

Handläggare
Ingrid Alegren**Till**
Skärholmens stadsdelsnämnd

Sammanställning och analys av Lex Sarah och Lex Maria i ett kvalitets- och förbättringsperspektiv för år 2025

Anmälningsärende

Sammanfattning

Under 2025 har förvaltningen arbetat med lex Sarah och lex Maria för att uppmärksamma, utreda och åtgärda missförhållanden samt identifiera bakomliggande orsaker. Totalt inkom 28 rapporter, varav 15 bedömdes som missförhållanden och 2 anmälades till IVO. Åtgärder under året har främst omfattat rutiner, kompetensutveckling, egenkontroller och återkoppling av lärdomar. Arbetet har bidragit till att synliggöra utvecklingsområden och ligger till grund för att skapa en mer systematisk och enhetlig hantering av kvalitetsförbättringar.

Bakgrund

Mot bakgrund av att hanteringen av lex Sarah och lex Maria är delegerad till förvaltningen redovisas i detta ärende hur arbetet har bedrivits samt hur det har bidragit till utvecklingsinsatser i syfte att stärka kvaliteten inom nämndens socialtjänst under 2025.

Ärendet

Arbetet med lex Sarah och lex Maria utgör en central del av nämndens systematiska kvalitetsarbete och är ett viktigt verktyg för att säkerställa rättssäkerhet, patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten. Regelverken syftar till att missförhållanden, vårdskador samt påtagliga risker för sådana ska uppmärksammas, utredas och åtgärdas. En grundläggande del i arbetet är att identifiera bakomliggande orsaker för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Hanteringen av lex Sarah och lex Maria är därmed inte enbart en skyldighet att utreda enskilda händelser, det är även en strategisk del av nämndens interna styrning, kontroll och kontinuerliga verksamhetsutveckling.

Omfattning och resultat

Under året har totalt 28 rapporter enligt lex Sarah inkommit från nämndens egna verksamheter. Av dessa har 15 bedömts som missförhållanden och 2 har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Den ena anmälan till IVO handlar om en brukare som inte fått sina behov tillgodosedda inom personlig assistans, vilket har påverkat brukaren och medfört ett försämrat mående. IVO bedömer att nämnden har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Ärendet är avslutat och IVO kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Den andra anmälan till IVO handlar om att främmande föremål hamnat i den enskildes mat på ett vård- och omsorgsboende, vilket medförde att brukaren blev inlagd på sjukhus. Inga skador observerades. IVO bedömer att nämnden i sin utredning inte har redovisat några brister i den egna verksamheten som orsakat den allvarliga händelsen. Det föreligger därmed inte någon skyldighet att anmäla händelsen till IVO. Ärendet är avslutat av IVO utan vidare åtgärder.

Under perioden har inga anmälningar gjorts enligt lex Maria. Det är därför inte möjligt att göra någon fördjupad analys av bakomliggande orsaker. Avsaknaden av anmälningar kan visa på att det finns en god följsamhet till rutiner och en låg förekomst av allvarliga händelser. Det är samtidigt viktigt att fortsatt följa utvecklingen över tid för att säkerställa att rutiner för patientsäkerhet fungerar som det är avsett.

Förvaltningen har tidigare inte redovisat lex Sarah och lex Maria på detta sätt, varför jämförelse med tidigare år inte är möjlig. Antalet inkomna rapporter speglar därför inte enbart förekomsten av brister, utan även verksamhetens kännedom om och tillämpning av rapporteringsskyldigheten. Under året har informations- och utbildningsinsatser genomförts, vilket är en viktig grund för att öka rapporteringsbenägenheten i förvaltningen. En fungerande rapporteringskultur är en förutsättning för ett effektivt kvalitetsarbete och möjliggör tidig identifiering och hantering av risker.

Analys och identifierade mönster

Utredningarna visar att bakomliggande orsaker i huvudsak är kopplade till organisatoriska och strukturella faktorer snarare än enskilda medarbetares agerande. Återkommande orsaker har varit:

- behov av förtydligade eller förstärkt implementerade rutiner

- brister i informationsöverföring och samverkan
- organisatorisk sårbarhet vid hög arbetsbelastning eller personalomsättning
- behov av fördjupad kompetens inom vissa sakområden

Förvaltningen kan konstatera att upprepade mindre brister, om de inte åtgärdas systematiskt, riskerar att utvecklas till mer allvarliga konsekvenser. Arbetet har därför haft tydligt fokus på att identifiera rotorsaker och vidta åtgärder på systemnivå.

Vidtagna och planerade åtgärder

Årets utredningar har resulterat i åtgärder som stärker verksamhetens långsiktiga kvalitet och robusthet. Exempel på genomförda och beslutade insatser är:

- revidering och förtydligande av rutiner och styrdokument
- utveckling av introduktionsprogram och kompetensinsatser
- förstärkt egenkontroll inom identifierade riskområden
- tydligare ansvarsfördelning i arbetsprocesser
- systematisk återkoppling av lärdomar till berörda verksamheter

Förvaltningen har under året genomfört åtgärder för att stärka rutiner, kompetens och systematik inom verksamheten. Fokus har legat på att skapa enhetliga och hållbara arbetssätt samt öka medarbetares kunskap och ansvar. Insatserna har också omfattat lärande och uppföljning för att identifiera återkommande mönster och förebygga brister. Samlat visar arbetet på en förflyttning mot en mer systematisk, enhetlig och lärande organisation med stärkt kvalitet och rättssäkerhet.

Strategisk utveckling framåt

Förvaltningen ser ett behov av att utveckla en mer systematisk och enhetlig hantering av kvalitetsförbättringar. Under året planeras arbetet med att utveckla arbetet med ledningssystem för kvalitet som stöd för analys, uppföljning och lärande. Genom ett ledningssystem kan åtgärder följas upp, vilket bidrar till att säkerställa att beslutade förändringar får effekt.

För att vidareutveckla arbetet är fokus på:

- att skapa en enhetlig struktur för uppföljning och analys av identifierade förbättringsområden
- att lära av återkommande mönster och riskområden
- att fortsätta utveckla en öppen och tillitsbaserad rapporterings- och förbättringskultur
- att stärka chefsstöd och koppla arbetet till den framtida kvalitetsuppföljningen

Målet är att bygga en långsiktigt hållbar struktur som gör det möjligt att kontinuerligt identifiera förbättringsområden, förebygga brister och säkerställa insatser med hög kvalitet och rättssäkerhet.

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningen bedömer att arbetet under året med lex Sarah och lex Maria och andra förbättringsinsatser har hjälpt till att synliggöra utvecklingsområden och planera åtgärder. Arbetet är ett steg mot en mer systematisk och enhetlig hantering av kvalitetsförbättringar och stödjer en lärande organisation.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av lex Sarah-utredare.

Magnus Borgsten
Stadsdelsdirektör
Skärholmens
stadsdelsförvaltning

Anna Hamlin
Avdelningschef
Skärholmens
stadsdelsförvaltning

Attesterat av

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

Namn	Datum
Magnus Borgsten, Stadsdelsdirektör	2026-03-03
Anna Hamlin, Avdelningschef	2026-03-03