare.
- Säkerställa att de åtgärder som förvaltningen utarbetade i oktober 2024 genomförs och att resultatet av arbetet löpande följs upp av äldrenämnden.
- Säkerställa att verksamhetschefer får nödvändigt stöd för att hantera sitt uppdrag, särskilt vid hög arbetsbelastning.
- Säkerställa ökad spårbarhet i beslut så att det tydligare går att följa vilken information nämnden fått ta del av i protokoll med tillhörande handlingar.

2 Bakgrund

KPMG har fått i uppdrag av Uppsala kommuns revisorer att granska vilka åtgärder äldrenämnden vidtagit med anledning av övergrepp inom hemtjänsten. Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits efter att verksamheten fick information om händelserna avseende sexuellt våld inom hemtjänsten.

Utifrån en upprättad Lex Sarah-anmälan daterad 7 juni 2024 framgår att en brukare uppger att en personal som arbetar i hemtjänsten vid två tillfällen under våren 2024 utsatt brukaren för våldtäkt i personens hem¹. Av anmälan framgår att verksamhetschef den 15 maj 2024 mottog muntlig information om händelsen i verksamheten².

Av äldrenämndens protokoll framgår att nämnden den 6 september 2024 fick *"Information med anledning av allvarliga händelser inom äldreomsorgen"*³. Utifrån protokollet framgår att förvaltningsdirektör samt avdelningschefen för ordinärt boende (hemtjänst) informerade nämnden om *"... händelse och nya händelser som upptäckts inom äldreomsorgen."* Vidare framgår att nämnden fick möjlighet att ställa frågor *"... om händelserna och hur förvaltningen hanterar dem"*. Av protokollet framgår ingen ytterligare information.

Vid äldrenämndens sammanträde den 26 september 2024 hanterade nämnden ett ärende om *"Ökad trygghet och säkerhet inom vård och omsorg"*⁴. I sammanfattningen till ärendet refereras till de *"... fall av sexuellt våld som upptäckts inom kommunens hemtjänst..."*. I beslutsunderlaget återfinns totalt tolv pågående och nya åtgärder som föreslås inom ramen för en "kraftsamling" för att skapa ökad trygghet inom vården och omsorgen. Äldrenämnden beslutade att uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att:

- Kraftsamla för ökad trygghet inom äldreomsorgen i enlighet med ärendets fördragning.
- Se över hur uppföljningar och stickprovskontroller kan systematiseras.

¹ ALN-2024-00430

² I "Svar på komplettering i ärende ALN-2024-00430" under rubriken "Korrigerig av tidigare uppgifter" framgår att brukaren den 15 maj för sin biståndshandläggare berättade att "hen blivit våldtagen av en medarbetare inom hemtjänsten" samt att brukaren tillbakavisar att det avser två våldtäkter och uppger att det rör sig om en våldtäkt.

³ 2024-09-06, § 80.

⁴ 2024-09-24, § 99.

- Införa trygghetsskapande teknik som ger brukarna möjlighet att kunna se vem som kommer för att utföra insatsen i hemmet.
- Arbetet med föreslagna åtgärder återrapporteras till nämnden.

Av protokoll framgår att vissa ledamöter reserverade sig mot beslutet. Enligt reservationen fanns inget ärende om åtgärdsplan med i kallelsen till sammanträdet. Därtill framgår av reservationen att *"Information till nämnden och åtgärder borde naturligtvis ha presenterats när våldtäkterna inträffade i maj..."*.

Vid sammanträdet den 28 november 2024 beslutade äldrenämnden att uppdra till förvaltningen att utreda informationsflödet till nämnden gällande Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar⁵. Vid sammanträdet i november hanterade äldrenämnden även ett ärende om *"Utredning och uppföljning av allvarliga händelser"*⁶. Av sammanfattningen till ärendet framgår att för *"...att få en samlad bild och dra lärdom av situationen har förvaltningen gjort en övergripande analys av händelserna. Sammanfattningsvis har de befintliga rutinerna följts, men analysen visar att rutinerna i vissa fall kan ha fördröjt identifiering av ytterligare händelser."* Vidare framgår att det i *"... rapporten"*⁷ föreslås förbättringar för att uppdatera och vidareutveckla arbetssätten, för att skapa en mer proaktiv och förebyggande hantering av framtida händelser". Äldrenämnden beslutade att lägga rapporten enligt ärendets bilaga till handlingarna. Därtill beslutade nämnden att uppmana kommunstyrelsen att genomföra en extern oberoende granskning av ledning, styrning och kultur och hur nämnden och förvaltningsledningen har hanterat de allvarliga händelserna inom hemvården och hur informationen till nämnden har skett. Av protokollet framgår att vissa ledamöter reserverade sig mot beslutet. Enligt reservationen har *"... vi som ansvarig nämnd inte fått komplett information vilket är mycket anmärkningsvärt. Först efter mötet får vi del av aktuell handling digitalt, och under mötet enbart på papper."*

Utifrån ovanstående bakgrund bedömer revisorerna att det är väsentligt att granska om äldrenämnden säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits efter att verksamheten fick information om händelserna avseende sexuellt våld inom hemtjänsten.

⁵ 2024-11-28, § 125

⁶ 2024-11-28, § 126

⁷ Den rapport som låg till grund för ärendet och som nämnden fattade beslut utifrån återfinns inte bland handlingarna på kommunens hemsida.

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Granskningen har syftat till att bedöma om äldrenämnden säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits efter att verksamheten fick information om händelserna avseende sexuellt våld inom hemtjänsten.

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga:

— Har äldrenämnden, utifrån händelserna om sexuellt våld i hemtjänsten, vidtagit åtgärder för att säkerställa en god kvalitet i omsorgen av brukare?

Som stöd för bedömningen av revisionsfrågan kommer nedanstående underfrågor att bedömas:

- När och på vilket sätt fick verksamheten samt äldrenämnden information om aktuella händelser?
- Vilken information har äldrenämnden fått om aktuella händelser och har nämnden erhållit tillräcklig information för att kunna besluta om lämpliga åtgärder?
- Vilka åtgärder, både generella och specifika, har äldrenämnden vidtagit utifrån aktuella händelser?
- Vilken information i form av exempelvis synpunkter, avvikelser, utredningar och anmälningar finns kopplat till händelserna?
- Har nämnden, efter att händelsen uppdagades, tillsett en ändamålsenlig process kring det aktuella ärendet och generella förbättringsåtgärder i verksamheterna som säkerställt nämndens styrning och kontroll över verksamheten?

Granskningen avser äldrenämnden. Granskningen har avgränsats till de händelser som har inträffat i egen regi. Det är totalt två brukare som blivit utsatta, dessa benämns som "Brukare A" och "Brukare B" i denna rapport.

De händelser som har inträffat i extern regi har inte omfattats av granskningen.

2.2 Revisionskriterier

Granskningen har utgått från nedanstående revisionskriterier. Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som ligger till grund för bedömningar och slutsatser som framgår i granskningen.

— **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 (2001:453):** 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 kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter för det systematiska kvalitetsarbetet vilket alla som bedriver socialtjänst ska följa. Syftet med föreskrifterna är att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Föreskrifterna innehåller krav avseende bland annat riskanalys, egenkontroll, avvikelsehantering, personalens kompetens med mera.
- **Övriga interna styrdokument:** Detta avser exempelvis reglementen samt riktlinjer och rutiner för avvikelsehantering och Lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med mera.

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Dokumentförteckning framgår av *Bilaga 3*. De intervjuer som har genomförts framgår nedan:

- Äldrenämndens presidium
- Ett urval⁸ av förtroendevalda i äldrenämnden
- Förvaltningsdirektör för vård- och omsorgsförvaltningen
- Avdelningschef för ordinärt boende (hemtjänst)

⁸ Urvalet har baserats på ledamöter som har reserverat sig mot nämndens beslut i de ärenden som berör de granskade händelserna.

- Dåvarande områdeschef för ordinärt boende (hemtjänst) för aktuellt område
- Dåvarande verksamhetschef för ordinärt boende (hemtjänst) för aktuell verksamhet
- Två Lex Sarah-specialister (två tillfällen)
- Två strateger

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



Samtliga intervjuade som vi träffat inom ramen för granskningen har fått möjlighet att faktakontrollera rapporten.

3 Resultat av granskningen

3.1 Organisation, styrning och ledning av berörd verksamhet

Äldrenämnden i Uppsala kommun ansvarar enligt sitt reglemente⁹ för uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) i ordinärt eller särskilt boende för personer över 65 år som är i behov av bistånd på grund av ålder, sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning. Ansvaret omfattar även anhörigstöd för anhöriga till personer över 65 år, som vårdar eller stödjer en närstående.

3.1.1 Organisation och verksamhet

Vård- och omsorgsförvaltningen i Uppsala kommun är uppdelad i ett antal avdelningar. En avdelning avser ordinärt boende (hemtjänst). Avdelningen leds av en avdelningschef. Underställt avdelningschefen finns områdeschefer, och sedermera verksamhetschefer som utgör första linjens chefer i organisationen.

De händelser som omfattas av denna granskning har inträffat i två verksamheter inom hemtjänsten, där Brukare A tillhör den ena verksamheten, och Brukare B den andra. Ansvaret för brukarna har därav varit uppdelat på två olika verksamhetschefer. Verksamheterna var innan våren år 2024 en gemensam verksamhet, men delades sedan upp till två verksamheter med olika verksamhetschefer utifrån kommunens arbete med chefsförtätning.

3.1.2 Bakgrund och förutsättningar

3.1.2.1 Avtal med privat hemtjänstutförare hävs

Äldrenämndens arbetsutskott beslutade den 17 mars år 2022 att häva avtalet med en privat hemtjänstutförare avseende utförandet av tjänster inom Uppsala kommuns valfritetssystem för hemvård¹⁰. Arbetsutskottet beslutade att hävningen skulle verkställas med successiv avveckling under perioden 18 mars-30 april under år 2022. Bakgrunden till beslutet var att brister och avtalsbrott hade konstaterats vid vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning av utföraren. I uppföljningen framkom att välfärdsbrottslighet i form av felaktig tidregistrering hade noterats och förvaltningen bedömde att utföraren inte kunde säkerställa omsorg av god kvalitet för brukarna.

⁹ Kommunfullmäktige, "Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun", 2023-11-06

¹⁰ Äldrenämndens arbetsutskott, 2022-03-17 §25

Fram till och med sista april år 2022 skulle förvaltningen således ta över de brukare som tidigare tillhört den privata hemtjänstutföraren och som valt kommunen som utförare. Detta påverkade flera verksamheter inom hemtjänsten. De berörda verksamheterna, dvs. där granskade händelser senare inträffar, var under denna tidsperiod en gemensam verksamhet. Avvecklingen innebar enligt lämnade uppgifter i granskningen att cirka 100 brukare valde att övergå till den berörda verksamheten. Enligt kommunens egen utredning hade verksamheten cirka 200 brukare och cirka 80 medarbetare. Inför avvecklingen hade förvaltningen begränsade möjligheter att förbereda övertagandet av brukare, vilket enligt uppgift påverkade arbetsbelastningen inom hela hemtjänsten.

3.1.2.2 Rekrytering av medarbetare

I samband med brukarövertagandet år 2022 valde den berörda verksamheten att rekrytera medarbetare från den tidigare privata hemtjänstutföraren för att kunna möta det nya omsorgsbehovet. Den medarbetare som senare misstänks för sexuella övergrepp på både Brukare A och Brukare B rekryterades från den privata hemtjänstutföraren i samband med denna övergång. I intervju framförs att det inte genomfördes en formell rekryteringsprocess vid dessa rekryteringar, utan en snabbare rekrytering som enligt uppgift ska ha godkänts av kommunens HR-avdelning. Enligt lämnade uppgifter i granskningen ska dock CV och referenser ha inhämtats av dåvarande verksamhetschef, även för den medarbetare som senare pekats ut av brukarna. I den utredning som förvaltningen senare har genomfört framgår det dock att det förekommit brister i referenstagningen av den utpekade medarbetaren, då referenterna inte uppgett att medarbetaren tidigare varit avstängd hos sin tidigare arbetsgivare på grund av misstankar om sexuella övergrepp. När detta inträffade hos den tidigare arbetsgivaren initierades en polisutredning, men utredningen lades ned på grund av bristande bevis, och medarbetaren återgick då i tjänst.

År 2018 bedömde kommunens HR-avdelning att utdrag och kontroll av belastningsregister i samband med nyanställningar inte var förenligt med GDPR. Detta innebär att det inte genomfördes en sådan kontroll av medarbetare som anställdes inom hemtjänsten och den berörda verksamheten från och med 2018. Sedan september år 2024, efter att granskade händelser uppdragats, har dock sådana kontroller återinförts.

3.1.2.3 Ledarskap och stöd till verksamheten

När avtalet hävdades med den privata hemtjänstutföraren år 2022 hade den berörda verksamheten en verksamhetschef. Efter övertagandet ansvarade verksamhetschefen för

cirka 200 brukare med tillhörande anhörigkontakt samt cirka 80 medarbetare. I intervjuer har det framförts att dessa omständigheter bidragit till en hög belastning på verksamheten, och en mycket hög arbetsbelastning på verksamhetschefen. Det uppges i intervjuer att prioriteringen under denna tid blev det dagliga arbetet, och att förutsättningarna för att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet begränsades.

I samband med övertagandet pausades enligt uppgift pågående utvecklingsprojekt och extra resurser i form av administrativa stödfunktioner tillsattes till den berörda verksamheten. Ytterligare åtgärder för att stödja verksamheten var enligt uppgift att ta bort en verksamhet från verksamhetschefen ansvarsområde, samt att områdeschef och verksamhetschef hade regelbundna samtal för att diskutera arbetssituationen och diskutera eventuellt stöd. Som tidigt nämnts var verksamhetschefen under år 2022 och stora delar av år 2023 ensam verksamhetschef för verksamheten. Det pågick dock ett arbete med att rekrytera flera chefer under perioden. Under hösten år 2023 anställdes en ytterligare verksamhetschef i verksamheten för att minska arbetsbelastningen, samt utifrån Uppsala kommuns riktmärke om maximalt 30 medarbetare per chef som kommunstyrelsen beslutade om år 2023¹¹. Enligt uppgift delades verksamheten upp mellan verksamhetscheferna formellt under våren år 2024.

3.1.3 Bedömning

Vår bedömning är att det under en längre tid funnits brister vad gäller ledning och styrning av aktuell verksamhet som äldrenämnden inte säkerställt.

Vi konstaterar att den aktuella verksamheten efter avvecklingen av den privata utföraren fick ansvar för cirka 200 brukare och cirka 80 medarbetare. En sådan omfattning av brukare och medarbetare skapar en mycket hög arbetsbelastning för en enskild verksamhetschef, som enligt vår bedömning är att betrakta som orimlig. En sådan hög arbetsbelastning skapar enligt vår bedömning risker relaterat till det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten vad gäller bland annat riskanalyser, dokumentations- och rapporteringsskyldighet, kompetensutveckling, avvikelshantering, egenkontroll med mera. Den höga arbetsbelastningen skapar även risker avseende verksamhetens förutsättningar att uppfylla de mål, lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Vi noterar i sammanhanget att vi inte kunnat se att det genomförts riskanalyser i verksamheten för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa med anledning av omfattningen på verksamheten.

¹¹ Kommunstyrelsen, 2021-12-15 §358

Vi konstaterar att den aktuella verksamheten erhöll visst stöd för att hantera arbetsbelastningen från överordnade chefer eller stödpersonal i förvaltningen i samband med brukarövertagandet från den privata hemtjänstutföraren som kommunen tidigare haft avtal med. Det är dock enligt vår bedömning försvårande att det dröjde fram till hösten år 2023 innan exempelvis en ytterligare verksamhetschef rekryterades till aktuell verksamhet. Vi bedömer att det finns en risk för att de brister som noterats vad gäller hanteringen av Brukare A och B i föreliggande rapport (se *avsnitt 3.2*) är en konsekvens av den bristfälliga ledning och styrning som funnits i aktuell verksamhet under en längre tid.

3.2 Allvarliga händelser i hemtjänsten

Under år 2024 har två brukare, Brukare A och Brukare B, framfört att medarbetare inom hemtjänsten har utsatt dem för sexuella övergrepp. Brukare A och Brukare B har pekat ut samma medarbetare för dessa övergrepp, men Brukare B har även blivit utsatt för övergrepp av två ytterligare medarbetare.

I avsnitten nedan redovisas en tidslinje som redogör för hur dessa händelser uppmärksammas, hanteras, rapporteras och vilka direkta åtgärder som vidtagits. Beskrivningarna har i huvudsak utgått ifrån kommunens egna utredningar kring händelserna samt uppgifter som har framförts i intervjuer. I granskningen har det dock uppmärksammats att det finns meningsskiljaktigheter kring uppgifterna som framgår i kommunens utredningar.

3.2.1 Brukare A

Hösten 2023: Brukare A framför synpunkter gällande en medarbetare

Under hösten år 2023 kontakter Brukare A vid flera tillfällen ansvarig verksamhetschef för att framföra synpunkter/klagomål gällande en medarbetare (detta avser den medarbetare som sedan blir misstänkt för våldtäkt mot Brukare A under våren år 2024). I den senare genomförda fördjupade utredningen relaterat till Lex Sarah-anmälan som upprättats med anledning av händelsen anges att det råder olika uppfattningar kring vad som framfördes och diskuterades under dessa samtal. I intervju med verksamhetsföreträdare framförs att det inte framgick vad som inträffat, utan enbart att en medarbetare skapat obehag för brukaren. Det framgick enligt intervjuade inte att det var händelser av sexuell karaktär. I den genomförda fördjupade utredningen relaterat till Lex Sarah-anmälan anges dock att Brukare A hävdar att brukaren vid samtalen under hösten år 2023 framfört att medarbetaren varit fysiskt närgången och även blottat sig för brukaren.

Enligt lämnade uppgifter i granskningen framgick det vid dessa samtal inte heller tydligt vilken medarbetare som Brukare A åsyftade. I den genomförda fördjupade utredningen relaterat till Lex Sarah-anmälan anges att brukaren inte kunde uppge tydliga signalement som gjorde det möjligt att identifiera medarbetaren. I utredningen framgår dock också att det finns meningsskiljaktigheter kring detta, då brukaren hävdar att hen tydligt pekat ut medarbetaren. I intervju med verksamhetsföreträdare framförs att brukaren ska ha uppgett vissa signalement på medarbetaren, och att verksamhetschefen utifrån detta och andra uppgifter som framförts försökt kartlägga händelserna och identifiera vem medarbetaren var, dock utan framgång. Brukare A ska enligt uppgift ha bett verksamhetschefen att inte prata med personal om informationen som brukaren framfört, men också bett om att medarbetaren inte skulle besöka brukaren igen. I intervju framförs att verksamhetschefen vid samtalet informerat Brukare A att medarbetaren inte kunde identifieras utifrån de uppgifter som lämnats. Verksamhetschefen ska också ha bett Brukare A att ringa upp verksamhetschefen i direkt anslutning till att medarbetaren besökt brukaren, i syfte att enklare kunna identifiera medarbetaren. Enligt lämnade uppgifter i granskningen ringde Brukare A inte upp verksamhetschefen i anslutning till att medarbetaren besökt brukaren. Det görs ingen uppföljning med brukaren efter dessa samtal under perioden fram till maj 2024, och inga övriga åtgärder vidtas.

I den fördjupade utredningen relaterat till händelsens Lex Sarah-anmälan anges att det sker förändringar i den berörda medarbetarens planering under hösten 2023. Detta innebär att medarbetaren inte besöker Brukare A under en längre tid. Brukare A ska då ha uppfattat att verksamheten agerat på det som framfördes i samtalen under hösten 2023. Därefter ska medarbetarens planering ha ändrats igen, och medarbetaren besökte då brukaren igen.

Det finns ingen dokumentation som verifierar dessa händelser/samtal som inträffar under hösten 2023, exempelvis i brukarens journal. Det har inte heller genomförts någon annan typ av rapportering, exempelvis genom avvikelserapportering eller synpunktsrapportering. Anledningen till detta beskrivs i intervjuer bland annat vara att Brukare A framfört att informationen inte skulle tas vidare, samt att informationen var för "känslig" att dokumentera i brukarens journal då flera medarbetare har tillgång till journalen. Det har enligt uppgift inte funnits tydliga rutiner för hur allvarliga händelser ska dokumenteras. I november 2024 upprättades en checklista¹² för sådan hantering, där rutinen nu är att

¹² Vård- och omsorgsförvaltningen, Checklista för verksamhets vid allvarlig händelse, 2024-11-11

upprätta en avvikelse och sedan dokumentera att en avvikelse har upprättats samt avvikelserapportens nummer i brukarens journal.

14–15 maj 2024: Brukare A berättar om sexuella övergrepp

Uppföljningsbesök med biståndshandläggare

I samband med ett årligt uppföljningsbesök som genomförs av biståndshandläggare den 14 maj 2024 informerar Brukare A biståndshandläggaren om att brukaren blivit utsatt för sexuella övergrepp av personal i hemtjänsten. Enligt uppgift nämner Brukare A i samband med detta samtal att övergreppen skett vid flera tillfällen, men senare tillbakavisas dessa uppgifter av brukaren som menar att det handlar om ett tillfälle som inträffat under våren 2024.

Hembesök av verksamhetschef

Biståndshandläggare kontaktar enligt uppgift omgående verksamhetschefen och berättar om informationen som framförts av Brukare A. Verksamhetschefen ringer därefter upp Brukare A samma dag och bokar in ett hembesök med anledning av det brukaren berättat för biståndshandläggaren. Hembesöket sker enligt överenskommelse dagen efter uppföljningsbesöket, dvs. den 15 maj 2024. I samband med detta berättar Brukare A att hen har blivit våldtagen av en medarbetare i hemtjänsten. I intervju framförs att det inte var helt tydligt när våldtäkterna¹³ ska ha inträffat, men att Brukare A kan peka ut medarbetaren då brukaren enligt uppgift bett medarbetaren att skriva ned sitt namn i brukarens kalender.

Vid hembesöket berättar Brukare A för verksamhetschefen att brukaren känt obehag gällande denna medarbetare tidigare, och beskriver då att medarbetaren varit fysiskt närgången, till exempel genom försök till kyssar och kramar vid flera tillfällen. Brukare A påtalar också att det var detta brukaren berättat för verksamhetschefen i samtalen under hösten år 2023, då det avsåg samma medarbetare.

Lex Sarah-rapport upprättas

Den 15 maj 2024, samma dag som hembesöket äger rum, upprättar verksamhetschefen en Lex Sarah-rapport. I rapporten beskrivs missförhållandet samt redan vidtagna åtgärder. Åtgärder som vidtagits uppges vara att brukaren uppmanats att polisanmäla händelsen, att en Lex Sarah-rapport och utredning upprättats, samt att berörd medarbetare

¹³ Som tidigare nämnts i rapporten berättar brukaren om två olika tillfällen i samband med detta hembesök. Dessa uppgifter tillbakavisas dock senare av brukaren, som menar att det bara är en våldtäkt som inträffat.

hanteras arbetsrättsligt för att säkerställa brukarens säkerhet och trygghet. I intervju framförs även att verksamhetschefen tillsammans med brukaren ser över och väljer ut personal som framöver ska arbeta med brukaren.

I intervju framförs att verksamhetschefen samma dag kontaktar HR-partner samt Lex Sarah-specialist på kvalitetsenheten. I samband med detta ska även verksamhetschefen ha kontaktat områdeschefen för att informera om händelsen.

17 maj 2024: Utpekad medarbetare tas ur tjänst

I intervjuer framförs att HR-partner beslutar att den utpekade medarbetaren inte ska arbeta hos Brukare A. Områdeschefen beslutar dock den 17 maj 2024 att helt ta medarbetaren ur tjänst. Anledningen till att detta sker den 17 maj är för att medarbetaren enligt sitt schema var ledig den 16 maj.

31 maj 2024: Lex Sarah-anmälan görs till IVO

Den 31 maj 2024 görs en Lex Sarah-anmälan till IVO. Den 7 juni skickas även den fördjupade utredningen som genomförts samt åtgärdsplanen som upprättats av ansvarig verksamhetschef och Lex Sarah-specialist. I åtgärdsplanen anges bland annat kortsiktiga åtgärder, vilka är de åtgärder som beskrivits i Lex Sarah-rapporten från den 15 maj. Därutöver redovisas även långsiktiga åtgärder, vilka är följande:

- Trygga övriga brukare i samma område
- Skapa lärande av det inträffade i alla arbetsgrupper inom hemvården
- Säkerställa tydliga rutiner och arbetssätt med särskild tonvikt på bemötande
- Arbeta med att brukare känner sig trygga med att rapportera avvikelser och oönskade händelser
- Kvalitetssäkra rekryteringsprocessen

Samtliga åtgärder skulle enligt åtgärdsplanen genomföras under hösten år 2024 och följas upp i december 2024.

29 augusti 2024: IVO begär komplettering av utredning

IVO begär i augusti 2024 komplettering av den fördjupade utredningen relaterat till händelsen då de bedömer att en fördjupad analys av de bakomliggande orsakerna på systemnivå, samt en redogörelse för hur de långsiktiga åtgärderna ska genomföras, inte framgår tydligt. Denna komplettering skickas in till IVO den 31 oktober 2024.

I den reviderade åtgärdsplanen har långsiktiga åtgärder kompletterats med följande:

- Arbeta med att stärka alla medarbetares, oavsett roll, förmåga att reagera på och fånga upp signaler från brukare
- Alla medarbetare ska förstå syftet med dokumentationen samt sin skyldighet att dokumentera
- Stärka alla medarbetares, oavsett roll, kunskaper kring avvikelshantering och rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah
- Säkerställa tydliga rutiner och arbetssätt med särskild tonvikt på etik och bemötande
- Arbeta med att stärka organisationens förmåga att hantera plötsligt uppkomna behov samt extraordinära händelser i verksamheter
- Översyn av förvaltningens rutin och hantering av missförhållanden enligt Lex Sarah

3.2.2 Brukare B

Maj-juli 2024: Verksamhetschef informeras om att Brukare B blivit utsatt för sexuella övergrepp

Medarbetare informerar verksamhetschefen

I intervjuer framförs att två medarbetare inom verksamheten som fått kännedom om händelsen som inträffat Brukare A tar kontakt med verksamhetschefen den 29 maj 2024. Vid detta tillfälle är inte verksamhetschefen som ansvarar för Brukare B i tjänst, och därför tar en annan verksamhetschef emot informationen. Medarbetarna framför att Brukare B i december 2023 berättat att hen blivit utsatt för sexuella övergrepp av personal inom hemtjänsten. Enligt lämnade uppgifter i granskningen har medarbetarna inte rapporterat denna information vidare då de inte trott på att det som Brukare B framförde stämde. I den fördjupade utredningen relaterat till Lex Sarah-anmälan som upprättats med anledning av händelserna gällande Brukare B framgår att Brukare B även ska ha uppmanat medarbetarna att inte föra vidare informationen. I den fördjupade utredningen framgår också att det senare framkommit att en annan myndighet har haft kännedom om att Brukare B kan ha varit utsatt.

Verksamhetschef försöker boka in ett hembesök

När verksamhetschefen får kännedom om att Brukare B framfört information om sexuella övergrepp kontaktas Brukare B av verksamhetschefen. Verksamhetschefen och Brukare B bokar in ett hembesök den 31 maj. Dagen för hembesöket är Brukare B dock inte hemma, och verksamhetschefen försöker få kontakt med brukaren via telefon men lyckas inte boka in ett nytt hembesök då Brukare B enligt uppgift inte återkommer med förslag på en ny tid enligt överenskommelse. Därefter är verksamhetschefen, vars ansvar omfattar Brukare B, åter i tjänst och verksamhetscheferna kommer överens om att verksamhetschefen som numera är tillbaka i tjänst ska ta över arbetet och försöka boka in ett hembesök med Brukare B. Hembesöket bokades dock inte in under sommaren, det vill säga under perioden juni-augusti, och orsaken till det är inte klargjort. Den ansvariga verksamhetschefen avslutade sin anställning senare i september år 2024. Även verksamhetschefen som tog emot informationen i maj byter tjänst efter sommaren. Detta tjänstbyte var enligt uppgift planerat innan dessa händelser uppmärksammades.

Under sommaren (perioden juni-augusti) sker ingen uppföljning av om ett hembesök bokats in med Brukare B. Det finns ingen dokumentation avseende dessa händelser och samtal, exempelvis i brukarens journal. Det har inte heller genomförts någon avvikelserapportering eller Lex Sarah. Verksamhetschefen har dock gjort egna tjänsteanteckningar kring dessa händelser. Vi kan dock inte se att dessa finns dokumenterat i handlingar kopplat till individärendet eller diariefört på annat sätt.

30 augusti-5 september 2024: Medarbetare informerar verksamhetschef om Brukare B

I den fördjupade utredningen relaterat till händelsernas Lex Sarah-anmälan anges att uppgifter som ledde till att rapporten om missförhållande upprättades framkom den 30 augusti 2024.

Den 2 september noterar verksamhetschefen i brukarens journal att verksamhetschefen i telefonsamtal med brukaren fått information om sexuella närmanden och ett ekonomiskt övergrepp. I intervju framförs att det ekonomiska övergreppet avser en medarbetare som tagit emot pengar från brukaren vid flera olika tillfällen. Enligt journalanteckningen påbörjas en utredning omgående. Nästa journalanteckning är den 4 september och där framkommer att verksamhetschef och brukare bokat in ett hembesök den 6 september för vidare utredning.

6 september 2024: Lex Sarah-rapport upprättas

I en journalanteckning i brukarens journal framgår att verksamhetschefen tillsammans med sin verksamhetschefskollega gör ett hembesök hos Brukare B den 6 september. Då upprättas även en Lex Sarah-rapport av verksamhetschefen. I rapporten framgår att brukaren framfört information till verksamhetschefen i samband med ett uppföljande hembesök. Det anges att brukaren blivit utsatt för olika närmanden vid flera olika tillfällen. Vidare framgår redan vidtagna åtgärder, vilka uppges vara att brukaren uppmanats att polisanmäla händelserna, att brukaren erbjudits samtalsstöd och fortsatt kontakt, kontakt med HR gällande utpekade medarbetare samt att ta informationen vidare i organisationen.

9 september 2024: Brukare B informerar att brukaren blivit utsatt för sexuellt ofredande av ytterligare en medarbetare

Av journalanteckningar i brukarens journal framgår att Brukare B den 9 september kontaktar verksamhetschefen för att berätta att ytterligare en medarbetare utsatt brukaren för sexuellt ofredande.

13 september 2024: Lex Sarah-anmälan görs till IVO

Den 13 september görs en Lex Sarah-anmälan till IVO. Av okänd anledning nådde dock anmälan inte fram till IVO, och den skickas därför på nytt och registreras av IVO den 9 oktober. I anmälan anges att brukaren uppgett att brukaren blivit utsatt för sexuella övergrepp av två olika medarbetare vid olika tillfällen. En medarbetare som pekats ut är medarbetaren som tidigare pekats ut av Brukare A. Det framgår även att verksamhetschefen gjort en polisanmälan på brukarens uppdrag. När det gäller de utpekade medarbetarna anges att en av medarbetarna inte längre var anställd (medarbetaren som togs ur tjänst den 17 maj), och att den andra medarbetaren blivit avstängd samma dag som Brukare B berättar om händelserna.

Den fördjupade utredningen och åtgärdsplanen skickas sedan till IVO den 31 oktober, samtidigt som kompletteringen av utredningen för Brukare A skickas in. I åtgärdsplanen som upprättats anges kortsiktiga och långsiktiga åtgärder, vilka tagits fram utifrån händelserna som inträffar som både Brukare A och Brukare B. Följande kortsiktiga åtgärder fastställs:

- Omedelbart förhindra att de medarbetare som utpekats av brukaren går hem till brukaren efter att händelserna blivit kända

- Omedelbart vidta arbetsrättsliga åtgärder mot de medarbetare som utpekats för att ha begått övergreppen
- Se till så att brukaren får en samtalskontakt
- Uppmana brukaren att polisanmäla övergreppen
- Undersöka om det finns fler drabbade brukare genom att i uppsökande arbete ta kontakt och fråga om brukarna inom aktuellt hemvårdområde varit utsatta för liknande händelser

De långsiktiga åtgärderna som fastställs liknar i många avseenden de åtgärder som fastställts i ärendet som gäller Brukare A. Åtgärderna är följande:

- Intensifiera arbetet med avvikelshantering; att medarbetare, oavsett roll, ska kunna identifiera och rapportera avvikelser och missförhållanden som uppdagas i verksamheten
- Undersöka om det finns fler drabbade brukare genom att i uppsökande arbete ta kontakt och fråga om brukarna inom *samtliga* kommunens hemvårdområden varit utsatta för liknande händelser
- Fortsatt tät kontakt med brukaren
- Förtydliga i rutin för social dokumentation var uppgifter av känslig karaktär som är av vikt för genomförandet av insatsen ska dokumenteras
- Kopplat till ovanstående åtgärd behöver lärdomar från denna händelse spridas till resten av organisationen, för ett lärande på bredden i organisationen
- Se över möjlighet att utveckla verksamhetssystemet så att det är möjligt för chef att vid behov föra anteckningar i social dokumentation utan att dessa kan läsas av samtliga medarbetare
- Tydliggöra regelverket kring att ta emot gåvor; att det inte är tillåtet. Detta behövs i den här verksamheten men det behöver även lyftas i ett förvaltningsgemensamt lärandeforum så att dessa kunskaper sprids i hela organisationen
- Arbeta med att stärka alla medarbetares, oavsett roll, förmåga att reagera och fånga upp signaler från brukare samt att följa upp dessa signaler (uppföljning av genomförandet)

- Fortsatt arbete på övergripande nivå att förtäta antalet chefer så att varje chef får bättre förutsättningar att arbeta med exempelvis systematiskt kvalitetsarbete och vara mer närvarande i verksamheten.

I åtgärdsplanen redovisas även åtgärder som vidtas på organisationsnivå med anledning av händelserna. Där anges bland annat att kommunstyrelsen beslutat om att införa bakgrundskontroller inför anställning av nya medarbetare så att kontroller av belastningsregistret genomförs. Åtgärden infördes den 25 september 2024. Vidare nämns även de åtgärder som äldrenämnden beslutat om vid sammanträdet den 26 september 2024, se *avsnitt 3.3.2 Information till nämnden och nämndens beslut samt åtgärder* nedan för mer information. IVO godkände utredningen samt åtgärdsplanen, och beslutade att avsluta ärendet och inte vidta ytterligare åtgärder.

3.2.3 Bedömning

Vår bedömning är att det funnits omfattande brister vad gäller det systematiska kvalitetsarbetet i aktuell verksamhet som äldrenämnden inte säkerställt.

Det har funnits flera anmärkningsvärda brister i hanteringen av Brukare A och B vad gäller rapporteringsskyldighet, dokumentationsskyldighet, hantering av avvikelser och Lex Sarah samt riskanalyser och egenkontroll. Detta visar enligt vår bedömning på att det i dessa fall funnits kunskapsbrister avseende hur personal ska agera vid allvarliga händelser. Alla dessa områden är grundläggande förutsättningar för ett fungerande ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Vi konstaterar det inte återfinns någon dokumentation, exempelvis i synpunkt eller journal, som beskriver de händelser som enligt uppgift framkom under hösten 2023 vad gäller Brukare A. På samma sätt finns inget dokumenterat från december 2023 vad gäller Brukare B då medarbetare enligt uppgift fick information om att brukaren utsatts för sexuella övergrepp. Vi noterar även att inget, utöver chefens egna tjänsteanteckningar, finns dokumenterat vad gäller de kontaktförsök som görs av dåvarande verksamhetschefer avseende Brukare B när dessa enligt uppgift får information om brukaren. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation ska det av journal exempelvis framgå faktiska omständigheter eller händelser av betydelse som inträffat. Vidare återfinns inom socialtjänsten en dokumentationsskyldighet som ställer krav på att dokumentation sker. Det är enligt vår bedömning bristfälligt att ingen av dessa händelser är dokumenterade i enlighet med de krav som återfinns. Vi vill i sammanhanget betona att

uppgifter som att information är för "känslig" att dokumentera i en journal saknar stöd i lag.

Utöver den bristande dokumentationen av händelserna avseende Brukare A och B konstaterar vi att det även funnits brister vad gäller rapporteringsskyldigheten. Enligt socialtjänstlagen är den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten *skyldig* att rapportera missförhållande *eller* påtaglig risk för missförhållande om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om detta. Vidare ska medarbetare rapportera avvikelser. En avvikelse avser allt som brister eller avviker från processer och rutiner och/eller som påverkar insatsens kvalitet. Vi konstaterar att det inte finns någon avvikelse alternativt synpunkt upprättad från hösten 2023 vad gäller Brukare A. Vi noterar dock i sammanhanget att det finns olika uppfattningar om vad den aktuella brukaren framförde till dåvarande verksamhetschef under denna tid. Det är även anmärkningsvärt att medarbetare i verksamheten haft kännedom under cirka sex månader (december 2023 till maj 2024) att Brukare B varit utsatt för sexuella övergrepp utan att rapportera detta i enlighet med rapporteringsskyldigheten. Att verksamhetscheferna därtill heller inte rapporterar eller säkerställer att åtgärder faktiskt vidtas när de får kännedom om Brukare B är enligt vår bedömning mycket bristfälligt.

Både Brukare A och B uppger enligt uppgift i vissa situationer att de inte önskar att den information de uppger ska föras vidare. Att inte föra vidare sådan information när en medarbetare får kännedom om detta, exempelvis genom Lex Sarah, är en väsentlig brist utifrån aktuell rapporteringsskyldighet.

Av den fördjupade utredning som förvaltningen upprättar med anledning av Lex Sarah-anmälan relaterat till Brukare A framgår ett antal kort- och långsiktiga åtgärder. De kortsiktiga åtgärderna avser uppmaning om polisanmälan, Lex Sarah rapport med utredning samt hantering av berörd medarbetare. Flera av de långsiktiga åtgärder som återfinns, exempelvis att säkerställa rutiner och arbetssätt, skulle enligt åtgärdsplanen genomföras under hösten 2024 med uppföljning i december samma år. Vi konstaterar att arbetssättet med tillhörande tidsplan innebär att det dröjer flera månader från att Lex Sarah-rapporten upprättas till att arbetet med de långsiktiga åtgärderna startar. Detta är enligt vår bedömning bristfälligt.

Personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet är centrala förutsättningar för att säkerställa en god kvalitet. Enligt socialtjänstlagen ska *"var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ... medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet."* Vi konstaterar att det har funnits kvalitetsbrister

som skulle kunna bero på bristande kompetens i verksamheten. Vi vill dock betona att det är den som bedriver socialtjänst, i detta fall äldrenämnden vad gäller hemtjänsten, som ansvarar för att det finns ett fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet i verksamheten. Ansvaret för noterade brister vad gäller rapporteringsskyldighet, dokumentationsskyldighet, personalens kompetens, hantering av avvikelser och Lex Sarah samt riskanalyser och egenkontroll är äldrenämndens. Vi noterar att äldrenämnden beslutat om åtgärder utifrån händelserna vilka beskrivs närmare i kommande avsnitt.

3.3 Informationsöverföring och äldrenämndens vidtagna åtgärder

3.3.1 Information inom förvaltningen

Som tidigare beskrivits i rapporten får ansvarig verksamhetschef information om händelsen avseende Brukare A den 14 maj. Enligt uppgift informerar verksamhetschefen områdeschefen om händelsen den 15 maj, och tar även kontakt med HR-avdelningen och kvalitetsenheten.

I intervju framförs vidare att områdeschefen informerar avdelningschefen om Brukare A i anslutning till att händelsen uppdagas. Enligt uppgift informerar avdelningschefen sedan förvaltningsdirektören om händelsen omgående. I intervjuer framförs att förvaltningsdirektören får information om att ärendet är under utredning. Förvaltningsdirektör får i samband med att det upprättas en Lex Sarah-rapport i ärendet även information om händelsen via kvalitetsenheten inom vård- och omsorgsförvaltningen genom en Power-Point-presentation. Presentationen skickas till förvaltningsdirektören den 24 maj via e-post och innehåller information om händelsen som inträffat Brukare A. Där framgår att brukaren "... uppgjer under ett möte med biståndshandläggare att hen har blivit utsatt för sexuella övergrepp av en medarbetare från hemtjänsten". I presentationen anges också pågående aktiviteter/åtgärder och vilka parter som är involverade i dessa.

När det gäller Brukare B har ansvarig verksamhetschef kännedom om händelserna under sommaren år 2024. Efter sommaren uppmärksammas händelserna gällande Brukare B igen den 30 augusti. Enligt uppgift informeras områdeschef samt avdelningschef om detta samma dag. Förvaltningsdirektör informeras om händelserna gällande Brukare B den 6 september.

3.3.2 Information till nämnden och nämndens beslutade åtgärder

Maj/juni 2024: Förvaltningsdirektör informerar äldrenämndens ordförande

Förvaltningsdirektören och äldrenämndens ordförande har enligt uppgift muntliga avstämningar veckovis. I samband med en sådan avstämning i slutet av maj eller i början av juni informerar förvaltningsdirektören nämndens ordförande om Brukare A och att det pågår en arbetsrättslig process som utreds enligt gällande rutiner. Enligt uppgift informeras nämndens ordförande om att informationen skulle bli ett anmälningsärende till nämnden.

12 juni 2024: Äldrenämnden sammanträder

Äldrenämnden har ett sammanträde den 12 juni, alltså några veckor efter att händelserna i hemtjänsten har uppmärksammats. Vid sammanträdet ges ingen information angående händelserna till nämnden.

Vid denna tidpunkt hade en Lex Sarah-anmälan gjorts till IVO i enlighet med gällande delegationsbestämmelser. Enligt förvaltningens rutiner för Lex Sarah (se *Bilaga 1 - Rutiner avseende avvikelshantering, Lex Sarah och synpunkter*) ska en sådan anmälan delges nämnden under punkten "Redovisning av delegationsbeslut" vid nämndens sammanträden. Vid sammanträdet i juni framgår inte Lex Sarah-anmälan för det aktuella fallet gällande Brukare A. Detta förklaras av att det blivit fel i diarieföringen när Lex Sarah-anmälan upprättades, vilket resulterade i att beslutet inte redovisades som ett delegationsbeslut till nämnden vid sammanträdet i juni. Vidare informerar inte förvaltningsdirektören, i enlighet med befintlig rutin för Lex Sarah, nämnden.

5 september 2024: Arbetsutskottet sammankallas och får information om Brukare A

Den 4 september publicerar Uppsalas Nya Tidning en artikel avseende Brukare A och det som inträffat brukaren under våren 2024, samt om händelserna hösten 2023.

Ordförande sammankallar äldrenämndens arbetsutskott och sammanträdet sker den 5 september. Även representanter för de partier i nämnden som saknar representation i arbetsutskottet kallas till arbetsutskottet. Av arbetsutskottets protokoll¹⁴ framgår att utskottet har fått information "med anledning av allvarlig händelse inom äldreomsorgen". Det är förvaltningsdirektören samt avdelningschefen för ordinärt boende som informerar om händelserna som då har rapporterats i media.

¹⁴ Äldrenämndens arbetsutskott, 2024-09-05, §67

6 september 2024: Äldrenämnden sammankallas och informeras om Brukare A samt Brukare B

Den 6 september, dvs. samma dag som en Lex Sarah rapport upprättas för Brukare B, sammankallas hela äldrenämnden enligt uppgift inom några timmar. Vid sammanträdet informerar förvaltningsdirektör samt avdelningschefen för ordinärt boende om tidigare händelser (Brukare A) samt nya händelser (Brukare B) som upptäckts inom äldreomsorgen¹⁵. Även kommunstyrelsens arbetsutskott deltar vid sammanträdet.

26 september 2024: Äldrenämnden beslutar om kraftsamling för ökad trygghet och säkerhet inom vård och omsorg

Äldrenämnden sammanträder den 26 september och får då ytterligare information om händelserna¹⁶. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av den PowerPoint-presentation som redovisades för nämnden. Där anges att inga nya händelser av denna karaktär inträffat i egen regin, samt information om att utpekade medarbetarna är avskedade och att några är under utredning, bland annat på grund av sexuellt ofredande och tidigare domar gällande sexual brott. I samband med denna rapportering framkommer även att liknande händelser inträffat hos en privat hemtjänstutförare och att det i den verksamheten finns tre brukare som är brottsoffer.

Vid sammanträdet informerar även förvaltningsdirektören om direkta åtgärder som pågår. Det framgår bland annat att en samlad utredning avseende händelserna ska presenteras för kommunstyrelsen den 18 oktober, och även till äldrenämnden. Två strategier fick den 6 september i uppdrag av förvaltningsdirektören att utreda händelserna.

Vid sammanträdet ges förslag på beslut och åtgärder som nämnden ska besluta om. Nämnden föreslås följande enligt tjänsteskrivelsen i ärendet:

- 1) att uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att kraftsamla för ökad trygghet inom äldreomsorgen i enlighet med ärendets föredragning,
- 2) att uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att se över hur uppföljningar och stickprovskontroller kan systematiseras i enlighet med ärendets föredragning,
- 3) att uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att införa trygghetsskapande teknik som ger brukarna möjlighet att kunna se vem som kommer för att utföra insatsen i hemmet.

¹⁵ Äldrenämnden, 2024-09-06, §80

¹⁶ Äldrenämnden 2024-09-26, §99

I ärendet redovisas tolv olika aktiviteter som ska genomföras inom ramen för kraftsamlingen. Dessa är följande:

- Införa förstärkta bakgrundskontroller och kontroll i belastningsregister vid anställning i vård- och omsorgsförvaltningen.
- Förstärka stöd till chefer vid rekrytering.
- Införa kunskapshöjande utbildning riktad till de anställda i linje med de åtgärder som kommunstyrelsen beslutat om inom ramen för handlingsplan mot välfärdsbrott.
- Utveckla synpunktshanteringen för att göra det enklare att lämna synpunkter och möjliggöra snabbare återkoppling till synpunktslämnaren.
- Genomföra en översyn av hur uppföljningar och stickprovskontroller kan systematiseras.
- Införa trygghetsskapande teknik som ger brukarna möjlighet att se vem som kommer för att utföra insatser, vilken insats som utförs och när den ges.
- Intensifiera arbetet med chefsförtätning för att nå målet om 30 medarbetare per chef inom samtliga av nämndens verksamheter.
- Minska andelen visstidsanställda, fler tillsvidareanställda ska leda till ökad kontinuitet.
- Intensifiera det breddinförande arbetet med att ersätta den tidigare så kallade minutstyrningen med att hemtjänsten i stället ska jobba i mindre personalgrupper närmare den äldre.
- Utöka våldsbudens utbildning till att inkludera fler aspekter av äldre personers särskilda utsatthet.
- Fortsätta prioritera de språkutvecklande insatserna för att öka tryggheten och säkerheten för brukarna inom nämndens verksamheter.
- Genomföra översyn av äldreombudsmannens instruktion och förstärkning av äldreombudsmannens roll som trygghetsskapande funktion för kommunens äldre.

I tjänsteskrivelsen beskrivs mer detaljerad information om respektive åtgärd. Nämnden beslutar i enlighet med förslaget, med tillägget att arbetet med de föreslagna åtgärderna ska återrapporteras till nämnden.

Reservationer och yrkanden

I samband med beslutet i september anges flera yrkanden till beslutet och även reservationer av ledamöter i nämnden. Tre ledamöter yrkar tillägg till beslutet om att arbetet med åtgärderna ska rapporteras skriftligt till varje nämndsammanträde, att en extern oberoende utvärdering av hemtjänsten, inklusive ledning och styrning av verksamheten, organisation och kultur görs i syfte att identifiera orsaker till de uppkomna problemen, samt att utvärderingen även ska innefatta en jämförelse av vilken betydelse olika huvudmän har haft för kvaliteten och tryggheten för brukarna. Nämnden avslag yrkandet.

Därtill reserverar sig fyra ledamöter till beslutet, och en ersättare avger ett särskilt yttrande. Dessa redovisas i *Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden*.

23 oktober 2024: Äldrenämndens informeras om uppföljning och pågående utredning gällande allvarliga händelser

Vid sammanträdet i oktober informerar förvaltningsdirektören om status på arbetet och uppföljningen av de allvarliga händelserna i verksamheten¹⁷. Vidare informerar även förvaltningens strateger, som fått uppdraget att ta fram en utredning avseende händelserna, om utredningen och de slutsatserna utredningen kommit fram till. Detta rapporteras muntligen. I faktakontrollen har det framförts att åtgärder som vidtagits av förvaltningen, dvs. i upprättade åtgärdsplaner, tydligt redovisas vid detta tillfälle. Detta framgår dock inte av protokoll eller beslutsunderlag vi har tagit del av. Det har vidare framförts att det med anledning av informationen som ges vid sammanträdet inte fanns behov av ytterligare beslut.

I intervjuer framförs att utredningen som helhet inte kunde delges nämnden då den innehöll uppgifter som omfattas av sekretess. Enligt uppgift ska strategerna haft en dialog avseende sekretessfrågan med kommunjuristen.

Nämnden beslutade utifrån informationsärendet att individutskottet skulle kallas för att ta del av allt som enligt förvaltningen *kan* delas med ledamöterna.

Reservationer och yrkanden

I samband med ärendet anges flera yrkanden till beslutet av ledamöter i nämnden. Tre ledamöter yrkar att nämndens ledamöter ska få ta del av utredningen som genomförts av strategerna. Nämnden avslår yrkandet. Därtill reserverar sig fyra ledamöter till

¹⁷ Äldrenämnden, 2024-10-23, §106

beslutet, och en ersättare avger ett särskilt yttrande. Dessa redovisas i *Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden*.

19 november 2024: Individutskottet sammanträder

I enlighet med nämndens beslut i oktober sammanträder äldrenämndens individutskott i november 2024. Vid sammanträdet informerar förvaltningsdirektören och avdelningschefen för ordinärt boende om båda ärendena, vad som har inträffat samt omedelbara, pågående, genomförda och planerade åtgärder. Även kommunjuristen deltog vid sammanträdet. Vidare ges även information om händelserna som inträffat hos en privat hemtjänstutförare.

28 november 2024: Äldrenämnden tar del av rapport gällande allvarliga händelser och beslutar om en oberoende utredning samt stärkt process för informationsöverföring gällande Lex Sarah och Lex Maria

Vid sammanträdet i november får äldrenämnden ta del av en rapport som sammanställts utifrån den utredning som två av förvaltningens strateger genomfört avseende de allvarliga händelserna i hemtjänsten. Rapporten skickas inte ut som en handling i kallelsen, utan ledamöterna får ta del av underlaget vid sammanträdet.

Rapporten innehåller en kortare beskrivning av verksamheten där händelserna inträffat i egen regi, samt en beskrivning av de händelser som inträffat i extern regi. Vidare görs en analys av händelserna och händelseförloppen. Där understryks vissa brister, exempelvis att kontakter med Brukare A inte har dokumenterats av verksamhetschefen och bristande kunskap om dokumentations- och rapporteringsskyldighet. Vidare redovisas förslag på förbättringar utifrån utredningen, flera vilka redan var pågående eller genomförda utifrån tidigare beslut:

- Översyn av Lex Sarah-rutinen och processen
- Ökad samverkan mellan avdelningar
- Samtalsstöd för utsatta brukare
- Stöd för brukare som vill rapportera
- Hantering av inkommande synpunkter
- HR-stöd vid avstängning
- Kontroll av belastningsregister vid rekrytering

Utifrån utredningen beslutar nämnden att ”uppmåna kommunstyrelsen att genomföra en extern oberoende granskning av ledning, styrning och kultur och hur nämnden och förvaltningsledningen har hanterat de allvarliga händelserna inom hemvården och hur informationen till nämnden har skett”.

Nämnden beslutar därutöver, i ett annat ärende, att uppdra till förvaltningen att utreda informationsflödet till nämnden gällande Lex Sarah och Lex Mariah-ärenden vid sammanträdet. I beslutet anges att en utredning behöver göras för att stärka nämndens insyn och hantering av allvarliga händelser.

Reservationer och yrkanden

I samband med beslutet avseende utredningen görs ett särskilt yrkande av fyra ledamöter i nämnden. Detta yrkande redovisas i *Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden*.

Även i beslutet avseende att utreda informationsflödet till nämnden gällande Lex Sarah och Lex Maria-ärenden lämnas flera yrkanden och reservationer från ledamöter i nämnden. Tre ledamöter yrkar att rapporter som skickas till IVO (Lex Sarah och Lex Maria) ska anmälas i nämnden alternativt individutskottet. Nämnden avslår yrkandet. Vidare reserverar sig fyra ledamöter mot beslutet, och två andra ledamöter reserverar sig mot beslutet i förmån av de fyra ledamöternas yrkande. Reservationen redovisas i *Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden*.

18 december 2024: Information om händelserna, information från privat hemtjänstutförare samt beslut om internkontrollplan inför 2025

I samband med punkten ”Förvaltningsdirektörens information” informerar förvaltningsdirektören om uppföljning av allvarliga händelser i hemtjänsten och vad som sker/har skett i ärendena. Vi har tagit del av presentationen som redovisades vid sammanträdet och där framgår att information ges om bland annat skadeståndskrav på kommunen från avskedad medarbetare.

Vid sammanträdet informerar även regionchefen för den privata hemtjänstutföraren där allvarliga händelser har inträffat om utredningarna som genomförts, samt de åtgärder som vidtagits.

Äldrenämnden beslutar även om internkontrollplan inför 2025 vid detta sammanträde. I internkontrollplanen ingår en risk avseende bristande uppföljning av synpunkter och avvikelser. Relaterat till risken fastställs en kontroll av att synpunkter och avvikelser

(inklusive Lex Sarah och Lex Maria) omhändertas på ett ändamålsenligt sätt. Kontrollen ska genomföras genom att analysera om rutiner gällande synpunktshantering och avvikelser svarar mot gällande regelverk, samt att analysera om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och återkoppling ges inom rimlig tid. Nämnden beslutade godkänna internkontrollplanen samt att till nästa års internkontrollplan utvärderas hur ändamålsenligt det är med bara ett årligt uppföljningstillfälle (oktober, med undantag av hot och våld som rapporteras i mars).

Reservationer och yrkanden

I samband med punkten "Förvaltningsdirektörens information" anges flera yrkanden och reservationer av ledamöter i nämnden. Ett tilläggsyrkande från tre ledamöter är att uppdraga åt den externa oberoende granskare som upphandlats av kommunstyrelsen att även se över de sekretessbelagda händelser inom äldreomsorgen för att reda ut hur de allvarliga händelserna inom hemtjänsten hanterats av nämnd och förvaltning, och om de hade kunnat föranleda tidigare åtgärder och beslut än vad som faktiskt skedde när händelserna rapporterades i media. Nämnden avslår yrkandet. Fyra ledamöter reserverar sig mot beslutet, och en ledamot reserverar sig mot beslutet till förmån för de fyra ledamöternas yrkande. Reservationen redovisas i *Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden*.

När det gäller beslutet avseende internkontrollplanen för år 2025 görs även flera yrkanden och reservationer av ledamöter i nämnden. Tre ledamöter yrkade att det för kontrollmomentet avseende hanteringen av synpunkter och avvikelser tillförs en kontrollmetod enligt följande: "Göra stickprovskontroller bland brukare, med anställda som referens, för att säkerställa att missförhållanden som tagits upp av brukare faktiskt lett till avvikelserapportering i någon form", samt att det "till nästa års internkontrollplan utvärderas hur ändamålsenligt det är med bara ett årligt uppföljningstillfälle (oktober, med undantag av hot och våld som rapporteras i mars)". Nämnden avslog det första yrkandet, men biföll det andra yrkandet avseende ändamålsenligheten i uppföljningstillfällena.

13 februari 2025: Uppföljning av åtgärder inom hemtjänsten

I ett informationsärende på nämndens sammanträde i februari informerar förvaltningsdirektören om de åtgärder förvaltningen vidtar med anledning av de allvarliga händelserna som inträffat i hemtjänsten.

3.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att det inte funnits en aktiv styrning, uppföljning och kontroll från äldrenämnden baserat på de åtgärder som förvaltningen arbetat fram. Detta avser exempelvis beslut om att godkänna åtgärderna från den fördjupade utredningen i oktober 2024 men även att tydligt följa upp och kontrollera att resultat av åtgärderna nås.

Äldrenämnden beslutade i september om ett antal åtgärder inom ramen för det som nämnden kallar *"kraftsamling för ökad trygghet och säkerhet inom vård och omsorg"*. Kraftsamlingen består av tolv åtgärder och avser exempelvis förstärkta kontroller vid rekrytering, intensifiering av arbetet med chefsförtäring och att minska antalet visstidsanställda. Vidare har nämnden beslutat om en översyn av rutiner för informationsöverföring. Flera av de åtgärder som framgår i förvaltningens fördjupade utredning från oktober 2024 adresserar enligt vår bedömning noterade brister (se *avsnitt 3.2.2*) till skillnad från åtgärderna inom ramen för nämndens *"kraftsamling"*. Detta avser exempelvis avvikelser och missförhållanden, social dokumentation, kunskapsspridning, hur medarbetare ska hantera liknande situationer med mera. Vi noterar dock att dessa åtgärder utarbetas först ett antal månader efter att information återfinns om Brukare A samt att IVO efterfrågat komplettering. Vi konstaterar att det saknats en tydlig styrning, uppföljning och kontroll från äldrenämnden baserat på de åtgärder som förvaltningen arbetat fram, exempelvis åtgärderna i den fördjupade utredningen från oktober 2024.

Förvaltningsdirektören erhåller enligt uppgift information om händelserna avseende Brukare A från avdelningschef i anslutning till att händelserna blir kända i maj 2024. Den 24 maj erhåller förvaltningsdirektören ett e-post från kvalitetsenheten där det framgår att en brukare *"... uppger under ett möte med biståndshandläggare att hen har blivit utsatt för sexuella övergrepp av en medarbetare från hemtjänsten"*. Förvaltningsdirektör informerar enligt uppgift äldrenämndens ordförande om händelserna runt månadsskiftet maj/juni 2024. Vi noterar att det inte finns dokumentation som verifierar detta och utifrån intervjuer är det inte helt tydligt vilken information som överförs. Förvaltningsdirektören eller ordföranden informerar inte äldrenämnden vid sammanträdet i juni. Vi noterar i sammanhanget att det i rutinen för Lex Sarah (se *Bilaga 1-Rutiner avseende avvikelshantering, Lex Sarah och synpunkter*) framgår att förvaltningsdirektör ska informera ansvarig nämnd i ärendet (vad gäller Lex Sarah), men att detta inte sker vid sammanträdet i juni. Vad gäller Brukare B konstaterar vi att nämnden erhåller information om brukaren den 6 september 2024, samma dag som Lex Sarah-rapporten upprättas. Vi noterar dock att



det funnits kännedom i verksamheten om att Brukare B utsatts för sexuella övergrepp sedan december 2023.

Vi noterar att det utifrån protokoll, tillhörande handlingar och intervjuer inte är helt tydligt vilken information äldrenämnden erhållit. Utifrån intervjuer framgår olika uppfattningar avseende omfånget på informationen samtidigt som vissa ledamöter i nämnden upplever att informationen varit bristfällig. Vidare framgår i vissa intervjuer att hänvisningen till att nämnden inte kunnat ta del av all information de önskat med anledning av sekretess är bristfällig och saknar reglerat stöd.

4 Samlad bedömning och rekommendationer

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits efter att verksamheten fick information om händelserna avseende sexuellt våld inom hemtjänsten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att det inte funnits en aktiv styrning, uppföljning och kontroll från äldrenämnden baserat på de åtgärder som förvaltningen arbetat fram. Vi konstaterar att det exempelvis saknats en tydlig spårbarhet genom godkännande via beslut av åtgärder som förvaltningen tagit fram samt även en tydlighet i hur uppföljning och kontroll ska ske till nämnden av att resultat av åtgärderna nås. Vi bedömer även att det funnits brister i hanteringen av händelserna vad gäller ledning och styrning samt det systematiska kvalitetsarbetet.

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. Vidare ska enligt socialtjänstlagen 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 återfinns även en nationell värdegrund för äldreomsorgen som innebär att omsorgen av äldre ”... ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”. Det ska därtill finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som den som bedriver socialtjänst vilket i detta fall är äldrenämnden, ansvarar för.

Vi bedömer att äldrenämnden inte har säkerställt en tillräcklig ledning, styrning och kontroll av den aktuella verksamheten. Flera grundläggande delar inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete efterlevs inte. Vi noterar även att den bristfälliga ledningen, styrningen och kontrollen i den aktuella verksamheten funnits under lång tid. Det finns en risk att de brister som noterats i föreliggande rapport är en konsekvens av den bristfälliga ledningen, styrningen och kontrollen som funnits i aktuell verksamhet under en längre tid. Vidare är vår bedömning att äldrenämnden inte har säkerställt att verksamheten bedrivs enligt lag, föreskrift och kommunfullmäktiges uppdrag. Detta avser exempelvis kommunallagen, socialtjänstlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och

allmänna råd om kvalitetsarbete och fullmäktiges uppdrag till nämnden i form av reglemente. Det handlar enligt vår bedömning om väsentliga brister och avvikelser.

De noterade bristerna och avvikelserna har utifrån god revisionsbedömning i kommunal verksamhet inneburit väsentlig och allvarig skada som skapat särskilt negativa konsekvenser för medborgare i form av brukare som tar del av kommunens tjänster. Det går därtill inte att utesluta att händelserna med tillhörande åtgärder allvarligt påverkat allmänhetens förtroende för Uppsala kommun i stort och hemtjänsten i synnerhet.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Säkerställa följsamhet till aktuella riktlinjer och rutiner inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Säkerställa att all personal inom nämndens ansvarsområde har kunskap om vilka krav ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer på respektive medarbetare.
- Säkerställa att de åtgärder som förvaltningen utarbetade i oktober 2024 genomförs och att resultatet av arbetet löpande följs upp av äldrenämnden.
- Säkerställa att verksamhetschefer får nödvändigt stöd för att hantera sitt uppdrag, särskilt vid hög arbetsbelastning.
- Säkerställa ökad spårbarhet i beslut så att det tydligare går att följa vilken information nämnden fått ta del av i protokoll med tillhörande handlingar.

Datum som ovan

KPMG AB



Ludwig Reismer
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Olivia Gonzalez
Verksamhetsrevisor

Mikael Lind
*Certifierad kommunal yrkesrevisor och
kvalitetssäkrare*

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Bilaga 1 – Rutiner avseende avvikelshantering, lex Sarah och synpunkter

Rutiner för avvikelshantering

I en *rutin för avvikelshantering*¹⁸ beskrivs vård- och omsorgsförvaltningens hantering av avvikelser i verksamheten. Rutinen syftar till att förebygga att liknande avvikelser uppstår igen, samt att rapporteringen leder till verksamhetsförbättringar och lärande forum. Avvikelser definieras i rutinen som ”brister och oönskade händelser som påverkar säkerheten och kvalitén mot brukare, medarbetare och verksamhet”.

Av rutinen framgår att verksamheten har en skyldighet att dokumentera, utreda, åtgärda samt följa upp avvikelser som uppstår. Avvikelseerna ska registreras i det system där avvikelserna systematiskt ska hanteras. I rutinen anges ansvaret för avvikelserrapportering- och hantering för medarbetare, verksamhetschef/enhetschef, områdeschef, avdelningschef och kvalitetsenheten.

- **Medarbetare** som upptäcker händelser som utgör ett hot mot verksamhetens kvalitet har en enligt rutinen en skyldighet att rapportera avvikelserna, dvs. göra ansvarig uppmärksam på vad som upptäckts. Avvikelserrapportering sker enligt rutinen till den som det berör, till exempel chef eller legitimerad personal. Om avvikelserna avser ett allvarligt missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah ska chef informeras skyndsamt (se avsnitt ”Rutiner för hantering av missförhållanden enligt Lex Sarah” nedan).
- **Verksamhetschefer** ansvarar bland annat för att utreda och dokumentera avvikelser, vidta åtgärder som krävs för att skydda brukare samt för att rapportera allvarliga händelser till överordnad chef. Verksamhetschefer ansvarar även för att säkerställa kunskapen hos medarbetare avseende avvikelser och dess hantering, samt för efterlevnaden av rutiner avseende avvikelser. Cheferna ska även vid eventuell ledighet rapportera pågående åtgärder till ersättande chef, samt vid avslut av tjänst hantera och avsluta pågående avvikelser och överrapportera dessa till ersättande chef.
- **Områdeschefer** ska säkerställa att det alltid finns en chef som mottar och utreder avvikelser i verksamheten, samt hålla sig uppdaterad om händelser i verksamheterna. I ansvaret ingår också att stödja chefer i processen kring avvikelshantering, samt att vid eventuella allvarliga händelser rapportera detta vidare till avdelningschef.

¹⁸ Ledningsgruppen för vård- och omsorgsförvaltningen, 2022-09-27 (RU558.01)

Områdeschefen har även ansvar för att tillämpa lärande forum för att sprida goda exempel och förebygga att liknande händelser inträffar igen inom området.

- **Avdelningschefen** ansvarar för att rapportera allvarliga händelser till förvaltningsdirektören och för att ta beslut om samt ansvara för lex Sarah-anmälan till IVO.
- **Kvalitetsenheten** ska stödja chefer i hantering av avvikelser, samordna aktiviteter vid lex Sarah-anmälan till IVO samt bistå förvaltningen med underlag.

I rutinen understryks att det är viktigt att alla medarbetare känner ett ansvar, samt att verksamheten har en tillåtande kultur så att medarbetare känner sig trygga med att påtala brister och avvikelser i verksamheten.

Rutiner för hantering av missförhållanden enligt Lex Sarah

I en *rutin för Lex Sarah*¹⁹ beskrivs vård- och omsorgsförvaltningens hantering av missförhållanden enligt lex Sarah, samt roller och ansvar i arbetet. Rapporter om missförhållanden eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska rapporteras i linje upp till direktör och nämnd.

I rutinen anges att samtliga som fullgör uppgifter inom en verksamhet där socialtjänst bedrivs har en skyldighet att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Medarbetare som upptäcker missförhållande eller risk för detta ska genast rapportera detta till närmaste chef. Händelsen ska även registreras i avvikelsehante- ringssystem. I rutinen understryks att fysiska övergrepp (exempelvis nypningar, slag, tvång) och sexuella övergrepp (både fysiska och psykiska) alltid ska betraktas som missförhållande.

Vidare beskrivs verksamhetschef, områdeschef, avdelningschef, arbetsledare jourtid, kvalitet och utveckling samt biståndshandläggares ansvar när det gäller lex Sarah.

- **Verksamhetschef** ska utan dröjsmål utreda, dokumentera och vidta åtgärder vid en rapporterad avvikelse. Chefen ska även ha löpande kommunikation med områdes- chef gällande pågående ärenden. I ansvaret ingår också att säkerställa att lex Sarah- regelverket är känt i verksamheten, samt att informera nya medarbetare om rappor- teringsskyldigheten.
- **Områdeschef** ska hålla sig informerad och ha löpande kommunikation om lex Sa- rah-rapporter och pågående ärenden med berörd verksamhetschef. Chefen ska

¹⁹ Ledningsgruppen, vård- och omsorgsförvaltningen, 2023-04-28

även stödja cheferna i processen kring lex Sarah, samt informera överordnad chef om inkomna lex Sarah rapporter.

- **Avdelningschef** fattar beslut om anmälan om avvikelse till IVO efter samråd med lex Sarah specialist. Enligt nämndens delegationsordning har avdelningschefen delegat för att lex-Sarah ärenden hos IVO. Avdelningschef ska även informera förvaltningsdirektör om anmälan. Förvaltningsdirektör har sedan ett ansvar att informera ansvarig nämnd i ärendet.
- **Kvalitet och utveckling** ska stötta verksamhetschef i fördjupad utredning, ge förslag på beslut till avdelningschef gällande anmälan till IVO. Enheten ansvarar också för att säkerställa att åtgärdsplanen överensstämmer med utredning slutsats, samt för att säkerställa att handlingar diarieförs och anmälningar delges nämnd.
- **Biståndshandläggare** ska genomföra individuppföljning vid lex Sarah-anmälan till IVO.

Rutiner för synpunktshantering

I en *rutin för synpunktshantering*²⁰ beskrivs hantering och analysen av inkomna synpunkter. Synpunkter definieras som ett ” ett uttryck eller en åsikt med beröm eller ett klagomål på en insats som förvaltningen tillhandahåller eller förväntas tillhandahålla. En synpunkt kan också vara ett förslag till en eller flera av våra verksamheter inom förvaltningen”. I rutinen anges att alla personer som är anställda i vård- och omsorgsförvaltningen ska ta emot, dokumentera och registrera synpunkter på förvaltningens verksamhet enligt rutinen.

Samtliga medarbetare ansvarar för att ta emot synpunkter och registrera dessa i webbformulär. I rutinen framgår instruktioner för hur registreringen ska ske. Därefter ansvarar ansvarig handläggare för att bland annat utreda och åtgärda synpunkten, bekräfta mottagandet samt återkoppla information om åtgärder till synpunktslämnaren och sammanställa all dokumentation i ärendet. Det anges även att synpunkt och resultat journalförs i brukarens personakt, om det är aktuellt. I rutinen beskrivs hur en synpunkt ska hanteras och utredas. Vidare ska medhandläggare vara delaktiga utredningen av synpunktsärendet tillsammans med ansvarig handläggare.

²⁰ Vård- och omsorgsförvaltningen, 2024-04-24

Bilaga 2 – Reservationer och yrkanden vid äldrenämndens sammanträden

Äldrenämndens sammanträde den 26 september 2024

Reservation mot beslutet:

När kallelse skickades till nämnden fanns inget ärende om åtgärdsplan och utvärdering av vad som gått så totalt fel i verksamheten att flera fall av våldtäkter, sexuella övergrepp och ekonomiska oegentligheter kunnat ske inom hemtjänsten.

Först när media uppmärksammade missförhållandena rullade en formidabel PR-kampanj ut, där media fått bättre information än ledamöterna i nämnden.

Information till nämnden och åtgärder borde naturligtvis ha presenterats när våldtäkterna inträffade i maj, men det är bra att det nu sker förändringar som beslutas både i kommunstyrelsen och i nämnden. Det borde vara en självklarhet att befattningsprofiler tas fram för de anställda, och att personers bakgrund säkerställs så att inte kriminella element kan få insteg i äldre personers hem och intima liv.

Vi anser att det som nu skett bara är symptom på underlåtelser under 10 år av socialdemokratiskt ledda styren, där organisation, ekonomi och misstänkliggörande av externa utförare har kommit före kvaliteten i vården, värdigheten för de äldre och ett gott och tryggt ledarskap i organisationen.

Det är slående att ordförande själv erkänner att förhållningssättet när det gäller att inte göra bakgrundskontroller varit "naivt". Ändå avskaffades bakgrundskontroller 2018 trots kraftiga protester från den borgerliga oppositionen.

Nu måste en extern oberoende utvärdering av hela verksamheten inom hemtjänsten, inklusive ledning och styrning, organisation och kultur ske för att komma till rätta med bristerna. Det duger inte att utreda sig själv. Nämnden måste också få en noggrann uppföljning av föreslagna åtgärder.

Tyvärr biföll inte majoriteten våra förslag, förutom att lägga till en att-sats om att återrapport ska ske till nämnden.

Särskilda yttranden:

I ärendet beskrivs hur uppdrag ges till vård-och omsorgsförvaltningen att kraftsamla för ökad trygghet inom äldreomsorgen, att se över uppföljningar och införa mer teknik.

Utvecklingspartiet demokraterna anser att fokus ska vara på att tidigt fånga signaler från brukare, och att verktyg tas fram till chefer och berörd personal hur de ska agera vid signaler om allvarliga händelser. Inget av detta finns med i ärendet.

UP anser:

- att chef snabbt gör loggkontroll om vem eller vilka som registrerats hos brukaren inom äldre- eller inom omsorgen när en händelse inträffat.
- att chef besöker och med hjälp av de fotografier som redan finns på vårdpersonal, stödjer den äldre att identifiera vem som har gjort händelsen eller uppträtt på ett obehagligt sätt.
- att chef därefter snabbt agerar så att händelsen utreds, och vad som ska anmälas eller om personal ska bytas ut eller stängas av.

Om detta redan finns med i rutin hur chefer ska agera vid signaler från brukare, så bör detta implementeras mycket tydligare och löpande följas upp.

Äldrenämndens sammanträde den 23 oktober 2024

Reservation mot beslutet:

De allvarliga händelserna inom hemtjänsten, med våldtäkter, sexuella övergrepp och ekonomiska oegentligheter har gång på gång "gömts undan" inför nämndens möten. Vi har fått ta del av vad som hänt och görs i informationsärenden i slutet av nämnden, någon gång till och med efter nämnden klubbats av formellt. Vid förra nämnden fanns det fram till några dagar innan sammanträdet inget ärende om händelserna, innan ett förslag på åtgärder skickades ut. Den gången beslutades om ett tillägg med en punkt om återrapportering till nämnden först efter yrkande från oss i oppositionen.

När nu utredningen är färdig så yrkade vi på att nämnden bör få del av den utredningen. Nämndens ledamöter är ansvariga för verksamheten och när det skett allvarliga händelser vore det inte konstigt att vi får del av dessa utredningar. Det gäller i princip alla lex Sarah, och lex Maria – utredningar som skickas till IVO.

Majoriteten la ett motförslag att utredningen ska presenteras för individutskottet, och det är ett steg i rätt riktning. Vi vände oss inte så mycket mot detta utan främst mot att vi politiker enligt beslutet inte ska få ta del av hela utredningen, utan bara av valda delar.

När utredningen gjordes av Attendos hemtjänst innan avtalet sades upp presenterades hela utredningen på bordet innan arbetsutskottets sammanträde. Den utredning som

nu har gjorts ska kunna presenteras på motsvarande sätt. Politiker är vana att hantera sekretessbelagd information. Det gäller socialtjänst och även äldreomsorg där vi i individutskottet hanterar känsliga personuppgifter. Även vid upphandlingar och affärsuppgörelser hanterar politiker sekretessbelagd information. Information som sedan kan behöva sekretessbeläggas för utomstående. Politiker är dock inte utomstående utan en del av organisationen som faktiskt ansvariga för verksamheten.

Vi har tidigare också yrkat på att en oberoende utredning görs. Inte så mycket för att ta fram alla detaljer, utan också för att värdera ledningens agerande under krisen. Det är svårt för personer som själva är anställda i en organisation att ge en öppen värdering av deras överordnades ageranden.

Särskilda yttranden:

Enligt den muntliga dragning som gjordes på äldrenämnden 23 oktober, hade chef följt gällande rutin som finns när brukare ger signaler om oro. Eftersom chef vid hembesök inte dokumenterade att brukaren ville byta hemtjänstpersonal, visar detta på att krav på dokumentation inte finns med i nuvarande rutin. Det är viktigt för berörd personal att veta hur dokumentation ska ske vid brukares oro, och hur dessa signaler ska hanteras.

Utvecklingspartiet demokraterna anser att rutinen omgående ska revideras och implementeras så att chefer och berörda i fortsättningen känner till vad som krävs när brukare signalerar oro.

Medarbetare behöver omgående ges utbildning, om hur de ska agera när brukare slår larm om hot och våld, och våld i nära relationer.

UP anser också att det är viktigt att äldrenämnden i fortsättningen informeras när allvarlig händelse skett i så tidigt skede som möjligt. Informationen bör vara på en övergripande nivå om vad som har skett, och hur förvaltningen hanterar ärendet

Äldrenämndens sammanträde den 28 november 2024

Särskilda yttranden (gällande utredning):

Vi tackar för en positiv diskussion i nämnden och ett bra underlag i form av rapporten, även om vi fortfarande anser att åtminstone individutskottet borde kunna titta på själva utredningen som är underlaget för denna sammanfattning. Det är också positivt att vi kunnat enas om ett gemensamt yrkande om att uppmana KS att göra en oberoende granskning.

Vi är fortfarande kritiska till det som vi tidigare konstaterat - att förslag på åtgärder och redovisningar hela tiden kommer sent till nämnden. Vi som ansvarig nämnd har inte fått komplett information vilket är mycket anmärkningsvärt. Först efter mötet får vi del av aktuell handling digitalt, och under mötet enbart på papper.

Vi har fått muntliga redogörelser, men saknar konkret information från förvaltningen, och behovet av en extern oberoende översyn har bara blivit större och större.

Som ansvarig nämnd behöver vi kunna ta del av underlaget för rapporter, och slutsatser i den interna granskning som gjorts. Inte bara förvaltningsledningens version. I handlingen som gått in till IVO talas om "nämndens" bedömning av sekretess, och det kan vara formellt riktigt eftersom sekretessbedömningen gjorts på delegation. I nämnden har vi dock inte diskuterat detta, mer än att vi i oppositionen på förra nämnden yrkade på att nämnden borde få ta del av utredningen, vilket vi hela tiden har nekats.

Vi kommer när vi ska fastställa delegationsordning återkomma med förslag om att exempelvis Lex Sarah och Lex Maria som skickas till IVO går via nämnden, för att nämnden ska kunna ha insyn i de allvarliga missförhållanden som förekommer inom nämndens ansvarsområde.

Reservationer (gällande informationsöverföring avseende lex Sarah och lex Maria-ärenden):

Nämnden är ansvarig för kvaliteten i den kommunala omsorgen och hälso- och sjukvården. De senaste tidens allvarliga händelser har illustrerat att nämndens roll i det systematiska kvalitetsarbetet behöver stärkas.

Det görs årligen ett antal utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Några få av dessa utredningar skickas vidare till IVO. Vi anser att de få utredningar som skickas till IVO ska gå via nämnden eftersom de ger en bild av vilka allvarliga missförhållanden som finns inom nämndens verksamhet.

Vi yrkade därför att rapporter som skickas till IVO (i form av Lex Sarah och Lex Maria) skulle anmälas i nämnden alternativt individutskottet.

Äldrenämndens sammanträde den 18 december 2024

Reservation:

Den oberoende externa granskningen som kommunstyrelsen har beslutat om kommer inte att kunna ta del av sekretessbelagda uppgifter som myndigheten äldrenämnden har ansvar för. Exempelvis de lex Sarah – utredningar som är inskickade till IVO. Vi anser



därför att nämnden borde besluta om att, för att få en granskning värd namnet, den granskare som kommunstyrelsen beslutat om även borde få ett uppdrag från nämnden att granska även de delar av nämndens verksamhet som omfattas av sekretess. Vi beklagar att inte majoriteten vill ha den här granskningen.

Vi yrkade att äldrenämnden skulle besluta att uppdra åt den externa oberoende granskare som upphandlats av kommunstyrelsen att även se över de sekretessbelagda händelser inom äldreomsorgen för att reda ut hur de allvarliga händelserna inom hemtjänsten hanterats av nämnd och förvaltning och om de hade kunnat föranleda tidigare åtgärder och beslut än vad som faktiskt skedde när händelserna rapporterades i media.

Bilaga 3 – Dokumentförteckning

Vi har inom ramen för uppdraget tagit del av följande dokument:

- Anmälan, beslut och kommunikation med IVO med anledning av händelserna.
- Arbetssätt för Lex Sarah specialist och kvalitetsenhet
- Internkontrollplan 2024
- Internkontrollplan 2025
- Journaler för Brukare A och Brukare B
- Kvalitetsberättelse
- Lathund – arbetssätt för Lex Sarah-rapport för chef
- Lex Sarah-anmälningar med tillhörande utredningar med anledning av händelserna relaterat till Brukare A och Brukare B
- Patientsäkerhetsberättelse
- Protokoll med tillhörande handlingar och presentationer från äldrenämnden och utskott
- Riktlinjer vad gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Rutin för social dokumentation
- Rutiner för avvikelshantering
- Rutiner för hantering av missförhållanden enligt Lex Sarah
- Rutiner för synpunktshantering
- Samtliga avvikelser och Lex Sarah-anmälningar från berörd verksamhet perioden 2023–2024
- Samtliga inkomna synpunkter och klagomål avseende berörd verksamhet perioden 2023–2024