Granskning av ledningsfunktion samt informations- och beslutskedja inom socialtjänsten

Uddevalla kommun

21 november 2025

Building a better working world

Innehållsförteckning

1. Inledning 2
1.1. *Bakgrund* 2
1.2. *Syfte* 2
1.3. *Avgränsningar* 3
1.4. *Metod* 3

2. Sammanfattande slutsatser 5

3. Avvikelsehantering enligt SoL 8
3.1. *Vilka rutiner finns för avvikelsehantering?* 8
3.2. *Hur har chefer hanterat SoL-avvikelser?* 9
3.3. *Hur har chefer hanterat allvarliga avvikelser (lex Sarah).* 10
3.4. *Har chefer utbildats i avvikelsehantering?* 12
3.5. *I vilken utsträckning har chefer följt upp avvikelser?* 12
3.6. *I vilken utsträckning rapporteras avvikelser?* 13
3.7. *Vår analys avseende avvikelsehantering* 14

4. Systematiskt arbetsmiljöarbete 16
4.1. *Vilka rutiner finns för arbetsmiljöarbetet?* 16
4.2. *Har chefer känt till och åtgärdat risker i arbetsmiljön?* 17
4.3. *Vår analys avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet* 19

5. Personalprocesser 21
5.1. *Hur ser ansvarsfördelningen för personalfrågor ut?* 21
5.2. *Vilken introduktion har chefer tagit del av?* 22
5.3. *Hur har rekrytering av chefer och medarbetare inom nattorganisationen fungerat?* 22
5.4. *Hur har personalärenden hanterats?* 24
5.5. *Vår analys avseende personalprocesser* 25

6. Sammanfattning av slutsatser utifrån frågeställningarna 27

Bilaga 1. Källförteckning 30

Bilaga 2. Rutin hantering SoL-avvikelser 32

Bilaga 3. Rutin hantering av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden .. 33

1. Inledning

1.1. *Bakgrund*

Natt- och larmorganisationen inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun flyttade organisatoriskt från avdelningen för hälso- och sjukvård till hemtjänstavdelningen i januari 2024. I samband med att ny enhetschef för natt- och larmorganisation tillträdde i maj 2025 började omfattande brister inom nattorganisationen att uppmärksammas. Det framkom bland annat att medarbetare inte följt gängse rutiner och bestämmelser för verksamheten. Det hade eventuellt förekommit brottsliga handlingar och det fanns misstankar om uteblivna besök och andra brister i vård och omsorg som inneburit konsekvenser för brukare. I september 2025 togs en lex Sarah-rapport fram, som ledde till en tillfällig avstängning av hela arbetsgruppen. I lex Sarah-rapporten framgår att kommunen bedömde det som troligt att brister förekommit sedan minst år 2022. Mot bakgrund av detta har kommunen initierat flera utredningar, såväl interna som externa. EY har fått i uppdrag av kommundirektör i Uddevalla kommun att utreda hur besluts- och informationskedjan inom chefsleden fungerat.

1.2. Syfte

Granskningen syftar till att undersöka hur informationskedjan samt beslutsfattande avseende nattorganisationen fungerat inom ledningsorganisationen under perioden 2022–2025, utifrån följande frågeställningar:

- Vilka brister har uppmärksammats under tidsperioden?
  - Har respektive chefsled fått kännedom om brister eller misstänkta brister och i så fall hur?
  - Vilka rutiner och bestämmelser finns för rapportering av brister och
  - Har brister och avvikelser rapporterats i enlighet med rutiner och bestämmelser?

- Har bristerna åtgärdats?
  - Hur har respektive chefsled agerat när de fått kännedom om brister eller misstänkta brister?
  - Har brister och avvikelser eskalerats i enlighet med rutiner?
  - Har åtgärder vidtagits vid brister och allvarligare avvikelser?
  - Har vidtagna åtgärder följts upp?

- Hur har informationskedjan fungerat?
  - Finns det tydliga rutiner för information/kommunikation vid avvikelser? Har dessa följts? Har chefer agerat och vidtagit åtgärder utifrån den information de fått kännedom om?

Utredningen tar utgångspunkt i de besluts- och informationsprocesser där uppdagade brister, utifrån vår erfarenhet, borde ha identifierats och/eller förebyggts. Följande processer har granskats[1]:

- Avvikelsehantering inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet
- Systematiskt arbetsmiljöarbete
- Personalprocesser (rekrytering, introduktion/utbildning, personalärenden, avveckling av chefer/medarbetare)

1.3. Avgränsningar

Granskningen avgränsas till de frågeställningar och de tre besluts- och informationsprocesser som listas i avsnitt 1.2. Granskningen omfattar tidsperioden 2022–2025. Denna tidsmässiga avgränsning har beslutats av Uddevalla kommun och baseras på att den lex Sarah-rapport som togs fram i september 2025 anger att brister sannolikt förekommit sedan minst 2022[2]. Granskningen berör inte eventuella brottsmisstankar eller annan juridisk/rättslig utredning. Granskningen har inte heller inkluderat konsekvenser för brukare, anhöriga, personal eller andra konsekvenser av det inträffade, eftersom detta utreds av kommunen under hösten 2025. Under hösten 2025 har kommunen också internt utrett medarbetares agerande. Det har alltså inte heller omfattats av vår granskning.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer, digital genomgång av personalsystemet samt en walk-through.

Dokumentstudier:
Vårt angreppssätt i granskningen har varit riskbaserat. Det innebär att vi har granskat dokumentation där det funnits indikationer på brister. Granskningen är baserad på de underlag som vi har mottagit från kommunen. Vi gör inte anspråk på att ha granskat all relevant dokumentation då det kan finnas underlag som inte varit kända för oss under granskningens genomförande.

Intervjuer:
Intervjuer har genomförts med enhets-, avdelnings-, sektions- och förvaltningschefer som ansvarat för nattorganisationen under perioden 2022–2025, i syfte att nå en djupare förståelse ur samtliga chefsfunktioners perspektiv. Samtliga nuvarande och tidigare chefer

[1] Vi har inom ramen för granskningen även utrett om relevanta visselblåsarrapporter inkommit och hur de i så fall hanterats. Vi har tagit del av de visselblåsningar som inkommit sedan 2022 och framåt och som kan anses ha koppling till nattorganisationen. Ingen visselblåsning som har bedömts relevant för granskningen har inkommit

[2] I rapporten förekommer en hänvisning till en utredning gjord 2020, eftersom vi bedömt att den är av särskild relevans för granskningen. I övrigt har vi enbart tagit del av underlag som avser perioden 2022-2025.

har getts möjlighet att medverka vid intervju och samtliga utom två[3] har medverkat vid intervju. Intervjuer har även genomförts med personalchef och HR-partner för socialtjänsten samt socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Walk-through:
I granskningen har vi tagit del av samtliga avvikelser enligt SoL och HSL avseende nattorganisationen från tidsperioden 1 januari 2022 till och med 29 september 2025. För att verifiera följsamheten till gällande rutiner för avvikelsehantering har en så kallad walk-through genomförts av ett strategiskt urval av dessa avvikelser enligt SoL. Detta eftersom avvikelser enligt SoL har bedömts som mest relevanta utifrån granskningen syfte.

En walk-through innebär i det här fallet att vi har följt avvikelsen genom processen genom att begära in underlag som visar om rutinerna efterlevts. Urvalet av avvikelser har gjorts för att dels täcka samtliga år som omfattas av granskningen, dels granska avvikelser som enligt vår bedömning borde ha eskalerats i organisationen, det vill säga avvikelser som indikerar brister i nattorganisationens agerande.

Digital genomgång av personalsystemet:
En digital genomgång av personalsystemen Adato, Winlas och VISMA HR-plus genomfördes den 5 november 2025. Genomgången syftade till att få en förståelse för hur chefers möjlighet att dokumentera, kontrollera och följa upp personalärenden ser ut.

En fullständig käll- och intervjuförteckning återfinns i bilaga 1.

[3] Sektionschef under tidsperiod 2021-01-01 – 2022-05-30 samt enhetschef under tidsperiod 2016-09-01 – 2022-04-30 har inte medverkat vid intervju.

2. Sammanfattande slutsatser

Brister har uppdagats inom hemtjänstens nattorganisation. Med anledning av det har EY fått i uppdrag att granska hur besluts- och informationskedjan inom chefsleden fungerat under perioden 2022-2025. Syftet har varit att utreda om chefer har uppmärksammat och åtgärdat brister samt eskalerat relevant information i linjeorganisationen. Granskningen har fokuserat på de besluts- och informationsprocesser där brister gentemot brukare och inom personalgruppen borde ha förebyggts, identifierats och åtgärdats, det vill säga:

- Avvikelsehantering inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet
- Systematiskt arbetsmiljöarbete
- Personalprocesser, det vill säga rekrytering, hantering av personalärenden och introduktion och utbildning/introduktion till chefer

Utifrån granskningens resultat drar vi tre övergripande slutsatser:

1. En kombination av svaga rutiner och processer, bristande uppföljning och passivitet i organisationen har möjliggjort att brister gentemot både brukare och inom personalgruppen inträffat och kunnat fortgå.

2. Ansvarsfördelningen mellan chefsled har varit otydlig, både med avseende på avvikelsehantering och systematiskt arbetsmiljöarbete. Det försvårar ansvars-utkrävning av respektive chefsled.

3. Organisationen har i tillitsanda förlitat sig på enhetschefers sunda förnuft, men har inte säkerställt att enhetschefer haft kunskap och förutsättningar att ta det ansvar som förväntats. Det har inte heller skett systematisk uppföljning och kontroll av att enhetschefer agerat med sunt förnuft vare sig vad gäller avvikelsehantering eller personalprocesser.

Mer specifikt drar vi nedan slutsatser med avseende på de besluts- och informations-processer som granskats.

Avvikelsehantering inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet

Medarbetares inrapportering av avvikelser från Socialtjänstlagen (SoL) har skett i minst lika stor utsträckning avseende nattorganisationen som inom övriga hemtjänsten. Det har därmed funnits förutsättningar för enhetschefer att notera avvikelser som inträffat och för avdelningschefer att notera allvarliga avvikelser som inträffat.

För respektive inträffad avvikelse enligt SoL har åtgärder i viss mån vidtagits, men det finns tydligt utrymme för förbättring. Bristande uppföljning på avdelningsnivå och vidare till förvaltningsnivå har medfört att mönster och bredare slutsatser kring inträffade avvikelser inte har analyserats. Avvikelser har därmed hanterats som isolerade händelser, även om de inträffat upprepade gånger och ställt krav på större förändringar i arbetssätt. Åtgärder på övergripande enhetsnivå har stannat vid återkommande påminnelser till enheten om vilka rutiner som gäller, trots att det inte räckt för att åstadkomma kvalitetsförbättring. Effekter

av vidtagna åtgärder har inte följts upp på vare sig enhets- eller avdelningsnivå. Det har inneburit att alternativa åtgärder inte har vidtagits när inslagen bana inte fungerat.

Vi menar också att det funnits brister i rutinerna för avvikelsehantering enligt SoL och att utbildning i avvikelsehantering inte varit tillräcklig. Enhetschef har haft ensamt ansvar för att styra bedömning och hantering av en inträffad händelse. Rutiner har inte innehållit tillräckligt stöd kring hur allvarlighetsgrad ska bedömas. Samtidigt har enhetschefer till och med 2024 inte systematiskt utbildats i avvikelsehantering. Det är tydligt att enhetschefer gjort olika bedömningar vad avser inträffade händelsers allvarlighetsgrad. Vi menar att en mer systematisk uppföljning av avvikelserapporter hade inneburit bättre förutsättningar att bedöma avvikelser korrekt och kunna arbeta mer systematiskt med kvalitetsförbättring. Det skulle antingen kunna ske genom att avdelningschef, utredare eller SAS/MAS i större utsträckning också tar del av inkomna rapporter, eller genom mer systematisk kontroll av enhetschefers bedömningar, exempelvis genom regelbundna stickprovsgranskningar.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Konflikter och kränkningar i arbetsgruppen har enligt vår bedömning varit kända sedan långt tillbaka, men agerandet har i stort uteblivit fram till våren 2025. Redan år 2020 genomförde företagshälsovården en utredning som påvisade behov av åtgärder för att förbättra arbetsklimatet i gruppen. I princip samtliga enhetschefer vi intervjuat menar att de informerat avdelningschef om brister och utmaningar i arbetsklimatet, men att inga åtgärder vidtagits för att hantera utmaningarna. Sju byten av enhetschefer har skett under 2022-2025, vilket vi uppfattar som en varningssignal. Vi kan samtidigt konstatera att formaliserade och dokumenterade processer för arbetsmiljöarbetet inte använts av vare sig enhetschefer eller avdelningschefer för att adressera risker och brister. Det gör det svårt att spåra vilken informationsöverföring som skett.

Vi har identifierat betydande brister i de uppgiftsfördelningar ("delegeringar") som styr vem som ska göra vad i arbetsmiljöarbetet. Ansvaren är uttryckta på ett generiskt sätt och skiljer endast marginellt på olika chefsnivåers roller. Såvitt vi har kunnat spåra har tre av åtta enhetschefer och en av tre avdelningschefer inte bekräftat mottagande av sina uppgifter i arbetsmiljöarbetet. I ett fall står fel namn på den chef som bekräftat sitt mottagande. I två fall har fel funktion angivits. Detta försvårar ansvarsutkrävning. Det sänder också signaler om att organisationen inte prioriterat vare sig chefers ansvar för arbetsmiljön eller användandet av transparenta och formella kanaler för att identifiera och åtgärda brister i arbetsmiljön. För att åstadkomma förbättring i detta avseende menar vi att det krävs förbättring av rutinerna i sig. Det krävs också en kulturförflyttning som medför att chefer både använder formella kanaler och agerar på de varningssignaler som finns.

Personalprocesser

De personalprocesser som hade kunnat förebygga vissa brister inom nattenheten har varit uppbyggda med bristande kontroll. Det innebär att det har funnits möjlighet för chefer att avvika från fastställda rutiner utan att det upptäcks. Stödet till chefer i personalfrågor har varit organiserat så att chefer själva aktivt förväntats ta stöd, vilket de inte alltid har gjort. Personalavdelningen har inte haft uppdraget att konsekvent medverka i personalprocesser såsom rekrytering och så kallade medvetandegörande samtal. Praktiskt har det fått konsekvenser inom nattorganisationen. Det har till exempel inneburit att enstaka enhetschef har rekryterat medarbetare utanför gängse process och med felaktiga anställningsavtal. Förvaltningsledningen uppger att kommunens tillitsbaserade styrningsmodell innebär fokus på att informera, uppmuntra och skapa tydliga förväntningar, snarare än på att kontrollera chefer. Det är självklart att närmaste chef har fullt personalansvar, men vi menar att vissa kontrollmekanismer och visst obligatoriskt stöd hade kunnat förebygga fel som skett inom nattorganisationen.

Personalpolitiken i kommunen beskrivs ha präglats av försiktighet, inte minst vad gäller hantering av misskötsel hos medarbetare. Enhetschefer som önskat vidta disciplinerande åtgärder när misskötsel ägt rum har upplevt sig bromsade av rutiner och av kommunens regeltolkningar. Därtill har förutsättningarna att dokumentera och hantera personalärenden varit svaga. IT-system har inte möjliggjort ändamålsenlig dokumentation av misskötsel. Upprepad misskötsel riskerar därmed att inte uppmärksammas om chefer byts ut. Personalavdelningen har inte varit representerade i ledningsgrupper och har därmed inte konsekvent medverkat i löpande diskussioner om personalärenden. Det har hämmat möjligheterna att fånga upp personalärenden i ett tidigt skede på det sätt som kommunens rutiner kräver.

Vi ser också brister i introduktion och utbildning till nya chefer. Det har varierat vilken introduktion enhetschefer erbjudits och valt att ta del av. Det har inte skett systematisk uppföljning av att obligatorisk introduktion och utbildning genomförts. Inom nattorganisationen har upprepade chefsbyten skett samtidigt som flera enhetschefer saknat relevant chefserfarenhet. Trots det har kontroll av att enhetschefer har kunskap om exempelvis arbetsrättsfrågor, personalsystem och avvikelsehantering primärt skett enbart genom muntlig avstämning med närmaste chef.

3. Avvikelsehantering enligt SoL

Avvikelsehantering handlar om att uppmärksamma händelser eller risk för händelser som har medfört eller skulle kunna medföra negativa konsekvenser för brukare. All personal som arbetar inom verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen är skyldiga att rapportera avvikande händelser. Såväl vår som kommunens granskningar visar att det förekommit avvikelser som borde ha hanterats mer slagkraftigt av chefer i det systematiska kvalitetsarbetet (SKA). Det handlar exempelvis om uteblivna besök och insatser hos brukare och misstankar om olika former av kränkningar mot brukare. För att svara på varför avvikelser inträffat utan att medföra förändring av verksamheten kommer vi i detta avsnitt beskriva och analysera:

- Rutiner för avvikelsehantering och hur rutinerna efterlevts av chefer
- Chefers förutsättningar att efterleva rutiner, det vill säga vilken utbildning som ges till chefer
- Hur chefer följt upp avvikelser och i vilken utsträckning avvikelser rapporterats.

3.1. Vilka rutiner finns för avvikelsehantering?

Den övergripande ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet, där avvikelsehantering är en del, slås fast i kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet har reviderades senast år 2022[4].

Förvaltningsledningen har beslutat om en *rutin för avvikelser inom socialtjänsten*. Vid allvarliga avvikelser finns en särskild rutin, *rutin för handläggning av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden (lex Sarah)*. Båda dessa rutiner har reviderats under januari 2025. Dessförinnan skedde senaste revideringen år 2022. Förvaltningsledningen har även beslutat om en *rutin för avvikelser hälso- och sjukvård inom socialtjänsten*. Den reviderades senast i oktober 2025 och dessförinnan under 2024.

Inom socialtjänsten används verksamhetssystemet Lifecare för avvikelserapportering. Vid en inträffad händelse ska medarbetare som iakttagit händelsen skriva en avvikelserapport i Lifecare avvikelsemodul. Medarbetaren/rapportören är den som initialt bedömer om avvikelsen är att betrakta som allvarlig. Som stöd för bedömningen av allvarlighetsgraden finns i rutinen för avvikelsehantering ett fåtal exempel på skillnader mellan mindre allvarlig avvikelse och allvarliga avvikelser. Det kan jämföras med rutinen för avvikelser inom hälso- och sjukvård, som har en tydlig bedömningsmatris avseende allvarlighetsgraden av vårdskador.

Ansvarig enhetschef mottar avvikelserapporten och har möjlighet att ändra bedömningen av allvarlighetsgrad. Avvikelserapporter skickas inte per automatik till någon annan än

[4] I samband med vår granskning har det visat sig att två versioner av ledningssystemet har funnits på kommunens intranät, dels den gällande som reviderades 2022, dels en tidigare version från 2018. I den tidigare versionen ingår ansvar för sektionschefer. Detta chefsled togs bort i juni 2022. Det skapar risk för otydlighet i vilka styrdokument som gäller.

enhetschef. Enhetschef *har möjlighet* att ta stöd av avdelningschef och SAS, men behöver inte göra det. Det innebär att enhetschef har stort utrymme att påverka bedömningen av en avvikelse. Av intervjuer och genomgång av avvikelserapporter framgår att enhetschefer gjort delvis olika tolkningar av allvarlighetsgrad och har varit olika benägna att ta stöd av avdelningschef och/eller SAS. Vi kan också se av avvikelserapporter att enhetschef i vissa fall degraderat allvarlighetsgrad. Som ett exempel kan nämnas en misstänkt allvarlig kränkning mot brukare under 2024, där enhetschef degraderat rapportörens bedömning av allvarlighetsgrad. I utredningen har rapportörens beskrivning avfärdats av enhetschef med argumentet att brukaren är snurrig eller kanske har drömt. Vi har inte utrett huruvida enhetschefers bedömningar har varit korrekta, men konstaterar att om en enhetschef av någon anledning inte vill att allvarliga brister ska uppdagas eller gör en missbedömning kring allvarlighetsgrad så kan detta med nuvarande arbetssätt passera obemärkt i organisationen.

3.2. Hur har chefer hanterat SoL-avvikelser?

För att kontrollera följsamheten till kommunens rutin för hantering av SoL-avvikelser, det vill säga jämförelsevis mindre allvarliga avvikelser, har vi genomfört en så kallad walk-through avseende åtta avvikelser (två per år) som rapporterades perioden 2022–2025. En walk-through innebär att vi följt avvikelsen genom processen för att bedöma om rutinen efterlevts. Kommunens rutin, som ligger till grund för kontrollpunkterna, beskrivs mer utförligt i bilaga 2.

Rutin för hantering av mindre allvarliga avvikelser (SoL)	**Krav uppfyllt?**							
	#1, april 2022	#2, nov. 2022	#3 dec. 2023	#4 juni 2023	#5 april 2024	#6 jan. 2024	#7 jan. 2025	#8 mars 2025
Enhetschef har registrerat rapporten som mottagen inom 48 timmar	✓	✓	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Enhetschef har avslutat utredningen inom tre veckor	✓	✓	✓	☒	✓	✓	✓	☒
Det framgår av utredningen vilka åtgärder som ska vidtas	✓	✓	☒	☒	☒	☒	☒	✓
Åtgärderna har följts upp av ansvarig chef två månader efter händelsen	☒	✓	☒	☒	☒	☒	☒	✓
Enhetschef har återrapporterat åtgärder till rapportören och till verksamheten	✓	✓	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Teckenförklaring

☒ = Kriteriet är ej uppfyllt

✓ = Kriteriet är uppfyllt

◐ = Kriteriet är delvis uppfyllt

Kommentar till resultatet
Vår genomgång av avvikelser visar att det två fall saknas uppgifter för datum då händelsen uppmärksammats. Sex av de åtta avvikelserna har inte heller registrerats som mottagna inom 48 timmar.

Sex av åtta utredningar som genomförts har avslutats inom tre veckor. Vi konstaterar dock att det saknas dokumenterade åtgärder i fem utredningar. Uppföljning och återrapportering av åtgärderna har endast skett i två fall, båda under 2022.

Överlag noteras en bättre efterlevnad av rutinerna under år 2022 än under åren 2023-2025.

3.3. Hur har chefer hanterat allvarliga avvikelser (lex Sarah).

Vid en påtaglig risk för missförhållande ska medarbetare som iakttagit händelsen upprätta en rapport om lex Sarah i Lifecare avvikelsemodul. Åtgärder ska vidtas omedelbart av den medarbetare eller annan som uppmärksammat händelsen. Enhetschef ansvarar för att inleda utredning och följa upp de åtgärder som vidtas. Avdelningschef ansvarar för beskrivning av eventuella åtgärder, bedömning och beslut. Till skillnad från mindre allvarliga avvikelser har alltså avdelningschef i dessa fall ett obligatoriskt ansvar att medverka i åtgärdsarbetet. Även SAS/utredare medverkar i utredningen och fungerar som stöd under hela utredningsprocessen. Om avdelningschef beslutar att ärendet ska anmälas till IVO hanterar SAS/utredare den administrativa delen av anmälan till IVO.

För att kontrollera följsamheten till kommunens rutin för handläggning av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden har vi genomfört en walk-through även avseende åtta avvikelser som rapporterades perioden 2022–2025. Rutinen som ligger till grund för kontrollpunkterna beskrivs mer utförligt i bilaga 3.

Rutin för hantering av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden (lex Sarah)	**Krav uppfyllt?**							
	#1, nov. 2022	#2, juni 2022	#3, sept. 2023	#4, feb. 2023	#5, jan. 2024	#6, jan. 2024	#7, juli 2025	#8, sept. 2025 *
Medutredare har lagts till	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Mottagande chef har skickat epost till avdelningschef med rapportnummer för kännedom	-	-	-	-	-	-	x	-
Socialchef har fått information i det fall lex Sarah-rapporten är av särskilt allvarlig art eller om den avser enhetschef/ avdelningschef	-	-	-	-	-	-	x	-

Åtgärder har vidtagits omedelbart	✓	✓	✓	✓	◐	◐	x	✓
Utredningen har påbörjats av enhetschef senast dagen efter att rapporten är mottagen	☒	☒	☒	☒	☒	☒	✓	x
Åtgärder har vidtagits under utredningen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Avdelningschef har gjort bedömning och fattat beslut	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Enhetschef har återkopplat till rapportör, arbetsgrupp och de brukare, anhöriga och medarbetare som berörs av händelsen	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	✓
Ärende har anmälts till IVO inom två månader (om allvarlig)	x	x	x	x	x	x	x	✓
Enhetschef har följt upp vidtagna åtgärder inom fyra månader	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	X

Teckenförklaring

☒ = Nej kriteriet är ej uppfyllt

✓ = Kriteriet är uppfyllt

◐ = Kriteriet är delvis uppfyllt

X = Ej bedömts som aktuellt

- = Går ej att spåra

* Ingår i lex Sarah-rapport daterad september 2025, som består av flera avvikelser

Kommentar till resultatet

Det går inte att spåra i vilken utsträckning avvikelser eskalerats i organisationen. Enligt rutinen ska den chef som tar emot en lex Sarah-rapport meddela avdelningschef genom epost. Om lex Sarah-rapporten bedöms som särskilt allvarlig eller rör enhetschefen/avdelningschef ska även socialchef underrättas. Enligt uppgift sker rapportering till avdelningschef eller socialchef antingen muntligen eller genom epost. Vi har efterfrågat underlag som visar om avdelningschef och/eller socialchef informerats, men inte erhållit något underlag för att verifiera detta.

Genomgången visar vidare att det i två fall saknas dokumentation av vilka omedelbara åtgärder som har vidtagits. Utifrån erhållen dokumentation konstaterar vi också att utredningar, med endast ett undantag, påbörjats senare än vad rutinen anger.

För samtliga avvikelser har avdelningschef gjort bedömning och fattat beslut i enlighet med rutinen. För samtliga avvikelser har också åtgärder vidtagits under utredningen. Det framgår dock inte i något fall i Lifecare att åtgärderna har följts upp i enlighet med rutinen. Återkoppling har i de flesta fall skett till arbetsgrupp och berörda medarbetare. Det framgår dock inte av utredningarna om återkoppling skett till berörd brukare och anhöriga.

3.4. Har chefer utbildats i avvikelsehantering?

Utbildning i avvikelsehantering har inte varit obligatoriskt för chefer under 2022-2024. Två frivilliga webbutbildningar har funnits. Eftersom utbildningarna varit just frivilliga har ingen kontroll skett av vilka chefer som deltagit i utbildning.

Av intervjuer med enhetschefer framgår att vissa inte genomgått någon utbildning eller genomgång av gällande rutiner för avvikelsehantering. På frågan om hur man tillskansat sig kunskap om avvikelsehantering hänvisar flertalet enhetschefer till tidigare erfarenhet från andra kommuner eller andra verksamheter. Vi kan också konstatera att enhetschefer i vissa fall erbjudits utbildning, men avböjt.

Från och med 2025 har obligatorisk utbildning i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete införts för samtliga enhetschefer och legitimerad personal inom socialtjänsten. Beslut om det fattades i förvaltningsledningsgruppen i januari 2025. Bakgrunden var att förvaltningsledningen under 2024 identifierat brister i avvikelsehantering och kvalitetsarbete.

Från och med 2025 genomförs även workshop för chefer avseende avvikelsehantering och klassificering av avvikelser två gånger per år. Dessa workshops har inte varit obligatoriska, men vikten av att delta har påtalats från förvaltningsledningen.

Vi har efterfrågat deltagarlistor avseende utbildning i avvikelsehantering 2022-2025. Vi har erhållit en deltagarlista från workshop hösten 2024 avseende avvikelsehantering enligt HSL. Enligt listan deltog varken avdelningschef eller enhetschef för nattorganisationen. Vi har också erhållit deltagarlista från den workshop som genomförts under oktober/november 2025. Där deltog de två enhetscheferna[5] för nattorganisationen, men inte avdelningschef.

3.5. I vilken utsträckning har chefer följt upp avvikelser?

Ledningssystem för kvalitetsarbetet samt rutiner för avvikelsehantering klargör att systematisk uppföljning ska ske på två huvudsakliga sätt (även om både avdelnings- och enhetschef har ett utpekat ansvar att löpande tillse adekvat uppföljning och analys):

1. Varje inträffad avvikelse ska följas upp efter två eller fyra månader (beroende på allvarlighetsgrad) i syfte att bedöma om vidtagna åtgärder fått effekt.
2. Systematisk uppföljning av avvikelser på avdelningsnivå ska göras i den årliga kvalitetsberättelsen.

Vi konstaterar att den årliga uppföljningen inte varit tillräcklig. I den senaste kvalitetsberättelsen för år 2024 anges följande avseende avdelningen för hemtjänst, dit

[5] Sedan juni 2025 finns, utöver ordinarie enhetschef, en resurschef som tillsatts tillfälligt för att hantera den uppkomna situationen inom nattorganisationen.

nattorganisationen hör: "*Inom avdelningen har ingen sammanställning över avvikelser, lex Sarah eller synpunkter sammanställts. Varje avvikelse, synpunkt och lex Sarah hanteras enskilt med åtgärder för att minimera risken för att liknande ska uppstå igen*". Det här får ställas mot det faktum att vår walk-through av avvikelser visar på en brister i uppföljning av enskilda avvikelser. Den bilden bekräftas också av intervjuer.

Vi ser alltså att uppföljning till och med 2024 vare sig skett systematiskt av enhetschef utifrån respektive inträffad händelse, eller systematiskt av avdelningschef utifrån summering och analys av avdelningens samtliga avvikelser. I intervjuer uppges att avsaknad av ett enkelt sätt att sammanställa avvikelser och deras bakomliggande orsak är en förklaring till varför systematisk uppföljning i stort uteblivit. Detta förklarar emellertid inte varför enhetschefer brustit i uppföljning av enskilda händelser. Intervjuer med enhetschefer visar att den tidspress som de upplever i arbetet är en del i förklaringen till varför uppföljning av enskilda händelser inte genomförts.

Inför 2025 förändrades arbetssätten avseende uppföljning. Då beslutades av förvaltningsledningen att uppföljning och analys på enhets- och avdelningsnivå skulle ske tertialvis. Även MAS och SAS är involverade i analysarbetet vid tertialuppföljningarna. De genomför enligt uppgift då även stickprovskontroller av hanteringen av avvikelser.

3.6. I vilken utsträckning rapporteras avvikelser?

Både avdelnings- och enhetschefer beskriver det som en utmaning att få medarbetare att rapportera avvikelser. Merparten av de enhetschefer som intervjuats uppger att de kontinuerligt påmint och försökt motivera medarbetare att rapportera avvikelser. Av nattorganisationens APT-protokoll framgår att enhetschefer haft avvikelsegenomgång med arbetsgruppen vid tre till fyra tillfällen per år under tidsperioden 2022–2025. Det saknas därmed konsekvent genomgång av avvikelser vid APT.

Diagrammen nedan visar antalet avvikelserapporter avseende nattorganisationen under 2022-2025. Av intervjuer framgår att det inte funnits någon uppfattning om att nattorganisationen skulle ha haft fler eller färre avvikelserapporter jämfört med andra. Givet vår tidigare slutsats om utebliven systematisk uppföljning av avvikelser är det dock oklart i vilken utsträckning det funnits underlag för att göra sådana jämförelser.

Ser vi till faktiska siffror så har nattorganisationen rapporterat mer än dubbelt så många avvikelser jämfört med genomsnittet för övriga hemtjänstgrupper under 2022-2025. Nattorganisationen har också betydligt fler lex Sarah-rapporter under åren 2022 och 2025. År 2023 och 2024 är antalet ungefär samma som genomsnittet inom hemtjänsten. (Se diagram 1 och 2 nedan).

Antalet rapporter för övriga hemtjänstgrupper utgår ifrån det totala antalet inrapporterade avvikelser per år dividerat med antalet enheter. Antalet rapporter för nattorganisationen omfattar dels avvikelser som nattorganisationen rapporterat avseende den egna

verksamheten, dels avvikelser som andra hemtjänstgrupper rapporterat avseende nattorganisationen. Det bör noteras att förutsättningarna varierar mellan hemtjänstgrupper. Det går därför inte att dra alltför långtgående slutsatser utifrån antalet rapporterade avvikelser. Exempelvis skiljer sig antalet brukare och typer av insatser åt. Nattorganisationen utför även trygghetslarmsinsatser vilket ökar rapporteringen jämfört med övriga hemtjänstenheter där dessa insatser utförs av en annan enhet. Vi menar dock att tabellerna nedan åtminstone visar att avvikelser har rapporterats i tillräckligt stor utsträckning för att ge både enhetschefer och avdelningschefer möjlighet att reagera och agera på brister inom nattorganisationen.

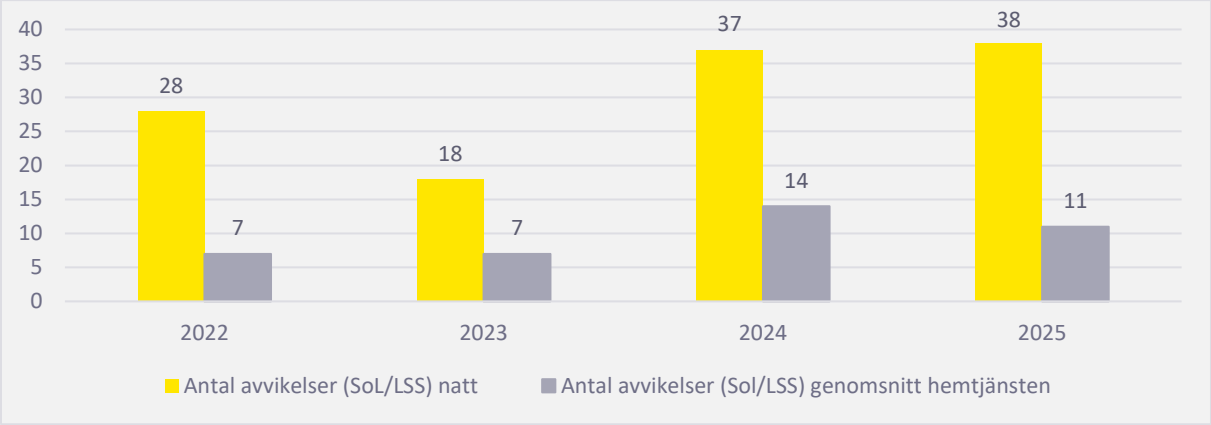

Diagram 1: Antal registrerade SoL-avvikelser för nattorganisationen jämfört med det genomsnittliga antalet SoL-avvikelser för övriga hemtjänstenheter mellan januari 2022 och september 2025. Avvikelser som presenteras avser dels avvikelser som nattorganisationen själva rapporterat avseende händelser inträffade under nattens pass, dels avvikelser som andra hemtjänstgrupper rapporterat avseende nattorganisationen.

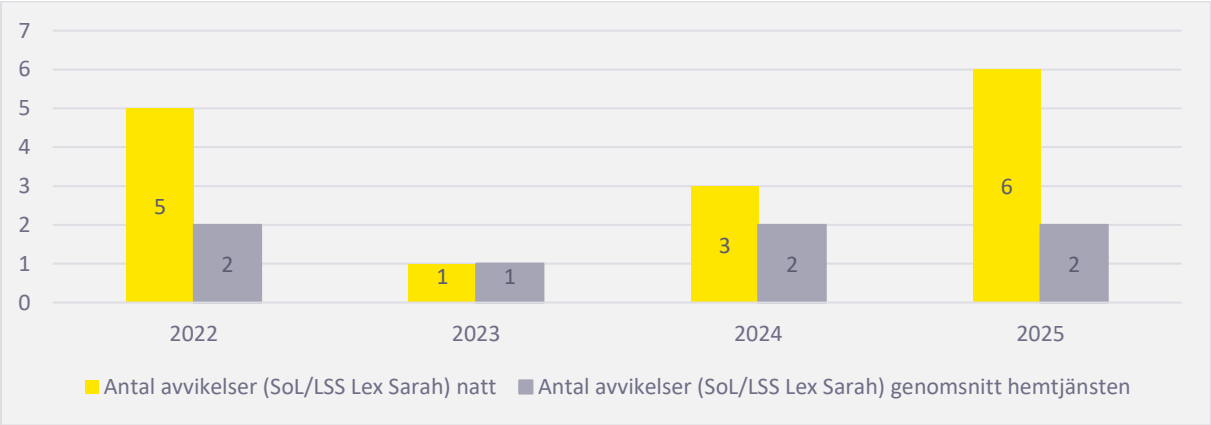

Diagram 2: Antal registrerade lex Sarah-rapporter för nattorganisationen jämfört med genomsnittet för övriga hemtjänstenheter mellan januari 2022 och september 2025. Avvikelser som presenteras avser dels avvikelser som nattorganisationen själva rapporterat avseende händelser inträffade under nattens pass, dels avvikelser som andra hemtjänstgrupper rapporterat avseende nattorganisationen.

3.7. Vår analys avseende avvikelsehantering

Vi kan konstatera att avvikelserapporteringen som system för att signalera brister har fungerat betydligt långsammare än vad som borde varit fallet inom nattorganisationen. Vi

menar att det beror på en kombination av inneboende risker i rutinerna, bristande uppföljning och bristande utbildning av chefer. Mer specifikt ser vi följande:

- Rutinerna för avvikelsehantering är uppbyggda så att de ger enhetschef ensamt utrymme att påverka bedömning av allvarlighetsgrad och därmed åtgärder. Samtidigt ger rutinerna inte tillräckligt stöd kring hur allvarlighetsgrad ska bedömas och inget stöd kring hur åtgärder ska vidtas och följas upp. Innan 2025 har chefer inte heller systematiskt utbildats i avvikelsehantering. Kombinationen av stort spelrum för enhetschef, svagt stöd i rutiner och utebliven obligatorisk utbildning ser vi som en betydande risk. Chefer har också i praktiken bedömt avvikelser på olika sätt. Enstaka enhetschef har till exempel avfärdat möjliga kränkningar mot brukare med motivering att brukaren är dement. Med nuvarande rutiner kan alltså en felaktig bedömning av avvikelser från en enhetschef som brister i kunskap, tid och/eller omdöme passera obemärkt i organisationen. En större involvering av medutredare, såsom SAS eller avdelningschef hade enligt vår bedömning kunnat bidra till att förebygga dessa risker. Det skulle antingen kunna ske genom att avvikelserapporter per automatik går till minst en ytterligare funktion än enhetschef, eller genom systematisk uppföljning och kontroll av enhetschefs bedömningar, exempelvis genom återkommande stickprov. Det sistnämnda har initierats av organisationen inför 2025.
- Avvikelser har rapporterats inom nattorganisationen, men uppföljning av avvikelser har inte skett systematiskt. I detta har både enhets- och avdelningschef ett ansvar. Enhetschefer har generellt inte följt upp åtgärder som vidtagits i samband med inträffade avvikelser. Rutinerna utgör inget bra stöd för enhetschef i detta arbete, eftersom de inte tydliggör hur uppföljning ska ske och rapporteras. Det ser vi som ett utvecklingsområde. Avdelningschef har inte systematiskt och dokumenterat följt upp avvikelser på övergripande nivå. Den rapportering som finns i kvalitetsberättelser menar vi säger väldigt lite, om ens något, om vilken typ av händelser som inträffat, hur utvecklingen sett ut, vilka mönster och samband som kan ses samt vilken effekt åtgärder haft. Vi noterar att ett förbättringsarbete inletts under 2025 i syfte att förbättra uppföljningen.

4. Systematiskt arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) syftar till att arbetsgivaren ska undersöka, riskbedöma, åtgärda och följa upp arbetsmiljön för att förebygga ohälsa och olyckor. Det gäller inte enbart fysisk arbetsmiljö, utan även sociala och organisatoriska frågor. Vår granskning har visat att det funnits betydande brister i den sociala arbetsmiljön i nattorganisationen redan före 2022, som fått fortgå utan tydlig åtgärd. Det handlar framför allt om motsättningar mellan individer och grupperingar både inom nattorganisationen och mellan nattorganisationen och andra hemtjänstenheter. I ett välfungerande arbetsmiljöarbete borde sådana risker analyseras, åtgärdas och följas upp. För att svara på varför arbetsmiljörisker kunnat fortgå utan att medföra förändring kommer vi i detta avsnitt beskriva och analysera:

- Rutiner för arbetsmiljöarbete och hur chefer efterlevt dessa
- Vilka risker och brister i den sociala arbetsmiljön som identifierats och hur chefer åtgärdat dessa.

4.1. Vilka rutiner finns för arbetsmiljöarbetet?

Lagstiftningen ställer krav på ett antal styrdokument med avseende på systematiskt arbetsmiljöarbete. Vi redogör inte för alla de styrdokument som finns i kommunen, utan fokuserar på de vi bedömt som mest relevanta utifrån granskningens syfte.

På en övergripande nivå finns inom kommunen en rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete som beskriver hur arbetet ska bedrivas. Rutinen reviderades senast 2022 och tar därmed inte hänsyn till Arbetsmiljöverkets nya regelstruktur som trädde i kraft 1 januari 2025. Som komplement till rutinen finns ett årshjul för arbetet (SAM-kalendern). Årshjulet reglerar vad som ska göras och när.

Ansvaret i det systematiska arbetsmiljöarbetet styrs primärt av uppgiftsfördelningar (benämns ofta som "delegeringar", även om arbetsmiljöansvar formellt inte kan delegeras). Genom uppgiftsfördelningar tilldelar överordnad chef underordnad chef uppgifter i arbetsmiljöarbetet. Tilldelningen är personlig, vilket innebär att en ny tilldelning måste göras varje gång en ny person tillträder endera tjänsten. Tilldelningen sker genom att båda cheferna undertecknar en blankett som anger vilka uppgifter som underordnad chef tilldelats. Genom underskriften intygar överordnad chef att man ansvarar för att underordnad chef har de kunskaper, mandat och resurser som krävs för att utföra uppgifterna. Underordnad chef ansvarar för att informera i det fall kunskaper, mandat eller resurser brister. I sådana fall ska ansvaret returneras. Enligt uppgift har ingen chef returnerat sitt ansvar under 2022-2025.

Vi har begärt in undertecknade uppgiftsfördelningar för samtliga chefsled med ansvar för nattorganisationen under 2022-2025. Vi gör följande noteringar avseende detta:

- Under den tid nattorganisationen tillhörde avdelningen för hälso- och sjukvård har arbetsmiljöuppgifter fördelats från avdelningschef till de personer som varit

enhetschefer. Däremot saknas uppgiftsfördelning från sektions-/förvaltningschef till avdelningschef.

- Från och med 2024, när enheten flyttades till hemtjänstavdelningen, finns undertecknad uppgiftsfördelning från förvaltningschef till tidigare och nuvarande avdelningschef. En av dessa blanketter anger dock fel namn på flera ställen. Vad gäller fördelning från avdelningschef till enhetschef finns enbart undertecknad blankett för den enhetschef som tillträdde i januari 2024 och slutade i april 2024. Därefter saknas underskrivna blanketter. Det är en allvarlig brist om enhetschef inte informerats om och bekräftat sina uppgifter i arbetsmiljöarbetet. Detta eftersom enhetschef generellt har flest uppgifter i arbetsmiljöarbetet av alla chefsled.

- Kommunen har mallar för uppgiftsfördelning som är anpassade efter respektive chefsled. Antingen fördelas uppgifter från förvaltningschef till chef för chefer (avdelningschef) eller från chef för chefer (avdelningschef) till enhetschef eller rektor. Från och med 2024 har fel mall använts i två av fyra undertecknade blanketter. Det innebär att de uppgifter som beskrivs i blanketten inte är anpassade efter rätt funktion.

- Mallarna för uppgifter i arbetsmiljöansvaret anger i princip identiska uppgifter oavsett chefsnivå. Vanligen och rimligen har olika chefsnivåer olika uppgifter i arbetsmiljöarbetet. I Uddevallas fall är uppgifterna beskrivna på ett generiskt sätt, vilket riskerar att skapa otydlighet kring vilken chef som ansvarar för vad. Det försvårar också ansvarsutkrävning.

4.2. Har chefer känt till och åtgärdat risker i arbetsmiljön?

Enhetschefer ger vid intervjuer en i stort sett samstämmig bild av arbetsklimatet inom nattorganisationen. De beskriver stora brister i den sociala arbetsmiljön. Som exempel lyfts tydliga grupperingar med informella ledare inom enheten, hot och kränkningar mot chefer samt motstånd mot att arbeta enligt fastställda rutiner. Enhetscheferna uppger att man lyft dessa brister till avdelningschef muntligen, utan att några egentliga åtgärder vidtagits, annat än uppmuntran att fortsätta påminna om rutiner. Det gäller både under den tid organisationen tillhörde hälso- och sjukvårdsavdelningen och efter övergången till hemtjänstavdelningen. Cirka hälften av cheferna uppger också att dessa brister varit en bidragande anledning till att man valt att avsluta sin tjänst. Det gäller framför allt under perioden 2022-2023. Dessa chefer menar att man tydliggjort för avdelningschef att arbetsklimatet inom enheten varit det huvudsakliga skälet till att man inte velat fortsätta sin tjänst. Vi har efterfrågat dokumentation av avslutningssamtal mellan avdelningschef och enhetschefer, men sådan dokumentation saknas.

Omsättningen på enhetschefer inom nattorganisationen har varit mycket hög under 2022-2025. Totalt har sju chefsbyten skett under dessa år. Tre chefer har enbart arbetat vid

enheten under cirka tre månader[6]. Endast två chefer har arbetat i längre än ett år. Detta i sig ser vi som en tydlig signal på risker i arbetsmiljön. Vi kan inte se att någon reaktion eller konkret åtgärd skett utifrån denna signal.

Risker och brister i arbetsmiljön ska dokumenteras löpande i verksamhetssystemet Stratsys. Vi har begärt in alla riskbedömningar som genomförts inom nattorganisationen under 2022-2025. Vi har tagit del av ett dokument med titeln "*Sammanställning Riskbedömning- och konsekvensanalys Hemtjänst natt*" för perioden 2022-01-01 till 2025-09-11. Dokumentet beskriver olika typer av risker i arbetsmiljön som identifierats under åren. Merparten är inte relevanta för vår utredning. Vi noterar dock att bristande delaktighet lyfts som en risk för den sociala och organisatoriska arbetsmiljön i november 2022. Risken har inte bedömts utifrån sannolikhet och konsekvens. Däremot har en åtgärd knutits till risken; närvarande chef. Det är oklart om eller hur åtgärden följts upp. Enhetschefer beskriver att det förts diskussioner om vikten av att enhetschef är på plats i organisationen. Det har dock stannat vid informella överenskommelser mellan avdelningschef och enhetschef om närvaro i enheten vid minst ett par tillfällen i veckan.

Vår bild är att hälso- och sjukvårdsorganisationen under ett flertal år varit medveten om problemen i arbetsgruppen. År 2020 beställde hälso- och sjukvårdschef en extern kartläggning från företagshälsovården avseende den sociala och organisatoriska arbetsmiljön inom nattorganisationen[7]. I förfrågningsunderlaget framgår att kommunen fått signaler som belyser behov av att säkerställa att kränkande särbehandling och oacceptabla beteenden inte förekommer på arbetsplatsen. Kartläggningen visade på motsättningar mellan olika individer och grupperingar både inom nattpatrullen och mellan nattpatrullen och andra. Flera vittnesmål om kränkande särbehandling lyftes. Vidare beskrevs förekomst av exkluderande beteende och konflikter i gruppen. Kartläggningen mynnade ut i flertalet rekommendationer, bland annat kring att utreda och följa upp oacceptabla beteenden.

Såvitt vi har kunnat utläsa togs ingen konkret handlingsplan fram utifrån kartläggningen. Istället beskrivs i intervjuer med dåvarande förvaltnings- och avdelningschefer att den åtgärd som ansågs nödvändig var en förflyttning av nattorganisationen till hemtjänstavdelningen. Resonemanget var att en sådan förflyttning skulle minska spänningar mellan nattorganisationen och dagpersonalen. Även om det ter sig logiskt att nattorganisationen tillhör hemtjänstavdelningen utifrån arbetsuppgifterna, så menar vi att en organisatorisk förflyttning inte svarar upp mot de problem som identifierats inom arbetsgruppen. Rekommendationen från företagshälsovården om att utreda och följa upp oacceptabla beteenden framstår som mer relevant, men genomfördes inte. Det dröjde också till 2023 innan organisationsförändringen initierades konkret. Avdelningschefer för hälso-

[6] En av dessa tre chefer har dock varit enhetschef för natt- och larmorganisationen i två omgångar, det vill säga totalt cirka sex månader

[7] Vår granskning har inte omfattat tiden innan 2022, men eftersom vi bedömer att den utredning som genomfördes år 2020 visar på att organisationen haft kännedom om brister i arbetsklimatet har vi ändå valt att beskriva utredningen här.

och sjukvårdsorganisationen samt hemtjänstorganisationen fick då ett muntligt uppdrag från förvaltningschef att utreda en sådan organisationsförändring. Uppdraget till avdelningscheferna var inte tydligt definierat. Det går inte heller att utläsa vad bakgrunden till eller syftet med uppdraget var. Utredningen som genomfördes av de två avdelningscheferna är mycket kortfattad, utan hänvisning till risker eller konsekvenser. En riskbedömning genomfördes emellertid i samband med organisationsförflyttningen. Den tar dock inte upp några tydliga risker avseende den sociala arbetsmiljön. Vår bild är alltså att de brister i arbetsmiljön som var väl kända inte beskrevs i samband med den omorganisation som skulle syfta till att åtgärda dessa brister.

Under perioden 2022–2025 har medarbetare inom nattorganisationen också rapporterat ett antal tillbud kopplade till organisatoriska faktorer, exempelvis kommunikationssvårigheter mellan kollegor och chef. Vi har gått igenom samtliga skade- och tillbudsrapporter för perioden[8]. Knappt en fjärdedel av dessa rör den organisatoriska eller sociala arbetsmiljön. I två rapporter påtalas uttryckligen dåligt arbetsklimat inom enheten, samt hot och kränkningar mellan kollegor. Enligt rutinen för systematiskt arbetsmiljöarbete ska enhetschef utreda händelseförloppet tillsammans med aktuell medarbetare och skyddsombud. I samband med utredningen ska enhetschef besluta om åtgärder och informera om dessa på APT. Vi konstaterar att det saknas åtgärder avseende båda de tillbud/skador som rör arbetsklimatet inom enheten. Genomgång av protokoll från APT i nattorganisationen visar också att det inte skett kontinuerlig information om tillbud och åtgärder.

4.3. Vår analys avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet

- Befintliga processer inom arbetsmiljöarbetet har inte använts som signalsystem för att informera om de brister som funnits avseende den sociala arbetsmiljön inom nattorganisationen. Processerna har inte heller fungerat som system för att åtgärda och följa upp risker och brister inom den sociala arbetsmiljön. I intervjuer beskrivs en arbetsgrupp präglad av interna grupperingar, informella ledare och ovilja att följa gängse rutiner. Den bilden återspeglas inte i den dokumentation vi har tagit del av, det vill säga i riskanalyser och handlingsplaner. Vår uppfattning är att bristerna varit kända under lång tid, åtminstone på enhets- och avdelningsnivå. Det baserar vi både på intervjuuppgifter och på den utredning som genomfördes år 2020. Vi konstaterar dock att åtgärder varit nästintill obefintliga. I den mån åtgärder har vidtagits så har de inte adresserat kärnproblematiken. Effekter av åtgärderna har inte följts upp.

- Ansvarsutkrävningen gentemot chefer försvåras av att de uppgiftsfördelningar som är centrala för styrningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet har betydande brister. Uppgiftsfördelningarna tydliggör inte i tillräcklig utsträckning skillnaderna mellan olika chefsleds ansvarsområden. Tre av åtta enhetschefer och en av tre

[8] Totalt 56 rapporter, varav 20 stycken år 2022, 20 stycken år 2023, 9 stycken år 2024 och 7 stycken fram till september 2025.

avdelningschefer har inte bekräftat mottagande av sina uppgifter i arbetsmiljöarbetet. Från och med april 2024 har vi inte kunnat verifiera att enhetschefer överhuvudtaget mottagit sina uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet. I ett fall står fel namn på den chef som bekräftat sitt mottagande. I två fall har fel funktion angivits. Flera enhetschefer lyfter att det inte funnits förutsättningar att utöva ett nära ledarskap, men ingen har returnerat sina uppgifter i arbetsmiljöarbetet. Detta sänder signaler om att uppgifterna i arbetsmiljöarbetet inte tas på allvar. Det tyder också på att styrdokument inte används aktivt.

5. Personalprocesser

En anställd som inte sköter sitt arbete kan bli föremål för disciplinära åtgärder från arbetsgivaren. Eftersom det har framkommit indikationer på misskötsel och till och med konkreta brottsmisstankar mot vissa medarbetare i nattorganisationen kommer vi i detta avsnitt att redogöra för de personalprocesser som är relevanta för granskningen. Dessa processer spelar en viktig förebyggande roll. Välfungerande personalprocesser bidrar till att "rätt" chefer och medarbetare rekryteras, att chefer får den introduktion de behöver och att chefer ges förutsättningar för bra ledarskap. Vi redogör i detta avsnitt för:

- Hur ansvarsfördelningen för personalfrågor ser ut och vilket stöd chefer får i personalfrågor
- Vilken introduktion chefer tagit del av
- Hur chefer hanterat personalärenden

5.1. Hur ser ansvarsfördelningen för personalfrågor ut?

I Uddevalla kommun finns en personalavdelning som leds av en personalchef. Personalavdelningen har inget verksamhetsansvar, utan har som sitt uppdrag att ge stöd till chefer inom områden som arbetsrätt och avtal, lönebildning och villkor, hälsa och arbetsmiljö samt rekrytering[9]. Inom avdelningen finns HR-partners som stöttar en specifik förvaltning. Chefer har det fulla personalansvaret för sina medarbetare. Det innebär att chefer ansvarar för till exempel rekrytering, säkerställande av att medarbetare får rätt introduktion och utbildning, hantering av personalärenden såsom frånvaro, rehabilitering och misskötsel samt vid behov avveckling av medarbetare. Personalavdelningen stöttar chefer i samtliga dessa processer genom framtagande av rutinbeskrivningar samt genom löpande råd och stöd.

Av intervjuer framgår att det generellt inte är krav för chefer att ta stöd av personalavdelningen. Chefer förväntas själva ta kontakt med HR-partner när de behöver hjälp. Praktiskt innebär det till exempel att HR-partner inte per automatik medverkar vid rekrytering av medarbetare eller chefer, att HR-partner inte konsekvent närvarar vid ledningsgrupper och att HR-partner inte per automatik medverkar vid så kallade *medvetandegörande samtal* (se 4.4) med medarbetare. Representanter för personalavdelningen betonar att avdelningen inte heller är dimensionerad för att aktivt medverka i dessa processer. I vissa personalprocesser finns krav på att chefer tar stöd av personalavdelningen. Det gäller vid varning och erinran, avsked/uppsägningar, avstängningar, överläggningar, förhandlingar samt i arbetsrättsliga utredningar.

[9] Vi vill betona att vårt uppdrag inte har varit att bedöma hur personalavdelningen eller andra stödfunktioner har utfört sitt uppdrag utifrån de händelser som uppstått, utan att undersöka personalprocesserna för att kunna bedöma hur informationskedjan samt beslutsfattandet avseende nattorganisationen har fungerat.

Av intervjuer framgår att personalavdelningen uppmuntrar och påminner chefer om att ta råd och stöd från dem, men att enhetschefer i olika utsträckning valt att göra det. Ett exempel på detta är de årliga inventeringssamtal som personalavdelningen erbjuder samtliga chefer för att bland annat gå igenom personalärenden, tillbud och arbetsskador, men som vissa chefer valt att tacka nej till.

5.2. Vilken introduktion har chefer tagit del av?

Den introduktion chefer har tagit del av har varierat under perioden 2022-2025. Det är närmaste chef som ansvarar för att introduktion sker.

I december 2024 beslutade förvaltningsledningen att anta ett obligatoriskt introduktionspaket för nya chefer, framtaget av avdelningen för administration. Enligt personalavdelningen finns det i nuläget flera utbildningar som är obligatoriska för nya chefer. Det rör exempelvis utbildningar i arbetsmiljö, arbetsrätt och rehabilitering. Vi noterar emellertid att det på kommunens intranät på vissa ställen anges att dessa utbildningar "erbjuds" eller "rekommenderas", medan det på andra ställen står att de är obligatoriska. Det riskerar skapa otydlighet kring vad som gäller och skapar tolkningsutrymme kring vad som är obligatoriskt. Därtill finns det checklistor för introduktion som ska användas av överordnad chef för att följa upp introduktion och kunskap med nya chefer vid individuella samtal. Dessa har enligt uppgift varit obligatoriska att använda sedan år 2022.

I intervjuer med avdelningschefer uppges att det inte skett någon formell uppföljning av vilka utbildningar som enhetschefer faktiskt genomfört, annat än genom muntliga frågor vid månadsvisa vertikala samtal. De enhetschefer vi intervjuat ger olika beskrivningar av vilken introduktion de erbjudits och tagit del av. Exempelvis har omfattningen av bredvidgång skiljt sig åt markant. I vissa fall har bredvidgång inte alls varit möjlig, eftersom tidigare enhetschef inte varit kvar i organisationen. I andra fall har flera veckors bredvidgång ägt rum. En chef har erbjudits gedigen bredvidgång, men aktivt avböjt.

Vi har efterfrågat underlag kring vilka chefer som deltagit i introduktionsutbildning under 2022-2025. Vi har tagit del av deltagarlista från chefsutbildning som skett under tre dagar hösten 2025. Båda enhetschefer för nattorganisationen har medverkat vid något tillfälle, men inte vid samtliga. Avdelningschef har inte medverkat vid något tillfälle. Vi har vidare tagit del av ifylld checklista för introduktion för nuvarande avdelningschef, men inte för någon annan chef inom nattorganisationen. Det saknas enligt uppgift samlad plats att spara information om genomgången introduktion. Vissa kompetenser registreras i IT-system, medan andra inte kan registreras där.

5.3. Hur har rekrytering av chefer och medarbetare inom nattorganisationen fungerat?

En grundförutsättning för en välfungerande verksamhet är att ha "rätt personal på rätt plats". Det är närmaste chef som ansvarar för rekrytering, det vill säga enhetschef

rekryterar medarbetare, avdelningschef rekryterar enhetschef och förvaltningschef rekryterar avdelningschef.

I intervjuer beskrivs att relativt få rekryteringar har skett av medarbetare till nattorganisationen under perioden 2022-2025. I den mån personal har tillkommit så har det ofta skett genom inkonvertering[10] av timanställda via bemanningsenheten. Av muntliga uppgifter framgår att om enhetschef är i behov av att rekrytera så ska bemanningsenheten först kontaktas, för det fall det finns medarbetare som har företräde. Chefer kan också själva gå in i systemet WinLas för att kontrollera till exempel företrädesrätt. Annonsering ska godkännas och attesteras av överordnad chef samt HR-partner. Under 2024 rekryterades flera medarbetare till nattenheten utan att rekryteringsrutinerna följdes. Det resulterade i att enheten stod med övertalighet. Detta eftersom flera medarbetare inkonverterats samtidigt som ytterligare medarbetare externrekryterats. Även om rekrytering är enhetschefs ansvar så menar vi att den här typen av fel hade kunnat förebyggas om personalavdelningen haft uppdraget att vara mer involverad i rekryteringsprocesser, exempelvis genom att följa upp om genomförda rekryteringar motsvarat identifierade behov.

Rutinerna för rekrytering av medarbetare inom äldreomsorgen innehåller tre kontroller för att säkerställa kompetens hos medarbetaren:

1. Registerkontroll från belastningsregister och misstankeregistret ska göras vid anställningar inom bland annat äldreomsorgen. Detta enligt ett beslut från socialnämnden år 2019[11].
2. Kontroll av giltig id-handling (som visar om hemtjänstpersonal har giltigt körkort).
3. Referenstagning.

Enhetschef ansvarar för att göra samtliga dessa kontroller. Ingen annan funktion, såsom personalavdelningen, tar del av resultatet av dessa kontroller. Enhetschef anger enbart genom en bock i IT-system att kontrollerna är gjorda. Enligt intervjuuppgifter har personer som förekommer i belastningsregistret och som saknar körkort rekryterats till nattorganisationen.

Efter att brister uppdagats i organisationen har bestämmelserna reviderats avseende bland annat hantering av registerkontroll och registerutdragets giltighetstid. Även riktlinjer för referenstagning har reviderats. De nya riktlinjerna beskriver att senaste chef ska anges som referens och att eventuell tidigare anställning i Uddevalla kommun ska kontrolleras. Det är dock fortsatt närmaste chef som ensam ansvarar för att kontakta referenser och göra kontroller.

---

[10] Inkonvertering innebär att tidsbegränsade anställningar automatiskt övergår till tillsvidareanställningar om vissa villkor är uppfyllda, enligt lagen om anställningsskydd (LAS) samt Allmänna bestämmelser (AB).

[11] EY har inte utrett om socialnämndens beslut att genomföra utökade registerkontroller mot belastningsregister och misstankeregister är förenligt med nuvarande lagstiftning.

Vad gäller rekrytering av enhetschefer inom nattorganisationen så framkommer att även dessa i vissa fall rekryterats via informella kanaler, det vill säga utanför ordinarie rekryteringsprocess. Flera enhetschefer beskriver att de blivit tillfrågade om att ta sig an tjänsten utan att ha sökt den. I flera fall har enhetschefer behövt rekryteras med kort varsel, givet den höga chefsomsättning som funnits. Provanställningar har inte tillämpats, vare sig vid rekrytering av chefer eller medarbetare. Allmänna bestämmelser och kollektivavtal gör gällande att provanställningar endast får användas vid särskilda fall. Flera intervjuade chefer lyfter att kommunens tolkning av detta begrepp varit snäv. Som exempel lyfts att en rekrytering av en chefsfunktion som behöver ske med kort varsel utan att personen har tidigare chefserfarenhet borde kunna betraktas som ett särskilt fall. Flera sådana rekryteringar av enhetschefer har skett, men provanställningar har inte tillämpats.

Det har vidare saknats kontroll vad gäller anställningsavtal. Rekryterande chef tar fram anställningsavtal och tar vid behov hjälp av administrativ personal. Personalavdelningen tillhandahåller mallar för detta. Det sker dock ingen ytterligare kontroll av avtalet innan det undertecknas. Löneenheten ser avtalet först efter att det undertecknats av alla parter. Detta har bland annat resulterat i att flera medarbetare anställts på fel avtalstyp under 2024.

5.4. Hur har personalärenden hanterats?

Med personalärenden avses i detta fall när medarbetare beter sig på ett oönskat sätt som bryter mot anställningsavtalet. Personalavdelningen har tagit fram en processkarta och rutinbeskrivning för hantering av sådana ärenden. I dokumentet beskrivs att "händelser som kan innefattas i misskötsamhet är många, allt från sen ankomst till våld eller hot om våld". Vid sådana händelser finns en trappa i tre steg som ansvarig chef bör följa. Det första steget är ett *förtydligande samtal* och eventuellt förflyttning. Det andra steget är *medvetandegörande samtal* och eventuell förflyttning. Det tredje steget är varning och eventuell förflyttning. Om ingen förändring i beteende skett efter dessa tre steg kan uppsägning ske. Det är närmaste chef som enligt delegationsordning ansvarar för beslut om medvetandegörande samtal. Förvaltningschef ansvarar för disciplinära åtgärder, det vill säga varning och uppsägning. Rutinbeskrivningen rekommenderar att chef tar stöd av personalavdelningen vid misskötsamhet, men detta är inte obligatoriskt. I personal- och chefshandboken anges dock att personalavdelningen alltid ska kontaktas vid varning och erinran.

I intervjuer beskriver enhetschefer en upplevelse av att kommunens personalpolitik präglats av strikta tolkningar, inte minst i processen för misskötsel. Enhetschefer lyfter exempel där medarbetare haft upprepad olovlig frånvaro under längre tidsperioder. Enhetschef har gjort bedömning att avstegen är så allvarliga att de bör föranleda en varning. Personalavdelningen har gjort annan bedömning och hänvisat till att chef bör starta i det första trappsteget i händelsetrappan. Detta illustrerar både en strikt tolkning av gällande bestämmelser och en bristande efterlevnad av rutiner hos enhetschefer.

Ytterligare exempel som framkommer är att förtydligande eller medvetandegörande samtal inte fått hållas till följd av att saknats tillräckligt tydlig dokumentation avseende medarbetarens beteende. I detta sammanhang ser vi det som en brist att HR-partner inte konsekvent medverkar vid ledningsgrupp. Ett sådant arbetssätt hade skapat bättre förutsättningar att fånga upp och dokumentera misskötsel i ett tidigt skede. När enhetschef själv behöver söka stöd av personalavdelningen finns risk att chefen tar kontakt först när det blir "skarpt läge".

En försvårande faktor i arbetet är att det saknas tydlighet i var och hur personalärenden ska dokumenteras. Det saknas modul för hantering av misskötsel i personalsystemet. Chefer använder flertalet olika verksamhetssystem i det dagliga arbetet[12], framför allt vid personalärenden. Verksamhetssystemen är inte sammankopplade med varandra. Vi har gått igenom ett par personalärenden i de system som finns och konstaterar att systemen inte är ändamålsenliga för att dokumentera händelser. Det innebär också att det är mycket svårt för en ny chef att följa en medarbetares historik i systemen. Enhetschefer beskriver att man uppmuntrats att spara dokumentation kring personalärenden lokalt. Vi menar att det arbetssättet stora risker för att historik kring personalärenden går förlorad vid chefsbyten.

5.5. Vår analys avseende personalprocesser

- Arbetsplatskulturen vad gäller personalfrågor i kommunen betonar personalavdelningens stödjande roll. Personalavdelningen medverkar inte per automatik i några personalprocesser eller ledningsgrupper, utan chef förväntas aktivt efterfråga stöd. Det finns risker med detta. En chef som av någon anledning inte följer fastställda rutiner för personalhantering kan agera utan att det märks i organisationen. Även om de flesta chefer säkerligen vill göra rätt, så har det inom nattorganisationen förekommit att chefer på både avdelnings- och enhetsnivå frångått rutiner och regler för rekrytering och anställning. Detta behöver sättas i ljuset av att det är utmanande att rekrytera enhetschefer, vilket ökar risken för att chefer anställs som saknar erfarenhet och kunskap om personalfrågor.
- Vi ser stora risker med rekryteringsprocessen såsom den sett ut under 2022 och fram till hösten 2025. Kommunens arbetssätt har inneburit svaga kontroller för att förebygga felrekryteringar. Chef har ensam kunnat rekrytera medarbetare utan att följa rutiner för inkonvertering. Chef har också ensam genomfört samtliga kontrollmoment i form av registerkontroller, referenstagning och kontroll av körkort. Slutligen har chef ensam upprättat felaktiga anställningsavtal. Parallellt med svaga

[12] I kommunen används verksamhetssystemet Varbi för annonsering och rekrytering av tjänster, och VISMA HR +8 för anställnings- och löneavtal. Verksamhetssystemet Medvind används för schemaplanering, Winlas för att följa medarbetares anställning bland annat LAS-status och tidigare anställning i kommunen. Adato används för att följa medarbetares rehabiliteringsprocess bland annat korttids- och långtidsfrånvaro och förebyggande prehab-anteckningar. Verksamhetssystemet Stella används för hantering av arbetsskador och tillbud. Samtliga dokument som ska diarieföras görs i verksamhetssystemet Lex.

förebyggande kontroller har möjligheterna att avveckla en medarbetare som felrekryterats varit små. Provanställning har inte tillämpats. Strikta tolkningar av förfarandet vid misskötsel och bristande efterlevnad av rutiner bland enhetschefer har inneburit att misskötsel har kunnat fortgå utan konsekvenser för medarbetaren. Från och med hösten 2025 har rekryteringsprocessen delvis stärkts med avseende på referenstagning, men enhetschef kan fortsatt agera isolerat i rekryteringsprocessen.

- Det har varierat i vilken utsträckning chefer tagit del av introduktion. Utbildning och introduktion har erbjudits. Det är svårt att överblicka vilken utbildning och introduktion som varit obligatorisk i olika perioder. Introduktionsutbildning har konsekvent erbjudits, men det saknas systematisk uppföljning av att chefer faktiskt genomfört utbildning eller har de kunskaper som krävs för att utföra arbetet. Det har inte heller konsekvent följts upp om chefer tagit del av rutiner eller kan hantera de många IT-system som används. I det sammanhanget behöver det åter beaktas att flera enhetschefer inom nattorganisationen saknat tidigare chefserfarenhet från hemtjänst. Vi ser det som anmärkningsvärt att avdelningschefer inte säkerställt att enhetschefer genomgått tillräcklig introduktion och utbildning, särskilt med hänseende till att flera enhetschefer saknat tidigare chefserfarenhet. Från och med 2025 har ett arbete skett för att stärka introduktionen till nya chefer. Vi noterar dock att det fortsatt saknas systematisk uppföljning och kontroll av vilka chefer som tagit del av utbildning.
- Det saknas vidare ändamålsenliga system för att dokumentera och följa upp personalärenden, personalhistorik och misskötsel. Ett stort antal system används för olika personalfrågor och det är svårt att överblicka en medarbetares historik med hjälp av systemen. Vid fall av misskötsel har enhetschefer uppmuntrats att spara egen dokumentation, vilket medfört att historik och kunskap om personalärenden försvunnit när chefer slutat. Med den stora chefsomsättning som funnits inom nattorganisationen blir det institutionella minnet mycket kort.

6. Sammanfattning av slutsatser utifrån frågeställningarna

Våra sammanfattande slutsatser utifrån granskningens syfte redovisas i avsnitt 2. Nedan summerar vi mycket kortfattat svar på de frågeställningar granskningen har berört.

Frågeställningar	Sammanfattning
Vilka brister har uppmärksammats under tidsperioden? ▸ Har respektive chefsled fått kännedom om brister eller misstänkta brister och i så fall hur? ▸ Vilka rutiner och bestämmelser finns för rapportering av brister och avvikelser? ▸ Har brister och avvikelser rapporterats i enlighet med rutiner och bestämmelser?	Brister har uppmärksammats både gentemot brukare och vad avser arbetsklimatet inom enheten. Vad gäller avvikelsehantering har brister mot brukare generellt rapporterats i enlighet med de rutiner som finns, det vill säga chefsled har fått kännedom i enlighet med rutinerna. Dock innebär rutinernas utformning att det ofta enbart är enhetschef som nås av informationen. Det ser vi som en svaghet i processerna. Vid allvarliga avvikelser (lex Sarah) har även avdelningschef fått kännedom. Vi har inte kunnat verifiera om förvaltningschef fått information. Vad avser arbetsklimatet i gruppen bedömer vi att brister varit kända hos både enhetschefer och avdelningschefer sedan minst år 2020. Brister och risker i arbetsmiljön har dock inte rapporterats inom de formella rutiner och processer som finns, utan informationen har överförts informellt.
Har bristerna åtgärdats? ▸ Hur har respektive chefsled agerat när de fått kännedom om brister eller misstänkta brister? ▸ Har brister och avvikelser eskalerats i enlighet med rutiner? ▸ Har åtgärder vidtagits vid brister och allvarligare avvikelser? ▸ Har vidtagna åtgärder följts upp?	Brister har åtgärdats i högst begränsad utsträckning och uppföljningen av åtgärder har varit otillräcklig. Vad avser avvikelsehantering och brister gentemot brukare har enhetschef agerat enligt rutin vid allvarliga händelser (lex Sarah). Däremot saknas i flera fall dokumenterade åtgärder vid mindre allvarliga avvikelser ("SoL-avvikelser"). Brister och avvikelser har eskalerats till avdelningschef enligt rutin vid allvarliga

	avvikelser, men rutinerna ställer inte krav på eskalering vid mindre allvarliga avvikelser. Uppföljning har saknats med avseende på enhetschefs ansvar för att följa upp åtgärder vid enskilda avvikelser. Uppföljning har också saknats med avseende på enhetschefs och avdelningschefs ansvar att analysera mönster i avvikelser och genomföra åtgärder och uppföljning utifrån dessa mönster. Vad gäller arbetsklimatet i gruppen har agerandet på både enhets- och avdelningsnivå präglats av passivitet. Enhetschefer har i viss mån genom muntlig information till avdelningschef signalerat om brister. Åtgärder saknas i stort helt på både enhets- och avdelningsnivå vad gäller de brister i den sociala arbetsmiljön som varit kända. De få åtgärder som vidtagits har inte svarat upp mot kärnproblematiken. Effekten av åtgärderna har inte följts upp.
Hur har informationskedjan fungerat? ▸ Finns det tydliga rutiner för information/kommunikation vid avvikelser? Har dessa följts? Har chefer agerat och vidtagit åtgärder utifrån den information de fått kännedom om?	Information har eskalerats från enhetschefer till avdelningschef, men åtgärder har uteblivit. För avvikelsehantering finns rutiner för eskalering av information, men dessa rutiner är svaga. Det får till följd att enhetschef ensam har stort utrymme att bedöma och åtgärda avvikelser utan involvering av högre chef. Vad avser arbetsmiljöarbetet finns också ett flertal processer för kommunicera risker och brister formellt. Dessa signalsystem har inte använts av vare sig enhetschefer eller avdelningschefer. Däremot har enhets- och avdelningschefer fått information informellt, men har inte

	vidtagit åtgärder utifrån den informationen. Både formella informations- och beslutsprocesser och arbetsplatskulturen i verksamheten utgår strikt från linjeorganisationen. Stöd- och kontrollfunktioner utanför linjen står utanför informationskedjan. Det innebär att det räcker med att en enstaka chef inte agerar eller informerar tillräckligt för att informationskedjan ska vara bruten. Det är en svaghet i kommunens arbetssätt.

Göteborg den 21 november 2025

Rebecka Rask
Ernst & Young
Projektledare

Johan Palmgren
Ernst & Young
Konsult

Hanna Conradi
Ernst & Young
Konsult

Liselott Daun
Ernst & Young
Kvalitetssäkrare

Bilaga 1. Källförteckning

Dokumentförteckning

- Anställningsavtal för enhetschef nattorganisationen, ett exempel
- APT-protokoll nattorganisationen 2023-2025
- Arbetsmiljökartläggning från företagshälsovården 2020 - offert
- Arbetsmiljökartläggning från företagshälsovården 2020 - presentation
- Bestämmelser avseende begäran om utdrag från belastnings- och misstankeregistret inom socialtjänsten, reviderad 2025-10-15
- Bestämmelser avseende kontroll i belastningsregistret och misstankeregistret inför beslut om anställning inom vissa delar av socialtjänsten, reviderad 2019-08-29
- Bestämmelser för rekrytering, reviderad 2013-08-28
- Checklista för introduktion av nya chefer
- Deltagarlista workshop avvikelsehantering HSL, hösten 2024
- Diplom kunksapstest
- Fördelning av arbetsmiljöuppgifter (rutin) 15.6.3
- Fördelning av arbetsmiljöuppgifter, nattorganisationen 2022-2024
- Handlingsplan för tillfällig användning av fem bilar inom förebyggande natt, 2022-09-28
- Introduktionsutbildning - Ny som chef
- Kvalitetsberättelse 2022-2024
- Lex Sarah-rapporter 2022 - 2025-09-29
- Mötesforum chefer - bildöversikt
- Patientsäkerhetsberättelser 2022-2024
- Processkarta och kort om hantering av misskötsamhet
- Protokoll avdelningsledningsgrupp (ALG) 2023-2025
- Protokoll förvaltningsledningsgrupp (FLG) 2024-2025
- Rapporterade tillbud och arbetsskador 2022 - 2025-09-29
- Riktlinje kring trafiksäkerhet för personal inom socialtjänsten
- Riskanalys natt
- Rutin för avvikelse inom socialtjänsten
- Rutin för handläggning av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden (lex Sarah)
- Rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete
- Rutin tillbud och arbetsskada
- Samlad översikt - Riskbedömning 2023 (hälso- och sjukvård och förebyggande)
- Sammanställning avvikelser äldreomsorgen 2022-2025, per enhet
- Sammanställning riskbedömning- och konsekvensanalys, hemtjänst natt 2022-2025-09-11
- Sammanställning vad som framkommit i samtal med medarbetare Hemtjänst natt avseende chefer.
- Socialnämndens delegationsordning
- Socialtjänstlagens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- SoL-avvikelser 2022 - 2025-09-29
- Underlag förslag att hemtjänst natt och larm byter avdelning till avdelning natthemtjänst
- Utbildningar för chefer - bildöversikt

- Utredningsunderlag; händelseförteckning, utredning, åtgärder, lex Sarah-rapporter: 14172, 12720, 17932, 15105, 19745, 19847, 28852, 29857
- Utredningsunderlag; händelseförteckning, utredning, åtgärder, SoL-avvikelser: 12233, 14023, 19353, 16658, 21091, 21086, 25873, 26312
- Årlig uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete 2022-2024

Intervjuförteckning

- Nina Andersson, tidigare enhetschef nattorganisationen, 2025-10-16
- Ebba Arvros, enhetschef nattorganisationen, 2025-10-16
- Karin Bernhard, enhetschef nattorganisationen, 2025-10-16
- Karolina Christensen, avdelningschef nattorganisationen, 2025-10-17
- Jannicke Edvinsson, tidigare enhetschef nattorganisationen, 2025-10-16
- Jessica Eriksson, tidigare sektionschef nattorganisationen, 2025-10-17
- Roger Granat, tidigare socialchef Uddevalla kommun, 2025-10-27
- Annica Hemberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska, 2025-10-27
- Mathilda Isaksson, tidigare avdelningschef nattorganisationen, 2025-10-17
- Ann-Louise Joona, personalchef Uddevalla kommun, 2025-10-27
- Sandra Jägesten, socialt ansvarig samordnare, 2025-10-27
- Erika Lindqvist, tidigare avdelningschef nattorganisationen, 2025-10-17
- Aline Nimenya, tidigare enhetschef nattorganisationen, 2025-10-27
- Malin Normann, socialchef Uddevalla kommun, 2025 09-22 och 2025-10-27
- Mjellma Ramosaj, tidigare enhetschef nattorganisationen, 2025-10-16
- Claes Stark, tidigare enhetschef nattorganisationen, 2025-10-27
- Catrin Wikblad, HR-partner för socialtjänsten, 2025-10-27

Bilaga 2. Rutin hantering SoL-avvikelser

Avvikelser från SoL ska enligt kommunens rutin hanteras i nedan steg:

1. **Rapportören skickar rapport till enhetschef via Lifecare.** Rapportören har också möjlighet att vända sig direkt till avdelnings- eller förvaltningschef.
2. **Enhetschef (i första hand) tar emot rapporten.** Rapporten ska markeras som mottagen i Lifecare inom 48 timmar.
3. **Enhetschef ska utreda vad som hänt samt avgöra om åtgärder behöver vidtas omgående.**
4. **Efter avslutad utredning, avslutar enhetschef avvikelsen i Lifecare.** En utredning med tillhörande åtgärder ska vara klar inom tre veckor.
5. **Uppföljning av åtgärder sker av enhetschef, och vid behov av avdelningschef, två månader efter inträffad händelse. Åtgärderna kan vara både kortsiktiga och långsiktiga och ska vara förankrade i personalgruppen.** Det framgår inte av rutinen hur uppföljning av åtgärder ska genomföras eller hur åtgärder ska förankras inom personalgruppen.
6. **Enhetschef är ansvarig för återrapportering av åtgärderna till rapportör och personalgruppen.** Rapportören får bekräftelse på att avvikelsen är inkommen när avvikelserapporten skickas till enhetschef i Lifecare. Det framgår dock inte hur återkoppling ska göras till personalgruppen.

Bilaga 3. Rutin hantering av påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden

En rapport om lex Sarah ska enligt kommunens rutin hanteras i nedan steg:

1. **Rapportering av händelsen genomförs i Lifecare avvikelsemodul.** Rapporteringen av händelsen ska ske omgående.
2. **Rapporten skickas i Lifecare till ansvarig chef för enheten.** Rapportören har alltid möjlighet att vända sig direkt till avdelnings- eller förvaltningschef i stället för närmaste chef. Om ärendet är av mycket allvarlig art kan rapporten lämnas till chef i beredskap.
3. **Åtgärder vidtas omedelbart av den medarbetare eller annan som uppmärksammar händelse.**
4. **Mottagande chef gör en bedömning av om händelsen kräver att fler omedelbara åtgärder vidtas.** Om så är fallet ansvarar denne också för att omedelbara åtgärder vidtas.
5. **Mottagande chef lägger till verksamhetsuppföljare som "medutredare" och skickar e-post till avdelningschef med rapportnummer för kännedom.** Det framgår ej tydligt vem som är verksamhetsuppföljare.
6. **Enhetschef påbörjar utredning genom att prata med rapportör, gå igenom dokumentationen samt dokumentera detta i Lifecare avvikelser.** Utredning ska påbörjas senast dagen efter att rapporten tagits emot av enhetschef. **SAS/utredare är behjälpliga med vidare utredning av händelseförloppet och vid behov förslag på åtgärder. Utredningen ska vara klar inom fyra veckor.**
7. **Avdelningschef beskriver vidtagna åtgärder i det akuta skedet, om händelsen inträffat tidigare, åtgärder under utredningens genomförande i utredningen samt åtgärder för att förhindra liknande händelser. Avdelningschef gör bedömning och fattar beslut utifrån utredningen.**
8. **Berörd enhetschef återkopplar till rapportör, arbetsgrupp och de brukare, anhöriga och medarbetare som berörs av händelsen.** Detta dokumenteras i Lifecare avvikelser.
9. **När utredningen är klar av SAS/utredare, där denne även gjort sin bedömning av utredningen, bedömer och beslutar avdelningschef om händelsen är att betrakta som:** En avvikelse, en påtaglig risk för missförhållande, ett missförhållande, en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ett allvarligt missförhållande. Bedömningen ska göras i Lifecare avvikelser, där utredningen tillsammans med åtgärder och uppföljning finns.
10. **SAS/utredare informerar socialchef om lex Sarah-rapporter av mer allvarlig art eller om enhetschef eller avdelningschef är inblandad.**
11. **Om avdelningschef bedömer att ärendet är av allvarlig art gör SAS/utredare en digital anmälan till IVO samt bifogar anmälan i Lifecare avvikelser.** Innan anmälan skickas har SAS/utredare avstämning med avdelningschefen.

12. **SAS/utredare meddelar nämndsekreterare och socialchef om anmälan till IVO.** Avdelningschef och SAS/utredare ska vid behov medverka i socialnämnden för att svara på mer ingående frågor om inkomna ärenden kring missförhållanden.
13. **Fyra månader efter att beslut fattats av avdelningschef skall uppföljning av åtgärderna göras.** Enhetschef ska dokumentera för respektive åtgärd i Lifecare. SAS/utredare ansvarar för att avsluta avvikelsen i sin helhet. Enhetschef har ansvar att rapportera till avdelningschef att åtgärderna följts upp. Det framgår inte på vilket sätt uppföljning av åtgärder ska göras.