



LÄNSSTYRELSEN  
ÖSTERGÖTLAND

RAPPORT: 2003:9

# Lex Sarah – vem vet?

*Sociala enheten 2003-05-28*





## Förord

Den 1 januari 1999 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen om att var och en som är verksam inom omsorger om äldre och funktionshindrade har skyldighet att anmäla till socialnämnden om man får kännedom om eller uppmärksammar ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild. Den nya lagreglerade skyldigheten innebär en skärpning från lagstiftarnas sida.

I egenskap av tillsynsmyndighet följer Länsstyrelsen hur kommunerna tillämpar den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen. I syfte att följa i vilken grad den nya bestämmelsen har förankrats och fått genomslag ute i verksamheterna har Länsstyrelsen systematiskt tagit upp anmälningsplikten i samband med den övergripande verksamhetstillsynen. För att få en bild av förekomsten av anmälningar i kommunerna genomför Länsstyrelsen enkätundersökningar samt begär kvartalsrapporter från kommunerna.

I denna rapport redovisas resultat av Länsstyrelsens uppföljning av anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen avseende åren 2001 och 2002.

Bo Silén  
Socialdirektör

Britta Mellfors  
Socialkonsulent

## Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING MED LÄNSSTYRELSENS KOMMENTARER</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>7</b>
AKTUELL LAGSTIFTNING .....	7
FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD .....	8
<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
<b>REDOVISNING AV RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
ANMÄLNINGAR .....	13
TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE .....	14
<i>Övergripp</i> .....	15
<i>Brister i omsorg</i> .....	16
<i>Brister i tillsynen eller brister av annat slag</i> .....	16
<i>Brister i bemötande</i> .....	16
BOENDEFORM .....	17
UPPDELNING AV ANMÄLNINGARNA EFTER KÖN .....	17
VEM GÖR ANMÄLAN?.....	18
VEM TAR EMOT ANMÄLAN? .....	18
ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGARNA .....	19
UNDERRÄTTELSE TILL LÄNSSTYRELSEN .....	22
KVARTALSRAPPORTER .....	22
KOMMUNERNAS SKRIFTLIGA INSTRUKTIONER.....	22
<i>Instruktionernas kvalitet</i> .....	23
<i>Instruktionernas aktualitet</i> .....	24
<i>Dokumentation</i> .....	25
HUR FÅR ALL PERSONAL KUNSKAP OM ANMÄLNINGSPLIKTEN?.....	25
TILLÄMPNING AV LEX SARAH.....	26
<b>ENSKILD TILLSTÅNDSPLIKTIG VERKSAMHET</b> .....	<b>29</b>
RESULTAT AV ENKÄTERNA .....	29
INSTRUKTIONERNA.....	30
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>31</b>
VARFÖR SER DET SÅ OLIKA UT? .....	31
NÄR BLIR DET LEX SARAH? .....	32
VAD ÄR ANMÄLAN? .....	32
ANSVAR ATT TA EMOT ANMÄLAN .....	33
BÖR KLAGOMÅL ANMÄLAS SOM LEX SARAH? .....	34
BEMÖTANDE .....	34
VAD ÄR BRISTER I TILLSYVEN OCH BRISTER AV ANNAT SLAG?.....	34
FALL - VAD ÄR DET?.....	35
UTREDNING OCH DOKUMENTATION .....	36
UPPFÖLJNING AV VIDTAGNA ÅTGÄRDER .....	36
ÅTGÄRDER PÅ LÅNG SIKT - KVALITETSUTVECKLING.....	37
KONTINUERLIG INFORMATION TILL PERSONALEN OM ANMÄLNINGSPLIKTEN .....	37

## Sammanfattning med Länsstyrelsens kommentarer

Den 1 januari 1999 infördes en ny paragraf i socialtjänstlagen, Lex Sarah, som reglerar att alla som är verksamma inom omsorg om äldre och funktionshindrade och som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande skall anmäla detta till socialnämnden. I juli 2000 utgav Socialstyrelsen en föreskrift och allmänt råd med anledning av den nya bestämmelsen. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen följer båda, som tillsynsmyndigheter, kommunerna tillämpning av Lex Sarah.

Denna rapport bygger på enkätsvar som kommunerna lämnade i början av 2002 och 2003 och som avsåg händelser och avvikelser under år 2001 respektive 2002. Som underlag för rapporten ligger dessutom granskning av kommunernas lokala instruktioner samt erfarenheter från Länsstyrelsens tillsynsbesök i kommunerna.

Möjligheten att göra generaliseringar utifrån resultatet av enkätundersökningarna är begränsad. Däremot är det möjligt att dra slutsatsen att, snart fyra år efter införandet av den nya bestämmelsen, kunskapen om lagstiftningen inte är tillfredsställande.

Av alla gjorda anmälning från kommunerna under 2002 avser 86 procent särskilt boende och resterande del ordinärt boende. Totalt är 117 personer inblandade i 87 anmälda händelserna. Av de inblandade personerna är 53 procent män.

Från enskild tillståndspliktig verksamhet kommer få anmälningar. De flesta har ingen anmälan alls. Från fyra av dessa verksamheter gjordes totalt tio Lex Sarah-anmälningar, fem anmälningar 2001 och fem 2002. Totalt var tolv personer inblandade varav det var en kvinna och elva män.

Få anmälningar görs avseende personlig hygien, tand- och munhygien, mathållning samt avseende bemötande. Det mesta klassificeras som övergrepp av annat slag, bister i tillsyn eller brister av annat slag.

De vanligaste vidtagna åtgärderna är ändrade arbetsrutiner och utbildning/-information till personal. Många har angett ”annan åtgärd” och det framgår endast i vissa fall vad detta innebär. Många har också angett att utökning av personal är en vidtagen åtgärd och här framgår det inte om det är fråga om tillfällig eller permanent utökning. Det är också relativt vanligt att polisanmälan är en åtgärd som görs i samband med Lex Sarah-anmälan.

Norrköping och Ödeshög utmärker sig genom att båda har mycket stor variation mellan år 2001 och 2002. Det är oklart om Norrköpings minskning från 122 till fyra rapporterade anmälningar beror på bristfällig kommunövergripande sammanställning eller om det beror på ändrad uppfattning om lagstiftningens tolkning. I Ödeshög där antalet anmälningar ökade från noll till 22 kan det givetvis bero på

att antalet inträffade missförhållanden faktiskt har ökat. Det kan också vara så att på grund av information till personal så har medvetenheten om anmälningsplikten stigit.

Erfarenheten från Länsstyrelsen tillsynsbesök i kommunerna visar att kunskapen om Lex Sarah generellt är bristfällig bland vårdpersonal. Också bland chefer och andra verksamhetsföreträdare är osäkerheten stor när det gäller tillämpning av lagstiftningen och föreskriften som gäller skyldigheten att anmäla missförhållanden. Länsstyrelsen vill därför poängtera kommunernas ansvar att kontinuerligt informera berörd personal.

Samtliga kommuner i Östergötland har tagit fram skriftliga instruktioner för hantering av Lex Sarah. Många av dessa är långa och omfattande med vilket följer risken att de blir svårtillgängliga och krångliga att förstå. Boxholm och Ödeshög har både enkla och mycket lättöverskådliga instruktioner. Många instruktioner behöver uppdateras.

Lex Sarah-anmälningar bör ingå som en del i kommunernas avvikelserapportering och följas upp och analyseras för att ligga till grund för övergripande förbättringsarbete och kvalitetsutveckling.

## **Slutsatser**

Antalet anmälningar enligt Lex Sarah varierar över tid och mellan kommunerna och ger ingen klar bild över tillståndet länet.

Syftet med anmälingsskyldigheten enligt Lex Sarah är inte klart för alla.

Skyldigheten att rapportera avvikelser, missförhållanden, brister i omsorgen är inte tillräckligt känd hos personal. Osäkerhet råder även bland chefer och andra verksamhetsföreträdare.

Erfarenheter från gjorda anmälningar och vidtagna åtgärder bör i större omfattning användas i förebyggande syfte.

Uppdatering av instruktioner bör göras generellt.

## Bakgrund

I Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (1997/98:113) föreslog regeringen att särskilda bestämmelser skulle införas i socialtjänstlagen om att den som är verksam inom omsorger om äldre och funktionshindrade skulle åläggas att vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och får leva under trygga förhållanden. Den 1 januari 1999 infördes, enligt förslaget, en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att var och en som är verksam inom omsorger om äldre och funktionshindrade och som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande skall anmäla detta till socialnämnden.

Tidigare hade personal inom äldre- och handikappomsorgen inte någon anmälningsplikt. Det fanns tidigare ett allmänt råd om anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg, SOSFS 1996:11, av vilket framgick i vilka situationer personal borde anmäla misstänkta eller kända missförhållanden i vården. Detta allmänna råd upphävdes av Socialstyrelsen den 15 februari 1999.

## Aktuell lagstiftning

I den nya socialtjänstlagen (2001:453), som trädde i kraft den 1 januari 2002, finns bestämmelsen i 14 kap. 2 §. Lagen benämns allmänt som Lex Sarah;

*Var och en som är verksam inom omsorger om äldre och funktionshindrade skall vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgen om någon enskild skall genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet utan dröjsmål avhjälpes, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten.*

Utöver bestämmelserna i 14 kap. 2 § socialtjänstlagen anges i 1 kap. 1 § samma lag bland annat att verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet.

Vidare har socialnämnden genom 3 kap. 3 § socialtjänstlagen ett uttalat ansvar för kvaliteten i omsorgen;

*Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet.  
För utförande av socialnämnden uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.  
Kvalitet i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.*

När det gäller äldre människor finns bestämmelser i 5 kap. 4 § socialtjänstlagen;

*Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständig, under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.*

För människor med funktionshinder finns bestämmelser i 5 kap. 7 §;

*Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.*

*Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.*

## **Föreskrifter och allmänna råd**

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a §, (sedan den 1 januari 2002 4 kap. 2 §) socialtjänstlagen, SOSFS 2000:5 (S). Denna författning trädde i kraft den 1 juli 2000.

I föreskriften och det allmänna rådet har Socialstyrelsen definierat allvarliga missförhållanden såsom:

- övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot en enskilds liv, hälsa eller säkerhet, och
- ett bemötande av äldre och funktionshindrade som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Socialstyrelsen anger även exempel på vad övergrepp kan vara, nämligen;

- Fysiska (t.ex. slag, nypningar och hårda tag),
- Psykiska (t.ex. hot, bestraffningar, trakasserier, skrämning och kränkningar),
- Sexuella, och
- Ekonomiska (t.ex. stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring).

Bristerna i omsorgen kan enligt föreskriften och allmänna rådet röra;

- Personlig hygien,
- Mathållning,
- Tand- och munhygien, och
- Bristerna i den tillsyn som den enskilde får.

Till stöd för kommunernas arbete med att utveckla och säkerställa de krav på god kvalitet som ställs i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen har Socialstyrelsen utfärdat allmänt råd; Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade SOSFS 1998:8 (S). Syftet med kvalitetssystemet är att säkra att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Enligt det allmänna rådet bör kvalitetssystemet omfatta bland annat förhållningssätt och metoder, riskanalys, avvikelshantering och klagomålshantering samt egenkontroll och uppföljning.



## Metod

Denna rapport bygger i första hand på enkätsvar från kommunerna gällande Lex Sarah. Länsstyrelsen begärde i början av år 2002 uppgifter från länets alla kommuner och berörda enskilda verksamheter om antalet Lex Sarah-anmälningar som hade gjorts under år 2001. I början av innevarande år erhöll kommunerna och de enskilda verksamheterna en enkät från Socialstyrelsen om Lex Sarah-hantering och Länsstyrelsen begärde att få kopia på detta enkätsvar istället för att belasta kommunerna med ytterligare en enkät. Flera av frågorna i de olika enkäterna är av samma slag och därför jämförbara. Det finns även frågor som skiljer sig åt i de båda undersökningarna och följaktligen kan ingen jämförelse göras. Vissa frågor är av sådant slag att det inte ansetts intressant att göra någon uppföljande fråga redan efter ett år. För att uppnå tydlighet kommenteras detta i resultatredovisningen i rapporten.

Som underlag för kommentarer i föreliggande rapport ligger även granskning av de av kommunerna framtagna instruktioner för anmälan enligt Lex Sarah.

Rapporten bygger också på erfarenheter från Länsstyrelsens verksamhetstillsyn i kommunerna. Vid dessa har Länsstyrelsen regelbundet tagit upp frågan om hantering av Lex Sarah.

Länsstyrelsen har under ett par år begärt att få kvartalsrapporter om de Lex Sarah-anmälningar som gjorts i respektive kommun vilket också ligger som underlag för den bild Länsstyrelsen har av frekvensen av tillbud och missförhållanden.

## Redovisning av resultat

### Anmälningar

Kommunerna har via enkäter tillfrågats om antal anmälningar gjorda år 2001 och 2002 och nedanstående tabell visar vad kommunerna redovisat.

Tabell 1: Antal anmälningar per kommun under år 2001 respektive år 2002

KOMMUN	ANTAL ANMÄLNINGAR 2001	HUR MÅNGA FÖRANLEDDE ÅTGÄRDER?	ANTAL ANMÄLNINGAR 2002	HUR MÅNGA FÖRANLEDDE ÅTGÄRDER?
Boxholm	4	4	6	6
Finspång	5	2	6	6
Kinda	2	2	1	1
Linköping	53	34	37	33
Mjölby	4	4	1	1
Motala	0	-	1	1
Norrköping	122	Vet ej	4	4
Söderköping	3	3	0	0
Vadstena	0	-	7	7
Valdemarsvik	1	1	1	1
Ydre	0	-	1	1
Åtvidaberg	1	1	0	0
Ödeshög	0	-	22	22
<b>Totalt:</b>	<b>195</b>		<b>87</b>	

Flertalet kommuner har bara några få anmälningar vid de båda undersökningstillfällena. I tabellen är det dock en del uppgifter som tyder på att man har olika uppfattning om vad som bör betecknas som missförhållande och därmed anmälas och registreras. Norrköping med relativt många anmälningar 2001 har inte angett hur många som föranlett åtgärd, vilket av uppgiftslämnaren i enkätsvaret, förklaras av att det är enhetscheferna som ansvarar för åtgärder och att det är dessa personer som har kännedom om uppgiften. En förklaring till det stora antalet i Norrköping 2001 kan vara att Norrköping i sitt enkätsvar har inkluderat avvikelser som andra kommuner inte har tagit med i sin redovisning. Linköping har uppgett att några av det 53 anmälningarna omfattar flera händelser. Flertalet av dessa anmälningar handlar om våld mellan boende. Det framgår inte av enkätsvaret om det är inom ett och samma boende eller på olika boenden.

Av de 87 anmälningar som gjorts under 2002 är det 56 stycken som omfattar enbart en person och 31 anmälningar som omfattar två eller flera personer. Det är alltså drygt 35 procent av anmälningarna från 2002 som omfattar flera personer.

Ofta handlar dessa om våld mellan boende. År 2001 gjordes inte en sådan uppdelning av anmälningarna varför någon jämförelse inte är möjlig.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det är inte förvånande att de stora kommunerna har flest anmälningar. Det är mer förvånande att så stort antal kommuner inte har någon eller bara någon enstaka anmälan. Kan det verkligen förhålla sig så att, inom ett område som omfattar så många personer, man har fullständig kontroll över verksamheten och att det förekommer så få missförhållanden eller icke önskade situationer?*

*Det är anmärkningsvärt och intressant att Ödeshög har 22 anmälningar 2002 från att inte haft någon 2001. Har något gjort att personalen blivit mer medveten om anmälningsplikten eller har antalet avvikelser ökat? Det är ett ansvar för kommunen att följa upp hur detta förhåller sig.*

### **Typ av missförhållande**

För att få fram en bild av vad det är som händer i verksamheterna och vilken typ av icke förväntade händelser som sker ombads kommunerna att i enkätsvaren kategorisera dokumenterade anmälningar. Se tabell 2.

Vid en sammanställning av kommunernas redovisningar framträder en varierande bild. Det finns ingen förklaring till detta. En jämförelse mellan de båda undersökningarna är ändå intressant.

*Tabell 2: Kategorisering av rapporterade händelser år 2001 och 2002*

<b>TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE</b>	<b>ANTAL 2001</b>	<b>ANTAL 2002</b>	<b>KOMMENTAR</b>
Brister i bemötande	-	3	
Övergrepp, -fysiska	80	7	Många våld mellan boende
- psykiska	18	2	
-sexuella	6	0	
-ekonomiska	6	11	
-av annat slag	90	21	Mest våld mellan boende
Brister i omsorg avseende			
-personlig hygien	13	2	
-tand- och munhygien	-	1	Ej med år 2001
-mathållning	4	1	
-brister i tillsyn	52	39	
-brister av annat slag	4	23	
<b>Totalt</b>	<b>273</b>	<b>110</b>	

Vid en jämförelse kan det konstateras att år 2001 innehåller varje anmälan fler typer av missförhållanden än anmälningarna för 2002. De 195 anmälningarna från 2001 omfattar 273 missförhållanden vilken ger en koefficient på 1,4. Motsvarande för år 2002 är att 87 anmälningar omfattar 110 missförhållanden och det ger koefficienten 1,2.

I enkätsvaren som avser anmälningar från 2002 framkommer det tydligare vilken typ av missförhållande det är fråga om framförallt för att enkäten är individ-baserad och för att enkäterna är bättre ifyllda.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*En tänkbar förklaring till att det ser ut som det gör, är att man 2001 kan ha bedömt att till exempel våld mellan boende är både ett fysiskt övergrepp och brist i tillsynen, vilket inte behöver vara fel. Frågan är varför man i så fall gjort en annan bedömning året efter? Det är nödvändigt att ändå ställa frågan varför det år 2001 är så många missförhållanden som betecknas som övergrepp och varför detta har minskat så markant till 2002? Det finns anledning att undersöka detta förhållande vidare i kommande uppföljningar.*

#### **Övergrepp**

När det gäller kategorin ”övergrepp” så är det år 2001 fysiska övergrepp samt övergrepp av annat slag som dominerar. Dessa övergrepp består mycket ofta av våld mellan boende. Det ser ut som om både fysiska övergrepp och övergrepp av annat slag har minskat rejält från 2001 till 2002. Det finns ingen självklar förklaring till skillnaden. Det kan bero på skillnad i synsätt eller ändrade rutiner eller att man helt enkelt tolkat olika hur man skall svara på enkäten.

Vid närmare studering av tabell 2 framgår att det sannolikt är svårt att definiera vilken typ av missförhållanden som förekommer. Hälften av alla övergrepp har kategoriserats som övergrepp av annat slag. Med andra ord är det varken fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt övergrepp. En hel del av det som kategoriserats som övergrepp av annat slag avser våld mellan boende.

Psykiska övergrepp har minskat ganska rejält från 18 till två. År 2001 anmälde Norrköping 13 psykiska övergrepp, Linköping fyra och Valdemarsvik ett. Året efter är det enbart två psykiska missförhållanden anmälda, ett från Boxholm och ett från Linköping.

Sexuella övergrepp har minskat från sex till noll. Anmälningarna kommer från tre kommuner totalt.

Ekonomiska övergrepp, som framförallt handlar om stöld av pengar har ökat något. Av de elva anmälda fallen kommer åtta från Linköping.

### *Brister i omsorg*

Av redovisningen framgår att en del brister avseende personlig hygien har anmälts 2001. Av dessa är elva från Linköping. För övrigt är det inte många missförhållanden som kategoriserats som brister i personlig hygien, tand- och munhygien samt mathållning.

Brister i tillsynen om den enskilde är det många av vid båda undersökningarna. Även brister av annat slag är det många av år 2002. Här rör det sig bland annat om att man glömt att svara på larm, utebliven hemhjälp, fall eller glömt sätta upp sänggrind. Vissa brister av annat slag skulle kunna kategoriseras som brister i tillsynen.

### *Brister i tillsynen eller brister av annat slag*

De absolut vanligaste bristerna i omsorgen bedömer man som brister i tillsynen eller som brister av annat slag. Båda dessa kan antagligen omfatta vitt skilda händelser. Det mest förekommande är våld mellan boende med två eller flera inblandade. Av Ödeshögs 22 anmälningar handlar 16 stycken om våld mellan bonde. En annan vanlig brist har på olika sätt med larm att göra. Det kan exempelvis vara att larm är ur funktion, att man glömt svara på larm eller att det upptäckts brister i larmrutiner. Andra exempel på brister i tillsynen är att personen blivit glömd på toaletten, fallit ur rullstol på grund av att bälte eller fotstöd saknats, ramlat ur säng på grund av att man glömt fälla upp en sänggrind. Det kan gälla utebliven morgonhjälp eller att person avvikit från ett boende. Det finns också exempel då personal inte sett till att viss säkerhetsanordning har använts rätt.

### *Brister i bemötande*

Det är mycket få anmälningar som gäller dåligt bemötande. Det är endast tre anmälningar under 2002. Även 2001 var det några få och dessa har kategoriserats som brister i omsorgen av annat slag varför det i tabellen ser det ut som om ingen anmälan gällt brister i bemötande år 2001.

### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det är förvånande att så liten del av anmälda missförhållanden kan preciseras och att det är så få som kan inordnas i kategorin personlig hygien, tand- och munhygien eller mathållning. Hur kan det komma sig att så stor del av iakttagna missförhållanden bedöms som brister i tillsynen eller brister av annat slag? Både när det gäller övergrepp och brister i omsorgen uppfattas det tillhöra ett missförhållande av "annat slag". Även när det gäller brister i bemötande är det förvånande att det i ett län av Östergötlands storlek endast förekommit vid tre tillfällen under ett helt år.*

## Boendeform

Skyldigheten att anmäla missförhållande gäller såväl i ordinärt boende, i särskilt boende som i bostad med särskild service. Av tabell 3 framkommer tydligt att det är inom särskilt boende det oftast inträffar sådant som man anser bör anmälas som Lex Sarah. Det är 86 procent av anmälningarna som avser särskilt boende. De anmälningar som avser händelser i ordinärt boende gäller utebliven hjälp, obesvarat larm samt stöld av pengar.

Tabell 3: Vilken boendeform avsåg anmälan år 2002?

BOENDEFORM	ANTAL
Ordinärt boende	12
Särskild boendeform enligt SoL	75
Bostad med särskild service enligt SoL	0

### Länsstyrelsens kommentar

*Det kan ändå finnas anledning att fråga sig varför skillnaden är så stor mellan ordinärt boende och särskilt boende. Kan det ha att göra med att den som bor i eget boende själv tar ett större ansvar och att omsorgens utförande blir mer ett eget val. Eller kan det helt enkelt bero på att i regel har den som bor i eget boende färre insatser än den som bor i särskilt boende.*

## Uppdelning av anmälningarna efter kön

Av tabell 4 framgår att antalet personer som är berörda av anmälningarna är fler än det totala antalet anmälningar, vilket beror på att vissa händelser omfattar flera personer. Det kan noteras att det är fler män än kvinnor som omfattas av anmälan. Totalt är det minst 53 procent män och minst 44 procent kvinnor. I några anmälningar är kön ej angett, vilket förklarar att summan inte blir 100 procent.

Tabell 4: Antal kvinnor respektive män som omfattas av anmälan år 2002

	UNDER 65 ÅR	65 ÅR OCH ÖVER	ÅLDER EJ ANGETTS
Antal kvinnor	2	46	4
Antal män	3	55	4
Kön ej angetts		3	
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>104</b>	<b>8</b>

Det finns, utöver vad som är med i tabell 4, två anmälningar där flera personer varit inblandade men där varken kön, ålder eller antal personer har angetts. Det rör sig i båda fallen om stöld av pengar från en kassa som är gemensam för de boende inom en enhet.

### *Länsstyrelsens kommentar*

*Vi vet att det är fler kvinnor än män inom särskilt boende och om missförhållanden drabbade alla proportionellt jämnt så borde det vara fler kvinnor än män som omfattas av anmälan. Är det här en tillfällighet eller ser det ut så generellt?*

### **Vem gör anmälan?**

Socialtjänstlagens 14 kap. 2 § riktar sig till den som är verksam inom omsorgen om äldre människor eller människor med funktionshinder. Dessa har en skyldighet att anmäla om man uppmärksammar eller får kännedom om missförhållanden. Anhöriga omfattas inte av denna lagstiftning. Trots detta har anmälningar från anhöriga rapporterats. Se tabell 5.

*Tabell 5: Anmälningar år 2002*

<b>ANMÄLAN GJORD AV</b>	<b>ANTAL</b>
Personal/annan uppdragstagare	80
Praktikant	1
Annan, anhörig	6

### *Länsstyrelsens kommentar*

*För påpekanden eller klagomål från anhöriga bör det finnas en särskild rutin för klagomålshantering så att dessa blir utredda och åtgärdade. Dokumenterade klagomål som föranlett åtgärder bör tas upp i kommunens sammanställning över samtliga avvikelser som förekommit.*

### **Vem tar emot anmälan?**

I Länsstyrelsens enkät som avsåg förhållanden under år 2001 frågades om vem som har ansvar för att ta emot anmälan. Här har många kommuner angett flera alternativ. Se tabell 6.

De flesta kommuner har angett att det är enhetschef/motsvarande som har ansvar att ta emot anmälan. Några har angett flera alternativ för att tala om vem som ansvarar om den vanliga mottagaren själv berörs av anmälan. Andra har beskrivit den hierarkiska gången i hanteringen, det vill säga att anmälan i regel görs till närmaste arbetsledare och sedan tar någon annan över för att göra utredning eller ansvara för sammanställning av samtliga anmälningar av missförhållanden. Några kommuner har angett att det är MAS eller förvaltningschef som har det ansvaret. Det finns ingen uppgift om enhetschefens roll i sammanhanget.

Det framgår inte av enkätsvaren vem av personerna som har nämndens delegation att ta emot anmälan och därmed ansvar för att berörd nämnd informeras.

Vid jämförelse med vad som står i kommunernas instruktioner så finns det en del som inte stämmer med hur man svarat på frågan.

*Tabell 6: Vem har ansvar att ta emot anmälan?*

<b>KOMMUN</b>	<b>BEFATTNINGSHAVARE</b>
Boxholm	Arbetsledare, enhetschef eller tjänstgörande sjuksköterska
Finspång	Enhetschef – MAS – förvaltningschef
Kinda	Verksamhetschef
Linköping	Enhetschef/platschef – MAS, enhetschef vid Sociala förvaltningen
Mjölby	Enhetschef primärt, tjänstgörande sjuksköterska, förvaltningschef om enhetschef berörs
Motala	Enhetschef/verksamhetschef
Norrköping	Enhetschef/verksamhetschef
Söderköping	Enhetschef och vidare till sektorchef
Vadstena	Omsorgschef
Valdemarsvik	Förvaltningschef eller nämndordförande
Ydre	MAS
Åtvidaberg	MAS/socialchef
Ödeshög	Arbetsledare

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det kan verka naturligt att de flesta angett att enhetschef eller motsvarande är den som tar emot en anmälan eftersom det vanligtvis är baspersonal som gör anmälan och det följaktligen är praktiskt med den rutinen. Sättet att besvara frågan antyder dock att vissa kommuner blandar ihop frågan om vem som har ansvar att ta emot anmälan, det vill säga har nämndens delegation, och vilken intern rutin man har för att det hela praktiskt ska fungera.*

#### **Åtgärder med anledning av anmälningarna**

Åtgärderna kan vara av akut karaktär eller inriktade på lång sikt. Akuta åtgärder innebär att direkt undanröja risken för fortsatta missförhållanden. Man avbryter någon pågående händelse, man flyttar undan eller låser in något. Långsiktiga åtgärder har oftast en förebyggande karaktär och innebär att man vidtar åtgärder för att förhindra att en liknande situation eller händelse inträffar i framtiden. Det kan gälla ändrade rutiner eller omprövning av arbetssätt. Det beror på vad saken gäller. Att exempelvis ordna ett låsbart skåp går tämligen fort. Däremot att arbeta med förändring av förhållningssätt kräver betydligt längre tid.



När det gäller åtgärderna från 2001 är det inte möjligt att redovisa faktiska förhållanden eftersom enkäterna inte är fullständigt ifyllda. Se tabell 7. Norrköping som står för en mycket stor del av anmälningarna kommenterar att det är verksamhetscheferna som ansvarar för att åtgärder vidtas och att det därför centralt i kommunen inte finns fullständiga uppgifter om detta. För de 122 anmälningarna finns endast tio åtgärder redovisade. Det totala antalet åtgärder borde alltså vara betydligt fler än vad som är redovisat i tabellen.

Det kan tyckas olämpligt att sammanställa de två årens enkätsvar i samma tabell. Det går dock att göra vissa intressanta jämförelser.

Det är få händelser som föranleder varning, omplacering, avstängning eller avskedande. Linköping har tre avskedanden och Norrköping har ett år 2001 och 2002 är endast en person avskedad och det är i Linköping.

Tabell 7: Åtgärder med anledning av anmälningarna år 2002

ÅTGÄRDER	ANTAL ÅTGÄRDER 2001	ANTAL ÅTGÄRDER 2002	ANMÄRKNING
Varning	2	2	
Omplacering	2	0	
Avstängning	4	2	
Avskedande	4	1	
Polisanmälan	15	14	
Annat av akut karaktär	1	-	*
Ändrade arbetsrutiner	6	20	
Utbildning av personal	4	-	*
Informationsinsatser/dialog	12	-	*
Utbildning/information	-	23	**
Handledning/reflexion i grupp	-	8	**
Ändrade scheman	2	1	
Ändrade delegationsbeslut	0	0	
Större delaktighet av chefer	1	-	*
Utökning av chefer/arbetsledare	-	0	**
Utökning av annan personal	-	16	**
Annat av långsiktig karaktär	3	16	
<b>Totalt</b>	<b>56</b>	<b>103</b>	***

Anmärkning:

\* Svartalternativet fanns enbart i enkäten år 2001

\*\* Svartalternativet fanns enbart i enkäten år 2002

\*\*\* Norrköpings rapportering 2001 var ej fullständig

Polisanmälan är en vanligare följd vid missförhållande. Av de 15 polisanmälningarna år 2001 är det Linköping som står för 13 stycken. Boxholm och Kinda har en polisanmälan var. Även år 2002 är det Linköping som står för de flesta

polisänmälningarna, elva stycken och Motala, Ydre och Ödeshög har gjort en polisänmälan var. Norrköping har inte rapporterat att man gjort någon polisänmälan vare sig 2001 eller 2002.

Av kommentarer i enkätsvaren att döma, borde det vara fler akuta åtgärder av annat slag registrerade. Till exempel om en person skulle ha råkat äta tvättmedel så borde inlåsning av detsamma vara en akut åtgärd. Ett eventuellt telefonsamtal till Giftinformationscentralen borde också betecknas som en akut åtgärd.

När det gäller åtgärder som syftar till effekter mer på lång sikt är det vanligt att man har informationsinsatser, utbildning eller samtal med personal eller dialog med personal samt handledning/reflexion i grupp.

Ett flertal kommuner har angett ändrade arbetsrutiner som långsiktiga åtgärder. Skillnaden är stor mellan 2001 och 2002, det har skett en ökning. Men här kan skillnaden inte bero på att Norrköping inte har lämnat fullständigt svar. Linköping står för mer än hälften av de 20 redovisade åtgärderna.

Ett par gånger har ändring av schema gjorts. Ändrade delegationsbeslut eller större delaktighet av chefer är sällan förekommande som åtgärd för att förhindra missförhållanden.

Utökning av personal fanns inte med som alternativ 2001 varför någon jämförelse är omöjlig men hade varit intressant eftersom det är en relativt vanlig åtgärd 2002.

Det totala antalet vidtagna åtgärder för år 2001 borde ha varit större. Det beror på brister i enkätsvaren. Norrköping angav i sitt enkätsvar endast ett fåtal åtgärder som vidtagits med anledning av de 122 inrapporterade händelserna.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det är anmärkningsvärt att Norrköping har kunnat redovisa så få åtgärder med hänvisning till att uppgiften inte fanns centralt i kommunen. Det borde finnas någon central funktion i kommunen som sammanställer händelser och åtgärder så att nämnden har möjlighet att få en kommunövergripande information om hur situationen ser ut.*

*Att man ofta gör förändring av arbetsrutiner efter ett uppmärksammat missförhållande är inte förvånande. Det är däremot förvånande att man har utökning av personal vid så många tillfällen som 16. Det framgår inte av svaren om det är en akut eller långsiktig åtgärd. Sannolikt är det fråga om en temporär utökning för att klara av en tillfälligt svår situation med hög arbetsbelastning. Med kännedom om kommunernas ekonomiska svårigheter är det inte troligt att permanent utökning av personal har gjorts mer än undantagsvis.*

## **Underrättelse till Länsstyrelsen**

Enligt lagstiftningen skall socialnämnden underrätta länsstyrelsen om åtgärd inte vidtagits inom en vecka. Underrättelse av den anledningen har bara inträffat vid några enstaka tillfällen. Flera kommuner underrättar dock Länsstyrelsen om händelser eller missförhållanden av allvarigare art även om åtgärd vidtagits inom en vecka. Efter att ett missförhållande inträffat är det ofta fråga om åtgärder både på kort och på lång sikt. Det är därför rimligt att vissa åtgärder på lång sikt inte är fullgjorda inom en vecka. Det kan exempelvis röra sig om utbildning eller reflexion i grupp vilket bör göras vid upprepade tillfällen. Det kan handla om ombyggnad som tar viss tid. En utredning och en plan för långsiktiga åtgärder måste absolut ha påbörjats inom en vecka annars skall Länsstyrelsen underrättas. En akut åtgärd måste i regel vidtas omedelbart för att undanröja ett missförhållande.

## **Kvartalsrapporter**

Det kommer ytterst få anmälningar till Länsstyrelsen på grund av att åtgärd ej vidtagits inom en vecka. Som tillsynsmyndighet vill Länsstyrelsen fortlöpande ha information om avvikelser, oväntade händelser eller missförhållanden. I syfte att kontinuerligt följa vad som händer i kommunerna när det gäller anmälningar enligt Lex Sarah begär därför Länsstyrelsen in kvartalsrapporter. Vissa kommuner rapporterar regelbundet enligt Länsstyrelsens begäran medan andra rapporterar endast sporadiskt. De flesta skickar inte någon rapport om det inte inträffat någon under det gångna kvartalet.

## **Kommunernas skriftliga instruktioner**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2000:5 (S) skall det i kommunen finnas skriftliga instruktioner för handläggning av anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453). En kopia av instruktionen skall lämnas till länsstyrelsen. Kommunen skall se till att den personal inom omsorgerna och de frivilligarbetande som omfattas av dessa föreskrifter och allmänna råd får kunskap om instruktionerna. Personalen skall kontinuerligt informeras om anmälningsplikten.

Föreskriften anger att kommunen skall ha en instruktion för hantering av anmälningar enligt Lex Sarah. Flera kommuner och enskilda verksamheter lämnade till Länsstyrelsen in sina framtagna instruktioner efter en kort tid. Några dröjde men inkom med instruktion efter en eller flera påminnelser.

I egenskap av tillsynsmyndighet har Länsstyrelsen granskat de inlämnade instruktioner i samband med att denna rapport skrives.

Samtliga kommuner har angett i enkätsvaren att instruktion finns och alla kommuner har tidigare lämnat in instruktion till Länsstyrelsen.

Enligt SOSFS 2000:5 (S) skall det av instruktionen framgå

Vem som ansvarar för att ta emot anmälan

Vem anmälan görs till om den som normalt ansvarar för att ta emot anmälan själv berörs

Vem som ansvarar för att utredning görs

Att anmälan alltid skall registreras

Att det även är möjligt att anmäla till socialnämnden eller länsstyrelsen

Ovanstående punkter finns inte med i alla instruktioner vilket gör att instruktionen inte blir tillräckligt tydlig för den anställde. I enkäterna togs frågan upp om vem som ansvarar för att ta emot anmälan och här är det flera kommuners svar som inte stämmer med den egna instruktionen.

De flesta har utarbetat en blankett för anmälan. Vissa kommuner har utarbetat rutin för anmälan för enbart Lex Sarah medan andra har rutiner som även omfattar Lex Maria-anmälningar och anmälningar enligt LSS och i något fall anmälan om misshandel mot underårig i samma dokument.

Flera kommuner och enskilda verksamheter har instruktionen som en del i kvalitetshandbok.

Linköping och Norrköping har entreprenadavtal med enskilda verksamheter inom äldre- och handikappomsorg. Båda kommunerna har instruktioner som kan användas av entreprenörerna och vissa av dessa använder den kommungemensamma instruktionen. De flesta entreprenörerna har dock tagit fram egna instruktioner.

### *Instruktionernas kvalitet*

Avsikten är att instruktionen skall vara anpassad till lokala förhållanden och att den skall vara till hjälp för anställda så att man vet hur man ska förfara när man anser att missförhållanden föreligger.

Innehållet och kvaliteten i instruktionerna varierar. Vissa är mycket omfattande med detaljerad beskrivning av hur anmälan och hantering bör gå till. Andra instruktioner är knapphändiga ibland med otillräcklig information. Vissa innehåller i stort samma text som föreskriften SOSFS 2000:5 (S) och ger därför ingen ytterligare information.

Det är en del oklarheter i instruktionerna. Det finns enstaka instruktioner där det inte alls framgår hur anmälan faktiskt ska gå till. Det saknas till och med hänvisning till om att det finns någon blankett.

Det finns även några enstaka instruktioner som innehåller direkta felaktigheter.

De flesta kommuner har tagit fram en blankett som anmälan kan göras på och några har samma blankett för tillbud, avvikelser, försummelse, missförhållanden och övergrepp. Vissa anmälningsblanketter är ofullständiga, det saknas bl. a. uppgift om vem som anmält, underskrift, datum för anmälan och eventuell vidtagen åtgärd.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Flera instruktioner är mycket omfattande. Det är inte något klart samband mellan omfattningen och tydligheten i instruktionerna. Vissa instruktioner är så omfattande att det blir rörigt, svårtillgängligt och risk för missförstånd. Otydligheten kan hos personal förorsaka osäkerhet om hur man skall förfara när man anser att ett missförhållande föreligger. Några instruktioner är endast angivna i punktform på någon enstaka sida men ger ändå en bra uppfattning hur man som anställd skall göra.*

*Av instruktionerna utformning kan tolkas att uppfattningen om vad som bör betraktas som Lex Sarah inte är entydig.*

*Boxholm och Ödeshögs har en mycket enkel men ändå tydlig instruktion för personal. Den är lokalt anpassad med egen text och med hänvisning till blankett. Socialstyrelsens föreskrift ligger som bilaga.*

*Av en del instruktioner eller blanketter framgår att det är anmälaren som skall avgöra inom vilket lagrum händelsen skall anmälas. Den bedömningen bör ligga på lägst enhetschefsnivå.*

#### *Instruktionernas aktualitet*

När SOSFS 2000:5 (S), som föreskriver att det skall finnas skriftliga instruktioner, kom ut så lämnade flertalet kommuner dessa till Länsstyrelsen. I samband med exempelvis omorganisation eller ändring i lagtext riskeras att delar av instruktionen blir inaktuella. Det kan därför finnas skäl för kommunerna att efter en tid gå igenom och uppdatera sina instruktioner. Några kommuner har gjort viss omarbetning eller viss mindre korrigering av sina instruktioner. Länsstyrelsen har informerats om att ett par kommuner, Finspång och Söderköping, håller på att omarbeta sina instruktioner.

Några entreprenader och enskilda verksamheter och har omarbetat eller gjort justeringar för att instruktionerna skall vara aktuella.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det är en hel del som inte är aktuellt i instruktionerna och därför borde flertalet kommuner uppdatera sina instruktioner.*

## Dokumentation

Anmälningar om missförhållanden har inget självändamål utan bör framförallt användas för att utveckla och förbättra vården och omsorgen. Anmälningar och interna rapporteringar om avvikelser och missförhållanden bör, enligt kvalitetsföreskriften SOSFS 1998:8 (S), dokumenteras, sammanställas och analyseras för att kunna utgöra underlag för dialog och instrument för kvalitetsutveckling.

### Länsstyrelsens kommentar

*Det är viktigt att ha system för registrering och att uppföljning görs med deltagande av vårdpersonal. En systematisk registrering underlättar också framtagande av statistik. Den samlade dokumentationen kan också utgöra underlag för rapport till ansvarig nämnd.*

## Hur får all personal kunskap om anmälningsplikten?

I enkäten som avsåg 2001 till kommunerna ställdes frågan om all personal som omfattas av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen och föreskrifter och allmänt råd SOSFS 2000:5 (S) informerats om anmälningsplikten och tolv kommuner har svarat ”ja” på frågan och Norrköping har svarat ”vet ej”. Även här förklaras att det är enhetscheferna som ansvarar för informationen till personalen.

Tabell 8: Hur ser kommunen till att all personal får kunskap om anmälningsplikten

KOMMUN	INFORMATION OM ANMÄLNINGSPLIKTEN
Boxholm	Personalträffar, introduktion
Finspång	Chefsgrupp, personalmöten
Kinda	Introduktion, arbetsplatsträffar
Linköping	Introduktion, personalmöten, rutinpärm
Mjölby	Anställning, vid händelser, ”erfarenhetsåterföringsträffar”
Motala	Personalmöten, skriftlig rutin
Norrköping	Skriftlig rutin
Söderköping	Enhetschefsmöten, arbetsplatsmöten
Vadstena	Rutinpärm, muntlig information
Valdemarsvik	Arbetsplatsträffar, planeringsdagar
Ydre	Skriftlig rutin, arbetslagsinformation, introduktion av semestervikarier
Åtvidaberg	Introduktion, personalmöten
Ödeshög	Personalmöten

Det vanligaste är, enligt tabell 8, att information ges på personalmöten av olika slag och att man har tagit fram en skriftlig instruktion. Brukligt är att informationen går i hierarkisk ordning via chefsmöten till arbetsplatsträffar med

vårdpersonal. Hälften av kommunerna har angett att information om anmälningsplikten ingår i introduktion av ny personal och/eller vid anställning av vikarier. Några få kommuner har uppgett att man förutom muntlig information vid arbetsplatsmöten även har skriftlig information i exempelvis rutinpärmar. Norrköping har enbart uppgett att det finns en skriftlig rutin.

Enlig SOSFS 2000:5 (S) skall personalen kontinuerligt informeras om anmälningsplikten. Det framkommer inte av enkätsvaren om den här informationen har getts vid ett eller flera tillfällen.

Som exempel på särskilda åtgärder under 2001 har ett par kommuner haft en särskild "drive" när MAS varit ute och informerat. Några ger exempel på andra åtgärder för att ytterligare förankra kunskapen om anmälningsplikten hos personal. Sådana exempel är att man har detta med i en kvalitetsplan, enheter har själva arbetat med att ta fram bemötandepolicy eller man har omarbetat instruktionerna och tydliggjort hur den interna hanteringen skall gå till.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Det är positivt att flertalet kommuner uppger att man ger information på personalmöten och ser till att personal får kunskap om anmälningsplikten. Det är viktigt att detta görs med regelbundenhet så att man håller frågan vid liv och att det ses som en naturlig del i arbetet att vara vaksam på kvaliteten i vården.*

*Att man som i Norrköping svarat att man inte vet hur informationen går till kan tolkas som att man inte har diskuterat Lex Sarah-hantering på chefsmöten/motsvarande. Någon övergripande uppföljning kan heller inte vara gjord.*

### **Tillämpning av Lex Sarah**

I enkäten som gick ut från Socialstyrelsen i början av 2003 frågades om kommunerna och de enskilda verksamheterna hade stött på några svårigheter i tillämpningen av Lex Sarah, 14 kap. 2 § socialtjänstlagen eller i föreskriften och allmänna rådet SOSFS 2000:5 (S).

Oerhört få kommuner och enskilda verksamheter har svarat att man har några svårigheter med tillämpningen av lagstiftningen och föreskriften. Några har dock talat om att det ofta inte är lätt att tolka och tillämpa bestämmelsen. Det kan konstateras att det är från de kommuner/verksamheter som har gjort anmälningar som framfört kritiska synpunkter på tillämpningen av lagen och föreskriften. Man menar att det är nödvändigt med en del förtydliganden.

Det är svårt att ibland skilja på Lex Sarah och Lex Maria. Här framförs bland annat att man inte vet hur "fall" skall anmälas/rapporteras.

Vissa definitioner i föreskriften är, enligt enkätsvaren, diffusa och ger därmed inte något stöd för tillämpning av lagen. Framförallt är det ”allvarligt missförhållande” som anges som svårtolkat. Hur grav skall en händelse vara för att anses som allvarlig frågar flera verksamhetsföreträdare.

Ett hinder i benägenheten att anmäla är att många uppfattar bestämmelsen som en angiverilag och det finns en oro att någon blir utpekad som syndabock.

#### *Länsstyrelsens kommentar*

*Eftersom det framförallt är de kommuner/verksamheter där det förekommit Lex Sarah-anmälning, som i enkäterna svarat att man har haft svårigheter med tillämpningen av lagen bör dessa synpunkter väga tungt. De som inte haft någon anmälan borde ha betydligt mindre erfarenhet av tillämpningen. Det kan finnas skäl att anta att man inte uppger att man har svårigheter med något man inte har erfarenhet av.*



## Enskild tillståndspliktig verksamhet

### Resultat av enkäterna

De enskilda verksamheter som omfattas av enkätundersökningen som avsåg år 2001 är Hjulebo Omsorg AB, Vångadal AB (Vångadal och Villa Vånga), Vadstena Hospice AB, Opalen Vård AB (Björkbacken Omsorg och Torsvillan), Leonardsbergs Centrum AB, Norrköpings Kognitiva Centrum AB och Schedevi Psykiatri AB.

I den enkätundersökning som avsåg år 2002 omfattas inte Vångadal AB eftersom den verksamheten numera är en entreprenad till Norrköpings kommun och därmed ingen tillståndspliktig verksamhet.

Totalt har fem anmälningar gjorts från enskild verksamhet under 2001, en från Hjulebo Omsorg AB och fyra från Schedevi Psykiatri AB. Det rörde sig i ett fall om brister i bemötande, ett var fysiskt övergrepp och tre var brister i tillsynen av den enskilde. En kvinna och fyra män var inblandade i händelserna.

Schedevi Psykiatri AB har redovisat tre anmälningar för år 2002. Alla tre är män och när det gäller typ av missförhållande har man bedömt alla som brister i tillsynen. En av händelserna har föranlett ändring av arbetsrutiner medan de andra inte föranlett någon åtgärd eftersom dess händelser varit en följd av den boendes försämrade psykiska status.

Resurscenter Mo Gård AB, som också har en tillståndspliktig verksamhet enligt socialtjänstlagen, har på grund av ett förbiseende inte kommit med i enkätundersökningen. Mo Gård har emellertid inkommit med två Lex Sarah-anmälningar under 2002. Enligt Länsstyrelsens tolkning av anmälningarna tillhör den ena händelsen kategorin sexuellt övergrepp och den andra brister i omsorgen. Verksamheten har vidtagit åtgärder både direkt i samband med händelserna och långsiktiga åtgärder i förebyggande syfte. Dessa två händelser omfattade totalt fyra män.

Från övriga enskilda verksamheter som ingått i undersökningen har inte någon anmälan rapporterats.

De enskilda verksamheterna anser inte att de har några svårigheter med tillämpning av Lex Sarah, 14 kap. 2 § socialtjänstlagen eller föreskriften och allmänna rådet SOSFS 2000:5 (S). Endast Hjulebo Omsorg AB har framfört att det är svårt att veta när en händelse är så allvarlig att en anmälan skall göras.

## **Instruktionerna**

Samtliga av dessa enskilda verksamheter har framtagen instruktion för hantering av Lex Sarah. Alla uppger att all personal har fått information om anmälningsplikten. På frågan om på vilket sätt personal får information är svaren lika de svar som kommunerna gett. Man ger information på personalmöten, man har framtagen kvalitetshandbok, antaget kvalitetssäkringssystem eller rutinpärm. Man ger skriftlig och/eller muntlig information vid introduktion av nyanställda och vikarier och man tar upp det vid utvecklingssamtal och vid uppföljning av alla avvikelser.

Några entreprenörer har omarbetat sina instruktioner eller gjort justeringar för att de skall vara aktuella.

Många har en särskild blankett för att den anställde skall skriva på att man tagit del och förstått instruktionen. Detta förekommer inte i någon kommunal verksamhet.

Inom alla verksamheterna är det verksamhetschefen som är den som har ansvar för att ta emot en eventuell anmälan. Någon har uppgett att det även kan vara en sjuksköterska eller enhetschef.

### *Länsstyrelsens kommentar*

*Även bland de enskilda verksamheterna varierar instruktionernas innehåll och kvalitet. Någon enstaka är så knapphändig att den knappast kan betraktas som en instruktion eller att den kan tjäna som vägledning om hur man skall göra.*

## Diskussion

### Varför ser det så olika ut?

Antalet anmälningar skiljer sig väsentligt mellan länets kommuner. Detta mönster är likartat i riket som helhet. Inom många län är det någon eller några kommuner som har många anmälningar medan flertalet kommuner har få eller ingen anmälan. Östergötland är det län i riket som hade flest anmälningar år 2001 och 2002 hade Östergötland näst flest anmälningar i landet. Det kan enbart spekuleras i anledningen till detta resultat. Sannolikt har man mycket olika uppfattning om vad som bör betecknas som missförhållanden och därmed vad som bör anmälas. En annan anledning är antagligen att chefer och arbetsledare haft olika ambitioner när det gäller information till personal om anmälningsplikten. Den stora skillnaden mellan 2001 och 2002 beror sannolikt på att Norrköping med 122 anmälning drar upp resultatet för 2001. Det finns förmodligen förklaring till att skillnaden mellan mätningarna är så oerhört stor i Norrköping men man har inte i enkätsvaret redovisat något skäl till varför antalet anmälningar minskat. Kan man ha informerat personal att ändra anmälningsrutinen eller har man ett annat synsätt vad som skall betecknas som missförhållande? Det har inte kommit någon ny instruktion till Länsstyrelsen som tyder på ändrade rutiner. Det är dock enligt Länsstyrelsens uppfattning osannolikt att förekomsten av missförhållanden och avvikelser kan variera i sådan omfattning som framkommer av resultaten i den här rapporten. Det är därför viktigt att kommunerna analyserar förhållandet.

De erfarenheter som Länsstyrelsen hittills har fått genom bland annat samtal och tillsynsbesök talar för att osäkerheten är stor när det gäller Lex Sarah. Ansvariga chefer och handläggare är osäkra eller har olika uppfattning om hanteringen. Okunnigheten är också stor bland personal. Det verkar som om anmälnings-skyldigheten inom vissa enheter inte finns med i tankevärlden. Även om det finns förklaring till att det förekommer mycket stora variationer bör bestämmelsen om Lex Sarah-anmälningar hanteras så att jämförelse mellan år och mellan kommuner möjliggörs.

Det står klart att kommuner som har rapporterat många missförhållanden och/eller händelser i kvartalsrapporten till Länsstyrelsen har redovisat vissa händelser som var för sig inte behöver anses som allvarligt missförhållande. Vissa kommuner har inte tagit med sådana händelser i enkätsvaren medan andra har gjort det. Det leder också till att det blir mycket ojämnt mellan kommunerna. Kan det vara så att man är rädd för påföljder, att man skall hamna i dålig dager eller att det skall bli stora rubriker i massmedia? Chefer bör verka för ett arbetsklimat som underlättar rapportering om icke förväntade händelser även av mindre allvarlig art och bör regelbundet föra diskussion om syftet.

För att undvika ojämnheter som beror på olika uppfattning om innebörden av Lex Sarah avser Länsstyrelsen att på ett mer påtagligt sätt verka för att åstadkomma en mer entydig grund att stå på och en mer likartad bedömning inom länet.

### **När blir det Lex Sarah?**

I föreskriften och allmänna rådet SOSFS 2000:5 (S) anges bland annat följande:

- Alla som är anställda, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande är skyldiga att anmäla allvarliga missförhållanden.
- Återkommande brister i omsorgerna kan sammantaget utgöra allvarliga missförhållanden även om bristerna var för sig inte kan anses vara det.
- Anmälan bör göras redan när det finns grundad anledning att anta att det föreligger allvarliga missförhållanden.
- I kommunen skall finnas skriftliga instruktioner för handläggning av anmälningar.
- Anmälningar om och utredningar av allvarliga missförhållanden skall noggrant dokumenteras så att olika riskfaktorer kan identifieras för att undvika framtida missförhållanden.

Missförhållanden kan utgöras av olika typer av övergrepp, det kan vara brister i omsorgen och det kan vara brister i bemötandet av den äldre eller funktionshindrade. Det behöver inte vara graden av allvar i en enskild händelse som avgör om det skall räknas som Lex Sarah. Alla händelser eller pågående ej önskvärda processer som klart avviker från det förväntade kan anmälas enligt Lex Sarah. Här åsyftar Länsstyrelsen texten i föreskriften ”Återkommande brister i omsorgen kan sammantaget utgöra allvarliga missförhållanden ... ” Detta bör, enligt Länsstyrelsen, tolkas att även en till synes liten händelse som kan verka oskyldig eller harmlös bör anmälas och dokumenteras enligt kommunens framtagna rutin. För att möjliggöra analys av förekomsten av ej önskvärda händelser är det nödvändigt att ha händelserna dokumenterade.

Det kan som exempel antagligen lätt utvecklas nya normer inom ett särskilt boende där många av de äldre på grund av skröplighet och/eller dement beteende uppträder avvikande från det normala. Som personal får man inte göra avkall på sitt eget uppträdande eller på respekten för den enskildes integritet och självbestämmande. Vad som är skälig levnadsnivå skulle kunna vara en utgångspunkt för reflexion i grupp.

### **Vad är anmälan?**

Alla anställda skall känna till vem som har ansvar att ta emot anmälan. Anmälan är gjord så snart en anställd påpekar att något missförhållande har uppmärksamats. Vad som sedan sker är intern hantering för att dokumentation och utredning kommer till stånd, att åtgärd vidtas och att socialnämnden får känne-

dom om det inträffade. Det bör finnas en blankett att nedteckna anmälan på. Det är inget som hindrar att man har samma blankett för olika typer av anmälningar enligt olika lagstiftningar. Det bör, enligt Länsstyrelsens mening, inte vara anmälaren själv som gör bedömningen inom vilket lagrum som anmälan görs. Detta bör göras av den som ansvarar för utredning och åtgärd.

Alla missförhållanden eller tillfällen när det finns grundad anledning att anta att det föreligger allvarliga missförhållanden bör dokumenteras, utredas och åtgärdas oavsett hur missförhållandet uppdragas. Anhöriga eller andra enskilda kan inte göra anmälan enligt Lex Sarah eftersom de inte omfattas av lagstiftningen. Men man kan framföra klagomål på vården och omsorgen och detta är lika viktigt att dokumentera, utreda och åtgärda som en Lex Sarah-anmälan. För att få en helhetsbild av förekomsten av missförhållanden är det en fördel att dokumentera både anmälningar och klagomål samlat. Det borde underlätta riskanalyser och arbetet med kvalitetsförbättring.

### **Ansvar att ta emot anmälan**

I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2000:5 (S) 4 § anges att ”Om mottagaren av anmälningar enligt instruktionen delegerats till en tjänsteman eller en funktion inom socialförvaltningen, skall den som tar emot anmälan alltid informera socialnämnden”. Förutom det formella ansvaret bör det, särskilt i de större kommunerna, finnas en framtagen rutin för hur man praktiskt ska gå till väga för att informationen skall nå delegaten.

Det kan verka naturligt att de flesta angett i enkätsvaret att enhetschef eller motsvarande är den som tar emot en anmälan eftersom det vanligtvis är baspersonal som gör anmälan och det är följaktligen praktiskt med den rutinen. I de kommuner man inte har uppgett att det är enhetschef eller närmaste arbetsledare kan man ställa frågan vilken roll enhetschefen har vid Lex Sarah-anmälningar? Är det i praktiken så att baspersonalen anmäler direkt till förvaltningschef eller MAS utan att arbetsledaren är inblandad? Enhetschefen, som har ett ansvar för kvaliteten i vården och omsorgen inom enheten, måste på ett eller annat sätt få vetskap om vilka brister som förekommer och bör enligt rutinen vara delaktig i Lex Sarah-hanteringen även om han/hon inte har ansvaret att informera socialnämnden.

Sättet att besvara frågan om ansvar att ta emot anmälan antyder att vissa kommuner blandar ihop frågan om vem som har ansvar att ta emot anmälan, det vill säga har nämndens delegation, och vilken intern rutin man har för att det hela praktiskt ska fungera.

## **Bör klagomål anmälas som Lex Sarah?**

Lagen reglerar att alla anställda har skyldighet att anmäla missförhållanden. Det nämns inget om den enskilde omsorgstagaren eller anhöriga. Ett klagomål kan givetvis och har troligtvis en grund i ett missförhållande av något slag. Enskilda har dock ingen anmälningsskyldighet.

Det är dock av stor vikt att klagomål dokumenteras, utreds och åtgärdas på samma sätt som andra avvikelser. Dessa måste ovillkorligen ingå i en övergripande kvalitetsuppföljning med analys av avvikelsernas frekvens och orsaker. Enligt Länsstyrelsens uppfattning bör ett klagomål inte rapporteras som en Lex Sarah. Det kan givetvis vara så att en händelse anmäls av en personal enligt Lex Sarah samtidigt med att en anhörig framför ett klagomål. Det kan med fördel framgå av dokumentationen att händelsen har rapporterats på två olika sätt men det bör givetvis i statistiken endast tas upp som en händelse.

## **Bemötande**

Få anmälningar har i de här undersökningarna gällt bristande bemötande. Det är förvånande och det finns anledning att analysera anledningen till detta. Länsstyrelsen har erfarenheten att när klagomål på omsorgen framförs finns nästan alltid synpunkter på bemötande med. Det är ofta känsligt och svårt att klaga på någons bemötande, det blir självklart en personlig anklagelse. Många har framfört att Lex Sarah är en angiverilag och därför får konsekvensen att den inte tillämpas i full utsträckning enligt syftet. Det kan säkert uppfattas som angiveri i vissa fall när en anmälan handlar om att en person har uppträtt med bristande respekt för den enskilde. Det kan vara en förklaring till att anmälningar om bemötande är så få. Kontinuerlig diskussion i arbetsgrupper om bemötande och förhållningssätt kan främja öppenheten så att även känsliga områden kan beröras.

## **Vad är brister i tillsynen och brister av annat slag?**

Enligt föreskriften SOSFS 2000:5 (S) kan missförhållanden delas in i övergrepp, brister i omsorgen och brister i bemötande. Kommunerna har i enkäterna ombetts att kategorisera anmälningarna. När det gäller brister i omsorgen hade man att välja mellan sådant som hade att göra med personlig hygien, tand- och munhygien, mathållning, brister i tillsynen av den enskilde och brister av annat slag. Det absolut vanligaste är att man har bedömt att missförhållandet skall betecknas som brister i tillsynen eller brister av annat slag. Vad skulle inte kunna betecknas som brister i tillsynen? Varför är det så svårt att konkretisera, definiera vad det är som skett eller inte skett?

Det är inte många händelser som kategoriserats som brister i personlig hygien, tand- och munhygien samt mathållning. Det är, enligt Länsstyrelsen mening, förvånande att det är så få anmälningar av den typen. När klagomål kommer till

Länsstyrelsen handlar dessa ofta om brister i personlig hygien, munvård och mathållning samt om bemötande. Det framkommer av skriftliga klagomål och av telefonsamtal till Länsstyrelsen att man som anhörig inte är villig att framföra synpunkter/klagomål på omvårdnaden för att man är rädd för att situationen skall bli sämre och kanske gå ut över den person som vårdas. Det har också vid ett flertal tillfällen framförts till Länsstyrelsen att man bemöts dåligt och på ett oprofessionellt sätt om man trots obehagskänslor framfört sina synpunkter. Detta är synnerligen allvarligt. Vården skall genomföras i samverkan med den enskilde och/eller anhöriga. Den enskilde och anhöriga måste beredas tillfälle att påverka vårdens utförande.

Arbetsledare och andra chefer inom äldre- och handikappomsorgen har ett stort ansvar när det gäller kommunikationen mellan enskilda och verksamhetens företrädare på olika nivåer.

### **Fall - vad är det?**

Ibland har man svårigheter att särskilja olika anmälningsskyldigheter. Inom hälso- och sjukvården anmäls fallskador enligt "Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering", 2002:4 (M). Den föreskriften anger att om en "patient i samband med, eller i nära anslutning till undersökning, vård eller behandling ... skadats vid fall eller vid förflyttning, skall anmälan göras endast när avvikelseren föranletts av brister i säkerhetsanordningarna eller tillsynen av patienten".

Inom särskilt boende bedrivs både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Till största delen är vården och omsorgen insatser enligt socialtjänstlagen. Det är mycket vanligt inom särskilt boende att personer ramlar av olika anledningar. Det är ofrånkomligt att äldre människor faller ibland. Utredningar måste ovillkorligen genomföras och åtgärder vidtas för att i möjligaste mån minimera antalet fall. Fall bör dokumenteras enligt kommunens avvikelserutin. Det bör då framgå om fallet har inträffat i samband med vård och behandling eller i samband med att en socialtjänstinsats utförts. Om en person till exempel halkar och faller i samband med duschning är det, enligt Länsstyrelsen, inte vård och behandling eller hälso- och sjukvård som utförs. Det är socialtjänst och det skall anmälas och dokumenteras utifrån socialtjänstlagen. Här behövs bättre kunskap så att personal förstår skillnaden mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Av en tradition anmäls och dokumenteras "fall" som en händelse som inträffar i samband med vård och behandling inom hälso- och sjukvårdens ram. Frågan om nyttan av enhetliga system för alla yrkeskategorier och alla typer av avvikelser bör kanske övervägas på nationell nivå.

## **Utredning och dokumentation**

Anmälningar om och utredningar av allvarliga missförhållanden skall noggrant dokumenteras så att olika riskfaktorer kan identifieras för att undvika framtida missförhållanden. Detta framgår av SOSFS 2000:5 (S). Vidare anges att när någon gjort anmälan skall en utredning inledas omedelbart, det vill säga samma arbetsdag som anmälan görs. Av kommunens instruktion skall det framgå vem som har ansvar för att en utredning görs. All personal skall ha informerats om detta.

Hur utredningen skall göras och hur noggrann denna bör vara är beroende av allvaret i händelsen. Det kan vara händelser som inte anses vara allvarligt missförhållande. Händelseförloppet kanske framgår klart utan någon större utredning och åtgärd vidtas omedelbart och det hela är löst. Sådana händelser bör inte leda till omfattande utredning. Det är dock viktigt att händelsen dokumenteras och finns med i en samlad analys över det totala antalet händelser och/eller missförhållanden samt vilken typ av händelse det är fråga om.

Avvikelse och missförhållanden av allvarlig karaktär måste däremot utredas noggrant. För trovärdighet i utredningens resultat har det stor betydelse att utredaren är opartisk och utan lojalitetskänslor. Det är därför många gånger olämpligt att arbetsledare eller enhetschef gör utredningen. Den närmaste chefen, som har ett ansvar för att det bland mycket annat finns ändamålsenliga rutiner och att personalen är informerad och har ett korrekt bemötande, kan inte anses om opartisk i detta sammanhang.

## **Uppföljning av vidtagna åtgärder**

Som tidigare sagts skall dokumentationen över avvikelser och icke förväntade händelser användas för att kunna identifiera riskfaktorer, vidta erforderliga åtgärder och för att undvika framtida missförhållanden. Det har betydelse att vidtagna åtgärder har avsedd effekt och uppföljning av vidtagna åtgärder bör därför göras regelbundet. Uppföljning skall inte bara göras av den enskilda händelsen utan det är lämpligt att även genomföra uppföljning som ger en övergripande bild av tillståndet i kommunen som helhet. Resultatet bör diskuteras och återföras till de anställda. Vunna erfarenheter bör användas i förebyggande syfte och vid kvalitetsutveckling. Länsstyrelsen vill här framhålla vikten av att resultatet av en sådan övergripande uppföljning presenteras för ansvarig nämnd.

Resultatet av de nu genomförda enkätundersökningarna lämnar en hel del frågor och uppmanar till fortsatt uppföljning och både kommunvis och länsövergripande utredningar av olika slag. Även information och viss utbildning bör göras såväl inom respektive kommun som av Länsstyrelsen.



## **Åtgärder på lång sikt - kvalitetsutveckling**

Vid genomgång av den samlade dokumentationen kan det uppenbaras att vissa enheter är drabbade mer än andra, att olyckor händer vid vissa tidpunkter eller att utebliven hjälp, slarv eller glömska kan hänföras till viss person. Efter analys av sådan samlad dokumentation bör ansvariga chefer och arbetsledare kunna bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att få till stånd en ändring på lång sikt. Man kan ha vidtagit vissa åtgärder akut i samband med händelsen men man kanske inte har vidtagit åtgärder som innebär att händelsen inte upprepas. Här kan det vara fråga om ändring av rutiner, personaltäthet, arbetsledarens ansvarområde eller utvecklingssamtal med personal.

Avvikelsehantering utgör ännu en liten del i kvalitetsutvecklingsarbetet. Det framkommer att arbetet med att analysera, återföra och använda vunna erfarenheter i ett övergripande riskanalysarbete ännu inte är tillfredsställande. Alla avvikelser bör ses i ett helhetsperspektiv.

## **Kontinuerlig information till personalen om anmälningssplikten**

Enligt föreskriften SOSFS 2000:5 (S) skall personalen kontinuerligt informeras om anmälningssplikten. Flertalet kommuner har angett i enkätsvaret att anställda informeras på personalmöten samt att man har den skriftliga instruktionen. Den skriftliga rutinen är viktig att ha till hands när någon vill göra en anmälan och man inte vet hur det ska gå till. Det absolut viktigaste är att arbetsledaren har en kontinuerlig dialog/diskussion med personal om syftet med att anmäla. Som personal är det oerhört viktigt att känna till syftet, så att man inte misstänker att avsikten är att komma åt någon syndabock. Syftet skall vara att ständigt förbättra vården, undanröja säkerhetsrisker och utveckla ändamålsenliga rutiner.

Diskussionerna kan med fördel ha viss karaktär av självrannsakan för att medvetandegöra rutiner, normer och förhållningssätt. Diskussionerna bör främja förmågan till empatiskt tänkesätt. Ibland kan det vara nödvändigt att engagera en konsult med särskild kunskap inom området. Om man verkligen vill höja personalgruppens kompetens inom området är regelbunden handledning en väg som med största sannolikhet ger effekt. Även på chefsnivå bör man med regelbundenhet ha en övergripande diskussion om risker, trygghet, bemötande och vad god vård innebär.