



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

Rapport 2006:66

Lex Sarah

i Västra Götalands län

En sammanställning av de missförhållanden
inom äldre- och handikappomsorgen som
anmälts år 2005

Lex Sarah

i Västra Götalands län

En sammanställning av de missförhållanden
inom äldre- och handikappomsorgen
som anmälts år 2005

Rapport 2006:66
ISSN 1403-168X
Rapportansvarig: Socialkonsulenterna Heléne Backman Carlsson och Ingemar Sunnerdahl

Utgivare: Länsstyrelsen i Västra Götalands län
Enhet: Socialenheten
Adress: 462 82 Vänersborg
Telefon: 0521-60 50 00
Fax: 0521-60 55 25
Beställ från www.o.lst.se under rubriken Rapporter

BAKGRUND - LEX SARAH- 14 KAP 2 § SOCIALTJÄNSTLAGEN	3
REDOVISNING AV TOTALA ANTALET ANMÄLNINGAR FÖR ÅR 20053	
Länsstyrelsens kommentarer:	4
REDOVISNING FÖRDELAT PÅ OLIKA MISSFÖRHÅLLANDEN	5
Länsstyrelsens kommentarer:	5
ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGAR.....	6
Länsstyrelsens kommentarer:	6
TILL VEM ANMÄLER MAN OCH VEM UTREDER?.....	7
OLIKA KOMMUNERS HANTERING AV LEX SARAH OCH ANNAN AVVIKELSEHANTERING.....	7
Länsstyrelsens kommentarer:	8
Antal anmälningar kommunvis.....	9

Förord

Länsstyrelsen ger liksom tidigare år ut en rapport om Lex Sarah-ärenden i Västra Götalands län.

I årets rapport redovisas vad som anmälts som allvarliga missförhållanden i länets kommuner under 2005 enligt socialtjänstlagen, SoL.

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, så införs den 1 juli 2006 en bestämmelse motsvarande den "Lex Sarah-bestämmelse" som finns i socialtjänstlagen, SoL. Länsstyrelsen planerar att följa upp effekterna av denna lagändring.

För rapporten svarar socialkonsulenterna Heléne Backman Carlsson och Ingemar Sunnerdahl.

Bengt Andersson
Socialdirektör

Bakgrund - Lex Sarah- 14 kap 2 § socialtjänstlagen

Förslag till det som blev Lex Sarah fanns i regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken, prop.1997/98:113. Utgångspunkten är att alla som är verksamma inom omsorgen av äldre och funktionshindrade (numera också en motsvarande paragraf i j LSS) ska åläggas vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och trygga levnadsförhållanden. Detta ges en konkret innebörd genom krav på anmälan av allvarliga missförhållanden.

Länsstyrelsen har varje år samlat in uppgifter på anmälda ärenden i kommunerna och de enskilda verksamheter för äldre och funktionshindrade som har tillstånd utifrån socialtjänstlagen.

Redovisning av totala antalet anmälningar för år 2005

	Anmälningar totalt	Antal kommuner/KDN/SDN som redovisat anmälningar	Antal enskilda verksamheter som redovisat anmälningar	Anmälningar avs. funktionshindrade (under 65 år)
1999	61	18	0	1
2000	85	27	0	3
2001	135	36	0	18
2002	122	35	2	5
2003	127	48	0	6
2004	158	42	0	3
2005	133	44	0	5

Fördelningen av anmälningar under 2005 mellan kvinnor och män är 111 respektive 69. Flera anmälningar gäller således mer än en person. I några rapporterade fall saknas uppgift om kön.

72 % av anmälningarna gäller händelser som inträffat i särskild boendeform, 22 % i ordinär boendeform (hemtjänst) och 6 % på boende med särskild service (för funktionshindrade). 44 kommuner/kommundelsnämnder/stadsdelsnämnder av 78 i länet har redovisat totalt 133 anmälningar. Av dessa har 21 redovisat fler än en anmälan. Av dessa har 9 redovisat 5 eller fler anmälningar.

Länsstyrelsens kommentarer:

Antalet anmälda missförhållanden har fram till och med år 2001 ökat för varje år för att bli ganska stabilt från år 2002.

Antalet kommuner/kommundelsnämnder/stadsdelsnämnder som har fått anmälningar har också stabiliserats på en relativt hög årlig siffra. Detta beror troligen på en efterhand ökad kunskap om och "vana" vid Lex Sarah. Kommunerna har utarbetat rutiner och skriftliga instruktioner för anmälningar enligt Lex Sarah och ska ha informerat sin personal om dessa. Lex Sarah har dessutom fått stort genomslag genom media.

Trots att det numera är färre personer som bor i särskilt boende än det finns personer med hemtjänstinsatser så dominerar anmälningarna helt på de särskilda boendeformerna. Kan detta förhållande enbart bero på upptäcktsrisken, att det finns "vittnen" till missförhållanden? Att de mest vårdkrävande, utsatta, människor, de som ställer störst krav på personalen finns på särskilda boendeformer, bör vara en förklaring. Kan det också finnas andra anledningar? Kan exempelvis något i arbetsmiljön skapa förutsättningar för fler missförhållanden? Dessa frågor har ställts tidigare, men tycks fortfarande ha relevans.

Anmälningar som gäller personer med funktionshinder, alltså beträffande personer under 65 år, är fortsatt få. De funktionshindrade som torde vara mest i riskzonen för övergrepp tillhör LSS-kretsen. Lagen om stöd och service till funktionshindrade, LSS, har nu (från 2005-07-01) en motsvarighet till socialtjänstlagens Lex Sarah-paragraf. Denna redovisas inte i denna rapport.

Det är viktigt att komma ihåg att redovisningen visar vad som *har anmälts* och inte vad som *faktiskt har skett*. I några fall har kommunens utredning kommit fram till att något allvarligt missförhållande inte förelåg.

Redovisning fördelat på olika missförhållanden

Nedanstående tabeller visar hur anmälningarna fördelar sig efter de definitioner som används i Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 2000:5, alltså som övergrepp eller andra brister i omsorgerna. En jämförelse görs med anmälningarna från tidigare år.

Redovisade anmälningar av övergrepp

(Obs! En anmälan kan gälla mer än ett missförhållande)

Typ av missförhållanden	2005	2003	2002	2001	2000	1999
Brister i bemötande	22					
Övergrepp – fysiska	21	15	16	23	11	8
- psykiska	11	7	11	21	19	8
- sexuella	2	0	1	0	0	1
- ekonomiska	35	36	64	53	24	28
- av annat slag	7	*36	*27	*4		
Brister i omsorg avseende					**31	**6
- personlig hygien	8	14	2	4		
- mathållning	3	6	2	3		
- brister i tillsyn	42	15	18	16		
- brister av annat slag	16	7	17	17		
Våld mellan boende	1					
Total	168	136	158	141	85	51

* År 2001-2003 "av annat slag" innefattar även brister i bemötande.

** År 1999-2000 "brister i omsorg" särredovisades inte.

Länsstyrelsens kommentarer:

Några avgörande skillnader i fördelningen av anmälda missförhållanden jämfört med tidigare år finns inte med något undantag. Brister i tillsyn har ökat betydligt. Det finns då, som alltid, anledning att fråga sig om det är en reell ökning, i så fall kanske beroende på utglesad bemanning eller stressad arbetssituation. En annan orsak kan vara att personalen mer uppmärksammar denna typ av missförhållanden och ser dem som angelägna att anmäla.

Ekonomiska övergrepp - stölder visar på en fortsatt hög frekvens. Möjliga orsaker till att de ekonomiska övergreppen haft en så hög andel av de redovisade missförhållandena har beskrivits i en tidigare rapport. Det kan finnas en osäkerhet i denna siffra, ett ärende kan innebära *en* stöld eller kanske *en serie* som gäller flera omsorgstagare. Oaktat vilket innebär de fortsatt höga siffrorna för ekonomiska övergrepp att det finns anledning att arbeta på fortsatta åtgärder för att minska risken för stölder. Det kan handla både om säkerhet genom låsning, kontroll av besökare, om rutiner för pengahantering. Man bör också fundera på om det går att minska riskerna genom mer noggrann rekrytering av personal.

Åtgärder med anledning av anmälningar

De åtgärder som vidtas kan vara akuta eller långsiktiga. Akuta åtgärder, som vidtas för att direkt undanröja risken för fortsatta missförhållanden, kan vara t.ex. avstängning av personal. Långsiktiga åtgärder för att undanröja missförhållanden på en arbetsplats kan ske i form av samtal, diskussioner, handledning och fortbildning för personal.

Vad som kan betecknas som akuta åtgärder, har vidtagits enligt nedanstående:

	2005	2003	2002	2001
Avsked	1	3	2	6
Avstängning	1	4	8	12
Omplacering	2	9	7	6
Varning	2	2	7	6
Ej fortsatt vikariat	1			
Polisanmälan	26	30	61	43

Vid ekonomiska övergrepp, stölder, gjordes polisanmälan i 74 % av anmälningarna.

Som åtgärd vid övriga övergrepp har fem personal fått lämna sitt arbete genom avsked, avstängning, omplacering eller inte förlängt vikariat. Övriga åtgärder på anmälningar om övergrepp är t.ex. varning, polisanmälan och samtal med berörd personal.

De vanligaste åtgärderna som inte bara inriktats på en enskild personal är :

	2005	2004	2003	2002
Utbildning/informationsinsatser	58		53	29
Handledning	36		19	22
Ändrade arbetsrutiner	65		36	43
Utökning av personal/schema	3		5	4
Annat åtgärd	1		15	32

Länsstyrelsens kommentarer:

Det kan liksom i tidigare rapporter konstateras att åtgärderna generellt uppfattas som relevanta. De ansvariga tycks i allmänhet ha en hög ambition att både utreda förhållandena och att åtgärda dem för att undvika fortsatta missförhållanden.

Att de mest ingripande åtgärderna kopplas till övergrepp, där det oftast finns en definierad "skyldig" är egentligen självklart. Det innebär då bland annat att orsaken till missförhållandet tas bort och ett säkerställande av att det inte upprepas. Att det samtidigt innebär svåra ställningstaganden ur ett arbetsrättsligt perspektiv är ofrånkomligt.

Till vem anmäler man och vem utreder?

Kommunerna har svarat på dessa frågor och det framgår att det i allmänhet är närmaste chef alternativt äldre/handikappchef som tar emot anmälan och utreder eventuella missförhållanden. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Mas, förekommer i några kommuner som anmälningsmottagare och/eller utredare. Undantagsvis förekommer andra kategorier: planeringsledare, utvecklingssekreterare, utredare eller utredningssekreterare.

Det viktiga enligt Länsstyrelsen är att de personer som har ansvar för att ta emot anmälningar och utreda eventuella missförhållanden har såväl goda kunskaper om Lex Sarah och socialtjänstlagstiftningen som tillräcklig erfarenhet av sakområdet.

Olika kommuners hantering av Lex Sarah och annan avvikelshantering

Det framgår av rapporten att antalet anmälningar kan skilja mycket mellan kommuner av ungefär samma storlek. Även om slumpen spelar in och de reella förhållandena kan skifta så torde skillnaderna också kunna bestå av olika "anmälningskulturer". Länsstyrelsen undersöker i sina övergripande tillsyner inom äldreomsorgen, hur väl Lex Sarah är känt i olika personalgrupper. Även om förvaltningsledningen uppger och förutsätter att information och diskussion skett så är det inte sällan att personal anser motsatsen och att man främst fått kunskapen via massmedia.

Det är nödvändigt att i kommuner och verksamheter återkommande informera om och diskutera de olika begreppen (se föreskrift SOSFS 2000:5).

Att agera för andra anmälningsformer, att vissa missförhållanden skulle ses som *inte* allvarliga kan vara svårt att få gehör för. Snarare kan en diskussion komma att handla om vad som kan betecknas som avvikelse, incident eller missförhållande. En styrning via kommunala riktlinjer eller andra dokument om vad som är "Lex Sarah" kan verka hämmande samt uppfattas som ett försök från ansvariga att undvika uppmärksamhet och åtgärder. Det ligger i lagstiftarens syfte att den som "är verksam inom omsorgen om äldre och funktionshindrade" har en personlig såväl skyldighet som rättighet att anmäla och att inte någon annan ska kunna hindra en sådan anmälan så att den inte blir vederbörligen diarieförd och utredd.

Det framgår av ett flertal samtal till Länsstyrelsen att tolkningen av vad som är "Lex Sarah" fortfarande kan vara oklar, vilket också kan vara en orsak till skillnader mellan kommunerna. Oftast beror det på en sammanblandning av anmälan och resultatet av anmälan, utredning och eventuella åtgärder. Att mottagaren/utredaren skulle ha en tolkningsrätt om vad som är en Lex Sarah-anmälan kan inte ha varit lagstiftarens mening. Däremot kan utredningen visa att något "allvarligt missförhållande" inte förelåg och att ärendet därför avslutas utan någon åtgärd.

Av svarsenkäterna till Länsstyrelsen framgår att ibland anhöriga eller annan utomstående anges som anmälare av Lex Sarah-ärende. Detta är inte i enlighet med lagen eftersom det är personal eller andra "verksamma inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder" som kan anmäla missförhållanden på detta sätt. Däremot kan personal få uppgiften från någon annan och på grund av den informationen anmäla missförhållandet.

Att kommunerna har en ambition att skapa en mera heltäckande klagomåls/avvikelsehantering kan Länsstyrelsen se utifrån de tillsyner som genomförs. Personalens kännedom och användning av systemen tycks emellertid skifta. Det som tycks ha utvecklats mest är den synpunkts/klagomålshandling som främst är brukarens och anhörigas möjlighet att anmäla något. Beträffande personalens möjligheter och ansvar att anmäla brister/avvikelser av olika slag finns inte lika mycket policydokument och riktlinjer.

Länsstyrelsens kommentarer:

Länsstyrelsen anser att det bör finnas ett "heltäckande" system för att upptäcka, anmäla, dokumentera och åtgärda brister, klagomål, avvikelser, incidenter. Det är en viktig del i att arbeta kvalitetssäkrande och kvalitetsutvecklande (SoL 3 kap 3 §). Fungerar ett sådant system så blir det kanske mindre viktigt om en händelse anmäls och åtgärdas enligt Lex Sarah eller enligt kommunens (verksamhetens) interna kvalitetssystem.

Enligt Länsstyrelsen måste anmälaren få avgöra vad hon/han uppfattar som ett allvarligt missförhållande. Den som utreder och beslutar om åtgärder gör sedan bedömningen om det inträffade och vidtar eventuella åtgärder.

Definitioner och begrepp kring Lex Sarah beskrivs och förklaras i Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrift SOSFS 2000:5, med tillägg 2005:8. Några frågeställningar med förtydliganden och definitioner besvaras i *Länsstyrelsens handledning beträffande Lex Sarah, 2003:21*.

Antal anmälningar kommunvis

Kommun	
Ale	1
Alingsås	1
Bengtsfors	
Bollebygd	
Borås, kommundelsnämnderna i:	2
Brämhult	1
Centrum	
Dalsjöfors	
Fristad	
Göta	
Norrby	
Sandhult	1
Sjöbo	
Trandared	
Viskafors	
Dals Ed	1
Essunga	1
Falköping	
Färgelanda	1
Grästorp	1
Gullspång	
Göteborg, stadsdelsnämnderna i:	
Askim	1
Backa	
Bergsjön	
Biskopsgården	2
Centrum	
Frölunda	3
Gunnared	1
Härlanda	
Högsbo	1
Kortedala	1
Kärra-Rödbo	1
Linnéstaden	5
Lundby	4
Lärjedalen	
Majorna	2
Styrsö	
Torslanda	

	Tuve-Säve	1
	Tynnered	
	Älvsborg	
	Örgryte	2
Götene		4
Herrljunga		
Hjo		
Härryda		4
Karlsborg		
Kungälv		9
Lerum		1
Lidköping		9
Lilla Edet		
Lysekil		
Mariestad		5
Mark		2
Mellerud		9
Munkedal		2
Mölnadal		
Orust		2
Partille		6
Skara		5
Skövde		1
Sotenäs		8
Stenungsund		1
Strömstad		
Svenljunga		1
Tanum		
Tibro		
Tidaholm		
Tjörn		
Tranemo		
Trollhättan		1
Töreboda		
Uddevalla		22
Ulricehamn		1
Vara		
Vårgårda		1
Vänersborg		1
Åmål		1
Öckerö		3

133

(44 nämnder av 78)
(31 kommuner av 49)



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

www.o.lst.se

