

Hanteringen av Lex Sarah är inte okomplicerad

Sociala enheten 2005-09-01



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 lagreglerade skyldigheten innebar en skärpning från lagstiftarnas sida.

I egenskap av tillsynsmyndighet följer Länsstyrelsen hur kommunerna tillämpar bestämmelsen i socialtjänstlagen. I syfte att följa i vilken grad 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 kvartalsvis rapporter om förekomsten av avvikelser i kommunerna.

I denna rapport redovisas resultat av Länsstyrelsens uppföljning av anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen under år 2004.

Bo Silén
Socialdirektör

Britta Mellfors
Socialkonsulent

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| SAMMANFATTNING | 4 |
| 1. BAKGRUND/INLEDNING | 6 |
| BAKGRUND..... | 6 |
| AKTUELL LAGSTIFTNING | 6 |
| FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD | 7 |
| 2. SYFTE | 9 |
| 3. METOD | 9 |
| 4. RESULTAT | 10 |
| REDOVISNING AV RESULTATET I KOMMUNERNA | 10 |
| <i>Anmälningar</i> | 10 |
| <i>Boendeform</i> | 12 |
| <i>Uppdelning av anmälningarna efter kön</i> | 13 |
| <i>Typ av missförhållande</i> | 14 |
| <i>Åtgärder med anledning av anmälningarna</i> | 17 |
| <i>Ansvar att ta emot anmälan, vidta åtgärder och avsluta ärendet</i> | 20 |
| <i>Sammanställning av anmälningar och information till berörd nämnd</i> | 20 |
| <i>Personalens kunskap om anmälningsplikten</i> | 21 |
| <i>Skriftliga instruktioner</i> | 22 |
| <i>Kvartalsrapporter</i> | 23 |
| REDOVISNING AV RESULTATET FRÅN ENSKILD TILLSTÅNDSPLIKTIG VERKSAMHET..... | 24 |
| 5. DISKUSSION/SLUTSATSER | 26 |
| KOPPLINGEN MELLAN ANMÄLNINGSSKYLDIGHETEN OCH ALLVARLIGT MISSFÖRHÅLLANDE..... | 26 |
| EN 100-PROCENTIG ÖKNING AV ANMÄLNINGARNA – ÄR DET BRA ELLER DÅLIGT?..... | 26 |
| STORA SKILLNADER I ANMÄLNINGSFREKVENNS..... | 27 |
| KUNSKAPEN OM ANMÄLNINGSPLIKTEN | 27 |
| KAN VAD SOM HELST ANMÄLAS ENLIGT LEX SARAH? | 28 |
| BRISTER I OMSORGEN | 28 |
| VARFÖR SÅ MYCKET BRISTER I TILLSYNNEN? | 29 |
| BEMÖTANDE..... | 29 |
| HUR MÅNGA FALL KAN MAN ACCEPTERA?..... | 30 |
| ANSVAR ATT TA EMOT ANMÄLAN, GÖRA UTREDNING OCH VIDTA ÅTGÄRDER | 30 |

SAMMANFATTNING

Den 1 januari 1999 infördes en ny paragraf i socialtjänstlagen, som innebar en anmälningsplikt då äldre och funktionshindrade far illa. Bestämmelsen kallas allmänt för Lex Sarah och 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. I maj 2005 kom en ändring av föreskriften med anpassning till kapitelindelningen i den nya socialtjänstlagen.

Länsstyrelsen har sedan år 2001 genomfört enkätundersökningar om kommunernas och enskilda tillståndspliktiga verksamheters tillämpning av bestämmelsen. Denna rapport bygger på enkätsvar som lämnades i början av 2005 och som avsåg händelser och avvikelser under år 2004.

Möjligheten att göra generaliseringar utifrån resultatet av enkätundersökningarna är begränsad. Länsstyrelsen kan konstatera att, drygt fem år efter införandet av den nya bestämmelsen, har det skett en viss ökning av kunskapen om att man skall anmäla brister i omsorgen. Kunskapen om anmälningsplikten och förståelsen för vad den ska vara bra för är fortfarande otillfredsställande.

Det har skett en 100 procentig ökning av anmälningarna och det totala antalet är 445 i länet som helhet vid den senaste undersökningen. En markant ökning av antalet anmälningar har skett i Linköping, Norrköping, Vadstena, Ydre och Ödeshög. I Linköping har det skett en markant ökning av ekonomiska övergrepp.

Av alla gjorda anmälningar från kommunerna avser cirka 95 procent särskilt boende. Totalt är 407 personer inblandade och av de inblandade personerna är 60 procent män. Andelen män och kvinnor som varit berörda har varierat kraftigt under åren.

Från enskild tillståndspliktig verksamhet kommer få anmälningar. De flesta har ingen anmälan alls. Den verksamhet som skiljer sig från övriga är Hjulebo Omsorg.

Få anmälningar görs avseende personlig hygien, tand- och munhygien, mathållning samt bemötande. Det mesta klassificeras som brister i tillsynen av den enskilde eller brister av annat slag. Det är mycket 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.

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

Samtliga kommuner i Östergötland har tagit fram skriftliga instruktioner för hantering av Lex Sarah. Flera kommuner har omarbetat sina instruktioner vilket kan tolkas som att utvecklingsarbete inom området pågår.

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

Kommentarer

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 hanteringen av Lex Sarah.

Antalet brister i tillsynen av den enskilde samt brister av annat slag ligger konstant högt. Anmälningar som har med hygien och mathållning att göra ligger konstant lågt. Orsaken till denna skillnad måste analyseras och diskuteras.

Det är oroande att ekonomiska övergrepp ökar.

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 viktigt att ha system för registrering och att uppföljning görs med deltagande av personal. Erfarenheter från gjorda anmälningar och vidtagna åtgärder bör i större omfattning användas i förebyggande syfte.

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

1. BAKGRUND/INLEDNING

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 §. Paragrafen 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.

Från och med den 1 juli 2005 har 14 kap. 2 § en ny lydelse:

Var och en som är verksam inom omsorger om äldre personer eller personer med funktionshinder skall vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild skall genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet avhjälpes utan dröjsmål, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Anmälnings- skyldigheten gäller också den som handlägger ärenden enligt denna lag. [2005:126]

Första stycket gäller även inom motsvarande yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet. Anmälan skall göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den ansvarige är skyldig att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta 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 socialnämndens 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 självständigt, 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, SOSFS 2000:5 (S), om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a §, socialtjänstlagen (1980:620). Denna författning trädde i kraft den 1 juli 2000.

Enligt SOSFS 2005:8 ändrades rubriken i SOSFS 2000:5 i maj 2005 till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälan av missförhållanden inom omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453).

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.

2. Syfte

Syftet med denna undersökning är att följa kommunernas och enskilda tillståndspliktiga verksamheters hantering av bestämmelsen om anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen. Syftet är även att få en uppfattning om verksamheternas övriga arbete med avvikelserapportering inom den sociala omsorgen om äldre- och handikappade.

3. METOD

Denna rapport bygger i första hand på en enkätundersökning om hantering av Lex Sarah som gjordes i början av 2005. Länsstyrelsen begärde att få in uppgifter från länets alla kommuner och berörda enskilda verksamheter om antalet Lex Sarah-anmälningar som hade gjorts under år 2004.

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

Rapporten bygger också på erfarenheter från Länsstyrelsens verksamhetstillsyn då frågan om hantering av Lex Sarah regelbundet tas upp.

4. RESULTAT

Redovisning av resultatet i kommunerna

Samtliga 13 kommuner i länet ingår i undersökningen och har svarat på enkäterna.

Anmälningar

Kommunerna har via enkäter tillfrågats om antalet anmälningar som gjorts under år 2004. Kommunerna skulle särredovisa händelser inom äldreomsorg respektive handikappomsorg. Nedanstående tabell visar vad kommunerna redovisat.

Tabell 1: Antal anmälningar/rapporteringar under 2004.

| KOMMUN | ÄLDRE-OMSORG | HANDIKAPP-OMSORG | TOTALT |
|----------------|--------------|------------------|------------|
| Boxholm | 2 | - | 2 |
| Finspång | 1 | - | 1 |
| Kinda | - | - | - |
| Linköping | 149 | 39 | 188 |
| Mjölby | 11 | - | 11 |
| Motala | 2 | - | 2 |
| Norrköping | 78 | 29 | 107 |
| Söderköping | 1 | 1 | 2 |
| Vadstena | 56 | - | 56 |
| Valdemarsvik | - | - | - |
| Ydre | 39 | - | 39 |
| Åtvidaberg | 1 | - | 1 |
| Ödeshög | 36 | - | 36 |
| Totalt: | 376 | 69 | 445 |

Precis som vid tidigare undersökningar är variationen stor mellan kommunerna. Det finns inte något klart samband mellan storlek på kommunen och antalet anmälningar. De två stora kommunerna, Linköping och Norrköping, har dock flest anmälningar. Fem mindre kommuner har ytterst få anmälningar medan tre andra mindre kommuner har många anmälningar. Antalet anmälningar skiljer sig delvis även mellan de tre mellanstora kommunerna.

En jämförelse kan göras med antalet anmälningar de två föregående åren. (Se tabell 2). Då framkommer att det skett en markant ökning av det totala

antalet anmälningar i länet. Det är dubbelt så många vid årets mätning som vid föregående år. Det är Linköping, Norrköping, Vadstena, Ydre och Ödeshög som står för ökningen.

Drygt hälften av kommunerna har vid den senaste mätningen ingen, en eller högst två anmälningar.

Tabell 2: Antal anmälningar per kommun under år 2001, 2002, 2003 och 2004.

| KOMMUN | ANTAL ANMÄLNINGAR 2001 | ANTAL ANMÄLNINGAR 2002 | ANTAL ANMÄLNINGAR 2003 | ANTAL ANMÄLNINGAR 2004 |
|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Boxholm | 4 | 6 | 5 | 2 |
| Finspång | 5 | 6 | 5 | 1 |
| Kinda | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Linköping | 53 | 37 | 100 | 188 |
| Mjölby | 4 | 1 | 4 | 11 |
| Motala | 0 | 1 | 5 | 2 |
| Norrköping | 122 | 4 | 57 | 107 |
| Söderköping | 3 | 0 | 1 | 2 |
| Vadstena | 0 | 7 | 25 | 56 |
| Valdemarsvik | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Ydre | 0 | 1 | 1 | 39 |
| Åtvidaberg | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Ödeshög | 0 | 22 | 6 | 36 |
| Totalt: | 195 | 87 | 212 | 445 |

Resultatet visar mycket stora variationer över tid. År 2001 var det fyra kommuner som inte hade någon anmälan alls. Året därpå var det två. Vid undersökningen, som gällde 2003, hade samtliga kommuner minst en anmälan. Under 2004 var det åter ett par kommuner, Kinda och Valdemarsvik, som inte hade någon anmälan.

Linköping och Vadstena har två år i rad ökat markant. Norrköping och Ödeshög har haft mycket 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. Länsstyrelsen kommer att uppmärksamma detta i tillsynen då det är angeläget att få fram en likartad syn på hantering och rapportering i kommunerna.

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. (Se tabell 3). Linköping har flest med sina 17 anmälningar i ordinärt boende, vilket är en ökning med nästan 100 procent från föregående år. Linköping har anmälda händelser inom annan verksamhet så som LSS-boende och dagverksamhet. Även Söderköping har en anmälan från annat boende.

Tabell 3: Anmälningar i ordinärt boende respektive särskilt boende år 2004.

| KOMMUN | ORDINÄRT BOENDE | SÄRSKILD BOENDEFORM ENLIGT SOL | LSS-BOENDE DAGVERKSAMHET ANNAT |
|----------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Boxholm | 2 | | |
| Finspång | | 1 | |
| Kinda | | | |
| Linköping | 17 | 135 | 36 |
| Mjölby | | 11 | |
| Motala | 1 | 1 | |
| Norrköping | | 107 | |
| Söderköping | | 1 | 1 |
| Vadstena | | 56 | |
| Valdemarsvik | | | |
| Ydre | | 39 | |
| Åtvidaberg | | 1 | |
| Ödeshög | 1 | 35 | |
| Totalt: | 21 | 387 | 37 |

En jämförelse mellan mätningarna år 2002, 2003 och 2004 visar att det är inom särskilda boendeformer som anmälningarna är flest. (Se tabell 4). Andelen anmälningar i ordinärt boende har dock ökat. Vid undersökningen år 2001 gjordes ingen uppdelning mellan ordinärt och särskilt boende.

Tabell 4: Boendeform som anmälningarna avsåg år 2002, 2003 och 2004.

| BOENDEFORM | ANTAL 2002 | ANTAL 2003 | ANTAL 2004 |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Ordinärt boende | 12 | 14 | 21 |
| Särskild boendeform enligt SoL | 75 | 166 | 387 |
| Annat boende, dagverksamhet | 0 | 32 | 37 |

Uppdelning av anmälningarna efter kön

Enkäten innehöll även en fråga om hur många kvinnor respektive män som omfattades av anmälningarna. (Se tabell 5). Antalet personer som är berörda av anmälningarna är inte samma som det totala antalet anmälningar. Det kan i vissa fall bero på att en del händelser omfattar flera personer. Vissa upprepade händelser kan också avse en och samma person.

Det är fler män än kvinnor som omfattas av anmälningarna under 2004. Nästan 60 procent av anmälningarna berör män och knappt 40 procent berör kvinnor.

Tabell 5: Antal kvinnor respektive män som omfattades av anmälningarna år 2004.

| KOMMUN | ANTAL KVINNOR | ANTAL MÄN |
|----------------|------------------|--------------|
| Boxholm | 2 | |
| Finspång | | 1 |
| Kinda | | |
| Linköping | 52 | 100 |
| Mjölby | 4 | 5 |
| Motala | 2 | |
| Norrköping | 37 | 70 |
| Söderköping | 1 | 1 |
| Vadstena | 33 | 23 |
| Valdemarsvik | 27 | |
| Ydre | 1 | 12 |
| Åtvidaberg | 9 | |
| Ödeshög | | 27 |
| Totalt: | 168 | 239 |

Förhållandet mellan antalet kvinnor och män som har varit berörda av anmälningarna har varierat under åren. Det var betydligt fler kvinnor än män som omfattas av de anmälningar som gjordes under 2003. (Se tabell 6). Det var då nästan två tredjedelar av anmälningarna som rörde kvinnor.

Tabell 6: Antal kvinnor respektive män som omfattades av anmälan år 2002, 2003 och 2004.

| | ÅR 2002 | ÅR 2003 | ÅR 2004 |
|----------------|---------|---------|---------|
| Antal kvinnor | 52 | 148 | 168 |
| Antal män | 62 | 87 | 239 |
| Kön ej angetts | 3 | 2 | - |

I undersökningen som avsåg händelser under 2002 var det fler män än kvinnor som var berörda men differensen var inte så stor.

Typ av missförhållande

För att få fram en bild av 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 2004 som avser brister i bemötande. Av dessa är två anmälningar gjorda i Linköping, två i Mjölby, en i Norrköping och en i Åtvidaberg. Det är samma mönster som vid tidigare undersökningar då det också varit få anmälningar som handlar om bemötande.

Övergrepp

Kommunerna ombads att göra en uppdelning av olika typer av övergrepp. (Se tabell 7). Totalt är det 119 händelser som bedömts falla inom kategorin övergrepp. Det är drygt 25 procent av samtliga anmälningar som man anser att det förekommit övergrepp av något slag.

Tabell 7: Antal anmälda/rapporterade avvikelser under 2004 som avsåg...

| KOMMUN | ... FYSISKA ÖVERGREPP | ... PSYKISKA ÖVERGREPP | ... SEXUELLA ÖVERGREPP | ... EKONOMISKA ÖVERGREPP |
|----------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| Boxholm | 1 | | | 1 |
| Finspång | | | | |
| Kinda | | | | |
| Linköping | 47 | 6 | 1 | 48 |
| Mjölby | | | | 3 |
| Motala | | | | |
| Norrköping | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Söderköping | 1 | 1 | | |
| Vadstena | | | | |
| Valdemarsvik | | | | |
| Ydre | | | | |
| Åtvidaberg | | | | |
| Ödeshög | | | | |
| Totalt: | 50 | 8 | 4 | 57 |

Nästan hälften, av övergreppen är av ekonomisk art. Linköping har anmält flest ekonomiska oegentligheter och dessa har successivt ökat i flera år. Av totalt 57 har Linköping 48 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 2004 förekom fyra anmälningar som rörde personlig hygien, ingen som avsåg munhygien och tre som avsåg mathållning.

Däremot har 49 anmälningar registrerats som brister i tillsynen och 121 stycken som brister av annat slag. När det gäller brister av annat slag ombads kommunerna att kommentera detta.

Tabell 8: Antal anmälningar under 2004 som avsåg brister i omsorgen.

| KOMMUN | PERSON-LIG HYGIEN | MUN-HYGIEN | MAT-HÅLLNING | BRISTER I TILLSYN | BRISTER AV ANNAT SLAG | VÅLD MELLAN BOENDE | FALL |
|----------------|-------------------|------------|--------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-----------|
| Boxholm | | | | | | | |
| Finspång | | | | | 1 | | |
| Kinda | | | | | | | |
| Linköping | | | 3 | 25 | 74 | | |
| Mjölby | | | | 1 | 5 | | |
| Motala | | | | 1 | | 1 | |
| Norrköping | 1 | | | | 27 | 67 | 1 |
| Söderköping | | | | 1 | | 1 | |
| Vadstena | | | | 14 | 14 | 3 | 31 |
| Valdemarsvik | | | | | | | |
| Ydre | | | | | | | 39 |
| Åtvidaberg | | | | | | | |
| Ödeshög | 3 | | | 7 | | 14 | 12 |
| Totalt: | 4 | 0 | 3 | 49 | 121 | 86 | 83 |

Exempel på brister av annat slag:

Brister i arbetsrutin, telefonservice, larm, brand, lokaler, saknade läkemedel i låst skåp, Ab-kort till TV-boxer borta, brister i omsorg, utebliven omvårdnad, skador vid rullstolskörning, skador vid dagverksamhets sysselsättning, fastnat med fötter i sänggrindar, fastnat med fot i dörrkarm, bristande information.

Våld mellan boende och fall har redovisats separat. Flertalet kommuner har inga sådana anmälningar.

Flertalet kommuner tar inte alls med "fall" i sin Lex Sarah-rapportering. Det är inte troligt att det är en reell skillnad som resultatet i tabellen visar. Skillnaden beror antagligen på skillnader i bedömning och att man kan ha

registrerat "fall" på annat sätt. Vadstena och Ödeshög, har förutom de uppgifter som finns med i tabell 8, rapporterat 523 respektive 357 fall. Kinda hade 487 fall år 2003.

Jämförelse över år när det gäller typ av missförhållande

Vid en sammanställning av kommunernas redovisningar och jämförelse mellan åren 2001, 2002, 2003 och 2004 framträder en varierande bild. (Se tabell 9). Det finns förklaring till vissa variationer i det redovisade antalet.

Tabell 9: Kategorisering av rapporterade händelser år 2001, 2002, 2003 och 2004.

| TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE | ANTAL 2001 | ANTAL 2002 | ANTAL 2003 | ANTAL 2004 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Brister i bemötande | - | 3 | 6 | 6 |
| Övergrepp, -fysiska | 80 | 7 | 18 | 50 |
| - psykiska | 18 | 2 | 9 | 8 |
| -sexuella | 6 | 0 | 1 | 4 |
| -ekonomiska | 6 | 11 | 39 | 57 |
| -av annat slag | 90 | 21 | 4 | - |
| Brister i omsorg avseende | | | | |
| -personlig hygien | 13 | 2 | 1 | 4 |
| -tand- och munhygien | - | 1 | 1 | - |
| -mathållning | 4 | 1 | 1 | 3 |
| -brister i tillsyn | 52 | 39 | 63 | 49 |
| -brister av annat slag | 4 | 23 | 45 | 121 |
| Våld mellan boende | - | - | 44 | 86 |
| Fall | - | - | 21 | 83 |
| Totalt | 273 | 110 | 253 | 471 |

Det är mycket få anmälningar som gäller brister i bemötande. Antalet ligger tämligen konstant över alla mätningarna. Det ser i tabellen ut som om ingen anmälan gällt brister i bemötande år 2001. Det var dock några få men dessa kategoriserades då som brister i omsorgen av annat slag.

Fysiska övergrepp har ökat successivt sedan undersökningen 2002 men är dock inte uppe i det stora antal som det var 2001. En förklaring kan vara att våld mellan boende tidigare har registrerats som fysiskt övergrepp men har i de två senaste undersökningarna registrerats som en egen kategori.

Psyksiska övergrepp är tämligen få i förhållande till fysiska övergrepp. Även sexuella övergrepp har varit få vid alla undersökningar.

Ekonomiska övergrepp, som framförallt handlar om stöld av pengar har ökat markant. Linköping har haft flest av den kategorin vid alla mätningarna.

Det görs få anmälningar som avser brister i personlig hygien. Även när det gäller tand- och munhygien samt mathållning är det få anmälningar vid alla mätningar.

Brister i tillsynen om den enskilde är det många av vid flertalet undersökningar och har ökat under flera år men har minskat vid den senaste undersökningen. Brister av annat slag har ökat väsentligt, mer än 100 procent sedan fjolårets undersökning. Båda dessa kategorier 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. Trots att våld mellan boende har registrerats som en egen kategori har brister av annat slag ökat. Däremot har övergrepp av annat slag minskat.

Även händelser när personer ramlat har vid de senaste undersökningarna noterats som en egen kategori.

Länsstyrelsens kommentar:

Det är oroande att ekonomiska övergrepp ökar. Det finns anledning för Linköping att undersöka detta närmare.

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 ångslan. 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 2004.

| KOMMUN | 1* | 2* | 3* | 4* | 5* | 6* | 7* | 8* | 9* | 10* |
|----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|-----------|----------|----------|
| Boxholm | | | | 2 | | | 1 | | | |
| Finspång | | | | | | | 1 | 1 | | |
| Kinda | | | | | | | | | | |
| Linköping | 6 | | | 2 | 26 | 96 | 21 | 7 | | 1 |
| Mjölby | 1 | 1 | | | 7 | 3 | 8 | | | |
| Motala | | | | | | 2 | | | | |
| Norrköping | | | 3 | | 8 | 11 | 32 | | | |
| Söderköping | | | | | | 1 | 1 | 2 | | |
| Vadstena | | | | | | | 35 | 10 | | 2 |
| Valdemarsvik | | | | | | | | | | |
| Ydre | | | | | | | | | | |
| Åtvidaberg | | 1 | | | | | 1 | | | |
| Ödeshög | | | | | | 3 | 7 | 3 | 2 | 2 |
| Totalt: | 7 | 2 | 3 | 4 | 41 | 116 | 107 | 23 | 2 | 5 |

*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

Utöver det som har noterats i tabellen har Linköping åtta övriga åtgärder och Norrköping har angett 26 vårdplaneringar.

Flera av de åtgärder som enkäten omfattar 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.

En sammanställning av flera års enkätsvar visas i tabell 11.

Det är förhållandevis få händelser som föranleder varning, omplacering, avstängning eller avskedande. Siffrorna är tämligen konstanta när det gäller dessa åtgärder. Det är 16 personer som fått någon form av sanktion vid årets undersökning. Sju personer har fått en varning, 2 har blivit omplacerade, tre har blivit avstängda och fyra har blivit avskedade.

Tabell 11: Åtgärder med anledning av anmälningarna år 2001, 2002, 2003 och 2004.

| ÅTGÄRDER | ANTAL ÅTGÄRDER 2001 | ANTAL ÅTGÄRDER 2002 | ANTAL ÅTGÄRDER 2003 | ANTAL ÅTGÄRDER 2004 |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Varning | 2 | 2 | 2 | 7 |
| Omplacering | 2 | 0 | 4 | 2 |
| Avstängning | 4 | 2 | 4 | 3 |
| Avskedande | 4 | 1 | 1 | 4 |
| Polisanmälan | 15 | 14 | 38 | 41 |
| Annat av akut karaktär* | 1 | - | - | - |
| Ändrade arbetsrutiner | 6 | 20 | 59 | 116 |
| Utbildning av personal* | 4 | - | - | - |
| Informationsinsatser/dialog* | 12 | - | - | - |
| Utbildning/information** | - | 23 | 25 | 107 |
| Handledn/reflexion i grupp** | - | 8 | 34 | 23 |
| Ändrade scheman | 2 | 1 | 5 | 2 |
| Ändrade delegationsbeslut | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Större delaktighet av chefer* | 1 | - | - | - |
| Utökn. chefer/arbetsled.** | - | 0 | 0 | - |
| Utökning annan personal** | - | 16 | 3 | 2 |
| Annat av långsiktig karaktär*** | 3 | 16 | - | - |
| Totalt | 56 | 103 | 175 | 307 |

Anmärkning:

* Svarsalternativet fanns enbart i enkäten år 2001

** Svarsalternativet fanns enbart i enkäten år 2002 och 2003

*** Svarsalternativet fanns med enbart 2001 och 2002

Antalet polisanmälningar ökade markant under några år men ökningen vid den senaste mätningen är marginell.

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

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 inte upprepas.

Vårdplanering som en åtgärd är positivt. Vårdplaneringens betydelse för kvaliteten och säkerheten bör uppmärksammas mer generellt.

Ansvar att ta emot anmälan, vidta åtgärder och 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!*) Vadstena har inte besvarat frågan.

Det har skett en ökning av antalet kommuner som lagt ett större ansvar på första linjens chef. Nio kommuner har angett att det är enhetschef/motsvarande, som har ansvar att ta emot anmälan. Det är tre kommuner som har angett annan befattningshavare som mottagare av anmälan. Från dessa tre kommuner finns ingen uppgift om vilken roll enhetschef/motsvarande har i det här sammanhanget. Flera kommuner har angett flera alternativ för mottagare av anmälan.

Nästan alla av dessa första linjens chefer har befogenhet och ansvar att vidta åtgärder. Undantag är Boxholm och Åtvidaberg där det enbart är omsorgschef/socialchefen som kan vidta åtgärder. I Kinda och Söderköping kan enhetschefen/motsvarande vidta åtgärd men har inget ansvar att ta emot en anmälan.

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.

Sammanställning av anmälningar och information till berörd nämnd

Alla kommuner utom Valdemarsvik har uppgett att man gör kommunövergripande sammanställningar över anmälningar. (*Se tabell 12*). Samtliga har årligen en eller flera informationstillfällen för berörd nämnd.

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.

Det är stor skillnad i intervall mellan informationstillfällen till berörd nämnd. Fem kommuner har en gång per år, en har två gånger per år och tre kommuner har information fyra gånger per år. Finspång har information efter varje ärende och Mjölby har varje månad. Övriga har angett att det sker kontinuerligt eller vid bedömt behov.

Tabell 12. Sammanställning av anmälningar 2004.

| KOMMUN | ENHETSVIS- ELLER OMRÅDESVIS SAMMANSTÄLLNING | KOMMUN- ÖVERGRIPANDE SAMMANSTÄLLNING | INFORMATION TILL BERÖRD NÄMND |
|--------------|---|--------------------------------------|--|
| Boxholm | X | X | 1 gång/kvartal |
| Finspång | X | X | Efter varje ärende |
| Kinda | - | X | 2 gånger/år |
| Linköping | - | X | 4 gånger/år |
| Mjölby | - | X | 1 gång/månad |
| Motala | - | X | Vissa enskilda fall + årssammanställning |
| Norrköping | - | X | Speciella händelser + årssammanställning |
| Söderköping | X | X | När något inträffat |
| Vadstena | Ej svarat | X | Ej svarat |
| Valdemarsvik | - | - | Årligen |
| Ydre | - | X | Årligen samt v.b. |
| Åtvidaberg | X | X | Vid behov + 1g/år |
| Ödeshög | X | X | 1 g/kvartal + allvarliga fall |

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 tillsynsbesök tas frågan upp regelbundet. Erfarenheten av Länsstyrelsens verksamhetstillsyn visar att inom vissa enheter har kunskapen ökat men inom många enheter är kunskapen fortfarande inte tillfredsställande. Engagemanget för den här frågan varierar mellan olika enhetschefer vilket får konsekvenser för vårdpersonalens kunskaper.

Länsstyrelsens kommentar:

Enhetschefen/motsvarande som har ansvar för vårdkvaliteten inom sin enhet bör ha ett stort ansvar för Lex Sarah-hantering och bör själv kunna ta emot anmälan, utreda och vidta åtgärder.

Någon bör ha ansvar för att göra en kommunövergripande sammanställning över avvikande händelser, för att informera berörd nämnd om tillståndet i kommunen.

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 2004. (Se tabell 12). Flera kommuner har omarbetat instruktionen under året eller i början av 2005. Linköping har ändrat sin rutin för tillbudsansmälan och lagt ut ett större ansvar på enhetscheferna.

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.

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

| KOMMUN | JA | NEJ | KOMMENTAR |
|--------------|----|-----|--------------|
| Boxholm | | X | |
| Finspång | X | | 2004-11-29 |
| Kinda | | X | |
| Linköping | X | | 2004-06-07 |
| Mjölby | X | | 2001-11-23 |
| Motala | X | | 2005-01-18 |
| Norrköping | X | | Januari 2005 |
| Söderköping | | X | |
| Vadstena | | | Ej svarat |
| Valdemarsvik | | X | |
| Ydre | X | | 2005-01-31 |
| Åtvidaberg | | X | |
| Ödeshög | | X | |

Länsstyrelsens kommentar:

Det är mycket positivt att så många kommuner har omarbetat sin instruktion. Det tyder på att man inom kommunen arbetar med att ha ett aktuellt och ändamålsenligt system för kontroll över avvikelser och missförhållanden.

Kvartalsrapporter

Länsstyrelsen begär fortlöpande 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.

Länsstyrelsens kommentar:

Det har blivit en förbättring när det gäller att skicka kvartalsrapporter till Länsstyrelsen men det sköts inte på ett tillfredsställande sätt i alla kommuner eller enskilda verksamheter.

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

Redovisning av resultatet från enskild tillståndspliktig verksamhet

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.

Av de sex verksamheter som ingår i undersökningen är det enbart Hjulebo Omsorg och Schedevi Psykiatri som har gjort anmälningar. Från övriga enskilda verksamheter har inte någon anmälan rapporterats. (Se tabell 13).

Hjulebo Omsorg som har psykiskt funktionshindrade personer 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 bli registrerade som äldreomsorg.

Tabell 13: Antal anmälningar under 2004.

| ENSKILD TILLSTÅNDS- PLIKTIG VERKSAMHET | ÄLDRE- OMSORG | HANDIKAPP- OMSORG |
|---|------------------|----------------------|
| Björkbacken | - | - |
| Hjulebo Omsorg | - | 28 |
| Mo Gårds skolhem, HVB | - | - |
| Torsvillan | - | - |
| NKC, HVB | - | - |
| Schedevi Psykiatri, HVB | - | 1 |
| Totalt | 0 | 29 |

Av tabell 14 framkommer att det är mer än dubbelt så många män som kvinnor som omfattas av anmälningarna.

Tabell 14: Antal anmälningar som avsåg kvinnor respektive män under 2004.

| ENSKILD VERKSAMHET | KVINNOR | MÄN |
|--------------------|----------|-----------|
| Hjulebo Omsorg | 8 | 20 |
| Schedevi psykiatri | 1 | 1 |
| Totalt | 9 | 21 |

När det gäller typ av missförhållande/avvikelse har Hjulebo anmält tre våld mellan boende och 25 fall. Schedevi Psykiatri har en anmälan som avser våld mellan boende. (Se tabell 15).

Tabell 15: Antal anmälningar under 2004 som avsåg

| ENSKILD VERKSAMHET | VÅLD MELLAN BOENDE | FALL |
|--------------------|--------------------|-----------|
| Hjulebo | 3 | 25 |
| Schedevi psykiatri | 1 | |
| Totalt: | 4 | 25 |

När det gäller åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningarna uppger Hjulebo Omsorg att tre händelser har föranlett handledning/reflexion i grupp och fem stycken har medfört ändrade arbetsrutiner. Schedevi Psykiatri har inte vidtagit någon åtgärd med anledning av den anmälda händelsen. (Se tabell 16).

Tabell 16: Vidtagna åtgärder i samband med anmälan.

| ENSKILD VERKSAMHET | ÄNDRADE ARBETSROUTINER | HANDLEDNING REFLEXION I GRUPP |
|--------------------|------------------------|-------------------------------|
| Hjulebo | 5 | 3 |
| Schedevi psykiatri | - | - |
| Totalt: | 5 | 3 |

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

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.

5. DISKUSSION/SLUTSATSER

Kopplingen mellan anmälningsskyldigheten och allvarligt missförhållande

Enligt lagstiftningen har den som verkar inom äldre- och handikappomsorgen alltid en skyldighet att anmäla ett missförhållande som upptäcks. Det är anmälaren som avgör vad som är en anmälan enligt 14 kap. 2 § SoL, Lex Sarah. En utredning kan senare komma fram till att det inte var något allvarligt missförhållande. En kommun kan därför ha flera Lex Sarah-anmälningar registrerade utan att något allvarligt missförhållande föreläggat.

Det *kan* ske övergrepp, felhandlingar eller underlåtenhet utan att det råder allvarliga missförhållanden i verksamheten. Om ett missförhållande är en isolerad och otypisk handling är det en allvarlig brist i omsorgen men det blir ett missförhållande i verksamheten först om inga åtgärder vidtas för att förhindra att bristen uppstår igen.

En 100-procentig ökning av anmälningarna – är det bra eller dåligt?

Sammanställningen av årets enkätsvar och en jämförelse med tidigare undersökningar visar att antalet anmälningar har ökat markant i länet. Det är dock bara vissa kommuner som står för den kraftiga ökningen. Flertalet kommuner har fortfarande mycket få anmälningar.

Rent principiellt borde tillsynsmyndigheten anse att det är bra med så få anmälningar som möjligt, vilket då skulle bevisa att vården fungerar som den ska. Det resonemanget skulle innebära att den omfattande ökning som den nu genomförda undersökningen visar är något negativt. Länsstyrelsen har dock så mycket kunskap om hur verkligheten ser ut att det inte är så enkelt att dra sådana slutsatser. I rapporten ”Vita fläckar inom äldre- och handikappomsorgen – kommuner som sällan anmäler” konstateras även av Socialstyrelsen att det finns ett visst samband mellan låg anmälningsskyldighet och dåligt utvecklat kvalitetsarbete.

Flera kommuner har inrättat system och rutiner för att underlätta för personal att rapportera avvikelser. Detta är mycket positivt. Det innebär att ansvarig nämnd har en möjlighet att få kunskap om hur det ser ut och vilka avvikelser eller missförhållanden som förekommer.

Att införa dessa avvikelssystem innebär följaktligen att det blir en ökning av gjorda anmälningar vilket inte bör uppfattas som att antalet avvikelser har ökat i samma omfattning. Det kanske inte har skett någon ökning alls utan det har endast blivit siffror på det som förekommit under lång tid utan att man haft kunskap om det.

Länsstyrelsens äldre konsulenter tar regelbundet upp hantering av Lex Sarah med både chefer och vårdpersonal i samband med verksamhetstillsynen. Detta påverkar sannolikt att kunskapen ökar och därmed benägenheten att anmäla.

Det har konstaterats att det finns ett positivt samband mellan många anmälningar och en aktiv kvalitetsutveckling. I ett skede när många kommuner arbetar med att utveckla system för anmälningar och avvikelser ser inte Länsstyrelsen anledning att se negativt på den kraftiga ökningen av anmälningar som den nu genomförda undersökningen visar.

Stora skillnader i anmälningsfrekvens

Antalet anmälningar skiljer sig väsentligt mellan länets kommuner och mellan de enskilda verksamheterna. 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 omöjligt att dra några säkra slutsatser av resultatet av de undersökningar som Länsstyrelsen gjort under de senaste åren. De erfarenheter som Länsstyrelsen hittills har fått genom tillsynen talar för att osäkerheten fortfarande är stor när det gäller Lex Sarah. Detta förklarar antagligen en del av de stora skillnaderna.

Förekomsten av missförhållanden/avvikelser varierar sannolikt inte 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. Länsstyrelsen kommer att arbeta vidare med detta så att resultatet av enkätsvaren kommer att visa så rätt bild som möjligt.

Kunskapen 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 tillsynsbesök tas frågan upp

regelbundet. Erfarenheten av Länsstyrelsens verksamhetstillsyn visar att inom vissa enheter har kunskapen ökat men inom många enheter är kunskapen fortfarande förvånansvärt dålig. Vissa ansvariga chefer är fortfarande osäkra och olika uppfattning om hanteringen råder.

Det tycks fungera så att personal i förekommande fall rapporterar avvikelser enligt kommunens rutin för detta. Man registrerar såväl mindre avvikelser som allvarigare händelser enligt samma system och det stannar vid det. Man funderar inte närmare på om det är anmälningsplikten man uppfyller eller om man endast följer en bestämd rutin.

Länsstyrelsen kan dock konstatera att det fortfarande finns stort behov av information för att öka kunskapen om anmälningsplikten och att det behövs vägledning för att få till stånd en mer lika hantering av Lex Sarah.

Kan vad som helst anmälas enligt Lex Sarah?

Missförhållanden kan utgöras av olika typer av övergrepp, det kan vara brister i omsorgen eller 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. I föreskriften framhålls att ”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. Även underlåtenhet att utföra förväntade insatser bör anmälas. Alla tillfällen när det finns grundad anledning att anta att det föreligger missförhållanden bör dokumenteras, utredas och åtgärdas oavsett hur missförhållandet uppdagas. För att upptäcka missförhållanden i verksamheten måste det göras en samlad bedömning av alla förekommande avvikelser.

Brister i omsorgen

Brister kan hänföras till individers förhållningssätt eller till systemfel. Båda måste upptäckas och åtgärdas. Begreppet brister i omsorgen är en omfattande kategori och bristerna är i regel kopplade till någon form av systemfel. Det kan vara fråga om en haltande organisation, otillräckligt ledarskap, dålig personalbemanning, brister i personalens kompetens eller dåliga rutiner. Om en vårdtagare blir illa behandlad eller kränkt av en personal är det oftast en brist som kan kopplas till personalens förhållningssätt.

Varför så mycket brister i tillsynen?

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. Är det så att man har för knappa personalresurser så att konsekvensen blir brister i tillsynen av den enskilde? Eller är det lättare att anmäla den typen av avvikelser?

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 hygienfrågor. 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.

Skiljer sig verksamhetens uppfattning om vad som är god hygien mot den enskildes och/eller anhörigas uppfattning. Ligger ribban så lågt när det gäller dessa kategorier att man inte upplever att det är fråga om missförhållanden? Är det så att dessa anmälningar kring hygienfrågor och mathållning i större utsträckning blir en riktad anklagelse mot en enskild personal och att man därför undviker att göra anmälan?

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 arbetsledningen. Den

person som fått klagomålet riktat mot sig måste också få stöd för att förstå varför beteendet måste ändras.

Det är av största vikt att chefer verkar för ett arbetsklimat som underlättar att anmälan görs om icke förväntade händelser. Arbetsledaren bör regelbundet föra diskussion om syftet. Det är särskilt angeläget att diskutera avvikelser som har med förhållningssätt att göra. Det är stor risk att den typen av avvikelser inte anmäls på grund av rädsla för att det skall uppfattas som angiveri. Ett öppet klimat och en samsyn om vad som är god vård borde främja viljan hos personalen att ta upp även känsliga händelser.

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 dock genomföras för att utröna orsaken och åtgärder måste 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 hälso- och sjukvård eller i samband med att en socialtjänstinsats utförts, dvs. om det är fråga om Lex Maria eller Lex Sarah. Det viktigaste är dock att orsaken till att en person som faller ofta utreds och åtgärdas. Det får inte bli ett naturligt inslag i vardagen att personer ramlar ofta och gör sig illa.

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.

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

Enligt enkätsvaren tycks fler kommuner ha lagt ett större ansvar på enhetschefer/motsvarande att ta hand om anmälningar som

förekommer inom enheten. Det är positivt att arbetsledarna får större ansvar för kvaliteten i verksamheten.

Avvikelsehantering utgör en del i kvalitetsutvecklingsarbetet. Det absolut viktigaste är att chefen 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. Tillämpning av bestämmelsen om anmälningsskyldighet bör integreras i arbetet med kvalitetsutveckling.

Den nya ordalydelsen i 14 kap. 2 § SoL innebär en ytterligare skärpning av anmälningsplikten och är ett uttryck för lagstiftarens mening att missförhållanden skall uppdagas och åtgärdas.

Socialstyrelsen överväger också, enligt rapporten ”Lex Sarah – efter fyra år” att bedöma om det är möjligt att göra ytterligare förtydliganden av föreskrifterna och allmänna råden.

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 | Enhetschef, omsorgschef | Omsorgschef | Omsorgschef | Omsorgschef | 1 gång/kvartal |
| Finspång | Enhetschef | Enhetschef, avdelningschef | Enhetschef, avdelningschef | Avdelningschef | Vid varje ärende |
| Kinda | Vård- o omsorgschef | Vård- o omsorgschef, områdeschef, SN-ordf. | Vård- o omsorgschef, områdeschef, SN-ordf. | Vård- och omsorgschef | Två gånger/år |
| Linköping | Verksamhetschef | Verksamhetschef | Verksamhetschef | Gruppchef | Fyra gånger/år |
| Mjölby | Enhetschef | Enhetschef | Enhetschef | Omsorgschef | 1 gång/månad |
| Motala | Enhetschef, socialchef | Enhetschef, socialchef | Enhetschef, socialchef | Socialchef | En gång per år och vid vissa enskilda fall. |
| Norrköping | Enhetschef, områdeschef, MAS, programansvariga | Enhetschef, områdeschef, MAS, programansvarig. | Områdeschef, MAS, programansvarig. | Områdeschef | Direkt vid vissa händelser. Sammanställning 1 g/år |
| Söderköping | MAS, verksamhetschef. | Enhetschef, sjuksköt. MAS, verksamhetschef. | Verksamhetschef | Verksamhetschef, MAS | Vid speciella händelser, sammanställning 1g/år |
| Vadstena | Ej svarat | - | - | - | - |
| Valdemarsvik | Områdeschef | Områdeschef | Områdeschef | Socialchef, områdeschef | Årligen |
| Ydre | MAS | Förvaltningschef | MAS | Förvaltningschef | Varje år, samt vid behov |
| Åtvidaberg | Enhetschef, socialchef | Socialchef | Socialchef | Socialchef | Vid behov, 1 gång/år |
| Ödeshög | Arbetsledare, sjuksköt., MAS, socialchef, kommunchef | Arbetsledare, MAS, socialchef | Socialchef | Socialchef | 1 gång/kvartal, allvarliga missförhållanden direkt |

