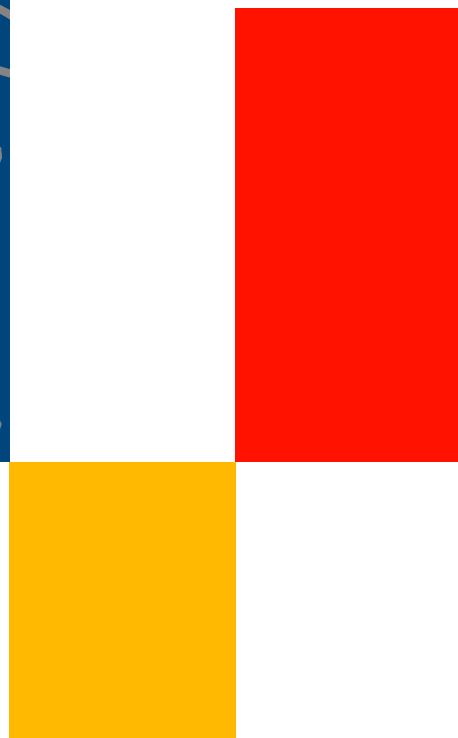


Lex Sarah och avvikelsehantering

Sociala enheten 2004-10-26





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 under år 2003.

Bo Silén
Socialdirektör

Britta Mellfors
Socialkonsulent

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING MED LÄNSSTYRELSENS KOMMENTARER.....	5
BAKGRUND.....	7
AKTUELL LAGSTIFTNING	7
FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD	8
METOD.....	9
REDOVISNING AV RESULTAT I KOMMUNERNA.....	11
ANMÄLNINGAR	11
BOENDEFORM	12
UPPDELNING AV ANMÄLNINGARNA EFTER KÖN	14
TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE	15
<i>Brister i bemötande</i>	15
<i>Övergrepp</i>	15
<i>Brister i omsorgen</i>	16
ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGARNA.....	19
ANSVAR ATT TA EMOT ANMÄLAN, ATT VIDTA ÅTGÄRDER OCH ATT AVSLUTA ÄRENDET.....	21
INFORMATION TILL NÄMNDEN.....	22
PERSONALENS KUNSKAP OM ANMÄLNINGSPLIKTEN.....	22
SKRIFTLIGA INSTRUKTIONER.....	23
KVARTALSRAPPORTER.....	24
ENSKILD TILLSTÅNDSPLIKTIG VERKSAMHET	25
RESULTAT AV ENKÄTERNA	25
DISKUSSION	29
DET SER FORTFARANDE MYCKET OLIKA UT.....	29
BÖR EN TILL SYNES HARMLÖS HÄNDELSE ANMÄLAS ENLIGT LEX SARAH?	29
BEMÖTANDE	30
MYCKET BEDÖMS SOM BRISTER I TILLSYNNEN OCH BRISTER AV ANNAT SLAG.	30
HUR MÅNGA FALL KAN MAN ACCEPTERA?	30
ANSVAR ATT TA EMOT ANMÄLAN, GÖRA UTREDNING OCH VIDTA ÅTGÄRDER.....	31
UPPFÖLJNING AV VIDTAGNA ÅTGÄRDER - KVALITETSUTVECKLING	31

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.

Länsstyrelsen har sedan år 2001 genomfört enkätundersökningar om kommunernas tillämpning av bestämmelsen. Denna rapport bygger på enkätsvar som kommunerna lämnade i början av 2004 och som avsåg händelser och avvikelser under år 2003.

Möjligheten att göra generaliseringar utifrån resultatet av enkätundersökningarna är begränsad. Däremot är det möjligt att konstatera att, drygt fem år efter införandet av den nya bestämmelsen, kunskapen om lagstiftningen inte är tillfredsställande.

Av alla gjorda anmälning från kommunerna avser cirka 80 procent särskilt boende. Totalt är 237 personer inblandade i 212 anmälningar. Av de inblandade personerna är 60 procent kvinnor.

Från enskild tillståndspliktig verksamhet kommer få anmälningar. De flesta har ingen anmälan alls. Den verksamhet som skiljer sig från övriga är Hjälpbo Omsorg. Länsstyrelsens erfarenhet är att ledningen har mycket god överblick och kunskap om verksamhetens vardag och arbetar aktivt med kvalitetsförbättringar.

Få anmälningar görs avseende personlig hygien, tand- och munhygien, mathållning samt bemötande. Det mesta klassificeras som övergrepp av annat slag, brister i tillsynen av den enskilde eller brister av annat slag. Det är oroande att så många händelser bedöms bero på brister i tillsynen av den enskilde.

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. 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 ha mycket stor variation mellan olika år. Det är oklart vad detta beror på.

Erfarenheten från Länsstyrelsens tillsynsbesök i kommunerna visar att kunskapen om Lex Sarah har förbättrats inom vissa verksamheter men är fortfarande bristfällig både hos chefer och hos vårdpersonal. Kommunen har ansvar att kontinuerligt informera berörd personal.

Samtliga kommuner i Östergötland har tagit fram skriftliga instruktioner för hantering av Lex Sarah. Några få kommuner har omarbetat sina instruktioner.

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. Några kommuner och även Hjulebo Omsorg har gjort detta.

Kommentarer

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

Det faktum att det är så stora variationer år från år talar för att det är nödvändigt att få till stånd en mer enhetlig syn på vad som bör anmälas enligt Lex Sarah.

Det är anmärkningsvärt att kunskapen fortfarande är bristfällig när det gäller hantering av Lex Sarah.

Enhetschefernas ansvar i hanteringen av Lex Sarah är inte alltid klart vilket är otillfredsställande. Första linjens chefer bör vara mer delaktiga i Lex Sarah-handläggningen.

Det är oroande att ekonomiska övergrepp ökar.

Brister i tillsynen är det konstant mycket av, det är dock oklart varför. Även brister av annat slag har ökat. Länsstyrelsen avser att i kommande undersökningar rikta in frågeställningarna mot detta.

Det är viktigt att ha system för registrering och att uppföljning görs med deltagande av personal. Den samlade dokumentationen kan också utgöra underlag för rapport till ansvarig nämnd.

Det är viktigt att kommunerna och enskilda verksamheter diskuterar hur man ser på avvikelser och hur man hanterar dessa.

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.

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.
Kvaliteten 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, skrämsel och kränkningar),
- Sexuella, och
- Ekonomiska (t.ex. stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring).

Brister i omsorgen kan enligt föreskriften och allmänna rådet röra;

- Personlig hygien,
- Mathållning,
- Tand- och munhygien, och
- Brister 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 en enkätundersökning om hantering av Lex Sarah. Länsstyrelsen begärde i början av 2004 uppgifter från länets alla kommuner och berörda enskilda verksamheter om antalet Lex Sarah-anmälningar som hade gjorts under år 2003.

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

Länsstyrelsen har under ett par år begärt att få kvartalsrapporter om de Lex Sarah-anmälningar som görs i respektive kommun. Dessa ligger också som underlag för den bild Länsstyrelsen har av lagens tillämpning.

Redovisning av resultat i kommunerna

Länets 13 kommuner ingår i undersökningen.

Anmälningar

Kommunerna har via enkäter tillfrågats om antal anmälningar gjorda under år 2003 och kommunerna skulle särredovisa händelser inom äldreomsorg respektive handikappomsorg. Nedanstående tabell visar vad kommunerna redovisat.

Tabell 1: Antal anmälningar/rapporteringar enligt 14 kap. 2 § SoL under 2003.

KOMMUN	ÄLDRE-OMSORG	HANDIKAPP-OMSORG	TOTALT
Boxholm	5	0	5
Finspång	3	2	5
Kinda	1	0	1
Linköping	71	29	100
Mjölby	4	0	4
Motala	3	2	5
Norrköping	16	41	57
Söderköping	1	0	1
Vadstena	25	0	25
Valdemarsvik	1	0	1
Ydre	1	0	1
Åtvidaberg	1	0	1
Ödeshög	6	0	6
Totalt:	138	74	212

Det är vid årets enkätundersökning första gången som inte någon kommun har redovisat noll anmälningar. Variationen är dock stor mellan kommunerna. Det är inte något klart samband mellan storlek på kommunen och antalet anmälningar. De två stora kommunerna, Linköping och Norrköping, har visserligen flest anmälningar vilket kan tyckas naturligt. Det är dock anmärkningsvärd stor skillnad i antalet anmälningar mellan dessa nästan lika stora kommuner. De tre mellanstora och två små kommuner har 4 till 6 anmälningar. Det är fem små kommuner som har enbart en anmälan. Vadstena, som också är en liten kommun, har 25 anmälningar.

En jämförelse kan göras med antalet anmälningar de två föregående åren. (Se tabell 2).

Tabell 2: Antal anmälningar per kommun under år 2001, 2002 och 2003.

KOMMUN	ANTAL ANMÄLNINGAR 2001	ANTAL ANMÄLNINGAR 2002	ANTAL ANMÄLNINGAR 2003
Boxholm	4	6	5
Finspång	5	6	5
Kinda	2	1	1
Linköping	53	37	100
Mjölby	4	1	4
Motala	0	1	5
Norrköping	122	4	57
Söderköping	3	0	1
Vadstena	0	7	25
Valdemarsvik	1	1	1
Ydre	0	1	1
Åtvidaberg	1	0	1
Ödeshög	0	22	6
Totalt:	195	87	212

År 2001 var det fyra kommuner, Motala, Vadstena, Ydre och Ödeshög som inte hade någon anmälan alls. Året därpå var det två, Söderköping och Åtvidaberg. Vid den senaste undersökningen, som gällde 2003, har samtliga kommuner minst en anmälan. Flertalet kommuner har endast några få anmälningar vid alla undersökningstillfällena. Linköping har ökat markant vid den senaste undersökningen, Norrköping och Ödeshög har haft mycket stora variationer, och Vadstena har ökat det senaste året. Resultatet visar mycket stora variationer över tid. Detta bör uppmärksammas ytterligare för att försöka få klarhet i anledningen till så stora variationer.

Länsstyrelsens kommentar

Det är enligt Länsstyrelsens uppfattning osannolikt att förekomsten av missförhållanden och avvikelser kan variera i sådan omfattning som framkommer av resultaten. Det är därför angeläget att få fram en form för likartad bedömning och redovisning av avvikelser så att det blir möjligt att kunna jämföra kommunerna och de enskilda verksamheterna med varandra.

Boendeform

Skyldigheten att anmäla missförhållande gäller såväl i ordinärt boende som i särskilt boende. Det framkommer tydligt att det framförallt är inom särskilt boende som missförhållanden uppmärksammas. De anmälningar som avser

händelser i ordinärt boende gäller oftast utebliven hjälp, obesvarat larm samt stöld av pengar.

Flertalet kommuner har ingen anmälan som gäller ordinärt boende. Linköping har flest med sina nio anmälningar i ordinärt boende. Linköping har även anmälda händelser inom annan verksamhet så som LSS-boende och dagverksamhet. (Se tabell 3).

Tabell 3: Anmälningar i ordinärt boende respektive särskilt boende år 2003.

KOMMUN	ORDINÄRT BOENDE	SÄRSKILD BOENDEFORM ENLIGT SOL	LSS-BOENDE DAGVERKSAMHET ANNAT
Boxholm	0	5	
Finspång	0	5	
Kinda	0	1	
Linköping	9	59	32
Mjölby	1	3	
Motala	3	2	
Norrköping	0	57	
Söderköping	0	1	
Vadstena	0	25	
Valdemarsvik	0	1	
Ydre	0	1	
Åtvidaberg	1	0	
Ödeshög	0	6	
Totalt:	14	166	32

En jämförelse mellan mätningarna år 2002 och 2003 visar att det är inom särskilda boendeformer som anmälningarna är flest. (Se tabell 4). Andelen anmälningar i ordinärt boende var dock mycket större 2002 än 2003. Vid undersökningen år 2001 gjordes ingen uppdelning mellan ordinärt och särskilt boende.

Tabell 4: Boendeform som anmälningarna avsåg år 2002 respektive 2003.

BOENDEFORM	ANTAL 2002	ANTAL 2003
Ordinärt boende	12	14
Särskild boendeform enligt SoL	75	166
Annat boende, dagverksamhet	0	32

Länsstyrelsens kommentar:

Det är inte förvånande att fler händelser uppmärksammas i särskilt boende än i ordinärt boende eftersom det är större kontinuitet i tillsynen av den enskilde i särskilt boende. Behovet av fler hjälpinsatser får dock inte medföra en ökad risk för att bli utsatt för missförhållanden.

Uppdelning av anmälningarna efter kön

Enkäten innehöll även en fråga om hur många kvinnor respektive män som omfattades av anmälningarna.

Det framgår att antalet personer som är berörda av anmälningarna är fler än det totala antalet anmälningar. Det beror på att vissa händelser omfattar flera personer. Det är betydligt fler kvinnor än män som omfattas av anmälningarna som gjordes under 2003 då nästan två tredjedelar av anmälningarna rörde kvinnor. (Se tabell 5).

Tabell 5: Antal kvinnor respektive män som omfattades av anmälningarna år 2003.

KOMMUN	ANTAL KVINNOR	ANTAL MÄN	FRAMGÅR EJ
Boxholm	1	4	
Finspång	2	1	
Kinda	1	0	
Linköping	84	40	
Mjölby	2	2	
Motala	5	0	
Norrköping	30	25	2
Söderköping	1	0	
Vadstena	13	12	
Valdemarsvik	3	1	
Ydre	1	0	
Åtvidaberg	1	0	
Ödeshög	4	2	
Totalt:	148	87	2

Drygt 60 procent av de personer som är inblandade i anmälningarna är kvinnor. Mot bakgrund av att det i regel är två tredjedelar kvinnor på boendena är denna siffra inte förvånande. Vid en jämförelse med fjolårets underökning kan noteras att det då var fler män än kvinnor men differensen var inte så stor. (Se tabell 6).

Tabell 6: Antal kvinnor respektive män som omfattas av anmälan år 2002 och 2003.

	ÅR 2002	ÅR 2003
Antal kvinnor	52	148
Antal män	62	87
Kön ej angetts	3	2

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. I enkäten har Länsstyrelsen indelat missförhållanden/avvikelser i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd 2000:5; nämligen bemötande, övergrepp och brister i omsorg.

Brister i bemötande

Totalt är det sex anmälningar under år 2003 som avser brister i bemötande. Av dessa är fem anmälningar gjorda i Linköping och en i Ydre. Det är samma mönster som vid tidigare undersökningar då det också varit få anmälningar som handlar om bemötande.

Övergrepp

I år liksom tidigare år ombads kommunerna att göra en uppdelning av olika typer av övergrepp. (Se tabell 7).

Tabell 7: Antal anmälda/rapporterade avvikelser under 2003 som avsåg...

KOMMUN	... FYSISKA ÖVERGREPP	... PSYKISKA ÖVERGREPP	... SEXUELLA ÖVERGREPP	... EKONOMISKA ÖVERGREPP	... ANNAT SE NEDAN
Boxholm					
Finspång				2	
Kinda				1	
Linköping	17	9		30	
Mjölby				1	
Motala				3	2
Norrköping	1		1	1	
Söderköping					
Vadstena					2
Valdemarsvik					
Ydre					
Åtvidaberg				1	
Ödeshög					
Totalt:	18	9	1	39	4

Motala har kommenterat att det som klassificerats som annat eventuellt skulle kunna betecknas som fysiskt övergrepp. Vadstenas två registrerade händelser under annat avser våld mot personal.

En påfallande stor andel av övergreppen är ekonomiska. Mer än hälften av alla ekonomiska övergrepp är ekonomiska. Det är Linköping som har anmält flest missförhållanden som avser ekonomiska oegentligheter. Av totalt 39 har Linköping 30 stycken.

Brister i omsorgen

En annan uppdelning var att redovisa missförhållanden/avvikelser utifrån olika typer av brister i omsorgen. (Se tabell 8). Av tabellen framgår att det under 2003 förekom en avvikelse som rörde personlig hygien, en munhygien och en som rörde mathållning.

Däremot har 63 anmälningar registrerats som brister i tillsynen och 45 stycken som annat. Det är oklart varför så mycket ryms inom dessa kategorier. Det finns inga kommentarer som beskriver vad det var som hade hänt eller vari bristen består. I enkäten var inte kommentar efterfrågad. När det gäller brister av annat slag ombads kommunerna att kommentera detta vilket man också gjort.

Tabell 8: Antal anmälningar under 2003 som avsåg brister i omsorgen.

KOMMUN	PERSON- LIG HYGIEN	MUN- HYGIEN	MAT- HÅLL- NING	BRISTER I TILLSYN	BRISTER AV ANNAT SLAG	VÅLD MELLAN BOENDE	FALL
Boxholm				2	2		1
Finspång					3		
Kinda					1		487
Linköping				17	28	12	2
Mjölby			1	1	1		
Motala				2			
Norrköping	1			15	9	29	
Söderköping				1			
Vadstena		1		19		3	18
Valdemarsvik				1			
Ydre							
Åtvidaberg							
Ödeshög				5	1		
Totalt:	1	1	1	63	45	44	508

Kommentarer till brister av annat slag:

Boxholm: Patient blivit klämd i hissdörr, fel hantering av lyftskynke.

Finspång: Förstoppning 20 dagar, boende ej kommit upp i rimlig tid, person ätit handkräm.

Linköping: 10 arbetsrutin, 13 vårdmiljö, 5 felaktig/utebliven behandling.

Mjölby: Brister i samarbete med landstinget.

Norrköping: 2 våld mot personal, 3 aggressivt beteende, 1 färdtjänst, 3 satt i halsen, förgiftning, kvävning.

Ödeshög: Brist i rapportsystem.

Våld mellan boende och fall har i årets undersökning redovisats separat för första gången. Flertalet kommuner har inga sådana anmälningar. Det kan bero på att man har registrerat fall på annat sätt.

Kinda har skickat med en skrivelse som lämnats till Socialnämnden för information av vilken det framkommer att man haft 487 fall under året. Uppgiften har tagits med i tabell 8. Få kommuner har registrerat fall enligt Lex Sarah. Utöver Kinda har Boxholm en sådan anmälan, Linköping har två och Vadstena har 18 stycken.

Vid en sammanställning av kommunernas redovisningar och jämförelse mellan åren 2001, 2002 och 2003 framträder en varierande bild. (Se tabell 9). Det finns förklaring till vissa variationer i det redovisade antalet. Bilden väcker dock många frågor.

Tabell 9: Kategorisering av rapporterade händelser år 2001, 2002 och 2003.

TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE	ANTAL 2001	ANTAL 2002	ANTAL 2003
Brister i bemötande	-	3	6
Övergrepp, -fysiska	80	7	18
- psykiska	18	2	9
-sexuella	6	0	1
-ekonomiska	6	11	39
-av annat slag	90	21	4
Brister i omsorg avseende			
-personlig hygien	13	2	1
-tand- och munhygien	-	1	1
-mathållning	4	1	1
-brister i tillsyn	52	39	63
-brister av annat slag	4	23	45
Våld mellan boende			44
Fall			21+487
Totalt	273	110	253+487

Det är mycket få anmälningar som gäller brister i bemötande. Antalet ligger tämligen konstant även om det är viss ökning. Det var endast tre anmälningar under 2002. Även 2001 var det några få och dessa kategoriserades som brister i omsorgen av annat slag och därför ser det i tabellen ut som om ingen anmälan gällt brister i bemötande år 2001.

Fysiska övergrepp har ökat något sedan föregående mätning men är inte alls uppe i det stora antal som det var 2001. En förklaring kan dels vara att Norrköping hade så få anmälningar överhuvudtaget år 2002 varför siffran var särskilt låg då. En annan förklaring kan vara att våld mellan boende tidigare har registrerats som fysiskt övergrepp men har i år registrerats som en egen kategori.

Psyksiska övergrepp är få även om det är en viss ökning vid den senaste undersökningen.

Sexuella övergrepp är mycket få och har varit så vid alla undersökningar.

Ekonomiska övergrepp, som framförallt handlar om stöld av pengar har ökat något. Linköping har haft flest av den kategorin vid alla mätningarna. Av de 39 anmälda fallen vid den nu senaste mätningen kommer 30 från Linköping.

Övergrepp av annat slag har successivt minskat vilket antagligen beror på att vård mellan boende registreras separat.

Det är inte många missförhållanden som kategoriserats som brister i personlig hygien. Antalet har minskat och det är endast en sådan, vilken registrerats i Norrköping. Även när det gäller tand- och munhygien samt mathållning är det mycket få anmälningar.

Brister i tillsynen om den enskilde är det många av vid alla undersökningarna och detta har ökat. Även brister av annat slag har ökat väsentligt. Båda dessa omfattar vitt skilda händelser.

Våld mellan boende har registrerats som egen kategori först år 2003. För 2001 och 2002 har dessa registrerats som fysiska övergrepp eller övergrepp av annat slag. Det är inom vissa boenden vanligt förekommande att de boende brukar våld mot varandra. Händelser där det oftast är två inblandade men ibland flera. Trots att våld mellan boende har registrerats som en egen kategori har brister av annat slag ökat. Däremot har, som sagts ovan, övergrepp av annat slag minskat.

Även händelser när personer ramlat har vid den nu senaste undersökningen noterats som en egen kategori. Det är inte troligt att det är en reell skillnad som resultatet i tabellen visar, dvs. att Kinda har haft 487 fall och att alla de övriga kommunerna tillsammans har haft totalt 21 fall. Skillnaden beror antagligen på skillnader i bedömning.

Länsstyrelsens kommentar:

Det är oroande att ekonomiska övergrepp ökar.

Antalet brister i tillsynen av den enskilde är konstant högt. Orsaken till detta måste diskuteras och åtgärder vidtas.

Våld mot personal omfattas inte av Lex Sarah.

Åtgärder med anledning av anmälningarna

Åtgärderna kan vara av akut karaktär eller inriktade på lång sikt. (Se tabell 10). Akuta åtgärder innebär i regel att direkt undanröja risken för fortsatta missförhållanden. Det handlar många gånger om att avbryta något som pågår, att hjälpa någon som ramlat och att kontrollera så att den enskilde inte har fått några skador. Det kan också vara att någon behöver sitta ner och prata med den enskilde om händelsen har orsakat oro och ängslan. Det kan gälla att ringa och informera anhöriga. Den här typen av åtgärder som gjorts framkommer inte av enkätundersökningen.

Tabell 10: Åtgärder av olika slag som har vidtagits under 2003.

KOMMUN	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*
Boxholm						1	2	2	1	
Finspång					2		1	1	1	
Kinda					1					
Linköping	1	2	3	1	29	34	2	16	2	1
Mjölby						1	4	2		
Motala					3	2	2	2		2
Norrköping		1			2	12	1	3		
Söderköping						1	1			
Vadstena						7	4	7		
Valdemarsvik		1					1	1	1	
Ydre	1									
Åtvidaberg			1		1		1			
Ödeshög						1	6			
Totalt:	2	4	4	1	38	59	25	34	5	3

*

1.Varning, 2.Omplacering, 3.Avstängning, 4.Avskedande, 5.Polisanmälan,
6.Ändrade arbetsrutiner, 7.Utbildning/information, 8.Handledning/reflexion i grupp,
9.Ändrade arbetsscheman. 10.Utökning av personal

Flera av de åtgärder som enkäten omfattas av är av sanktionskaraktär riktad mot personal. Det gäller exempelvis omplacering eller uppsägning.

Andra 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. Åtgärder som information och utbildning till personal samt handledning och reflexion i grupp har ökat. Norrköping har även uppgett andra åtgärder som inte finns med i tabellen: vårdplanering 14 stycken, samtal med enskild 6, ökad tillsyn 6, annat boende 6, övrigt 6.

En sammanställning av flera års enkätsvar ger upphov till intressanta frågeställningar som bör diskuteras. (Se tabell 11).

Tabell 11: Åtgärder med anledning av anmälningarna år 2001, 2002 och 2003.

ÅTGÄRDER	ANTAL ÅTGÄRDER 2001	ANTAL ÅTGÄRDER 2002	ANTAL ÅTGÄRDER 2003	ANMÄRK- NING
Varning	2	2	2	
Omplacering	2	0	4	
Avstängning	4	2	4	
Avskedande	4	1	1	
Polisanmälan	15	14	38	
Annat av akut karaktär	1	-	-	*
Ändrade arbetsrutiner	6	20	59	
Utbildning av personal	4	-	-	*
Informationsinsatser/dialog	12	-	-	*
Utbildning/information	-	23	25	**
Handledning/reflexion i grupp	-	8	34	**
Ändrade scheman	2	1	5	
Ändrade delegationsbeslut	0	0	0	
Större delaktighet av chefer	1	-	-	*
Utökn. av chefer/arbetsledare	-	0	0	**
Utökning av annan personal	-	16	3	**
Annat av långsiktig karaktär	3	16	-	***
Totalt	56	103	175	

Anmärkning:

* Svarsalternativet fanns enbart i enkäten år 2001

** Svarsalternativet fanns enbart i enkäten år 2002 och 2003

*** Svarsalternativet fanns med enbart 2001 och 2002

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. Siffrorna är tämligen konstanta när det gäller dessa åtgärder.

Antalet polisanmälningar har ökat vilket sannolikt hänger ihop med att antalet ekonomiska övergrepp har ökat. Det är Linköping som står för de flesta polisanmälningar liksom tidigare år.

Åtgärder som syftar till effekter mer på lång sikt har ökat. Ändrade arbetsrutiner och handledning/reflexion i grupp har ökat väsentligt.

Ändring av arbetsschema har gjorts några gånger och det är en viss ökning. Ändrade delegationsbeslut eller utökning av chefer/arbetsledare förekommer inte vid något tillfälle. Däremot har det vid ett tillfälle angetts att större delaktighet av chefer är en åtgärd med anledning av ett anmält missförhållande.

Länsstyrelsens kommentar:

Det är vanligt att man gör förändring av arbetsrutiner efter ett uppmärksammat missförhållande. Det är bra att man ser över rutiner när något har inträffat för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Handledning och reflexion i grupp har ökat vilket är positivt eftersom reflexion över tillvarons händelser fördjupar insikten.

Vårdplanering som en åtgärd är positivt. Det kan också tyda på att vårdplanering inte görs tillräckligt ofta.

Ansvar att ta emot anmälan, att vidta åtgärder och att avsluta ärendet

I Länsstyrelsens enkät frågades om vem som har ansvar och befogenhet att ta emot anmälan, att vidta åtgärder och att avsluta ärendet. Här har många kommuner angett flera alternativ. (Se förteckning över svaren sist i rapporten!)

De flesta kommuner har angett att det är enhetschef/motsvarande, alltså första linjens chef, som har ansvar att ta emot anmälan. Det är dock fyra kommuner som har angett annan befattningshavare som mottagare av anmälan. Från dessa kommuner finns ingen uppgift om vilken roll enhetschef/motsvarande har i det här sammanhanget. Några kommuner har angett flera alternativ, troligen för att tala om vem som ansvarar om den ordinarie mottagaren själv berörs av anmälan eller inte är i tjänst. Sju kommuner har angett att även MAS har ansvaret och befogenhet att ta emot anmälan.

Nästan alla av dessa första linjens chefer har befogenhet och ansvar att vidta åtgärder. Enda undantaget är Åtvidaberg där det enbart är socialchefen som kan vidta åtgärder. I ett par kommuner, Vadstena och Ydre, kan även MAS vidta åtgärder.

När det gäller att avsluta ärendet är det endast tre första linjens chefer som har befogenhet och ansvar för detta. I alla övriga fall ligger den uppgiften på någon överordnad. I Ydre är det MAS som avslutar ärendet. Det innebär att det i varje enskild händelse ligger en överprövning av enhetschefens handlande.

Information till nämnden

I flertalet kommuner är det socialchef/förvaltningschef som har ansvar och befogenhet att informera berörd nämnd om avvikelser och händelser enligt Lex Sarah. I de tre största kommunerna är det tjänstemän på mellannivå. Enbart i Finspång är enhetschefen engagerad även när det gäller att ge information till nämnden.

Det är stor skillnad i intervall mellan informationstillfällen till berörd nämnd. Ett par kommuner har en gång per år, någon två gånger per år och någon fyra gånger per år. Övriga har angett att det sker kontinuerligt eller vid bedömt behov.

Personalens kunskap om anmälningsplikten

Kunskap om anmälningsplikten är en förutsättning för att man som personal skall kunna använda sig av den. I Länsstyrelsens undersökningar har framkommit att det oftast är enhetschefer som ansvarar för informationen till personalen. I samband med tillsynsbesökt tas frågan upp regelbundet. Inom vissa enheter har kunskapen ökat men inom flertalet enheter är kunskapen fortfarande alltför dålig.

Länsstyrelsens kommentar:

Enhetschefen/motsvarande som har ansvar för kvaliteten på vården och omsorgen inom sin enhet bör ha ett helhetsansvar för Lex Sarah-hantering. Så snart inte chefen själv är föremål för anmälan bör denne själv kunna ta emot anmälan, utreda och vidta åtgärder.

Därutöver bör någon ha ansvar för att samla in uppgifter och göra en kommunövergripande sammanställning över händelser, för att informera berörd nämnd om tillståndet.

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.

En fråga i enkäten handlade om huruvida någon uppdatering av instruktionen gjorts under år 2003. (Se tabell 12).

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. Det är en del oklarheter i instruktionerna. Det finns enstaka instruktioner där det inte alls framgår hur anmälan ska gå till i praktiken.

Tabell 12: Har någon uppdatering gjorts av den skriftliga instruktionen?

KOMMUN	JA	NEJ	KOMMENTAR
Boxholm		X	
Finspång	X		2003-03-23
Kinda		X	Under 2004
Linköping		X	Revidering pågår
Mjölby		X	
Motala		X	
Norrköping		X	Revidering pågår
Söderköping	X		2004-03-01
Vadstena		X	
Valdemarsvik		X	
Ydre		X	
Åtvidaberg		X	
Ödeshög		X	

Länsstyrelsens kommentar:

Kommunerna bör uppdatera sina instruktioner. Dessa skall inte bara stämma överens med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2000:5 (S) utan måste även anpassas till lokala omständigheter så att tveksamhet inte skall behöva uppstå om hur man skall förfara vid anmälan.

Kvartalsrapporter

Länsstyrelsen vill fortlöpande ha information om avvikelser, oväntade händelser eller missförhållanden. I syfte att kontinuerligt följa vad som händer i kommunerna när det gäller anmälningar och rapporteringar enligt Lex Sarah begärs kvartalsrapporter in. Vissa kommuner rapporterar regelbundet enligt Länsstyrelsens begäran medan andra rapporterar endast sporadiskt. De flesta skickar inte någon rapport om det inte förkommit någon anmälan under det gångna kvartalet.

Länsstyrelsen vill ha rapporter från alla kommuner och alla enskilda verksamheter varje kvartal.

Enskild tillståndspliktig verksamhet

Resultat av enkäterna

De enskilda verksamheter som omfattas av årets enkätundersökning är Björkbacken Omsorg, Hjulebo Omsorg AB, Mo Gårds skolhem, Norrköpings Kognitiva Centrum AB (NKC), Schedevi Psykiatri AB och Torsvillan. Att dessa tillståndspliktiga verksamheter är med i undersökningen beror på att de har boende med biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen.

De enskilda tillståndspliktiga verksamheterna omfattar särskild boendeform och hem för vård eller boende, HVB.

Tabell 13: Antal anmälningar under 2003.

ENSKILD TILLSTÅNDS- PLIKTIG VERKSAMHET	ÄLDRE- OMSORG	HANDIKAPP- OMSORG
Björkbacken	0	0
Hjulebo Omsorg	0	57
Mo Gårds skolhem, HVB	0	1
Torsvillan	0	0
NKC, HVB	0	0
Schedevi Psykiatri, HVB	0	0
Totalt	0	58

Hjulebo Omsorg som har psykiskt funktionshindrade från femtioårsåldern och uppåt, har registrerat alla sina avvikelser som tillhörande handikappomsorg. I de fall som avvikelserna har avsett personer över 65 år skulle dessa ha kunnat registrerats som äldreomsorg.

Tabell 14: Antal anmälningar som avsåg kvinnor respektive män under 2003

ENSKILD VERKSAMHET	KVINNOR	MÄN
Hjulebo Omsorg	23	34
Mo Gårds skolhem	0	2*
Totalt	23	36

* En anmälan omfattar två personer.

I enskild tillståndspliktig verksamhet finns inte någon anmälan som avser brister i bemötande.

När det gäller typ av missförhållande/avvikelse har Hjulebo sju stycken fysiska övergrepp och Mo Gårds skolhem en sådan anmälan. (Se tabell 15). Dessa sju fysiska övergrepp är händelser då boende har utövat våld mot personal. Hjulebo har registrerat nio våld mellan boende. Av de 41 fall som rapporterats bedömer Hjulebo att 30 stycken beror på åldersskräpplighet medan elva stycken bedöms bero på felaktig medicinställning och skulle till stor del kunna undvikas med bättre uppföljning av den enskildes medicinering.

Tabell 15: Antal anmälningar under 2003 som avsåg...

ENSKILD VERKSAMHET	FYSISKT ÖVERGREPP	VÅLD MELLAN BOENDE	FALL
Hjulebo	7	9	41
Mo Gårds skolhem	1		
Totalt:	8	9	41

När det gäller åtgärder som vidtagits men anledning av anmälan uppger Hjulebo Omsorg att 20 stycken har föranlett handledning/reflexion i grupp och fyra stycken har medfört ändrade arbetsrutiner. Mo Gårds skolhem har efter sin händelse också ändrat på arbetsrutiner. (Se tabell 16).

Tabell 16: Vidtagna åtgärder i samband med anmälan.

ENSKILD VERKSAMHET	ÄNDRADE ARBETSROUTINER	HANDLEDNING REFLEXION I GRUPP
Hjulebo	4	20
Mo Gårds skolhem	1	
Totalt:	5	20

Antalet vidtagna åtgärder är färre än antalet anmälningar. Det kan antas att det beror på att reflexion i grupp har omfattat flera händelser.

Inget som har föranlett varning eller någon omplacering har förekommit och inte heller någon polisanmälan.

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

Ingen av de enskilda verksamheterna har uppgett att man har uppdaterat eller omarbetat den skriftliga instruktionen.

När det gäller frågan om vem som tar emot anmälan är det alltid föreståndaren eller verksamhetschefen enligt enkätsvaren.

Länsstyrelsens kommentar:

Det är förvånande att skillnaden är så stor mellan de enskilda verksamheterna.

Det är positivt att Hjulebo ofta använder sig av reflexion i grupp för att undvika att liknande händelser skall inträffa i framtiden.

Våld mot personal omfattas inte av Lex Sarah.

Diskussion

Det är omöjligt att dra några slutsatser av resultatet av de undersökningar som Länsstyrelsen gjort under de senaste åren. Resultaten väcker mest frågor. Det kan tyckas vara ett misslyckande då syftet är att få en bild av hur det ser ut i länet när det gäller missförhållanden eller händelser av icke önskvärt slag. Länsstyrelsen drar ändå slutsatsen att det finns stort behov av information och riktlinjer för att få till stånd en mer lika hantering av Lex Sarah.

Det ser fortfarande mycket olika ut

Antalet anmälningar skiljer sig väsentligt mellan länets kommuner och mellan de enskilda verksamheterna. Det står klart att de som har rapporterat många missförhållanden/avvikelser har redovisat vissa händelser som var för sig inte behöver anses som allvarligt missförhållande. Andra har inte tagit med sådana händelser i enkätsvaren. Det är 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 angeläget att få fram en form för likartad bedömning och redovisning av avvikelser så att det blir möjligt att kunna jämföra kommunerna och de enskilda verksamheterna med varandra.

De erfarenheter som Länsstyrelsen hittills har fått genom tillsynen talar för att osäkerheten fortfarande är stor när det gäller Lex Sarah. Ansvariga chefer är osäkra eller har olika uppfattning om hanteringen. Okunnigheten är fortfarande stor bland personal även om en del förbättringar har märkts.

Bör en till synes harmlös händelse anmälas enligt Lex Sarah?

Missförhållanden kan utgöras av olika typer av övergrepp, det kan vara brister i omsorgen och det kan vara brister i bemötande. Det behöver inte vara graden av allvar i en enskild händelse som avgör om den skall omfattas av Lex Sarah. Alla händelser eller pågående 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 så att även en till synes liten händelse som kan verka oskyldig eller harmlös bör anmälas och dokumenteras enligt kommunens framtagna rutin. Även underlåtenhet att utföra förväntade insatser bör anmälas.

Alla missförhållanden eller tillfällen när det finns grundad anledning att anta att det föreligger allvarliga missförhållanden bör dokumenteras, utredas och åtgärdas oavsett hur missförhållandet uppdagas. För att möjliggöra analys av förekomsten av ej önskvärda händelser är det nödvändigt att ha händelserna dokumenterade.

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. Det bör också finnas blanketter som underlättar för personal att göra anmälan. Anmälan kan dock göras muntligt.

Bemötande

Få anmälningar har i de här undersökningarna gällt brister i bemötande. Länsstyrelsens uppfattning är att personal generellt har ett mycket bra bemötande och ett trevligt sätt att umgås med den äldre. Det finns dock personal som har ett olämpligt uppträdande som kan vara kränkande. Inte sällan är det känt av arbetskamrater och chef vem det är i personalgruppen som inte uppfyller kraven på ett värdigt bemötande. Sådant får inte ignoreras. Kontinuerlig diskussion i arbetsgrupper om bemötande och förhållningssätt kan främja öppenheten så att även känsliga områden kan beröras. Den personal som vågar säga ifrån när en arbetskamrat uppträder på ett felaktigt sätt måste ovillkorligen få stöd av sin chef. Den person som fått klagomålet riktat mot sig måste också få stöd för att förstå varför beteendet måste ändras.

Mycket bedöms som 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 efter denna indelning. 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. Det är oklart vad orsaken till detta är. Det borde finnas en förklaring. Beror det på att man inte klart kan definiera vad som hänt? Är det så att man har för knappa personalresurser så att konsekvensen blir brister i tillsynen av den enskilde?

Det är inte många händelser som kategoriserats som brister i personlig hygien, tand- och munhygien samt mathållning. Det är förvånande eftersom klagomål till Länsstyrelsen ofta handlar om brister i personlig hygien. I flera andra sammanhang har rapporterats om att munvård är ett eftersatt område inom äldreomsorgen. Det har även genom undersökningar framförts synpunkter på mathållning och att äldre människor i särskilt boende inte får tillräckligt med näring.

Hur många fall kan man acceptera?

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 för att utröna orsaken och åtgärder måste vidtas för att i möjligaste mån minimera antalet fall. Fall bör dokumenteras enligt

kommunens avvikelserutin. Inom särskilt boende bedrivs både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Till största delen är vården och omsorgen insatser enligt socialtjänstlagen. Det bör då framgå om fallet har inträffat i samband med vård och behandling eller i samband med att en socialtjänstinsats utförts.

Ansvar att ta emot anmälan, göra utredning och vidta åtgärder

Av SOSFS 2000:5 (S) framgår att när någon gjort en 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. Enligt Länsstyrelsens uppfattning bör första linjens chef ansvara för utredning, åtgärder och uppföljning inom sin enhet.

Hur utredningen skall göras och hur noggrann denna bör vara är beroende av händelsens art. Händelseförloppet kanske framgår klart utan någon större utredning och åtgärd vidtas omedelbart och den enskilda händelsen är löst och ärendet kan avslutas. Avvikelser och missförhållanden av allvarlig karaktär måste däremot utredas noggrant. Upprepade händelser och avvikelser måste anses som missförhållanden av allvarlig karaktär.

Anmälningar om och utredningar av allvarliga missförhållanden skall noggrant dokumenteras så att olika riskfaktorer kan identifieras för att undvika framtida missförhållanden.

Uppföljning av vidtagna åtgärder - kvalitetsutveckling

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. Uppföljning av vidtagna åtgärder bör 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 inom en enhet eller 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.

Avvikelsehantering utgör en del i kvalitetsutvecklingsarbetet. 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 att syftet är att ständigt förbättra vården, undanröja säkerhetsrisker och utveckla ändamålsenliga rutiner.

Fråga 7, 8, 9 och 10 Vem har befogenhet och ansvar för att?

KOMMUN	... TA EMOT ANMÄLAN	... VIDTA ÅTGÄRDER	... AVSLUTA ANMÄLAN	... INFORMERA NÄMND	INFO GES TILL NÄMND
Boxholm	Enhetschefer, MAS	Enhetschef, omsorgschef	Omsorgschef	Omsorgschef	I samband med rapport till Lst.
Finspång	Enhetschef, MAS	Enhetschef, Socialchef	Enhetschef, socialchef	Enhetschef, socialchef	Kontinuerligt
Kinda	Vård- o omsorgschef, MAS	Vård- o omsorgschef	Vård- o omsorgschef	Vård- och omsorgschef	Så snart anmälan inkommer
Linköping	Verksamhetschef	Verksamhetschef	Verksamhetschef	Gruppchef	Fyra gånger per år
Mjölby	Enhetschef/motsv., ansvarig sjuksköt.	Den som mottagit anmälan	Den som mottagit anmälan	Förvaltningschef	Löpande vid utredn. Sammanställn. 1g/år
Motala	Enhetschef, verksamhetschef (socialchef)	Enhetschef, verksamhetschef	Verksamhetschef	Verksamhetschef	En gång per år och vid bedömt behov
Norrköping	MAS, verksamh-chef, programsekr.	Områdeschef, programsekr.	Områdeschef, programsekr.	Områdeschef, programsekr.	Efter uppkommet behov
Söderköping	Enhetschef, sektorchef	Enhetschef, sektorchef	Sektorchef	Sektorchef	En gång per år
Vadstena	Omsorgschef i samråd med MAS	Enhetschef, Omsorgschef, MAS	Omsorgschef	MAS, Omsorgschef	Två gånger per år
Valdemarsvik	Områdeschef	Områdeschef, förvaltningschef	Förvaltningschef	Förvaltningschef	En gång per år
Ydre	MAS, förvaltningschef	Enhetschef, MAS, förvaltningschef	MAS	Socialchef	En gång per år, ordf vid händelse
Åtvidaberg	Enhetschef, socialchef	Socialchef	Socialchef	Socialchef	När det är aktuellt
Ödeshög	Enhetschef, samråder med MAS	Enhetschef, socialchef	Socialchef	Socialchef	---