



LÄNSSTYRELSEN  
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

# Lex Sarah i Västra Götalands län

## Inkomna anmälningar inom äldreomsorgen under 2008

Rapportnr: 2009:41  
ISSN: 1403-168X  
Rapportansvarig: Socialkonsulent Ingemar Sunnerdahl  
Utgivare: Länsstyrelsen i Västra Götalands län, socialenheten  
Adress: 462 82 Vänersborg  
Telefon: 0521-60 50 00  
Fax: 0521-60 55 25

*Rapporten finns som pdf på [www.lansstyrelsen.se/vastragotaland](http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland) under Publikationer/Rapporter.*

<b>FÖRORD.....</b>	<b>2</b>
<b>SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION .....</b>	<b>3</b>
<b>BAKGRUND - LEX SARAH - 14 KAP 2 § SOCIALTJÄNSTLAGEN, SOL .....</b>	<b>4</b>
<b>REDOVISNING AV ANTALET ANMÄLNINGAR FÖR ÅR 2008 .....</b>	<b>4</b>
<b>Länsstyrelsens kommentarer .....</b>	<b>5</b>
<b>REDOVISNING FÖRDELAT PÅ OLIKA MISSFÖRHÅLLANDEN .....</b>	<b>6</b>
<b>Länsstyrelsens kommentarer .....</b>	<b>6</b>
<b>ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGAR .....</b>	<b>8</b>
<b>Länsstyrelsens kommentarer .....</b>	<b>9</b>
<b>KOMMUNERNAS RUTINER/RIKTLINJER EFTER NYTT ALLMÄNT RÅD (SOSFS 2008:10).....</b>	<b>10</b>
<b>Länsstyrelsens kommentarer .....</b>	<b>10</b>
<b>KVALITET OCH INNEHÅLL I LEX SARAHUTREDNINGAR.....</b>	<b>11</b>
<b>Länsstyrelsens kommentarer .....</b>	<b>11</b>

## Förord

Länsstyrelsen ger också i år ut en rapport om Lex Sarah-ärenden som förekommit under 2008 inom äldreomsorgen i Västra Götalands län.

I denna rapport redovisas vad som anmälts som allvarliga missförhållanden inom äldreomsorgen i länets kommuner enligt socialtjänstlagen (SoL). Förutom statistik med kommentarer tas också andra frågeställningar upp i rapporten

För rapporten svarar socialkonsulenten Ingemar Sunnerdahl.

Göteborg juni 2009

Britt-Marie Börjesson  
Socialdirektör

## Sammanfattning och diskussion

Årets Lex Sarahrapport innehåller statistik om år 2008 som visar antal anmälningar inom äldreomsorgen, 203 stycken, vilka missförhållanden det handlar om och vilka åtgärder som vidtagits och som i stort följer förra årets (2007) utfall. Många ärenden anmäls således vilket är bra, men samtidigt är det oroande att så många fall av exempelvis stölder, bortglömda larm och bortglömd tillsyn samt fall av dåligt bemötande ändå förekommer. Detta sagt trots kunskapen om att det sker i en mycket omfattande verksamhet där ca 40 000 brukare i länet har omfattande insatser, många dygnet runt .

Anmälningar om brister i bemötande och brister i tillsyn ökar. Även om det kan handla om en ökad medvetenhet hos personalen och en ökad vilja att anmäla så visar det också på en verksamhet som måste bli mer professionell och där varje person som arbetar måste vara både motiverad och kunnig. Svårighet att rekrytera ”rätt” personal och en inställning att ”alla” kan arbeta inom äldreården kan vara en grogrund för att ibland fel människor hamnar i detta krävande arbete.

Personalminskningar och en snål personaltillgång ö h t är självklart en riskfaktor när det gäller att upprätthålla nödvändig tillsyn men kan också bidra till ett stressat arbetsklimat som i värsta fall kan ge utslag i dåligt bemötande När det 2009 diskuteras besparingar inom äldre- och handikappsomsorgen bör sådana riskfaktorer finnas med i en konsekvensanalys.

## Bakgrund - Lex Sarah - 14 kap 2 § socialtjänstlagen, SoL

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 LSS, 24 a §) ska åläggas att vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och trygga levnadsförhållanden och innebär framför allt en skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden.

Länsstyrelsen har varje år samlat in uppgifter på anmälda ärenden i kommuner och de enskilda verksamheter för äldre och funktionshindrade som har tillstånd utifrån socialtjänstlagen eller LSS. Denna rapport gäller anmälda ärenden *inom äldreomsorgen*.

### Redovisning av antalet anmälningar för år 2008

	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
2006	146	44	0	(redovisas på annat sätt)
2007	208	57	3 (4 ärenden)	(redovisas på annat sätt)
<b>2008</b>	<b>203</b>	<b>51</b>	<b>1(1 ärende)</b>	redovisas inte för 2008

kdn=Kommundelsnämnd  
sdn=Stadsdelsnämnd

Fördelningen av anmälningar under 2008 mellan kvinnor och män är 187 respektive 73. Flera anmälningar gäller således mer än en person. I ett antal rapporterade fall saknas uppgift om kön. 75 % av anmälningarna gäller händelser som inträffat i särskild boendeform och 25 % i ordinär boendeform (hemtjänst), samma proportioner som förra året. 51 (57 förra året) kommuner/kdn/sdn av 78 i länet har redovisat totalt 202 anmälningar. Från tillståndspliktiga enskilda verksamheter för äldre (8 i länet) har ett ärende rapporterats.

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

## Länsstyrelsens kommentarer

Antalet anmälda missförhållanden har ökat till och med år 2001 för varje år för att bli ganska stabilt från år 2002. Från 2006 till 2007 skedde ytterligare en ökning av anmälningar med ca 42 %. 2008 hamnade på samma höga nivå.

Antalet kommuner inklusive kommunalnämnder/stadsdelsnämnder, som har fått anmälningar har mellan 2006 och 2007 ökat med nästan en fjärdedel för att under 2008 minska något.

Länsstyrelsens förklaringar vid tidigare öknings sedan lagparagrafens tillkomst 1999 har handlat om ökad medvetenhet och kunskap om lagen. Samtidigt bör det alltid analyseras om besparingar, personalneddragningar och liknande kunnat ge en reellt försämrad omsorg/omvårdnad. Länsstyrelsen ser en fortsatt medial fokusering på missförhållanden inom äldreomsorgen. Missförhållanden som blir kända genom massmedia kan ge en positiv spridningseffekt vad gäller personals angelägenhet att anmäla.

Även om det är bra att brister och missförhållanden uppmärksammas och åtgärdas, så går det inte att komma ifrån att brister, incidenter och rena missförhållanden förekommer alltför ofta. Det är därför helt nödvändigt att man i äldreomsorgen måste fortsätta att bli mer kvalitetsmedveten, förändringsbenägen, individinriktad och uppmärksam på sina brister. Det är avgörande att alla former av kvalitetsundersökningar och avvikelserapporter efterföljs av ett processuellt kvalitetsutvecklingsarbete. Först då kan det reella antalet brister och allvarliga missförhållanden få ett positivt trendbrott.

De besparingar inom vård och omsorg som nu 2009 aktualiseras i flera kommuner kan på flera sätt ha en negativ effekt. Minskad bemanning ökar risken för exempelvis brister i tillsynen. På sikt kan det också försvåra rekrytering av personer med lämplig utbildning och lämplighet ö h t för det krävande omsorgsarbetet . Risken är också att det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner blir åsidosatt av mer akuta insatser för att få verksamheterna att fungera ö h t. En motiverad och kunnig personal och närvarande chefer behövs om antalet missförhållanden och incidenter ska minska.

## Redovisning fördelat på olika missförhållanden

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

### Redovisade anmälningar

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

Typ av missförhållanden	2008	2007	2006	2005	2003	2002	2001	2000
Brister i bemötande	50	35	13	22				
Övergrepp - fysiska	19	17	12	21	15	16	23	11
- psykiska	16	15	3	11	7	11	21	19
- sexuella	0	1	3	2	0	1	0	0
- ekonomiska	60	54	53	35	36	64	53	24
- av annat slag	1	13	1	7	*36	*27	*4	
Brister i omsorg avseende								**31
- personlig hygien	13	9	11	8	14	2	4	
- mathållning	9	5	3	3	6	2	3	
- brister i tillsyn	62	66	52	42	15	18	16	
- brister av annat slag	2	18	8	16	7	17	17	
Våld mellan boende	1		7	1				
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>166</b>	<b>168</b>	<b>136</b>	<b>158</b>	<b>141</b>	<b>85</b>

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

\*\* År 2000 "brister i omsorg" särredovisades inte.

### Länsstyrelsens kommentarer

Några avgörande skillnader i fördelningen av anmälda missförhållanden jämfört med tidigare år finns inte, men några tendenser är värda att uppmärksamma.

*Brister i bemötande* har fortsatt att öka. Det finns nu, som alltid, anledning att fråga sig om det är en reell ökning. Länsstyrelsen har svårt att avgöra om det beror på utglesad bemanning, fler okvalificerade vikarier och/eller stressad arbetssituation, eller om orsaken snarare beror på att personal mer uppmärksammar denna typ av händelser och ser dem som angelägna att anmäla. Det finns enligt Länsstyrelsen anledning att tro att det mest är fråga om en ökande medvetenhet från personalens sida, vilket är bra. Mindre bra är att det förekommer brister i så många fall. Ett bra, respektfullt bemötande måste ses som något helt självklart och grundläggande i allt vård- och omsorgsarbete.

Också när det gäller *brister i tillsyn*, har dessa ärenden ökat efterhand och ligger kvar på en hög nivå. Behov av säkerhet och trygghet är ofta en av orsakerna till att någon söker ett äldreboende och tillräcklig tillsyn är då en nödvändighet. Här kan utan tvekan en hög arbetsbelastning och eller gles bemanning påverka utfallet. Ibland kan en informations- och kunskapsbrist förmärkas hos vikarierande personal. Det tycks också vara så att personalen ibland inte uppfattar sitt arbete så viktigt och betydelsefullt som det är, att ett beslut eller en rutin måste följas varje gång och att misstag kan få allvarliga följder för den enskilde.

*Ekonomiska övergrepp* - stöder visar på en fortsatt hög frekvens. Möjliga orsaker har diskuterats i tidigare rapporter. De fortsatt höga siffrorna innebär att det



fortfarande finns anledning att arbeta med åtgärder för att minska risken för stölder. I sju av fallen visar åtgärderna avstängning/avsked att en skyldig person bland personalen kunnat identifieras. Frågan måste i alla fall ställas om en mer noggrann prövning av vikarier och vid nyanställning kanske kan minska antalet stölder. Att göra pengahantering så säker som möjligt är ett annat sätt. Även på ett särskilt boende så är det den enskildes bostad det är frågan om vilket också begränsar lämpligheten och möjligheten för alltför långtgående restriktioner för vad den enskilde får ha i sin bostad.

## Åtgärder med anledning av anmälningar

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 men också utökning av personalstyrkan.

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

	2008	2007	2006	2005	2003	2002	2001
Avsked	9	6	3	1	3	2	6
Avstängning	13	8	4	1	4	8	12
Omplacering	11	11	8	2	9	7	6
Varning	23	13	17	2	2	7	6
Ej fortsatt vikariat	6			1			
Polisanmälan	57	46	43	26	30	61	43

Vid ekonomiska övergrepp, stölder, görs oftast polisanmälan. I allmänhet är denna åtgärd kompletterad med reflektion/information och/eller ändrade arbetsrutiner. I samband med stölder har dessutom minst 7 personer avskedats under 2008 eller på annat sätt fått sluta omgående.

Varningar har utfärdats i 23 fall efter såväl övergrepp som brister i bemötandet och brister i omsorgen. Det kan handla om flera personer som har varnats i samma "ärende". En varning kan vara en förutsättning för att vid eventuellt nya missförhållanden kunna vidta sådana åtgärder som avstängning och avsked. Detsamma kan gälla den "erinran" som förekommer som åtgärd i ett antal ärenden som Länsstyrelsen granskat.

Att de mest ingripande och akuta åtgärderna kopplas till övergrepp (inklusive ekonomiska), där det oftast finns en definierad "skyldig" är naturligt. Avskedande, avstängning och omplacering innebär att orsaken till det aktuella missförhållandet tas bort och ett säkerställande av att det inte upprepas. De akuta ingripandena är för år 2008 flera än tidigare. Förutom åtgärderna vid ovannämnda stölder så har i åtminstone 7 fall har brister i bemötande lett till disciplinära åtgärder i form av avsked/avstängning eller omplacering. Samma åtgärder har i 4 fall gjorts i samband med psykiska övergrepp, i 8 fall vid fysiska övergrepp och i 4 fall vid brister i omsorgen. Antalet personer som dessa åtgärder vidtagits emot kan vara flera. Det framgår också av de insamlade uppgifterna att personal i flera fall slutat självmant direkt i samband med en Lex Sarah-anmälan som uppfattats riktad mot dem.

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

	2008	2007	2006	2005	2003	2002
Utbildning/informationsinsatser	76	106	87	58	53	29
Handledning	39	33	56	36	19	22
Ändrade arbetsrutiner	79	66	73	65	36	43
Utökning av personal/schema	11	6	7	3	5	4
Annan åtgärd	24	14	13	1	15	32

## **Länsstyrelsens kommentarer**

Åtgärder ska syfta till att undanröja det aktuella missförhållandet samt att tillse att det inte händer igen. Lex Sarah ska alltså ses som en del i ett kvalitets(utvecklings)system.

Att utreda och åtgärda missförhållanden, när det rör enskild personal innebär svåra ställningstaganden ur ett arbetsrättsligt perspektiv och ofta behöver såväl anmälare som eventuellt anmäld och personalen ö h t stöd. Detta har uppmärksammats i tidigare rapporter. Ansvar för detta uttrycks också i det nya allmänna rådet/föreskriften (SOSFS 2008:10).

Beträffande åtgärder så kommenteras dessa också nedan under rubriken ”Kvalitet och innehåll i Lex Sarah-utredningar”.

## Kommunernas rutiner/riktlinjer efter nytt Allmänt råd (SOSFS 2008:10)

Frågan ställdes om kommunerna och de enskilda verksamheterna har förändrat sina rutiner/riktlinjer efter att Socialstyrelsens nya allmänna råd/föreskrift SOSFS 2008:10 har ställts till de ansvariga för äldreomsorgen. Orsaken till frågeställningen är att de nya råden/föreskriften är mer precisa och tydliga när det gäller krav på vad en utredning ska innehålla, att dokumentationen ska göras fortlöpande och avslutas med ett tydligt beslut etc. Dessutom tas det bland annat upp att olika inblandade parter ( den enskilde, anmälare, ”anmäld” m fl) bör informeras och ges stöd.

27 kommuner uppger att de ändrat sina rutiner, hela 38 kommuner är på gång att göra det medan 10 inte hade några konkreta planer på detta när frågan ställdes. Tre kommuner har inte besvarat frågan. De tillståndspliktiga enskilda verksamheterna har också de förändrat eller planerar förändra sina rutiner.

### Länsstyrelsens kommentarer

Länsstyrelsen har genom sin förfrågan velat påminna om och aktualisera de nya allmänna råden/föreskrifterna som kommit. I praktiken innebär de en hårdare styrning av hur en utredning organiseras och genomförs och innebär också att det alltid (dygnet runt) måste finnas någon tydligt ansvarig för att åstadkomma de omedelbara åtgärder som kan behövas. Att det ofta behövs information och stöd inte bara till den eller de som utsatts för ett missförhållande utan också de som anmält respektive som blivit ”anmälda” är andra nyheter som bygger på erfarenheter från såväl länsstyrelsers som Socialstyrelsens kontakter med personal och verksamhetsansvariga.

Den **handbok** som nu planeras att ges ut av Socialstyrelsen under sommaren 2009 kommer att förtydliga och exemplifiera olika delar av tillämpningen av Lex Sarah.

## Kvalitet och innehåll i Lex Sarahutredningar

Länsstyrelsen efterfrågade i enkätutskicket till kommuner och enskilda verksamheter att översända ett exempel på utredningar från de kommuner och enskilda verksamheter som hade anmälningar. Ett fyrtiotal inlämnade Lex Sarah-utredningar har gått igenom. Utformning och innehåll skiftar mycket. Det är oftast enhetschefen som vidtagit åtgärder men också utrett. Ofta framgår inte att ärendena anmälts till nämnden, vilket kan bero på att allt material kring utredningen inte inlämnats till Länsstyrelsen. Det är lika vanligt att det inte i utredningen tydligt framgår vem som anmält ärendet. Dessutom står i flera ärenden anhörig som anmälare, vilket inte stämmer med lagstiftningen. I praktiken har det då varit den som mottagit uppgifterna som i praktiken är anmälare. Det framgår också att anmälare i något eller några fall felaktigt anmält enligt "Lex Maria" (hälso- och sjukvårdslagen).

Vissa utredningar är "tunna" både om vad som hänt och varför samt också något oklara beträffande vilka åtgärder som vidtagits. De flesta utredningarna är emellertid tydliga och till synes tillräckligt omfattande beträffande såväl händelseförlopp och vilka beslut och åtgärder som vidtagits. Det finns också utredningar som nästan helt uppfyller de formella krav som framgår av föreskrifterna i SOSFS 2008:10, 5 kap. 5-7. Det framgår också i några utredningar att nämnden som Socialstyrelsen rekommenderar informeras i två omgångar.

Två ärendetyper återkommer frekvent i materialet, dels stölder hos brukare, dels brister i omsorgen som innebär att personer glömts vid larm eller på toaletten trots att rutiner kring detta finns. Stölder polisanmäls och rutiner och säkerhetsbestämmelser diskuteras. När det framgår att det finns personal som är skyldig vidtas omfattande åtgärder så som avsked.

När missförhållandet innebär att det brustit i att svara och agera vid larm eller att glömma någon på toaletten och dylikt så är det vanligt att en erinran eller varning utdelas samt att rutiner och förhållningssätt går genom och vid behov förbättras.

### **Länsstyrelsens kommentarer**

Generellt uppfattar Länsstyrelsen liksom tidigare kommunernas åtgärder som relevanta.

Utifrån det insamlade materialet tycks det finnas ett behov av att undersöka om kommunernas och de enskilda verksamheternas nuvarande rutiner uppfyller kraven på handläggning av Lex Sarah-ärenden. Nästa steg är att tillse att själva utredningarna och besluten verkligen uppfyller de formella kraven. Formalia är viktiga bl a utifrån en rättsäkerhetsaspekt för alla inblandade parter och inte minst för de som kan bli utsatta för så långtgående åtgärder som ett avskedande.

## Antal anmälningar kommunvis

Kommun	2008	2007	2006	2005
Ale	2	1	4	1
Alingsås		2	1	1
Bengtsfors	3			
Bollebygd	1	1	1	
Borås, kommundelsnämnderna i:				2
Brämhult	3	2		1
Centrum		1	2	
Dalsjöfors				
Fristad			4	
Göta				
Norrby				
Sandhult				1
Sjöbo				
Trandared				
Viskafors		1		
Dals Ed	1	4	1	1
Essunga		2	1	1
Falköping	9	3	1	
Färgelanda		1		1
Grästorp		1		1
Gullspång		1		
Göteborg, stadsdelsnämnderna i:				
Askim		2		1
Backa	1	4	1	
Bergsjön	2		1	
Biskopsgården	4		3	2
Centrum	5		1	
Frölunda	3	2	1	3
Gunnared	6	2		1
Härlanda		1		
Högsbo	3	6	3	1
Kortedala	4	8		1
Kärra-Rödbo	1	1	1	1
Linnéstaden	4	1	1	5
Lundby	11	7	7	4
Lärjedalen		1		
Majorna		3	2	2
Söd.Skärgården	1			
Torslanda	2			
Tuve-Säve	1	2	5	1

Kommun	2008	2007	2006	2005
<b>Göteborg, forts</b>				
<b>Tynnered</b>		1		
<b>Älvsborg</b>	6	1	1	
<b>Örgryte</b>	6	4	4	2
<b>Götene</b>	1	2		4
<b>Herrljunga</b>	4	1		
<b>Hjo</b>	2	2	1	
<b>Härryda</b>	4	5	2	4
<b>Karlsborg</b>	3	1		
<b>Kungälv</b>	6	6	5	9
<b>Lerum</b>			2	1
<b>Lidköping</b>	5	7	7	9
<b>Lilla Edet</b>		1		
<b>Lysekil</b>	20	8	10	
<b>Mariestad</b>	3	11	7	5
<b>Mark</b>			1	2
<b>Mellerud</b>	10	5	8	9
<b>Munkedal</b>		11		2
<b>Möndal</b>	3	7		
<b>Orust</b>	1	4	3	2
<b>Partille</b>	2	3		6
<b>Skara</b>	1	4	1	5
<b>Skövde</b>	8	7	1	1
<b>Sotenäs</b>	2	1		8
<b>Stenungsund</b>	1	3		1
<b>Strömstad</b>	2	1	6	
<b>Svenljunga</b>	4	2	1	1
<b>Tanum</b>		1	1	
<b>Tibro</b>	3	1	1	
<b>Tidaholm</b>	2			
<b>Tjörn</b>	2			
<b>Tranemo</b>	6	1		
<b>Trollhättan</b>	8	9	2	1
<b>Töreboda</b>			1	
<b>Uddevalla</b>	6	30	33	22
<b>Ulricehamn</b>	1		1	1
<b>Vara</b>	2		2	
<b>Vårgårda</b>	4	1	1	1
<b>Vänersborg</b>	9			1
<b>Åmål</b>		3	3	1
<b>Öckerö</b>		4		3
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>208</b>	<b>146</b>	<b>133</b>



LÄNSSTYRELSEN  
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN