

Lex Sarah i Örebro län

En uppföljning av de missförhållanden
inom äldre- och handikappomsorgen
som anmälts år 2005



Foto: Thomas Eriksson



Förord

Bestämmelsen *Lex Sarah* infördes som ett led i regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) mot bakgrund av de brister som tidigare uppdagats inom äldreomsorgen.

Lex Sarah hänger också samman med de tillägg som infördes i socialtjänstlagen året innan som tydliggör att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet och att erforderlig personal med lämplig utbildning och erfarenhet ska finnas.

Däremot visar såväl de tidigare som den senaste undersökningen att det finns en hel del svårigheter förknippade med en bestämmelse av den här karaktären. Det behövs därför en fortsatt dialog, mellan Länsstyrelsen och Era som verksamhetsansvariga men också en dialog ute i Era verksamheter.

Länsstyrelsen och Länsstyrelsens äldreskyddsombud ser det som en central uppgift att följa hur Era kvalitetssystem fungerar och förbättrar, och hur tillämpningen av Lex Sarah utvecklas.

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

Anna Olofsson & Fisun Yavas
Äldreskyddsombud

INNEHÅLL

BAKGRUND.....	2
Lex Sarah	2
Lagreglering.....	2
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS2000:5.....	3
LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	4
Lex Maria	4
RESULTAT.....	5
Antal anmälningar i länet	5
Antal anmälningar i varje kommun samt vad de avser.....	6
Åtgärder med anledning av anmälningarna	7
Genusperspektiv.....	8
Skriftliga instruktioner	8
LÄNSSTYRELSENS SAMMANFATTANDE BEDÖMNING	9

Bakgrund

Lex Sarah

Som ett led i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen (SoL) 71 a §, som från den 1 januari 1999 ålägger var och en som är verksam inom omsorgen om äldre och funktionshindrade att vaka över att enskilda människor får en god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Enligt den nya socialtjänstlagen har bestämmelsen från 1 januari 2002 fått benämningen 14 kap 2 § SoL. Bakgrunden till bestämmelsen är de brister som tidigare har uppdagats inom äldreomsorgen.

I propositionen (1997/98:113), Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, anfördes vidare att brister i omsorgerna om äldre och funktionshindrade bättre kan följas upp och förebyggas med lagstadgad skyldighet att anmäla sådana brister. På så vis kan socialnämnden eller den enskilde omsorgsgivaren, eller dennes företrädare genom en systematisk bevakning bättre upptäcka risker för framtida missförhållanden. Tillsynsmyndigheten som är länsstyrelsen får dessutom en bättre utgångspunkt för sin tillsyn och sist men inte minst kan den enskildes intressen bättre och säkrare tillvaratas.

Från och med den 1 juli 2000 finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2000:5, som anger hur kommunerna skall tillämpa den nya bestämmelsen.

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens rapport ”Lex Sarah – efter fyra år redovisning av en undersökning om tillämpningen av Lex Sarah år 2002” uppmärksammades att det på många håll fanns en osäkerhet om hur man skall tolka Lex Sarah och hur man kan påtala risker och kvalitetsbrister i kommunernas omsorger om äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen har i meddelandeblad november 2004, ”Handläggning av risker och brister i vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder – en sammanställning av lagar och Socialstyrelsens författningar”, bland annat behandlat riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering och anmälningsskyldigheter.

Lagreglering

14 kap 2 § SoL

Var och en som är verksam inom omsorger om äldre människor eller människor 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.

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.

I bestämmelsen ges var och en som är verksam inom omsorger för äldre människor eller människor med funktionshinder, oavsett om det är offentligt driven eller enskild verksamhet, ett personligt ansvar att vaka över att enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Anmälningsskyldigheten gäller den som är anställd, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder inom omsorgerna om äldre människor eller människor med funktionshinder. Den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om allvarliga brister eller missförhållanden inom vården eller omvårdnaden åläggs en skyldighet att genast göra en anmälan om missförhållandena till socialnämnden eller när det gäller enskilt driven verksamhet, till den som är ansvarig för verksamheten. I de fall missförhållandet inte åtgärdas omedelbart, föreligger en skyldighet för socialnämnden eller den som ansvarar för en enskilt driven verksamhet att anmäla bristen till Länsstyrelsen.

Den personal som uppmärksammat missförhållanden har också möjlighet att anmäla direkt till länsstyrelsen i det fall den verksamhetsansvarige inte fullföljer sina åliggande enligt bestämmelsen eller om det finns skäl att tro att så skulle vara fallet.

Sekretess utgör inget hinder för anmälan direkt till länsstyrelsen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2000:5

Socialstyrelsen har till vägledning för bestämmelsens tillämpning utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:5) ”Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a § SoL (1980:620). Såväl kommunen som enskilda vårdgivare är skyldiga att följa dessa föreskrifter.

Det skall finnas skriftliga instruktioner för handläggning av anmälningar och av instruktionerna skall tydligt framgå följande:

- vem som ansvarar för att ta emot anmälningar om allvarliga missförhållanden
- vem anmälan skall göras till, om den som ansvarar för att ta emot anmälningarna själv berörs av innehållet i anmälan
- vem som ansvarar för att en utredning med anledning av anmälan görs, och
- att en anmälan alltid skall registreras och på vilket sätt

Med omsorger avses i denna bestämmelse såväl den praktiska hjälpen som den personliga omvårdnaden. Bestämmelsen gäller oavsett var insatsen ges d.v.s. såväl i ordi-närt boende som i ett särskilt boende.

Vad är ett missförhållande?

- övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot en enskilds liv, hälsa eller säkerhet

Övergrepp kan vara:

- fysiska (t.ex. slag, nypningar och hårda tag)
- psykiska (t.ex. hot, bestraffningar, trakasserier, skrämnel och kränkningar)
- sexuella
- ekonomiska (t.ex. stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring)

Brister i omsorgerna kan gälla:

- personlig hygien
- mathållning
- tand- och munhygien
- brister i den tillsyn som den enskilde får

Socialstyrelsen anger att missförhållanden också kan vara ett bemötande av äldre och funktionshindrade, som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Återkommande brister i omsorgerna, som t.ex. beror på bristande arbetsrutiner, kan sammantaget utgöra allvarliga missförhållanden, även om bristerna var för sig inte kan anses vara det.

LSS - Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade

Anmälan om personskada (SOSFS 1996:17) gäller när någon som innefattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) riskerar att skadas eller har skadats allvarligt.

Från och med den 1 juli 2005 regleras även anmälan om missförhållanden enligt 24 a § LSS (SFS 2005:125).

Lex Maria

Att ett missförhållande skall anmälas, enligt 14 kap. 2 § SoL, utesluter inte att det också skall anmälas enligt den närliggande bestämmelsen enligt 7 § lagen (2005:28) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, *Lex Maria*. Om det råder tveksamhet om vilken bestämmelse som är tillämplig bör missförhållandet anmälas enligt båda bestämmelserna.

Resultat

Antal anmälningar i länet.

Resultatet redovisar antal anmälningar som inkommit till kommunerna under år 2005, vad som anmälts som missförhållanden och kommunernas åtgärder efter anmälningarna samt anmälningar utifrån ett genusperspektiv. Till viss del görs även en jämförelse mellan åren 2002 till 2005.

Tabell 1.

År	Anmälningar totalt	Antal kommuner som redovisat anmälningar	Antal enskilda verksamheter som redovisat anmälningar	Anmälningar avseende funktionshindrade under 65 år
2002	9	3	0	0
2003	21	6	0	4
2004	30	5	0	0
2005	38	7	0	1

- **Anmälningar fördelade efter boendeform**

Särskild boendeform	32
Ordinarie boendeform	6

- **Anmälningar fördelade efter antal personer som utsatts för missförhållande.**

En person	31
Två eller flera	7

- **Anmälningar fördelade efter ålder**

Personer 65 år och däröver	37
Personer yngre än 65 år	1

- **Antal personer som berörs av anmälningarna fördelade efter kön**

Kvinnor	37
Män	12

I fyra av enkäterna framkommer det inte hur många personer som berörs av missförhållandet.

I en och samma anmälan kan det vara både kvinnor och män.

Länsstyrelsens kommentarer

Fem kommuner redovisade sammanlagt 36 anmälningar enligt Lex Sarah under 2005.

Vid en jämförelse från år 2002 till 2005 framkommer en stadig ökning av antalet anmälningar framkommer i reslutatet.

Antal anmälningar i varje kommun samt vad de avser

Observera att en anmälan kan gälla flera missförhållanden.

Tabell 2.

År	Kommun	Anmälningar	Övergrepp	Brister i omsorgen	Brister i bemötande
2002	Hällefors	4	1	3	0
	Kumla	1	1	0	0
	Örebro	4	3	1	0
2003	Hällefors	2	1	1	0
	Karlskoga	1	0	1	0
	Kumla	7	4	2	1
	Lindesberg	1	0	1	1
	Nora	5	1	4	0
	Örebro	5	3	0	4
2004	Hällefors	4	1	3	0
	Kumla	5	1	3	1
	Nora	12	1	11	0
	Lindesberg	3	1	1	1
	Örebro	7	2	3	7
2005	Karlskoga	1	0	0	1
	Kumla	4	0	1	3
	Lekeberg	3	3	0	2
	Lindesberg	6	1	3	3
	Ljusnarsberg	1	1	0	0
	Nora	15	1	14	0
	Örebro	6	3	4	1

Länsstyrelsens kommentarer

Av anmälningarna år 2005 gjordes 31 stycken direkt av personal, 1 av anmälningarna gjordes av en praktikant och 6 stycken där anhöriga/brukaren påpekat missförhållandet till personal. Fyra av anmälningarna var gjorda av enhetschef. Det förekom även att anmälan av ett och samma missförhållande gjorts av både anhörig och personal.

Observera att en anmälan kan gälla mer än ett missförhållande och fler än en person.

Anmälningarna som gällde övergrepp och brister i omsorgen var högst till antalet.

När det gäller övergrepp handlar det både om fysiska, psykiska och ekonomiska.

Lägst till antalet var anmälningar om brister i bemötande.

Anmälningarna som gällde brister i omsorgen var högst till antalet (22), övergrepp och brister i bemötande hade båda 10 anmälningar.

Det kan dock konstateras att det inte fanns några anmälningar i länet gällande bemötande år 2002, för att sedan öka från 6 anmälningar 2003 till 9 anmälningar 2004. Även år 2005 är antalet anmälningar för brister i bemötande 10 till antalet.

Åtgärder med anledning av anmälningarna

Åtgärder efter anmälningar kan vara av två slag. Dels akuta åtgärder som innebär att direkt undanröja risken för fortsatta missförhållanden som till exempel att avstänga personal i väntan på utredning och polisanmälan. Men det kan också vara långsiktiga åtgärder för att undanröja risken för missförhållanden på en arbetsplats i form av samtal, diskussioner, handledning och fortbildning för personal. Ett och samma ärende fordrar ofta flera åtgärder och kan kräva både akuta som långsiktiga åtgärder.

Nedan redovisas antalet åtgärder som vidtagits i de aktuella kommunerna uppdelade i akuta och långsiktiga åtgärder.

Akuta åtgärder :

<input type="checkbox"/> omplacering	2
<input type="checkbox"/> avstängning	6
<input type="checkbox"/> polisanmälan	2
<input type="checkbox"/> avsked	2

Långsiktiga åtgärder :

▪ information/utbildningsinsatser	15
▪ handledning/reflektion	4
▪ ändrade arbetsrutiner	18
▪ annan åtgärd	16

Under punkten annan åtgärd har följande redovisats:

- Arbeta efter upprättad handlingsplan
- Tydliggöra uppdrag
- Samtal med berörd personal
- Diskussion i personalgrupp
- Hiss larmad
- Förbättrad teknik

- Utredning angående larmsystem
- Kvalitetsinspektion
- Förvaltningschef informerad
- Samtal med berörd
- Personalen sade upp sig
- Skriftlig erinran

Länsstyrelsens kommentarer

Länsstyrelsen förutsätter att kommunerna har gett personalen och andra involverade en slags återkoppling på de vidtagna åtgärderna och att en diskussion och dialog hålls med berörda i syfte att undvika liknande händelser i framtiden. I sex fall har personal blivit avstängda under utredning. I två fall har personal blivit avskedade.

De långsiktiga åtgärderna som information/utbildningsinsatser samt ändrade arbetsrutiner är flest till antalet. När det gäller punkten annan åtgärd är det på sin plats att påpeka att denna åtgärd ofta kombineras med exempelvis utbildning/information, ändrade arbetsrutiner, ändrade arbetsscheman samt handledning/tid för reflexion i grupp.

Genusperspektiv

Det kan vara av intresse att belysa anmälningar enligt 14 kap 2 § SoL ur ett genusperspektiv.

Av de enkätsvaren framkommer att det till största delen är kvinnor som bor på särskilt boende som är involverade i missförhållanden.

Av anmälningarna är det 26 kvinnor och 8 män boende på särskilt boende, att jämföras med anmälningar som skett i ordinärt boende, 3 kvinnor och 2 män.

I en och samma anmälan kan det förekomma övergrepp, brister i omsorgen samt brister i bemötande.

Länsstyrelsens kommentar

Som framgår enligt ovan är det flest kvinnor som har varit föremål för allvarliga missförhållanden under år 2005 och då främst i de särskilda boendeformerna.

Inom de särskilda boendeformerna förekommer både brister i omsorg, brister i bemötandet samt övergrepp.

Inom ordinärt boende är det brister i tillsynen som såväl övergrepp i form av stöld som förekommer.

Med anledning av det låga antalet individer i undersökningen går det inte att dra några generella slutsatser.

Skriftliga instruktioner

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2000:5, framgår att kommuner och enskilda verksamheter skall upprätta skriftliga instruktioner för handläggning av anmälan enligt "Lex Sarah". De ansvariga i kommunen skall se till att personal och frivilligarbetande inom verksamheten får kunskap om instruktionerna och att det tydligt framgår att det är deras skyldighet att anmäla missförhållanden i verksamheten. Det gäller såväl kommunal som enskild verksamhet. Kopia på dessa skall lämnas till ansvarig nämnd och Länsstyrelsen.

Det skall också framgå av instruktionerna att den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om allvarliga brister eller missförhållanden inom vården eller omvårdnaden genast skall göra en anmälan till socialnämnden som därefter skall vidta erforderliga åtgärder för att förhindra att missförhållanden fortsätter.

Länsstyrelsens kommentarer

Samtliga länets kommuner har antagit skriftliga instruktioner för handläggning av anmälningar enligt 14 kap 2 § SoL.

Länsstyrelsens sammanfattande bedömning

Det är viktigt att allvarliga missförhållanden åtgärdas utan dröjsmål. Lex Sarah ålägger socialnämnden en sådan skyldighet och det åligger den som är verksam inom omsorgen om äldre och funktionshindrade att föra fram information om sådana missförhållanden, oavsett om man själv uppmärksammat dessa eller fått kännedom om dem på annat sätt.

Antalet anmälningar enligt Lex Sarah har ökat i Örebro län under år 2005 i jämförelse med år 2002, 2003 och 2004. Anmälda brister gällande brister i omsorgen är högst till antalet. De flesta anmälningarna avsåg kvinnor och gällde händelser i särskilt boende.

Kommunernas åtgärder med anledning av anmälningarna domineras av ändrade arbetsrutiner, information/utbildningsinsatser samt annan åtgärd. När det gäller akuta åtgärder så är avstängning flest. Länsstyrelsen vill här understryka vikten av återkommande dialog, informationsinsatser, tydliga arbetsrutiner samt närhet till arbetsledning för personalen.

Äldreskyddsombuden på Länsstyrelsen i Örebro har sedan anställningens början 2003, och fortfarande, haft med frågan om Lex Sarah vid flertalet verksamhetstillsyner. Kunskapen om Lex Sarah har vid granskningstillfällena varit väldigt varierande. Verksamhetstillsynerna har resulterat i en förnyad diskussion om Lex Sarah och anmälningsskyldighet enligt SoL.

Konstateras kan dock att ämnet bör finnas med vid återkommande mötestillfällen, såsom arbetsplatsträffar och andra verksamhetsplaneringsmöten, under ett verksamhetsår.

Socialstyrelsen skriver i sin slutrapport "*Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*" att tillkomsten av Lex Sarah ökat rättssäkerheten för den enskilde genom en uppstramning av arbetsrutiner med ökad uppmärksamhet på missförhållanden och situationer som kan leda till missförhållanden. Anmälningarna kan ibland peka ut mer allmänna brister i kommunernas vård och omsorg. Brister som inte beror på en enskild persons handlande utan på avsaknad av tydliga mål, tillgång till arbetsledare, tillräckligt med kompetent personal, organisation och arbetsrutiner. Det är enligt Socialstyrelsen viktigt att inte i första hand fälla en enskild person utan också bedöma de bakomliggande orsakerna till det inträffade.

Mot bakgrund av ovan är det viktigt att påpeka att det inte går att dra några slutsatser om kvaliteten inom omsorgen om äldre och funktionshindrade enbart med utgångspunkt från antalet anmälningar enligt Lex Sarah. Länsstyrelsen ser dock inte det ökade antalet anmälningar som resultatet av en allt sämre äldreomsorg utan som ett resultat i ett målmedvetet kvalitetsarbete.

Äldreskyddsombuden har i tillsynen, såväl som i andra kommunbesök, uppmärksammat och kommer framledes att uppmärksamma frågor gällande rutiner och tillämpningen av Lex Sarah.

Flertalet kommuner arbetar idag med att fortsatt öka kunskapen kring Lex Sarah.



Länsstyrelsen Örebro län

Postadress
701 86

Besök
Stortorget 22

Fax
019-19 30 10

Internet
www.t.lst.se

E-poet
lansstyrelsen@t.lst.se

Tfn växel
019-19 30 00