

# **SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE 2025**

## **SAMMANSTÄLLNING AV AVVIKELSER INOM SOCIALTJÄNST OCH VERKSAMHET ENLIGT LSS**

Jonas Linderholm Arnklint

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

2026-02-11

# Innehåll

Innehåll .....	2
Bakgrund .....	3
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	3
Grundläggande uppbyggnad .....	3
Processer och rutiner .....	3
Samverkan .....	3
Systematiskt förbättringsarbete .....	3
Riskanalys .....	3
Egenkontroll .....	4
Utredning av avvikelser .....	4
Sammanställning av 2025 års avvikelser .....	5
Klagomål och synpunkter .....	5
Avvikelse rapporter från medarbetare .....	5
Antal och fördelning .....	5
Orsaker och åtgärder .....	6
Lex Sarah .....	8
Upprättade lex Sarah-rapporter .....	8
Inträffade missförhållanden .....	8
Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	9
Granskning av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete .....	9
Analys .....	9

# Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att verksamhet inom bland annat socialtjänst systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. En central del i det systematiska kvalitetsarbetet är att utreda olika former av avvikelser från kvalitet. Dessa ska åtgärdas och återföras till verksamheterna i lärande syfte för att förhindra att misstag upprepas så att verksamhetens kvalitet förbättras.

I nu aktuell sammanställning redogörs övergripande för hur arbetet med avvikelser sett ut under 2025 vad gäller de verksamheter i förvaltningen som omfattas av socialtjänstlagen (2025:400) (SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), inte hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL).

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### Grundläggande uppbyggnad

#### Processer och rutiner

Ledningssystemet består bland annat av processer och rutiner kopplade till socialförvaltningens verksamheter. Med process avses en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Här anges vad som ska göras och att aktiviteterna ska utföras i en bestämd ordning. För varje aktivitet ska det utarbetas och fastställas rutiner. En rutin beskriver hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

#### Samverkan

De processer som kräver samverkan ska identifieras, beskrivas och beslutas. Det ska framgå av processer och rutiner hur samverkan möjliggörs och bedrivs internt och externt. Personer som kommer i kontakt med socialförvaltningen har ofta sammansatta behov som kräver samverkan såväl internt som externt. Samverkansskyldigheten är reglerad i bland annat SoL.

### Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet består av riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering. Den information som verksamheten får genom dessa ska ligga till grund för eventuella åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om det visar sig att processer och rutiner inte är ändamålsenliga ska dessa förbättras.

#### Riskanalys

Verksamheten är skyldig att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas och en bedömning göras av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Arbetet med riskanalys är framåtblickande och förebyggande.

## Egenkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan bestå av bland annat granskning av journaler, akter och dokumentation samt genomförande av brukarundersökningar med mera.

## Utredning av avvikelser

En avvikelse uppstår när en verksamhet inte når upp till krav och mål, det vill säga brister i kvalitet. En avvikelse kan också vara en händelse när något oförutsett sker i verksamheten och som har medfört eller skulle kunna medföra negativa konsekvenser för den enskilde.

Avvikelser i utförandet eller handläggning kan medföra att brukarens behov inte tillgodoses. Identifierade avvikelser ska utredas, åtgärdas och återföras till verksamheten i lärande syfte för att förhindra att misstag upprepas och leda till att verksamheten förbättras.

## Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas samt sammanställas och analyseras i syfte att kunna se mönster och trender som indikerar brister i kvalitet. Klagomål och synpunkter kan komma från exempelvis brukare, närstående, personal, myndigheter eller andra organisationer. I den här sammanställningen är det klagomål och synpunkter från andra än personal som åsyftas.

## Avvikelse rapporter från medarbetare

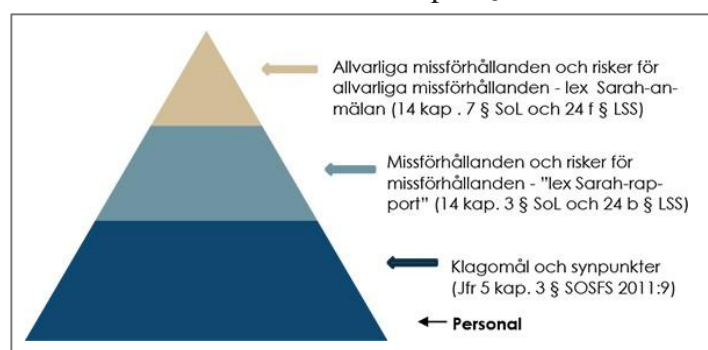
För att kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete är det viktigt att alla kvalitetsbrister blir kända. Varje rapport är en möjlighet till förbättring och därför ska alla medarbetare rapportera avvikelser i kvalitet. Även mindre avvikelser ska registreras då avvikelsen kan inträffa flera gånger för flera olika personer. Det kan då tyda på ett större problem eller ett systemfel som behöver åtgärdas.

## Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Dessa bestämmelser återfinns 27 kap. 2 § SoL respektive 24 b LSS.

Verksamheten är skyldig att ge alla rapporteringsskyldiga medarbetare med flera information om rapporteringsskyldigheten. Socialförvaltningen har processer och rutiner på plats för att säkra att rapportering, utredning och, i förekommande fall, anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fullföljs.

Utifrån vad som framkommer vid utredning av det inträffade ska åtgärder vidtas för att undanröja missförhållandet och undvika att något liknande inträffar igen.



Figur 1 visar Socialstyrelsens tänkta fördelning mellan avvikelserapporter, lex Sarah-rapporter och lex Sarah-anmälningar.

# Sammanställning av 2025 års avvikelser

## Klagomål och synpunkter

31 klagomål eller synpunkter har registrerats i avvikelshanteringssystemet under 2025, vilket kan jämföras med elva föregående år. Fem av ärendena avser hälso- och sjukvård. Det har kommit in klagomål eller synpunkter inom alla verksamhetsområden. Dessa rör bland annat bemötande/kompetens, information/kommunikation, trygghet/säkerhet och tillgänglighet.

En enhet inom funktionshinderomsorgen och en inom individ- och familjeomsorgen står för en stor del av ökningen av antalet ärenden jämfört med 2024. För den ena enheten kan detta till stor del förklaras av det inkommit flera klagomål/synpunkter gällande samma situation. Den andra enheten har under året arbetat aktivt med att informera om möjlighet att lämna in synpunkter och klagomål, vilket sannolikt bidragit till att fler använt sig av den möjligheten.

## Avvikelse rapporter från medarbetare

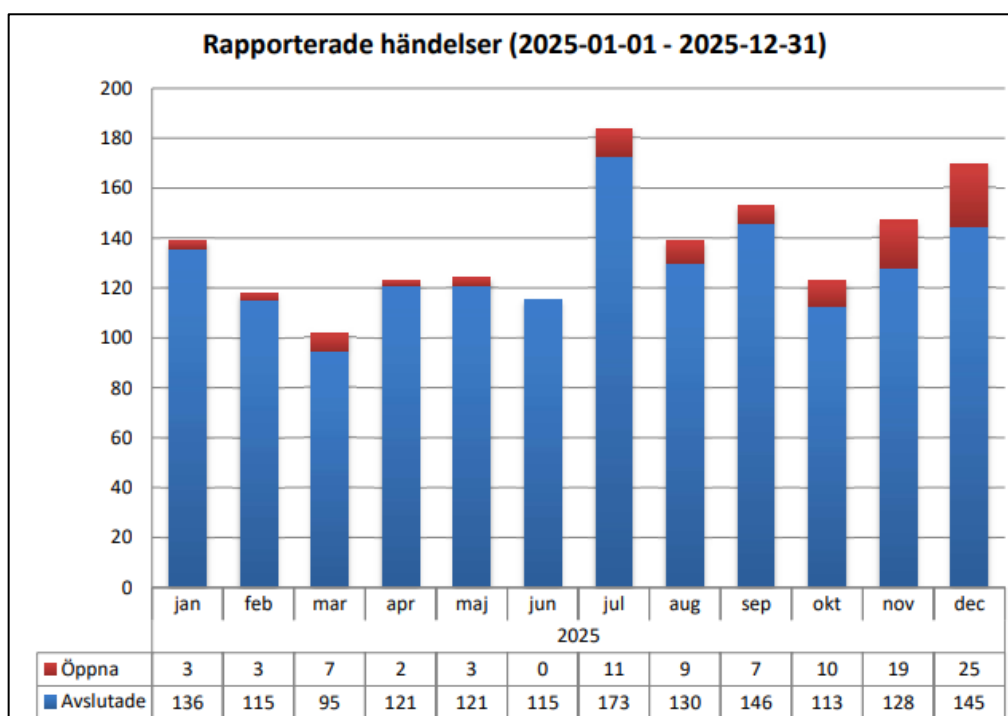
### Antal och fördelning

I förvaltningen har det totalt rapporterats drygt 1600 avvikelser under 2025, det vill säga både rörande socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård. Närmare 90 procent av de inrapporterade avvikelserna inträffade inom äldreomsorgen. Av dem gällde hälften kommunal hemtjänst. Cirka 5 procent inträffade inom kommunal hälso- och sjukvård och omkring 3,5 procent inom funktionshinderomsorgen. Drygt 1 procent gällde individ- och familjeomsorg (inklusive myndighetsenheten vård och omsorg).

### Enhet där avvikelserna inträffade

Enhet	Antal	Fördelning
Funktionshinderomsorg	58	3,6%
Individ- och familjeomsorg	21	1,3%
Kommunal hälso- och sjukvård	83	5,1%
Region Jönköping	40	2,5%
Äldreomsorg	1425	87,5%
(tom)	1	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1628</b>	<b>100,0%</b>

Tabell 1 visar fördelningen av var avvikelser har inträffat.



Figur 2 visar antal rapporterade avvikelser per månad samt andel öppna respektive avslutade utredningar.

2025 rapporterades 15 procent fler avvikelser än under 2024, vilket motsvarar cirka 200 rapporter. Här kan även nämnas att antalet avvikelserrapporter ökade med 25 procent från 2023 till 2024. Ökningen från 2024 till 2025 består i huvudsak av rapporter som gäller fall. Även läkemedelshändelser har ökat. Både fall och läkemedelshändelser gäller i första hand hälso- och sjukvård. Den tredje vanligaste avvikelserna är "annan händelse". När en avvikelse rapporteras får rapportören välja om det som inträffat gäller fall, läkemedel eller en annan händelse. När chef tar emot en rapport som gäller en annan händelse ska chefen kategorisera om händelsen genom att i en rullista välja en mer detaljerad beskrivning. Det görs inte alltid, vilket visar sig i statistiken.

Typ av avvikelse		
Typ	Antal	Fördelning
Fall	675	40,1%
Läkemedelshändelse	590	35,0%
Annan händelse	164	9,7%
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	3,7%
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	38	2,3%
Brist i/utebliven personlig hygien	24	1,4%
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	20	1,2%
[Ingen åtgärd vidtagen]	20	1,2%
Brist i/utebliven tillsyn	15	0,9%
Brist i/utebliven dokumentation	14	0,8%
Tryckskada/trycksår	13	0,8%
Hot och våld	13	0,8%
Brist i trygghet	11	0,7%
Ovärdigt bemötande	6	0,4%
Brist i handläggning	5	0,3%
Brist i/uteblivna servicetjänster	4	0,2%
Bruten sekretess	3	0,2%
Övergrepp/oegentlighet	3	0,2%
Brist i/utebliven rehabilitering	2	0,1%
Brist i mathållning	2	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1685</b>	<b>100,0%</b>

Tabell 2 beskriver typ av händelse som avvikelserna gäller.

Antal avvikelser som inte gäller fall eller läkemedel är snarlik föregående år. Eftersom "annan händelse" inte alltid omkategoriseras är det dock svårt att analysera statistiken och veta vilken typ av avvikelser det rör sig om och hur fördelningen faktiskt ser ut. Detta bekymmer är känt och en arbetsgrupp ledd av SAS och MAS har tagit fram förslag på åtgärder för förbättrad avvikelshantering, bland annat i denna del.

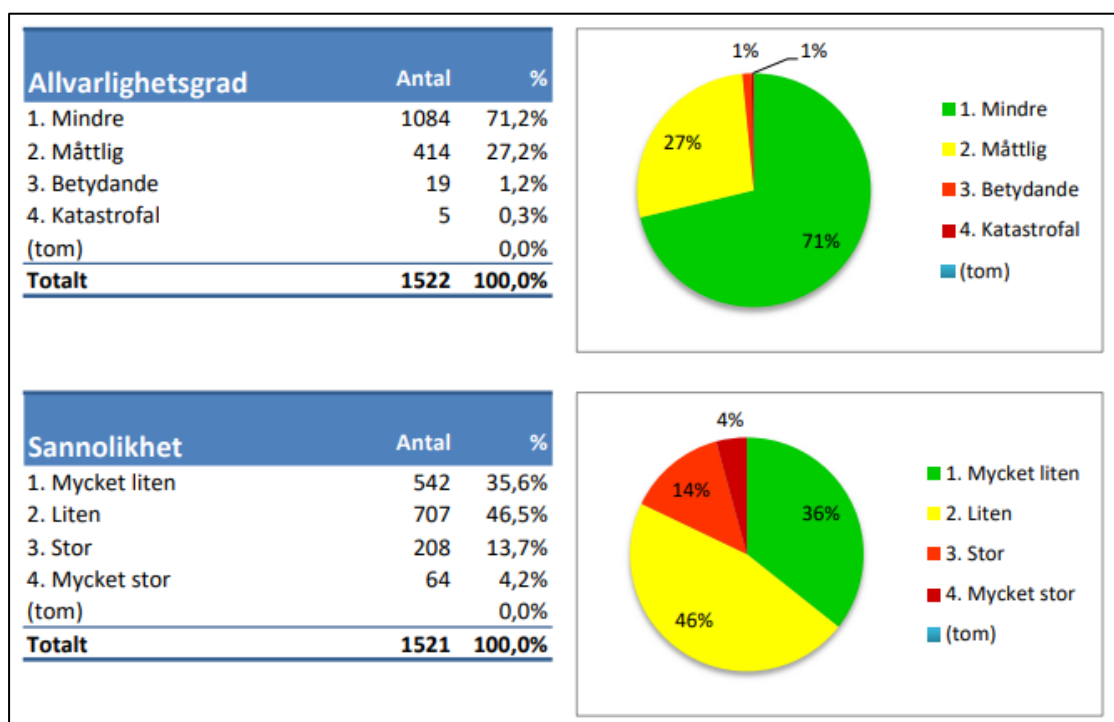
## Orsaker och åtgärder

Bland orsakerna till inträffade avvikelser syns tydligt att fall och läkemedel är mest förekommande. Här finns bland annat brister i delegeringsgenomförande, omgivningsfaktorer samt att den enskilde överskattar sin fysiska förmåga. Den vanligaste orsaken till avvikelser är dock att gällande rutin inte har följts. Detta har angetts som orsak i en av fyra utredningar. Det har sett ut på samma sätt under de senaste åren.

De vanligaste åtgärderna är gruppsamtal med personal, kontakt med berörd sjuksköterska eller enskilt samtal med personal. Övriga exempel på åtgärder är att kontakt tas med andra legitimerade professioner, förtydligande/ändring i rutin eller att ny rutin skapas.

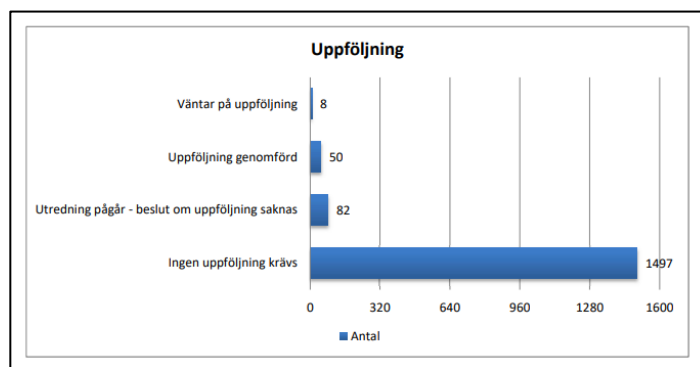
Allvarlighetsgraden i det som inträffat skattas på en fyrgradig skala; mindre, måttlig, betydande eller katastrofal. Omkring 98 procent av avvikelserna under året har bedömts ha en mindre eller måttlig allvarlighetsgrad. Siffrorna för 2025 är i stort sett identiska med året innan.

Vid utredning av en avvikelse görs också en bedömning av sannolikheten för att något liknande ska inträffa igen. I omkring åtta av tio utredningar har sannolikheten bedömts vara liten eller mycket liten och i knappt två av tio utredningar stor eller mycket stor. Här kan noteras en mindre förskjutning från föregående år. Andelen utredningar där bedömning görs att sannolikheten är stor eller mycket stor för att något liknande ska hända igen är nästan dubbelt så stor som under 2024.



Figur 3 visar bedömd allvarlighetsgrad och sannolikhet för att det kan hända igen.

I omkring 85 procent av utredningarna har bedömning gjorts att inga förbättringar bör göras. I cirka 15 procent av utredningarna har bedömts att förbättringar bör göras. När en utredning avslutas ska utredande chef också ta ställning till om det krävs uppföljning efter avslutad utredning. Det kan exempelvis handla om att följa upp att beslutade åtgärder



Figur 4 visar bedömning av behov av uppföljning efter avslutad utredning.

verkställt. Det är sällan som uppföljning av avvikelser görs, i vart fall i avvikelshanteringssystemet. I drygt 90 procent av avvikelseutredningarna har bedömning gjorts att ingen uppföljning krävs.

## **Lex Sarah**

### **Upprättade lex Sarah-rapporter**

68 lex Sarah-rapporter har upprättats i förvaltningen under 2025. Tio av dessa rapporterades av chefer och 58 av övriga medarbetare. Antalet upprättade rapporter ligger i linje med hur det såg ut under 2024.

Två tredjedelar av lex Sarah-rapporterna har upprättats av misstag eller på grund av bristande kunskap om vad en lex Sarah-rapport innebär i relation till sedvanlig avvikelserapport och vad som utgör socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. När en lex Sarah-rapport upprättats krävs emellertid att denna utreds. Utredningen ska avslutas med ett beslut om huruvida det inträffade utgjort ett missförhållande eller inte. Det är socialt ansvarig samordnare (SAS) som ansvarar för utredningen. I de fall där det direkt står klart att det inte förelegat något missförhållande fattar SAS utan närmare utredning beslut om att det inträffade inte utgjort ett missförhållande. Avvikelsen utreds därefter vidare av ansvarig chef.

### **Inträffade missförhållanden**

22 lex Sarah-rapporter har utretts mer ingående av SAS. 13 av dessa utredningar har avslutats med beslut om att det inträffade inte utgjort ett missförhållande och nio med beslut om att det inträffade har utgjort ett missförhållande. De inträffade missförhållandena är fördelade enligt följande:

- Äldreomsorg: 7
- Funktionshinderomsorg: 1
- Individ- och familjeomsorg: 1

### **Äldreomsorg**

Av de sju konstaterade missförhållandena inom äldreomsorgen under 2025 inträffade två på särskilt boende, ett inom hemtjänsten och fyra på korttidsboende.

- Särskilt boende: Händelserna gällde övergrepp/oegentlighet, där en brukare utsatt en annan, samt tryckskada/trycksår som uppstått till följd av förändringar på huden inte uppmärksammats i tid.
- Hemtjänst: Missförhållandet här rörde brist i/utebliven personlig hygien som medförde konsekvenser för brukarens hälsa.
- Korttidsboende: De händelser som bedömts utgöra missförhållanden bestod i bristande tillsyn, brist i rättssäkerhet (tvångsåtgärd utan lagstöd) samt hot och våld. I ett fall satt en brukare uppe längre än vad denne fysiskt klarade av och utan tillsyn, i ett fall togs en brukare med in på enheten mot sin vilja med fysiskt tvång och i två fall har hot och våld förekommit mellan brukare.



### *Funktionshinderomsorg*

Missförhållandet inom funktionshinderomsorgen gällde en insats enligt LSS som inte utförts under ca sex månader utan att detta varit känt för beslutande enhet och utan att beslutet rapporterats till IVO som ej verkställt.

### *Individ- och familjeomsorg*

Händelsen här bestod i att socialjouren till följd av brister i journalföring saknade nödvändig information för att kunna bedöma ett barns behov av stöd eller skydd i ett akut läge.

### Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inget av de konstaterade missförhållandena under 2025 har bedömts utgöra ett *allvarligt* missförhållande. Således har ingen lex Sarah-anmälan till IVO gjorts.

## Granskning av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete

Kommunens revisorer har under 2025 låtit genomföra en fördjupad granskning av systematiskt kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. I granskningsrapporten, som färdigställdes i juni 2025, rekommenderades ett antal åtgärder. På flera punkter bekräftade granskningen den bild som SAS redovisade för nämnden i februari 2024.

Socialnämnden besvarade i september 2025 revisorerna och redogjorde för planerade åtgärder. Granskningen gällde äldreomsorgen men åtgärderna tar sikte på alla verksamheter.

## Analys

Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, det vill säga säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitet är en grundförutsättning för att uppfylla socialnämndens grunduppdrag.

Det mesta av det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen bedrivs på enhetsnivå och det är ofta här åtgärder vidtas vid inträffade avvikelser. Den sammanställning som gjorts i detta dokument ger en bild av hur arbetet med avvikelser ser ut utifrån olika parametrar jämfört med de närmast föregående åren. Vilka övergripande analyser av mönster och trender som gjorts på enhets-, verksamhets- och förvaltningsnivå utifrån underlaget och vilka förbättringsarbeten detta resulterat i ges dock inte svar på.

Vilket proaktivt kvalitetsarbete som bedrivits genom riskanalyser i syfte att förebygga kvalitetsbrister ges inte heller något svar på. Vidare framgår inte om och/eller hur egenkontroller har genomförts i verksamheterna för att följa upp och kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Detta beror på att det på övergripande nivå är det svårt att löpande följa vilket systematiskt kvalitetsarbete som bedrivs och få en samlad bild över vad som gjorts under året. Det saknas i dagsläget struktur för hur sådan information på ett enkelt sätt görs tillgänglig inom förvaltningen och förmedlas uppåt i organisationen. Ett IT-stöd för detta, som riktar sig till chefer på alla nivåer i förvaltningen, finns att tillgå men på grund av bristande utrymme har det ännu inte varit möjligt att

implementera. IT-verktyget kommer kunna fungera som ett redskap för socialnämnden i att följa upp och kontrollera hur förvaltningen bedriver det systematiska kvalitetsarbetet.

Även om möjligheterna till övergripande analyser är begränsade kan några iakttagelser lyftas fram. Den vanligaste orsaken till avvikelser är att medarbetare inte följt gällande rutin. Den vanligaste åtgärden är gruppsamtal med personal, vilket i praktiken ofta innebär att det inträffade diskuteras på arbetsplatsträff (APT). Även enskilt samtal med personal är en av de vanligaste åtgärderna. Gruppsamtal och enskilda samtal innebär ofta att gällande rutin går igenom. Brist i följsamhet till rutin har varit den vanligaste orsaken till avvikelser under många år. I motsvarigheten till detta dokument förra året pekades på att de åtgärder som används sannolikt är otillräckliga och att en bakomliggande orsak kan vara att det sätt på vilket processer och rutiner tillhandahålls för medarbetare inte är ändamålsenligt. Att det finns behov av att bygga upp ett annat mer funktionellt ledningssystem har varit känt under en längre tid. Detta arbete behöver prioriteras och följas upp.

De utmaningar och brister som har lyfts fram här i analysen återfinns i de rekommendationer som granskningen av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete resulterade i. Nu när socialnämnden i sitt svar till revisorerna angett att man framgent vill förstärka och förtydliga det systematiska kvalitetsarbetet och i större utsträckning efterfråga resultat och analys av kvaliteten kommer det leda till att kvalitetsfrågorna ges ökad tyngd i förvaltningen. Det uppdrag nämnden gett förvaltningen – att ta fram en struktur och ansvarsfördelning för att säkerställa att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete etableras och används i praktiken samt ta fram förslag på hur socialnämnden regelbundet ska ta del av resultat och analys för att säkerställa att verksamheten uppfyller krav och mål – är därför, tillsammans med ett förbättrat IT-stöd, välkommet.