



Alla avvikelser är inte Lex Sarah



FÖRORD

Bestämmelsen 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, har funnits sedan 1999. Införandet av den lagreglerade skyldigheten innebar en skärpning från lagstiftarnas sida. Bestämmelsen benämns allmänt som Lex Sarah.

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.

I denna rapport redovisas resultat av Länsstyrelsens uppföljning av anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen under år 2005.

Linköping i juni 2006

Bo Silén
Socialdirektör

Britta Mellfors
Socialkonsulent



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| SAMMANFATTNING OCH KOMMENTARER | 4 |
| LÄNSSTYRELSEN KONSTATERAR..... | 4 |
| LÄNSSTYRELSEN ANSER | 5 |
| 1. BAKGRUND/INLEDNING | 7 |
| BAKGRUND | 7 |
| <i>Aktuell lagstiftning</i> | 7 |
| <i>Föreskrifter och allmänna råd</i> | 8 |
| 2. SYFTE | 9 |
| 3. METOD | 10 |
| 4. RESULTAT | 11 |
| ANMÄLNINGAR | 11 |
| BOENDEFORM | 11 |
| UPPDELNING AV ANMÄLNINGARNA EFTER KÖN | 12 |
| TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE | 12 |
| <i>Brister i bemötande</i> | 12 |
| <i>Övergrepp</i> | 13 |
| <i>Brister i omsorgen</i> | 14 |
| JÄMFÖRELSE ÖVER ÅR NÄR DET GÄLLER TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE | 15 |
| ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGARNA..... | 16 |
| <i>En jämförelse över några år</i> | 17 |
| INFORMATION TILL BERÖRD NÄMND | 18 |
| REDOVISNING AV RESULTATET FRÅN ENSKILD TILLSTÅNDS- PLIKTIG VERKSAMHET | 19 |
| ANMÄLNINGAR | 19 |
| TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE | 20 |
| VIDTAGNA ÅTGÄRDER | 20 |

SAMMANFATTNING OCH KOMMENTARER

Socialtjänstlagens 14 kap. 2 § 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.

Länsstyrelsen har sedan år 2001 genomfört enkätundersökningar om kommunernas och enskilda tillståndspliktiga verksamheters tillämpning av bestämmelsen om anmälningskyldigheten enligt socialtjänstlagen. Denna rapport bygger på enkätsvar som lämnades i början av 2006 och som avsåg händelser under år 2005. Undersökningen omfattar även vissa enskilda tillståndspliktiga verksamheter.

När det nu gått cirka sex år sedan införandet av bestämmelsen har det skett en viss ökning av kunskapen om att man skall anmäla missförhållanden i omsorgen om äldre och funktionshindrade. Kunskapen om anmälningsplikten och förståelsen för vad den ska vara bra för är dock fortfarande otillfredsställande. Enligt Länsstyrelsens föreskrift har huvudmännen ansvar för att berörd personal kontinuerligt informeras.

Anmälningskyldigheten gäller både ordinärt och särskilt boende. Största delen anmälningar, drygt 95 procent, sker dock i särskilt boende.

Allt mer anmäls, vilket kan tyda på att man har blivit mer uppmärksam som en följd av att kunskapen har ökat.

Få anmälningar görs avseende personlig hygien, tand- och munhygien samt mathållning. Under 2005 gjordes dock i Mjölby ett större antal anmälningar på grund av att man ansåg sig inte hinna med att ge sent kvällsmål till alla som behövde och önskade det.

Anmälningar om att personer fallit har redovisats separat. Vissa kommuner har inte rapporterat något fall och andra har rapporterat samtliga. Det är totalt en mycket stor mängd händelser som kan vara allt från helt odramatiska händelser till fall med allvarliga konsekvenser. Alla anmälda ”fall” kan inte anses som missförhållanden.

Länsstyrelsen konstaterar

Anmälningar om brister i bemötande har ökat något i jämförelse med tidigare undersökningar.

Det mesta av det som anmäls klassificeras som brister i tillsynen av den enskilde eller brister av annat slag.

Brister av annat slag har ökat väsentligt. Det framgår av redovisningarna att det är liknande händelser som av verksamheterna benämns som brister i tillsyn eller brister av annat slag och det är svårt att särskilja dessa.

När det gäller sådant som benämns övergrepp är den största andelen ekonomiska oegentligheter. Det är Linköping som flera år i rad står för den största delen av dessa anmälningar. Det har dock skett en minskning från föregående år.

Anmälningar om våld mellan boende har ökat kraftigt. Av alla anmälningar är det 30 procent som avser våld mellan boende.

Trots att vissa kommuner inte har redovisat fall överhuvudtaget så är antalet rapporterade fall oerhört stort. Det visar att det är mycket vanligt inom äldreomsorgen att människor ramlar.

De vanligaste vidtagna åtgärderna i samband med avvikelser och missförhållanden är information till personal och reflexion i grupp. Det har skett en viss förskjutning mot dessa åtgärder i jämförelse med tidigare undersökningar då ändring av rutiner var vanligare åtgärd. Norrköping har angett vårdplanering som en vanligt förekommande åtgärd.

Disciplinära åtgärder såsom varning, omplacering, avstängning och avskedande har successivt ökat något under de år som undersökningarna genomförts.

Det har skett en viss ökning av anmälningarna från de enskilda tillståndspliktiga verksamheterna. Ökningen gäller såväl antalet verksamheter som gjort anmälan som det totala antalet anmälningar.

Länsstyrelsen anser

Eftersom det är så stora variationer mellan kommunerna är det uppenbart att det råder olika uppfattning om vad som skall anmälas och vad som skall tas med i en sådan här undersökning. Det finns därför anledning att Länsstyrelsen fortsätter att ta upp problematiken i samband med tillsynsbesök samt att ytterligare förtydliga informationen om anmälningsplikten.

Anledningen till att det skett en ökning av anmälan om brister i bemötande är inte klar. Frågan är om det är en reell ökning av dåligt bemötande eller om det är mindre tolerans mot dåligt bemötande och att detta uppmärksammas mer. Länsstyrelsens uppfattning är att personal i allmänhet har ett bra och trevligt sätt att bemöta den enskilde. I de fall det brister i bemötande är det dock mycket viktigt att det verkligen görs en anmälan och att åtgärder vidtas som förhindrar att missförhållandet fortsätter. Bemötandefrågor och respekten för den enskildes självbestämmande bör kontinuerligt diskuteras inom personalgrupper.

Under året har anmälningar gjorts i Mjölby på grund av att personal anser sig inte hinna med att ge de boende sent kvällsmål. Den typen av anmälan är mycket ovanlig. Länsstyrelsen får dock ofta genom sin verksamhetstillsyn signaler om att mathållning och matsituationer inte är tillfredsställande. Länsstyrelsen har på grund av detta länge uppmärksammat att det görs få anmälningar av den här typen. Det framkommer även via verksamhetstillsynen när dessa frågor diskuteras att personal är ovillig att, som man säger ”anmäla sig själv”. Man tar med andra ord på sig ansvaret för att det inte finns tillräckligt med tid eller personal för att tillgodose behovet av kost samt en rimlig matsituation. Länsstyrelsen anser att kommunerna bör ta sig an det här problemet i dess hela vidd för att åstadkomma en förändring.

Våld mellan boende är mycket vanligt förekommande både i kommunala och i enskilda verksamheter. Det är oroande om personalbrist är orsaken till att sådant våld inte kan

förebyggas. Det är inte en acceptabel tillvaro att leva med otryggheten och risken att utsättas för våld från andra personer inom boendet.

Det är mycket oroande att så många händelser bedöms bero på brister i tillsynen av den enskilde. Mängden avvikelser som beror på brister i tillsynen får inte ignoreras och stanna vid ett konstaterande. Det måste redas ut vad dessa beror på. Personal kan inte vara med överallt och se allt men detta faktum kan inte försvara underlåtenhet att aktivt arbeta med att minska dessa. Det är allvarligt om det är för lite personal och/eller kompetensbrist som gör att man inte kan ge den tillsyn som den enskilde behöver för att kunna leva under trygga och säkra förhållanden.

Att gamla skröpliga människor med balanssvårigheter ramlar kan till viss del ses som ofrånkomligt. För den som ramlar är det dock ett orosmoment och kan ge värk och obehag. Det finns därför anledning för kommunerna att analysera den oerhört stora mängd fall som förekommer och se vilka möjligheter av olika slag som finns att tillgå för att förebygga och förhindra stor del av alla dessa ”fall”. Länsstyrelsen förutsätter att de kommuner som inte har rapporterat några ”fall” i den här undersökningen har en intern rutin för att hantera detta.

1. BAKGRUND/INLEDNING

Bakgrund

Den 1 januari 1999 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att var och en som är verksam inom omsorger om äldre och funktionshindrade är ålagda att vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och får leva under trygga förhållanden. Var och en som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande skall anmäla detta till socialnämnden.

Aktuell lagstiftning

I socialtjänstlagen (2001:453), som trädde i kraft den 1 januari 2002, finns bestämmelsen i 14 kap. 2 §. Bestämmelsen benämns allmänt som Lex Sarah. Den 1 juli 2005 fick 14 kap. 2 § SoL en ny lydelse, som följer nedan.

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 avhjälps utan dröjsmål, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Anmälningsskyldigheten 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) med ändring enligt SOSFS 2005:8 (S), om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453). Författningen 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.

2. SYFTE

Syftet med denna undersökning är att följa kommunernas och enskilda tillståndspliktiga verksamheters hantering av bestämmelsen om anmälningsskyldigheten 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 huvudsak på en enkätundersökning om hantering av 14 kap. 2 § SoL, Lex Sarah. Undersökningen gjordes i början av 2006 och Länsstyrelsen begärde att få in uppgifter från länets alla kommuner och berörda enskilda verksamheter om antalet anmälningar som hade gjorts under år 2005.

Länsstyrelsen har under ett par år begärt att kvartalsvis få rapporter om de Lex Sarah-anmälningar och avvikelserrapporteringar som görs i respektive kommun. Dessa ligger också till grund 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

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

Anmälningar

Kommunerna har via enkäter tillfrågats om antalet anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen som har gjorts under år 2005. Kommunerna skulle särredovisa händelser inom äldreomsorg respektive handikappomsorg. Nedanstående tabell visar vad kommunerna redovisat.

Tabell 1: Antal anmälningar/rapporteringar under 2005.

| KOMMUN | ÄLDRE-OMSORG | HANDIKAPP-OMSORG | TOTALT |
|----------------|--------------|------------------|------------|
| Boxholm | 26 | - | 26 |
| Finspång | 5 | - | 5 |
| Kinda | 3 | - | 3 |
| Linköping | 99 | 44 | 143 |
| Mjölby | 68 | 4 | 72 |
| Motala | 3 | - | 3 |
| Norrköping | 176 | 44 | 220 |
| Söderköping | - | - | - |
| Vadstena | 26 | - | 26 |
| Valdemarsvik | 1 | - | 1 |
| Ydre | 1 | - | 1 |
| Åtvidaberg | 2 | - | 2 |
| Ödeshög | 22 | - | 22 |
| Totalt: | 432 | 92 | 524 |

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. Fyra mindre kommuner har ytterst få anmälningar medan fyra andra mindre kommuner har många anmälningar. Antalet anmälningar skiljer sig delvis även mellan de tre mellanstora kommunerna. Söderköping är den enda kommun som inte har någon anmälan under året.

En anledning till stora skillnader mellan kommunerna är att man inkluderar olika typer av händelser i sin rapportering. Anmälda fall är inte med i tabell 1 med undantag av en fallolycka i Finspång. Fall har redovisats separat i tabell 5 i rapporten. Däremot är anmälningar om våld mellan boende med i tabellen ovan. Av det totala antalet avser 30 procent våld mellan boende.

Boendeform

Skyldigheten att anmäla missförhållande gäller såväl i ordinärt boende som i särskilt boende. (Se tabell 2) Det är framförallt inom särskilt boende som missförhållanden uppmärksammas. Av alla anmälningar är 97 procent gjorda inom särskilt boende. Drygt hälften av kommunerna har en eller flera anmälningar som avser ordinärt boende.

Linköping har flest med sina 13 anmälningar i ordinärt boende, vilket är en liten minskning från föregående år.

Linköping och Norrköping är de enda kommuner som har anmälningar från dagverksamhet. Norrköping har också i sitt enkätsvar inkluderat anmälda händelser inom LSS-boende. Det framkommer inte av enkätsvaret om det är händelser som inträffat inom ramen för insatser som är beslutade enligt socialtjänstlagen.

Tabell 2: Anmälningar i ordinärt boende respektive särskilt boende år 2005.

| KOMMUN | ORDINÄRT BOENDE | SÄRSKILD BOENDEFORM ENLIGT SOL | LSS- BOENDE | DAG- VERKSAM- HET |
|----------------|--------------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------|
| Boxholm | | 26 | | |
| Finspång | 1 | 4 | | |
| Kinda | 1 | 2 | | |
| Linköping | 13 | 92 | | 38 |
| Mjölby | 6 | 66 | | |
| Motala | | 3 | | |
| Norrköping | 5 | 173 | 38 | 4 |
| Söderköping | | | | |
| Vadstena | 2 | 24 | | |
| Valdemarsvik | | 1 | | |
| Ydre | | 1 | | |
| Åtvidaberg | | 2 | | |
| Ödeshög | 3 | 19 | | |
| Totalt: | 31 | 413 | 38 | 42 |

Uppdelning av anmälningarna efter kön

Enkäten innehöll även en fråga om hur många kvinnor respektive män som omfattades av anmälningarna. Flera kommuner har av olika skäl inte svarat på frågan varför det inte blir meningsfullt att göra en tabell. Förhållandet mellan antalet kvinnor och män som har varit berörda av anmälningarna har varierat under åren. Oftast är det övervägande del kvinnor som berörs av anmälningarna.

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 i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd 2000:5; nämligen brister i bemötande, övergrepp och brister i omsorg.

Brister i bemötande

Totalt är det 18 anmälningar som avser brister i bemötande i den nu senaste undersökningen. (Se tabell 3). Av dessa är en gjord i Finspång, sex i Linköping, fyra i Mjölby, fem i Norrköping samt en vardera i Ydre och Ödeshög. Det har mot tidigare undersökningar skett en betydlig ökning av anmälningar som handlar om bemötande. Orsaken till denna ökning framgår inte av enkätsvaren.

Tabell 3: Anmälningar om brister i bemötande.

| KOMMUN | ÅR 2002 | ÅR 2003 | ÅR 2004 | ÅR 2005 |
|----------------|----------|----------|----------|-----------|
| Boxholm | | | | |
| Finspång | | | | 1 |
| Kinda | | | | |
| Linköping | | 5 | 2 | 6 |
| Mjölby | | | 2 | 4 |
| Motala | | | | |
| Norrköping | | | 1 | 5 |
| Söderköping | | | | |
| Vadstena | | | | |
| Valdemarsvik | | | | |
| Ydre | | 1 | | 1 |
| Åtvidaberg | | | 1 | |
| Ödeshög | | | | 1 |
| Totalt: | 3 | 6 | 6 | 18 |

Övergrepp

Kommunerna ombads att göra en uppdelning av olika typer av övergrepp. (Se tabell 4). Totalt är det 61 händelser som bedömts falla inom kategorin övergrepp. Det är en minskning i jämförelse med år 2004 då det var 119 stycken.

Det är i stort sett förändring i Linköpings redovisning som förklarar denna minskning. Man har inga fysiska övergrepp denna gång mot 47 stycken året före och ekonomiska oegentligheter har minskat betydligt, från 48 stycken till 22.

Mer än hälften av övergreppen är av ekonomisk art.

Tabell 4: Antal anmälda/rapporterade avvikelser under 2005 som ansåg...

| KOMMUN | FYSISKA ÖVERGREPP | PSYKISKA ÖVERGREPP | SEXUELLA ÖVERGREPP | EKONOMISKA ÖVERGREPP | KRÄNKNING AV ANNAT SLAG |
|----------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------------------|-------------------------|
| Boxholm | | | | | |
| Finspång | | | | | |
| Kinda | | | | 1 | |
| Linköping | 1 | | | 22 | |
| Mjölby | | 4 | 1 | 3 | |
| Motala | | | | 1 | |
| Norrköping | 9 | 4 | 3 | 7 | 1 |
| Söderköping | | | | | |
| Vadstena | | | | 4 | |
| Valdemarsvik | | | | | |
| Ydre | | | | | |
| Åtvidaberg | | | | | |
| Ödeshög | | | | | |
| Totalt: | 10 | 8 | 4 | 38 | 1 |

Brister i omsorgen

En annan uppdelning var att redovisa missförhållanden utifrån olika typer av brister i omsorgen. (Se tabell 5). Av tabellen framgår att det under 2005 förekom två anmälningar som rörde personlig hygien, ingen som avsåg munhygien och 53 som avsåg mathållning. Av de senare är 47 anmälningar gjorda i Mjölby.

Tabell 5: Antal anmälningar under 2005 som avsåg brister i omsorgen.

| KOMMUN | PERSON- LIG HYGIEN | TAND- OCH MUN- HYGIEN | MAT- HÅLL- NING | BRISTER I TILLSYN | BRISTER AV ANNAT SLAG | VÅLD MELLAN BOENDE | FALL |
|----------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Boxholm | | | | 11 | 13 | 1 | 141 |
| Finspång | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Kinda | | | | | 1 | 1 | 429 |
| Linköping | | | 4 | 15 | 85 | 29 | |
| Mjölby | 2 | | 47 | 14 | 2 | 2 | |
| Motala | | | | 2 | | | |
| Norrköping | | | 2 | 79 | 5 | 100 | |
| Söderköping | | | | | | | |
| Vadstena | | | | 16 | | 6 | 288 |
| Valdemarsvik | | | | 1 | | | |
| Ydre | | | | | | | 22 |
| Åtvidaberg | | | | | 1 | 1 | |
| Ödeshög | | | | 8 | | 15 | 209 |
| Totalt: | 2 | | 53 | 147 | 108 | 156 | 1 090 |

I år liksom tidigare år är det många anmälningar inom kategorierna brister i tillsynen och brister av annat slag. Det är 147 respektive 108 stycken. Kommunerna ombads att kommentera vad detta avser.

Brister i tillsynen kan exempelvis vara;

Person avvikit från boende, uteblivet besök som var planerat, anhopning av larm på kort tid, boende bortglömt vid måltid, extra kvällsmål hinns inte med, person lämnad i trappuppgång av taxi, boende sover med kläder på, störande granne, använder annans lägenhet, druckit diskmedel, förkomna läkemedel samt viktminskning.

Brister av annat slag kan vara;

Vårdtagare klättrat över grind, glömt dra upp grind, ramlat ur rullstol, ensam personal vid förflyttning, kylskåp exploderat, ej följt gällande rutin, brist i arbetsrutin, ej utfört insats, brand, boende avvikit, otillräcklig resurs, brist i omvårdnad, glasbit i äppelmos, satt i halsen, olika typer av avvikelser avseende larm samt teknikbrister.

Det tycks nästan omöjligt att särskilja brister i tillsynen och brister av annat slag. Vissa anmälningar anger inte avvikelser i sig utan anger orsaken till en avvikelse. Exempel på detta är anhopning av larm, brist i arbetsrutin eller otillräcklig resurs. Det säger inget om vad som drabbat den enskilde.

Våld mellan boende har redovisats som en egen kategori i tabellen. Det är mycket stor variation mellan kommunerna, från noll till 100 stycken. Flera kommuner har inga sådana anmälningar.

Fall har också redovisats separat. Drygt hälften av kommunerna har inte alls tagit med några "fall" i sin Lex Sarah-rapportering med några har tagit med samtliga fall. Kommunerna gör olika bedömning av vad som bör anmälas. Kommunerna ombads att ange hur många fall som ledde till personskada. I de sex kommuner som tillsammans har redovisat 1 090 fall så har 137 stycken lett till personskada. Det är från mindre sårskada till frakturer och skallskada.

Jämförelse över år när det gäller typ av missförhållande

Vid en sammanställning av kommunernas redovisningar och jämförelse mellan åren 2002, 2003, 2004 och 2005 framträder en varierande bild. (Se tabell 6). Det finns förklaring till vissa variationer i det redovisade antalet.

Tabell 6: Kategorisering av rapporterade händelser år, 2002, 2003, 2004 och 2005.

| TYP AV MISSFÖRHÅLLANDE | ANTAL 2002 | ANTAL 2003 | ANTAL 2004 | ANTAL 2005 |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Brister i bemötande | 3 | 6 | 6 | 18 |
| Övergrepp, -fysiska | 7 | 18 | 50 | 10 |
| - psykiska | 2 | 9 | 8 | 8 |
| -sexuella | 0 | 1 | 4 | 4 |
| -ekonomiska | 11 | 39 | 57 | 38 |
| -av annat slag | 21 | 4 | - | 1 |
| Brister i omsorg avseende | | | | |
| -personlig hygien | 2 | 1 | 4 | 2 |
| -tand- och munhygien | 1 | 1 | - | - |
| -mathållning | 1 | 1 | 3 | 53 |
| -brister i tillsyn | 39 | 63 | 49 | 147 |
| -brister av annat slag | 23 | 45 | 121 | 108 |
| Våld mellan boende | - | 44 | 86 | 156 |
| Fall | - | 21 | 83 | 1 090 |
| Totalt | 110 | 253 | 471 | 1 676 |

Det har vid flera undersökningar varit mycket få anmälningar som gäller brister i bemötande. Vi den nu genomförda undersökningen är det dock en ökning.

Fysiska övergrepp har varierat under åren. Anledningen till detta är oklar. Psykiska övergrepp har varit tämligen få och legat på samma antal under flera år. Sexuella övergrepp har varit få vid alla undersökningar.

Ekonomiska övergrepp, som framförallt handlar om stöld av pengar, ökade markant ett par år men har nu åter minskat. Det är Linköping som har haft flest av den kategorin vid alla mätningarna.

Det görs få anmälningar som avser brister i personlig hygien och tandhygien. Brister i mathållning har fått en rejäl ökning i årets mätning och det beror på anmälningar från Mjölby som har samband med svårigheter att hinna servera kvällsmål inom ett särskilt boende.

Brister i tillsynen av den enskilde är det många av vid flertalet undersökningar och har ökat rejält vid den senaste undersökningen. Brister av annat slag har minskat något sedan fjolårets undersökning men är fortfarande många. Båda dessa kategorier omfattar vitt skilda händelser.

Våld mellan boende har ökat markant de två senaste åren. Det är inom vissa boenden vanligt förekommande att de boende brukar våld mot varandra.

Även händelser när personer fallit har vid de senaste undersökningarna noterats som en egen kategori och har ökat. Alla kommuner har inte redovisat fall.

Åtgärder med anledning av anmälningarna

Åtgärderna kan vara av akut karaktär eller inriktade på lång sikt. (Se tabell 7). 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 om den enskilde har fått några skador. Det kan också vara att någon behöver sitta ner och prata med den drabbade om händelsen har orsakat oro och ångslan. Det kan gälla att ringa och informera anhöriga. Den här typen av åtgärder framkommer inte av enkätundersökningen.

Det bör observeras att en händelse kan föranleda flera åtgärder.

Tabell 7: Åtgärder av olika slag som har vidtagits under 2005.

| KOMMUN | 1* | 2* | 3* | 4* | 5* | 6* | 7* | 8* | 9* | 10* | 11* |
|----------------|-----------|----------|----------|----|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Boxholm | | | | | | 1 | 22 | 5 | 2 | 5 | 1 |
| Finspång | 2 | | | | | 4 | 5 | 3 | 2 | | |
| Kinda | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | |
| Linköping | 7 | 1 | 1 | | 15 | 31 | 18 | 16 | 13 | 3 | 2 |
| Mjölby | | | | | 4 | 11 | 16 | 11 | 6 | 1 | |
| Motala | | | | | 1 | 1 | | | | 1 | |
| Norrköping | 1 | 1 | 3 | | 11 | 33 | 44 | 9 | 28 | 2 | 2 |
| Söderköping | | | | | | | | | | | |
| Vadstena | | | | | 4 | 2 | 41 | 14 | 10 | 5 | 2 |
| Valdemarsvik | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| Ydre | | | | | | | | | 2 | | |
| Åtvidaberg | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | |
| Ödeshög | | | 1 | | | | 11 | 6 | 4 | 2 | |
| Totalt: | 10 | 2 | 6 | | 36 | 85 | 160 | 66 | 69 | 20 | 7 |

1. Varning,
2. Omplacering,
3. Avstängning,
4. Avskedande,
5. Polisanmälan,
6. Ändrade arbetsrutiner,
7. Information,
8. Reflexion i grupp,
9. Enskilt samtal med personal,
10. Tillfällig utökning av personal,
11. Ändrade arbetsscheman,

Utöver de åtgärder som är med i denna redovisning har Norrköping angett att man vid 34 tillfällen haft genomgång av gällande rutiner, haft 62 vårdplaneringar, en organisationsförändring samt en händelse som föranleder kontinuerlig uppföljning.

Åtgärder kan också vara av arbetsrättslig karaktär. Flera av de åtgärder som enkäten omfattar är av sanktionskaraktär riktad mot personal. Det gäller exempelvis omplacering eller avstängning. Det är förhållandevis få händelser som föranleder varning, omplacering, avstängning eller avskedande. Det har skett en liten successiv ökning av den typen av åtgärder. Det är 18 personer som fått någon form av sanktion enligt årets undersökning. Tio personer har fått en varning, två har blivit omplacerade, sex har blivit avstängda men ingen har blivit avskedad.

Vissa händelser föranleder polisanmälan. Detta görs för att utreda om en handling är brottslig och utesluter inte en intern utredning och att åtgärder vidtas inom den aktuella enheten.

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.

En jämförelse över några år

En sammanställning av flera års enkätsvar avseende vidtagna åtgärder visar att det skett en förskjutning mot fler samtal med personal, enskilt eller i grupp samt mot mer information. (Se tabell 8). Det bör observeras att vissa ändringar har gjorts i frågeformuläret så att svaren i största möjliga mån skall ge ett rättvisande bild av realiteten. Information är vid den nu genomförda undersökningen en egen kategori och enskilt samtal med personal har införts som ny kategori. Vissa kategorier har tagits bort eftersom dessa inte användes i enkätsvaren.

Tabell 8: Åtgärder med anledning av anmälningarna år 2002, 2003, 2004 och 2005.

| ÅTGÄRDER | ANTAL ÅTGÄRDER 2002 | ANTAL ÅTGÄRDER 2003 | ANTAL ÅTGÄRDER 2004 | ANTAL ÅTGÄRDER 2005 |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Varning | 2 | 2 | 7 | 10 |
| Omplacering | 0 | 4 | 2 | 2 |
| Avstängning | 2 | 4 | 3 | 6 |
| Avskedande | 1 | 1 | 4 | - |
| Polisanmälan | 14 | 38 | 41 | 36 |
| Ändrade arbetsrutiner | 20 | 59 | 116 | 85 |
| Information | - | - | - | 160 |
| Utbildning/information | 23 | 25 | 107 | - |
| Handledn/reflexion i grupp | 8 | 34 | 23 | 66 |
| Ändrade scheman | 1 | 5 | 2 | 7 |
| Utökning personal | 16 | 3 | 2 | 20 |
| Enskilt samtal med personal | - | - | - | 69 |
| Totalt | 103 | 175 | 307 | 461 |

Varning som åtgärd har successivt ökat något. Även avstängning har en viss ökning. Ingen har blivit avskedad under 2005 vilket är första gången sedan undersökningarna började.

Antalet polisanmälningar har nu varit tämligen konstant under några år.

Åtgärder som syftar till effekter mer på lång sikt har ökat totalt sett. Ändrade arbetsrutiner har dock minskat.

Det har blivit vanligare att utökning av personalen anges som åtgärd. Frågan avser vid den här undersökningen endast om man gjort en tillfällig utökning. Eventuell permanent utökning framkommer inte av enkätsvaret. Ändring av scheman används som åtgärd vid några få tillfällen.

Åtgärder som information till personal samt handledning och reflexion i grupp har ökat betydligt vid den senaste mätningen.

Information till berörd nämnd

Enligt föreskriften och det allmänna rådet SOSFS 2000:5 (S) bör kommunen löpande sammanställa anmälningar enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen och ange vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

I enkäten togs därför frågan upp huruvida kommunen gör sammanställning och hur ofta nämnden informeras. (Se tabell 9).

Tabell 9: Sammanställning av händelser och information till berörd nämnd

| KOMMUN | SAMMANSTÄLLNING AV ANMÄLNINGAR | PRESENTATION AV SAMMANSTÄLLNING TILL NÄMND | ANNAN INFORMATION TILL NÄMND |
|--------------|--------------------------------|--|----------------------------------|
| Boxholm | Ja | 2 ggr/år | Vid behov |
| Finspång | Ja | Kvartalsvis | Alla Lex –Sarah-anmälningar |
| Kinda | Ja | Kvartalsvis | Nej |
| Linköping | Ja | 4 ggr/år | Muntligt |
| Mjölby | Ja | Kvartalsvis | Inform vid varje sammanträde |
| Motala | Ja | 1 g/år | |
| Norrköping | Ja | Minst 1 g/år | Till ordf och presidium |
| Söderköping | Ja | Årligen | Muntlig info till AU eller nämnd |
| Vadstena | Ja | 2 ggr/år | Muntlig info till nämnd |
| Valdemarsvik | Nej | Nej | Info till AU |
| Ydre | Ja | 1 g/år | Vid enskild händelse |
| Åtvidaberg | Ja | 2 ggr/år | Nej |
| Ödeshög | Ja | 2 ggr/år | Nej |

Alla kommuner utom Valdemarsvik gör sammanställningar över gjorda anmälningar och presenterar dessa för nämnden. Valdemarsvik kommenterar att från 2006 införs ett nytt datasystem där alla avvikelser kommer att registreras och detta kommer att underlätta att göra sammanställning.

Det varierar hur ofta nämnden får information om vilka anmälningar som gjorts, från en gång per år till fyra gånger per år.

Flertalet kommuner ger även information vid andra tillfällen till nämnden. Ofta är det i samband med händelser som fått allvarigare konsekvenser.

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. Dessa enskilda tillståndspliktiga verksamheter omfattar särskild boendeform och hem för vård eller boende, HVB.

Anmälningar

Av de sex verksamheter som ingår i undersökningen är det Hjulebo Omsorg, Mo Gårds skolhem, Norrköpings Kognitiva Centrum och Schedevi Psykiatri som har gjort anmälningar. Från Björkbacken och Torsvillan har inte någon anmälan rapporterats. (Se tabell 10).

Alla dessa verksamheter omfattar handikappomsorg. Hjulebo Omsorg har psykiskt funktionshindrade personer från cirka femtioårsåldern och uppåt. I de fall som avvikelserna har avsett personer över 65 år skulle dessa ha kunnat bli registrerade som äldreomsorg.

Tabell 10: Antal anmälningar under 2005.

| ENSKILD TILLSTÅNDS- PLIKTIG VERKSAMHET | HANDIKAPP- OMSORG |
|---|----------------------|
| Björkbacken | 0 |
| Hjulebo Omsorg | 20 |
| Mo Gårds skolhem, HVB | 5 |
| Torsvillan | 0 |
| NKC, HVB | 6 |
| Schedevi Psykiatri, HVB | 3 |
| Totalt | 34 |

Av tabell 11 framkommer att det är nästan dubbelt så många kvinnor som män som omfattas av anmälningarna. Vid fjolårets undersökning var förhållandet tvärtom.

Tabell 11 Antal anmälningar som ansåg kvinnor respektive män under 2005.

| ENSKILD VERKSAMHET | KVINNOR | MÄN |
|--------------------|-----------|-----------|
| Hjulebo Omsorg | 16 | 4 |
| Mo Gård | 1 | 4 |
| NKC, HVB | 5 | 1 |
| Schedevi psykiatri | - | 3 |
| Totalt | 22 | 12 |

Typ av missförhållande

Det finns endast en anmälan om brister i bemötande och den är gjord vid Schedevi psykiatri. (Se tabell 12). Mo Gårds skolhem har två fysiska övergrepp och två psykiska övergrepp. Hjulebo Omsorg har tre händelser som betecknas som kränkning av annat slag. Dessa handlar om hot om våld.

Tabell 12: Antal anmälningar under 2005 som avsåg ...

| ENSKILD VERKSAMHET | BRISTER I BEMÖTANDE | FYSISKA ÖVERGREPP | PSYKISKA ÖVERGREPP | SEXUELLA ÖVERGREPP | EKONOMISKA ÖVERGREPP | KRÄNKNING AV ANNAT SLAG |
|--------------------|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------------------|-------------------------|
| Hjulebo omsorg | | | | | | 3 |
| Mo gård | | 2 | 2 | | | |
| Schedevi psykiatri | 1 | | | | | |
| Totalt: | 1 | 2 | 2 | | | 3 |

Från de enskilda verksamheterna finns inte någon anmälan som avser brister i hygien. (Se tabell 13). Hjulebo har en som avser mathållning, två våld mellan boende, 13 fall och en som avser brister av annat slag och här är det fråga om hantering av pengar. Den händelse vid Mo Gårds skolhem som beskrivs som brister i tillsynen gäller en person som druckit myggmedel. Här har man även tre händelser som gäller våld mellan boende. Alla fyra händelser vid NKC som beskrivs som brister av annat slag avser fel i medicinhantering. Schedevi Psykiatri har anmält två våld mellan boende.

Tabell 13: Antal anmälningar under 2005 som avsåg ...

| ENSKILD VERKSAMHET | PERSONLIG HYGIEN | TAND- OCH MUN-HYGIEN | MAT-HÅLLNING | BRISTER I TILLSYN | BRISTER AV ANNAT SLAG | VÅLD MELLAN BOENDE | FALL |
|--------------------|------------------|----------------------|--------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-----------|
| Hjulebo omsorg | | | 1 | | 1 | 2 | 13 |
| Mo gård | | | | 1 | | 3 | |
| NKC, HVB | | | | 1 | 4 | | |
| Schedevi psykiatri | | | | | | 2 | |
| Totalt: | | | 1 | 2 | 5 | 7 | 13 |

Vidtagna åtgärder

När det gäller åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningarna står det klart att det mest förekommande är reflexion i grupp. (Se tabell 14). Ändrade arbetsrutiner och information är också vanliga åtgärder. Vid Schedevi psykiatri har en varning utdelats och en omplacering gjorts. Schedevi har även gjort två polisanmälningar.

Tabell 14: Vidtagna åtgärder i samband med anmälan.

| ENSKILD VERKSAMHET | 1* | 2* | 3* | 4* | 5* | 6* | 7* | 8* | 9* | 10* | 11* |
|-----------------------|----------|----------|----|----|----------|----------|----------|-----------|----------|-----|-----|
| Hjulebo | | | | | | 6 | 3 | 4 | | | |
| Mo gård | | | | | | 1 | | 5 | 1 | | |
| NKC, HVB | | | | | | | 1 | 1 | | | |
| Schedevi psykiatri | 1 | 1 | | | 2 | | 3 | 3 | 1 | | |
| Totalt: | 1 | 1 | | | 2 | 7 | 7 | 13 | 2 | | |

1. Varning,
2. Omplacering,
3. Avstängning,
4. Avskedande,
5. Polisanmälan,
6. Ändrade arbetsrutiner,
7. Information,
8. Reflexion i grupp,
9. Enskilt samtal med personal,
10. Tillfällig utökning av personal,
11. Ändrade arbetsscheman