



Kvalitetsfördjupning augusti 2026

Innehåll

Inledning.....	2
Bakgrund.....	2
Avvikelse.....	2
Avvikelse första halvåret 2026	3
Bedömning av allvarlighetsgrad.....	4
Avvikelse per insats	4
Lex Sarah.....	5
Förhållandet mellan avvikelser och lex Sarah.....	6
Inflöde och hantering av lex Sarah-rapporter.....	6
Beslut och bedömningar första halvåret 2026	7
Missförhållanden och påtaglig risk för missförhållanden	8
Allvarliga missförhållanden anmälda till IVO	9
Kartläggning av följsamheten till avvikelseprocessen och hanteringen av lex Sarah 2023–2025	9
Kartläggning och hantering av äldre lex Sarah-rapporter 2022–2025	10
Hantering av lex Sarah-rapporter upprättade år 2025	11
Hantering av lex Sarah-rapporter upprättade år 2024	11
Hantering av lex Sarah rapporter upprättade år 2022 och 2023	11
Sammanställning av status och resultat för år 2022–2025	12

Inledning

Nämnden gav i juni 2025 förvaltningen i uppdrag att lägga till ett fördjupande avsnitt om kvalitet i verksamheterna i delårsrapporten för mars och augusti. I delårsrapporteringen ska förvaltningen särskilt redovisa tydliga kvalitetsindikatorer som har bäring på verksamheternas trygghet och rättssäkerhet exempelvis allvarliga missförhållanden, avvikelser eller återkommande brister i verksamhetsuppföljningen.

I april 2026 fastställde nämnden en egenkontrollplan och kvalitetsindikatorer. Planen ska stödja nämndens systematiska uppföljning av att lagkrav, interna riktlinjer och mål följs. Egenkontrollerna ska också bidra till att förvaltningen identifierar, förebygger och åtgärdar brister samt främjar en kontinuerlig utveckling av verksamhetens kvalitet.

I denna rapport redovisas resultatet av de egenkontroller som utförts i enlighet med nämndens egenkontrollplan under första halvåret 2026. Fokus i kvalitetsfördjupning per augusti är avvikelser samt information om kartläggning av följsamheten till avvikelseprocessen och hanteringen av lex Sarah 2023–2025. Kartläggningen är ett uppdrag som nämnden gav förvaltningen i december 2025 efter att resultatet av de fördjupade egenkontrollerna och den externa granskningen av Hundraårgatan 32, vån 3, genomförts.

Bakgrund

Av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår det att verksamhetens kvalitet ständigt ska säkras och utvecklas genom det systematiska kvalitetsarbetet. Systematiskt kvalitetsarbete omfattar flera delar, däribland riskanalyser, avvikelser, klagomål och synpunkter, lex Sarah samt egenkontroller. Dessa delar utgör ett viktigt underlag för att identifiera brister och utveckla verksamheten och bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter anger att kvalitet innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som följer av lagar och andra föreskrifter inom socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Den som bedriver verksamhet kan även välja att ställa ytterligare krav och mål utöver dem som anges i författningar. I Göteborgs Stad anges dessa krav exempelvis i olika styrdokument, beslutade värdighetsgarantier eller andra prioriteringar och särskilda satsningar beslutade av kommunfullmäktige.

Avvikelser

Av 24 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt 5 kap. 1 § andra stycket socialtjänstlagen (SoL) framgår att den som fullgör uppgifter enligt lagarna ska medverka till att verksamheten och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Rapportering av avvikelser är en del av detta kvalitetsarbete och bidrar till att brister och risker i verksamheten kan uppmärksammas.

En avvikelse kan innebära att man frångår en plan eller ett förväntat arbetssätt, att resultatet skiljer sig från det förväntade eller att man inte följer en fastställd rutin. Det kan till exempel handla om ett dåligt bemötande, att insatser inte genomförs enligt beslut eller att arbetet inte följer fastställda processer och rutiner. Förvaltningen definierar en

avvikelse som något som borde hända men inte händer, eller något som inte borde hända men som ändå händer. Syftet med avvikelshanteringen är att uppmärksamma händelser och risker för att förhindra att en brukare eller patient skadas och se till att liknande situationer inte inträffar igen.

I förvaltningen rapporteras avvikelser i verksamhetssystemet Treserva. Om en medarbetare bedömer att en avvikelse kan vara ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande markeras den som lex Sarah. Markeringen kan också göras senare under utredningen om nya uppgifter framkommer.

Enhetschefen ansvarar för att utreda vad som har hänt och varför, vidta åtgärder och följa upp om åtgärderna har haft avsedd effekt. Av enhetschefens utredning ska det framgå om avvikelsen har inneburit en brist i verksamhetens kvalitet. Om så är fallet ska även berörda processer och rutiner ses över för att minska risken för att bristen upprepas.

Avvikelsehantering är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Antalet rapporterade avvikelser säger inte i sig om en verksamhet har god eller bristande kvalitet. Ett högt antal kan till exempel spegla en god rapporteringskultur, medan ett lågt antal kan bero på att händelser och risker inte rapporteras. Det viktiga är därför hur verksamheten rapporterar, utreder, åtgärdar, följer upp och använder avvikelser för att förebygga att liknande händelser inträffar igen. När avvikelser sammanställs och analyseras över tid kan återkommande brister, risker och mönster identifieras. Avvikelser är på så sätt ett underlag för verksamheternas förbättringsarbete genom att brister och risker upptäcks, åtgärder vidtas och verksamheten förebygger att liknande händelser inträffar igen.

Avvikelser första halvåret 2026

Under första halvåret 2026 rapporterades nästan 8 000 avvikelser i förvaltningen. Antalet avvikelser kan inte ses som ett direkt mått på verksamhetens kvalitet, utan behöver sättas i relation till både omfattningen av förvaltningens insatser och hur aktivt verksamheterna rapporterar och hanterar avvikelser. Förvaltningen ger stöd och insatser till omkring 8 000 brukare, i vissa verksamheter dygnet runt.

Av de avvikelser som rapporterades under första halvåret 2026 är 56 procent åtgärdade och avslutade efter uppföljning. Övriga är fortfarande pågående. Att en avvikelse fortfarande är pågående kan ha flera orsaker. Statistikuttagen görs vid en viss tidpunkt, avvikelser tar olika lång tid att utreda och åtgärda och i vissa fall hålls en avvikelse pågående i väntan på en planerad uppföljning av åtgärdernas effekt. Av samtliga rapporterade avvikelser har 16 procent varit pågående i mer än tre månader. För vissa av dessa framgick det inte av systemet att utredningen hade påbörjats. Det behöver inte innebära att chefen inte hade börjat utreda avvikelsen, utan kan bero på att arbetet ännu inte hade dokumenterats i systemet. Andra avvikelser utreddes eller åtgärdades fortfarande när statistiken togs fram.

Knappt 400 av de rapporterade händelserna har efter utredning bedömts som ”ej avvikelse”. Det kan till exempel röra sig om rapporter som gäller arbetsmiljö eller händelser som ligger utanför förvaltningens ansvar eller kontroll. Även dessa ingår i statistiken över rapporterade avvikelser.

Uppföljningen visar också att det finns drygt 80 enheter som har rapporterat färre än fem avvikelser under årets första sex månader. Mycket låg eller obefintlig rapportering kan vara ett tecken på att avvikelser inte uppmärksammas och rapporteras i tillräcklig omfattning och bör därför följas upp.

Tabell 1- Uppföljning avvikelser period 1 januari till och med 30 juni, 2026

Antal inkomna avvikelser	7 885
Antal avslutade avvikelser	4 403
Antalet pågående avvikelser	3 482
Pågående avvikelser äldre än tre månader	1 290
Pågående avvikelser utan dokumenterad utredningsstart inom en månad	769
Avvikelser med hög riskbedömning – konsekvens 4 (katastrofal) och/eller sannolikhet för upprepning 4	101
Antal enheter med färre än fem rapporterade avvikelser de senaste sex månaderna	82

Bedömning av allvarlighetsgrad

När avvikelserna utreds ska även en bedömning göras av hur allvarlig konsekvensen av händelsen var eller hade kunnat bli. Bedömningen görs på en fyrgradig skala *utifrån en etablerad modell för risk- och händelseanalys, där allvarlighetsgrad bedöms från mindre till katastrofal. Modellen används som stöd inom bland annat hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

När statistiken nedan togs fram saknade 28 procent av avvikelserna en sådan bedömning. Fördelningen mellan de olika allvarlighetsgraderna framgår av tabell 2.

Tabell 2 - andel avvikelser per bedömd allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser	Andel
4 – Katastrofal	Dödsfall, betydande kvarstående kroppslig skada/lidande, Övergrepp, Hot mot liv, hälsa, säkerhet	0,5 %
3 – Betydande	Kvarstående kroppslig skada/lidande, Omfattande obehag/otrygghet, Förlängt el. ökat vårdbehov	15 %
2 – Måttlig	Övergående kroppslig skada/lidande, Obehag/otrygghet, Inskränkningar i rättigheter	37 %
1 – Mindre	Mindre obehag, obetydlig skada	20 %

Avvikelser per insats

När avvikelserna delas upp per insats framgår att omkring tre fjärdedelar av alla avvikelser rapporteras inom bostad med särskild service (BmSS). Daglig verksamhet och boendestöd omfattar ungefär lika många eller fler brukare än BmSS men rapporterar vardera mindre än en tiondel av antalet avvikelser inom BmSS.

Skillnaden behöver ses i relation till insatsernas olika omfattning och innehåll. BmSS ges dygnet runt, alla dagar i veckan, och omfattar ofta stöd inom flera livsområden samt ofta delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder – vilket utgör omkring 40 procent av de rapporterade avvikelserna.

Som nämnts är det drygt 80 av förvaltningens enheter som har rapporterat färre än fem avvikelser under årets första sex månader. Det gäller framför allt enheter inom insatserna BmSS och daglig verksamhet som har det största antalet enheter. Det finns samtidigt åtta

BmSS-enheter som har rapporterat fler än 80 avvikelser under perioden. Ett högt antal kan spegla en aktiv rapportering, men kan också vara ett tecken på återkommande brister i verksamheten. Antalet rapporterade avvikelser bör därför alltid analyseras i relation till avvikelsernas innehåll, allvarlighetsgrad och bakomliggande orsaker.

Tabell 3 - Uppföljning avvikelser per insats, första halvåret 2026

Insats	Antal enheter	Totalt antal avvikelser	Antal åtgärdade	Antal pågående	Pågående äldre än 3 månader	Hög risk-bedömning	Enheter med färre än 5 avvikelser
BmSS	253	5 744	3 232	2 512	914	61	37
Daglig verksamhet	64	479	204	275	96	15	32
Myndighet	21	372	237	135	50	5	5
Boendestöd	18	359	204	155	70	0	0
BmSS barn	6	294	154	140	59	11	0
Personlig assistans	12	238	136	102	41	8	1
Korttidsboende	3	169	58	111	50	0	0
Ledsagning	4	156	138	18	8	0	0
Korttidshem	4	53	27	26	2	1	0
Läger	4	11	8	3	0	0	3
Avlösarservice	4	10	5	5	0	0	4

Lex Sarah

Lex Sarah är ett samlingsnamn för bestämmelser i socialtjänstlagen (2025:400), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att utveckla verksamheten och att rätta till missförhållanden.

Var och en som fullgör uppgifter enligt LSS och socialtjänstlagen har även skyldigheter att genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten (27 kap. 2 SoL och 24 b LSS).

Centrala skyldigheter är *rapporteringsskyldigheten*, *skyldigheten att utreda*, *skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller risken för ett missförhållande* samt *anmälningsskyldigheten*.

Rapporteringsskyldigheten gäller *missförhållanden* och *påtagliga risker för missförhållanden*. Exempel på missförhållanden som har samband med brister i verksamheten kan vara fysiska, sexuella, ekonomiska eller psykiska övergrepp, brister i bemötande, brister i rättssäkerhet vid handläggning, brister i utförande av insatser/insatser som utförts felaktigt eller inte alls eller brister i den fysiska miljön, utrustning och teknik.

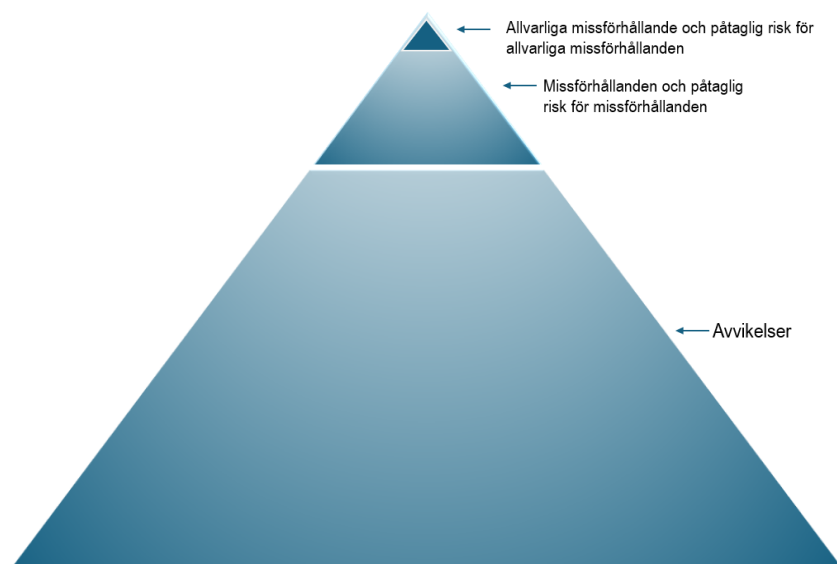
Skyldigheten att *anmäla* till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avser *allvarliga missförhållanden* och *påtaglig risk för allvarliga missförhållanden*. Exempel på allvarliga missförhållanden är dödsfall som inte beror på naturlig död, inlåsning eller tvångsåtgärder som sker utan lagstöd, allvarliga fysiska skador, bestående fysiska skador, allvarliga konsekvenser för psykisk hälsa i form av otrygghet, oro, nedstämdhet, meningslöshet, förlust av betydande rättigheter utifrån olika regleringar och hot eller konsekvenser som drabbar enskilda.

En lex Sarah-rapport om ett eventuellt missförhållande upprättas genom att en medarbetare eller chef markerar en avvikelse som lex Sarah. Ansvarig chef ska därefter informera socialt ansvarig samordnare (SAS), som registrerar ärendet i diariet. SAS och ansvarig chef utreder vad som har inträffat och orsakerna. SAS ansvarar för utredningen enligt lex Sarah och bedömer om det som inträffat är ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Endast allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden anmäls till IVO. Ansvarig chef ansvarar för att ge information till utredningen, ta fram och vidta adekvata åtgärder samt följa upp. SAS ansvarar, på delegation, för att besluta om ärendet är så allvarligt att det ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Nämnden för funktionsstöd informeras löpande om anmälningar till IVO.

Förhållandet mellan avvikelser och lex Sarah

Pyramiden nedan visar översiktligt hur antalet händelser minskar från avvikelser till missförhållanden och vidare till allvarliga missförhållanden. Pyramiden är en schematisk illustration och proportionerna mellan nivåerna motsvarar inte exakt faktiska antal.



Inflöde och hantering av lex Sarah-rapporter

Med inflöde avses de lex Sarah-rapporter som upprättas i verksamheterna och skickas till SAS enligt gällande rutin.

Den 30 juni 2026 fanns 179 outredda lex Sarah-rapporter, jämfört med 150 den 31 december 2025.

Det stora antalet outredda rapporter beror till stor del på att det under flera år har funnits för få SAS i förhållande till inflödet av lex Sarah-rapporter, vilket har lett till långa handläggningstider. Under hösten 2025 och våren 2026 förstärktes SAS-funktionen med konsulter och timanställd utredare i väntan på att rekryteringen av fyra SAS skulle slutföras. Sedan våren 2026 har förvaltningen åtta SAS-funktioner.

En annan förklaring till det stora antalet outredda rapporter är att inflödet har ökat till följd av genomförda egenkontroller. Förvaltningen har genomfört en egenkontroll av verksamheternas följsamhet till rutinen för lex Sarah under åren 2022–2025. Egenkontrollen visade brister i följsamheten och medförde att 1 081 tidigare rapporterade lex Sarah-ärenden, som inte hade skickats till SAS enligt rutin, identifierades och lämnades över till SAS för bedömning och hantering. Rapporterna kommer främst från utföraravdelningarna, medan cirka hundra kommer från avdelning myndighet. Hanteringen av de äldre rapporterna redovisas närmare i avsnittet Kartläggning och hantering av äldre lex Sarah-rapporter 2022–2025.

Under 2026 har verksamheterna också genomfört egenkontroller för att kontrollera att lex Sarah-rapporter skickas till SAS enligt rutin. Delar av verksamheten hade ännu inte genomfört kontrollerna under första halvåret 2026. Förvaltningen ser samtidigt att fler rapporter skickas till SAS och bedömer att det ökade inflödet delvis är en följd av de genomförda egenkontrollerna. Uppföljning av egenkontrollerna görs av respektive avdelning.

Under perioden 1 januari–30 juni 2026 hanterades 275 rapporter i 182 utredningar. En utredning kan omfatta flera rapporter.

Tabell 4 - Antal rapporter och utredningar enligt lex Sarah första halvåret 2026

Lex Sarah	Antal
Hanterade lex Sarah-rapporter	275
Totalt antal utredningar	182
Anmälningar till IVO	6
Avslutade anmälningar från IVO	1
Kvarstående antal ej utredda rapporter	179

Beslut och bedömningar första halvåret 2026

Varje lex Sarah-utredning avslutas med ett beslut. Av periodens 275 hanterade rapporter har 63 bedömts inte kunna hanteras inom ramen för lex Sarah eftersom det inträffade gällde en delegerad eller ordinerad insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Rapportering av händelser som inte omfattas av lex Sarah förekommer i stor omfattning. Vissa händelser bedöms även gälla verksamhet utanför nämndens område och kan då inte hanteras enligt lex Sarah av förvaltningen.

SAS har under perioden prioriterat att göra en initial bedömning och utreda de allvarligaste rapporterna. SAS har också hanterat rapporter omgående när det snabbt har gått att konstatera att det inte rör sig om ett missförhållande.

De 182 utredningarna fördelades per insats enligt följande:

Tabell 5 - Fördelning av lex Sarah-utredningar per insats, första halvåret 2026

Insats	Antal
Bostad med särskild service för vuxna	142
Bostad med särskild service för barn	17
Daglig verksamhet	9
Övriga insatser samt myndighetsutövning	14
Totalt	182

SAS fattade följande beslut i de 182 utredningarna:

Tabell 6 - fördelning av olika typer av beslut i utredningarna första halvåret 2026

Beslut	Antal
Rapporten kan inte hanteras enligt lex Sarah	63
Inte ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande	70
Missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande	43
Allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande	6
Totalt	182

Missförhållanden och påtaglig risk för missförhållanden

I de 43 utredningar som bedömts som missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande har följande brister identifierats. Nedan följer exempel på händelser som SAS bedömt vara missförhållanden:

- Flera medarbetare som arbetar vaken natt har sovit (utan allvarliga konsekvenser).
- Skadliga och/eller osunda kulturer i personalgrupper där det finns personalkonflikter och konflikter mellan personal som arbetar dag och natt.
- Dokumentationsbrister.
- Brister i följsamhet till rutinen *Privata medel* (misstänkta stölder).
- Brister i följsamhet till rutinen för foton som stöd (känsliga arbetsrelaterade foton av brukare har inte lagrats på rätt sätt)

Nedan kategoriseras samtliga brister som ligger till grund för bedömningarna av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden. En utredning kan innehålla flera lex Sarah-rapporter och flera brister.

Tabell 7 – fördelning av typer av brister i utredningar första halvåret 2026

Brister	Antal
Brist i utförande av insats (felaktigt utförd, fördröjd, utebliven)	27
Brist i bemötande (brist på respekt, självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet)	21
Brist i rättssäkerhet (inklusive brister i social dokumentation både vid myndighetsutövning och utförande)	9
Övergrepp och oegentligheter (fysiska, psykiska, sexuella, ekonomiska)	2
Brister i fysisk miljö	0
Brister i teknik och utrustning	2
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0

Bakomliggande orsaker

Bakomliggande orsaker är grundorsaker till en händelse eller ett problem. För att förhindra att problem uppstår igen så är det viktigt att åtgärda de bakomliggande orsakerna och inte enbart de utlösande orsakerna. Den utlösande orsaken till en händelse kan vara att personal hanterar en brukare på ett felaktigt sätt. Bakomliggande orsaker kan vara att personalen inte har fått introduktion, saknar information om hur brukaren ska bemötas, att det saknas tid för informationsöverföring eller att verksamheten är underbemannad.

Bakomliggande orsaker delas in i fem huvudkategorier, som redovisas i tabellen nedan. En utredning kan omfatta flera rapporter och identifiera flera bakomliggande orsaker.

Tabell 8 - fördelning av bakomliggande orsaker i utredningar första halvåret 2026

Bakomliggande orsaker		
Huvudkategori	Underkategorier	Antal
Kommunikation och information	Brist i informationsöverföring (mellan olika inblandade)	11
	Brist i social dokumentation, (journal, genomförandeplaner)	7
	Brist i implementering (av arbetssätt, rutiner, riktlinjer)	11
Utbildning och kompetens	Kunskapsbrist (personal, enhetschef)	6
	Brist i introduktion	2
	Brist i utbildning (intern)	2
Omgivning och organisation	Resurs- och personalbrist (brister i bemanning, tillgång till vikarier eller rekrytering)	3
	Bristande planering (verksamhetsplanering, arbetsplanering, genomförandeplanering, oklarheter i uppdrag)	7
	Bristande ledning och styrning (- enhetschefer förutsättningar)	3
	Samverkan, intern och extern, gränssnittsproblem	5
	Förhållningssätt, kultur	11
	Fysisk miljö	1
Processer, rutiner och riktlinjer	Process, rutin, riktlinje saknas/brister	10
	Process, rutin, riktlinje följs inte av all personal	18
Teknik, utrustning och apparatur	Systemstöd saknas, tex digital lösning, systembrister, dålig uppkoppling, kontinuitetsplan följs inte osv.	0

Allvarliga missförhållanden anmälda till IVO

Under första halvåret 2026 har förvaltningen anmält sex ärenden till IVO som allvarliga missförhållanden. Per den 31 augusti 2026 hade IVO fattat beslut i fyra av ärendena. Samtliga beslut innebär att förvaltningen bedömdes ha fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. För en mer detaljerad sammanfattning av de sex allvarliga missförhållandena, se bilaga 3 i delårsrapport per augusti.

Kartläggning av följsamheten till avvikelseprocessen och hanteringen av lex Sarah 2023–2025

Nämnden gav förvaltningen i uppdrag att kartlägga avvikelsehanteringen under 2023–2025 för att följa upp följsamheten till beslutad avvikelseprocess och hanteringen av lex Sarah.

Rapporten *Kartläggning av följsamheten till avvikelseprocessen och hanteringen av lex Sarah i förvaltningen för funktionsstöd 2023–2025* registreras som bilaga till denna kvalitetsfördjupning, bilaga 4 i delårsrapport per augusti.

Kartläggningen visar återkommande, förvaltningsövergripande och i flera delar strukturella brister. De gäller främst process och ansvar, analys, uppföljning och återkoppling, utbildning och kunskap samt begränsningar i systemstödet. Kartläggningen

visar också brister i hanteringen av lex Sarah. Resultaten ligger i linje med andra granskningar och underlag inom förvaltningen.

Flera utvecklingsinsatser är genomförda eller pågår. Information och stödmaterial har samlats på ett ställe. Introduktionen för nya chefer har tydliggjorts genom att utbildning i avvikelshantering och lex Sarah ingår som tydliga moment. Systemstödet har förbättrats och utvecklingsarbetet fortsätter. Arbetet fortsätter också med att förtydliga processen, stärka strukturer för analys, uppföljning och återkoppling samt utveckla utbildning och systemstöd. Förvaltningen föreslår nämnden att följsamheten till avvikelseprocessen följs upp igen hösten 2027.

En betydande andel av de avvikelser som rapporterats som lex Sarah hade inte skickats till socialt ansvarig samordnare (SAS) enligt gällande rutin. Förvaltningen har därför infört en checklista för egenkontroll för att kontrollera att rapporterade lex Sarah-ärenden har skickats till SAS.

Kartläggning och hantering av äldre lex Sarah-rapporter 2022–2025

I samband med uppdraget att kartlägga avvikelshanteringen 2023–2025 genomfördes även en förvaltningsövergripande egenkontroll av avvikelser som markerats som lex Sarah. Syftet var att kontrollera om rapporterna hade skickats till SAS enligt rutin. SAS hade tidigare genomfört en egenkontroll för 2021 och delar av 2022. Eftersom den tidigare kontrollen endast omfattade delar av 2022 inkluderades hela 2022 i den nya egenkontrollen, för att säkerställa att SAS fått information om samtliga rapporter sedan förvaltningen bildades 2021. Egenkontroller har därmed genomförts för perioden 2022–2025.

Förvaltningen har behövt ta ställning till hur äldre lex Sarah-rapporter som inte tidigare har överlämnats till SAS ska hanteras.

1 081 lex-Sarah rapporter identifierades genom egenkontrollen och lämnades över till SAS, fördelade efter det år de upprättades:

- 2025: 244
- 2024: 343
- 2023: 275
- 2022: 219

SAS hantering av lex Sarah-rapporterna skiljer sig beroende på vilket år avvikelsern inträffade och rapporterades. SAS har översiktligt gått igenom samtliga rapporter, sorterat dem per enhet, identifierat och valt ut enheter som rapporterat fler än åtta lex Sarah-rapporter under åren 2022 till 2025. SAS har återkopplat resultatet till respektive avdelningschef. Ytterligare återkoppling kommer att ske efter att SAS gått igenom rapporterna mer grundligt. Återkopplingen sker till avdelningschef med bland annat rekommendation om fördjupad egenkontroll för att kontrollera om brister kvarstår eller om SAS behöver inleda en lex Sarah-utredning.

Hantering av lex Sarah-rapporter upprättade år 2025

Rapporterna var mellan fyra månader och 1,5 år gamla när egenkontrollen gjordes. SAS gör en bedömning av samtliga rapporter. Rapporter som indikerar allvarliga brister och/eller allvarliga konsekvenser för enskilda förs över till SAS ordinarie hantering och utreds enligt rutin och återkoppling från SAS funktionen har getts till verksamheten.

Hantering av lex Sarah-rapporter upprättade år 2024

Rapporterna var mellan 1,5 och 2,5 år gamla när egenkontrollen gjordes. SAS har bedömt samtliga rapporter och diariefört ställningstagandena. För enheter med flera rapporter och/eller allvarliga brister återkopplas resultatet till avdelningschef med rekommendation om fördjupad egenkontroll hösten 2026. Återkoppling från SAS funktionen har getts till verksamheten.

Hantering av lex Sarah rapporter upprättade år 2022 och 2023

SAS påbörjade hantering av rapporter som upprättades år 2022 och år 2023. Att utreda rapporter som upprättades för mer än två år sedan bedöms ha begränsad nytta för verksamhetens förbättringsarbete, eftersom stora förändringar kan ha skett sedan dess. Det kan till exempel handla om nya medarbetare och chefer, nya rutiner och arbetssätt eller förändrade organisatoriska förutsättningar, såsom antal platser, stödfunktioner och digitala arbetssätt.

Det kan också ha skett förändringar för brukarna. De kan ha avlidit, flyttat eller fått förändrade behov eller beslut om insats. Äldre förhållanden kan dessutom vara svåra att utreda eftersom information inte alltid finns tillgänglig. Verksamhetens förutsättningar kan också ha förändrats så mycket att de brister som rapporterades inte längre kvarstår.

- År 2022 fanns 59 avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som är avslutade, och 148 rapporter enligt lex Sarah.
- År 2023 fanns 87 avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som är avslutade, och 184 rapporter enligt lex Sarah.

SAS bedömer att det inte är motiverat att göra en fortsatt bedömning av hur många av de kvarstående lex Sarah-rapporterna från 2022 och 2023 som skulle kunna bedömas som missförhållanden, eftersom nyttan av en sådan genomgång bedöms vara begränsad. Återkoppling från SAS funktionen har getts till verksamheten gällande enheter som haft över åtta rapporter som inte skickats till SAS-funktionen under åren 2022 till 2025. Flera av de berörda enheterna har dessutom utretts enligt lex Sarah under perioden 2023–första halvåret 2026, granskats genom fördjupad egenkontroll hösten 2025 eller planeras att omfattas av fördjupad egenkontroll under 2026.

Från och med 2026 har förvaltningen också infört en checklista för att verksamheterna återkommande ska kunna göra egenkontroller av lex Sarah-rapporter. Syftet är att minska risken för att rapporter som har markerats som lex Sarah inte skickas till SAS enligt rutin.

Mot denna bakgrund föreslår förvaltningen nämnden besluta att de identifierade lex Sarah-rapporter som inte tidigare har skickats till SAS och som har upprättats till och med den 31 december 2023 inte ska utredas vidare.

Sammanställning av status och resultat för år 2022–2025

Tabellen nedan visar status och resultat för de lex Sarah-rapporter som identifierades i den historiska egenkontrollen och lämnades över till SAS. Uppgifterna visar läget den 30 juni 2026.

Tabell 9 - antal avvikelser som ej rapporterats korrekt redovisat per avvikelstens kalenderår

Status	2022	2023	2024	2025	Totalt
Ursprungligt antal	219	275	343	244	1081
Hanterade och klara	71	91	343	219	724
Kvar att hantera	148	184	0	25	357

Tabell 10 - SAS bedömning av rapporterna per avvikelstens kalenderår

Resultat	2022	2023	2024	2025	Totalt
HSL-avvikelse/utanför nämndens verksamhet	59	87	78	96	320
Inte missförhållande	6	3	111	53	173
Missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden	6	2	136	29	173
Har hanterats i tidigare utredning/verksamhet stängd	0	0	19	14	33
Hanteras enligt ordinarie rutin, förs till lista över outredda lex-Sarah rapporter	0	0	0	27	27