



Länsstyrelsen
Värmland

LEX SARAH I VÄRMLANDS LÄN

En uppföljning av de missförhållanden inom äldre-
och handikappomsorgen som anmälts år 2006

LÄNSSTYRELSEN I VÄRMLANDS LÄN

RAPPORT NR 2007:8

Rapporten är sammanställd av Lennart Högdahl,
Länsstyrelsen i Värmlands län
Diarienummer: 701-1608-2007
Rapportnummer: 2007: 8
ISSN: 0284-6845

Länsstyrelsen i Värmlands län, 651 86 Karlstad,
054-19 70 00, lanstyrelsen@s.lst.se, www.s.lst.se

Förord

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.

Länsstyrelsen ger som tidigare år ut en årsrapport om *Lex Sarah*-ärendena i Värmlands län. För rapportens innehåll svarar äldreskyddsombud Lennart Högdahl.

Länsstyrelsens tillsyn som äldreskyddsombuden genomfört under 2004 visade att det fanns en hel del svårigheter förknippade med en bestämmelse av den här karaktären. Länsstyrelsen kommer av den anledningen följa kommunernas arbete med att aktivt säkra att alla berörda vet hur de ska tillämpa bestämmelsen om anmälningsskyldighet.

Thomas Larsson
socialdirektör

INNEHÅLL

Bakgrund	1
Lex Sarah	1
Lagreglering	1
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2000:5	2
Revidering av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	3
Anmälningsskyldighet enligt 24 a § LSS.....	4
Lex Maria.....	4
Resultat	4
Antal anmälningar i länet.....	4
Länsstyrelsens kommentarer	5
Antal anmälningar i varje kommun samt vad de avser	6
Länsstyrelsens kommentarer	7
Åtgärder med anledning av anmälningarna.....	8
Akuta åtgärder :.....	8
Långsiktiga åtgärder :.....	8
Övriga åtgärder:	9
Länsstyrelsens kommentarer	9
Länsstyrelsens sammanfattande bedömning.....	9

Bakgrund

Lex Sarah

Som ett led i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen 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.

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 avhjälpas 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 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 ordinärt boende som i ett särskilt boende.

Vad är ett missförhållande?

- ❑ brister i bemötande som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet,
- ❑ 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, skrämsel 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.

Revidering av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Det pågår en revidering i Socialstyrelsens regi av föreskrifter och allmänna råd om anmälan av allvarliga missförhållanden inom äldre- och handikappomsorg.

Uppdraget består av att de nya föreskrifterna och allmänna råden skall omfatta anmälningsskyldigheten enligt 24 a § LSS. Uppdraget gäller även förtydliganden och ändringar som behövs för att ta tillvara erfarenheter sedan bestämmelsen Lex Sarah samt föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:5) trädde ikraft 1999 respektive 2000.

Enligt tidplanen för de nya föreskrifterna och allmänna råden är att de skall träda i kraft kring årsskiftet 2007/2008. En handbok kommer enligt tidplanen att publiceras under våren 2008. Syftet med revideringen är att ge förutsättningar för en mer enhetlig tillämpning av bestämmelserna om anmälningsskyldighet, och vara en vägledning för kommuner, landsting och enskilda verksamheter samt de personer som berörs av anmälningsskyldigheten enligt SoL och LSS. Revideringen skall även tjäna som stöd till Länsstyrelserna i deras arbete med frågor som rör anmälningsskyldigheten.

Länsstyrelsen i Värmland har för avsikt att under våren 2008 anordna en konferens gällande den ”nya” föreskriften och allmänna råden. Vid konferensen kommer även handboken att belysas samt att det skall ges möjlighet till erfarenhetsutbyte av arbetet med Lex Sarah, anmälningsskyldigheten enligt 24a § LSS samt Anmälan av personskada i verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Anmälningsskyldighet enligt 24 a § LSS

Nya bestämmelser om kvalitet, dokumentation och anmälningsskyldighet i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), m.m. trädde i kraft 1 januari 2005. Bestämmelsen om anmälningsskyldighet innebär att var och en som fullgör uppgifter enligt LSS skall vaka över att de personer som får insatser enligt lagen får gott stöd och god service samt lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande som rör enskild som får insats enligt LSS skall genast anmäla detta till ansvarig för verksamheten. De nya bestämmelserna i LSS bygger på motsvarande lagreglering i SoL vilket innebär en ökad likformighet mellan lagarna.

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 (1998:18) 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 2006, vad som anmälts som missförhållanden och kommunernas åtgärder efter anmälningarna.

En jämförelse görs också med uppföljningarna under åren 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 och 2005.

Observera att en anmälan kan gälla flera personer och även flera missförhållanden.

Tabell 1.

År	Anmälningar totalt	Antal kommuner som redovisat anmälningar	Antal enskilda verksamheter som redovisat anmälningar	Anmälningar avseende funktionshindrade under 65 år
1999	12	4	0	0
2000	38	6	3	0
2001	16	7	0	1
2002	20	7	0	6
2003	14	5	0	0
2004	19	12	0	0
2005	21	8	0	1
2006	26	9	0	1

- **Anmälningar fördelade efter boendeform**

Särskild boendeform	14
Ordinär boendeform	12
Bostad med särskild service enligt SoL	0

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

En person	18
Två eller flera	8

- **Anmälningar fördelade efter ålder**

Personer 65 år och däröver	24
Personer yngre än 65 år	1
Uppgift saknas	1

- **Anmälningar fördelade efter kön**

Kvinnor	14
Män	7
Både kvinnor och män	4
Uppgift saknas	1

Länsstyrelsens kommentarer

Nio kommuner redovisade sammanlagt 26 anmälningar enligt *Lex Sarah* under 2006. En ökning med 5 anmälningar har skett sedan föregående år. Endast Karlstads kommun har vid samtliga åtta uppföljningstillfällen redovisat missförhållanden som anmälts enligt *Lex Sarah*.

Gällande anmälningar fördelade efter boendeform visar undersökningen på att det har ökat med anmälningar i ordinär boendeform jämfört med de tre senaste åren. Antalet anmälningar gällande kvinnor har markant ökat under 2006. Detta att jämföra med 2005 då antalet anmälningar fördelades lika mellan könen.

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	
1999	Karlstad	7	3	4		
	Arvika	3	2	1		
	Torsby	1	1	0		
	Forshaga	1	1	0		
2000	Karlstad	22	6	16		
	Arvika	9	3	6		
	Torsby	3	1	2		
	Grums	2	2	0		
	Kristinehamn	1	1	0		
	Eda	1	1	0		
2001	Karlstad	7	1	6		
	Torsby	4	3	1		
	Arvika	1	0	1		
	Eda	1	0	1		
	Hagfors	1	1	0		
	Säffle	1	1	0		
	Sunne	1	0	1		
2002	Karlstad	10	1	4	6	
	Kil	3	2	1	3	
	Torsby	3	3	0	0	
	Storfors	1	0	0	1	
	Grums	1	1	0	1	
	Kristinehamn	1	0	1	0	
	Säffle	1	0	0	1	
2003	Karlstad	7	2	4	2	
	Kil	2	1	2	0	
	Hammarö	1	0	1	0	
	Storfors	1	1	0	0	
	Säffle	3	3	0	2	
2004	Karlstad	3	4	0	2	
	Kil	2	1	1	1	
	Eda	2	1	1	0	
	Forshaga	3	1	2	0	
	Grums	1	0	0	1	
	Hagfors	1	2	0	0	
	Hammarö	1	0	0	1	
	Kristinehamn	1	1	0	1	
	Storfors	2	3	0	0	
	Sunne	1	0	0	1	
	Säffle	1	0	1	0	
	Torsby	1	0	1	0	

År	Kommun	Anmälningar	Övergrepp	Brister i omsorgen	Brister i bemötandet
2005	Eda	4	1	1	2
	Filipstad	1	0	1	0
	Forshaga	1	0	1	0
	Hammarö	3	0	3	1
	Karlstad	9	3	5	1
	Kil	1	0	1	0
	Kristinehamn	1	0	1	0
	Årjäng	1	0	1	0
2006	Eda	3	3	2	0
	Filipstad	2	1	1	0
	Grums	1	0	0	1
	Hagfors	1	1	0	0
	Hammarö	2	0	0	1
	Karlstad	8	1	6	3
	Kil	3	0	3	1
	Kristinehamn	5	0	5	0
	Storfors	1	1	0	1

Hammarö kommun har i en anmälan uppgett Brister av annat slag (2006).

Karlstads kommun har i en anmälan uppgett både Brister i omsorgen och Brister i bemötandet (2006).

Kils kommun har i en anmälan uppgett både Brister i omsorgen och Brister i bemötandet (2006).

Länsstyrelsens kommentarer

Munkfors kommun har under de år som bestämmelsen funnits ännu inte rapporterat in någon anmälan enligt Lex Sarah.

Av anmälningarna år 2006 gjordes 24 stycken av personal och 2 stycken av anhöriga. Observera att en anmälan kan gälla mer än ett missförhållande och fler än en person.

Anmälningarna som gällde brister i omsorgen var under 2006 dominerande.

När det gäller brister i omsorgen handlar det främst om brist på tillsyn samt brister gällande den enskildes personliga hygien.

När det gäller övergrepp handlar det främst om fysiska och ekonomiska (stöld) övergrepp.

Anhöriga till äldre eller människor med funktionshinder har inte motsvarande anmälningsskyldighet. Däremot kan det inte sällan vara så att anhöriga påtalar och gör personalen uppmärksam på allvarliga missförhållanden i verksamheten. Sådana signaler måste då anmälas vidare i enlighet med anmälningsskyldigheten enligt Lex Sarah. Anmälningsskyldigheten inträder **oberoende av hur man fått uppgiften - om man själv uppmärksammat ett missförhållande eller på annat sätt fått denna kännedom.** Att hänvisa uppgifter från anhöriga till en mer allmän klagomålshantering

kan också innebära att socialnämndens eller den verksamhetsansvariges skyldighet att omedelbart vidta åtgärder blir otydlig och medföra att missförhållandet inte rättas till så skyndsamt som avsikten är.

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"/> varning	1
<input type="checkbox"/> omplacering	2
<input type="checkbox"/> avstängning	1
<input type="checkbox"/> avsked	1
<input type="checkbox"/> polisanmälan	4
<input type="checkbox"/> utökning av personal	2
<input type="checkbox"/> ändrade arbetsrutiner	14

Långsiktiga åtgärder :

<input type="checkbox"/> information/utbildningsinsatser	12
<input type="checkbox"/> handledning/reflektion	6
<input type="checkbox"/> ändrade arbetsscheman	2
<input type="checkbox"/> översyn av personalbemanning	1

Övriga åtgärder:

- Köpt plats i annan kommun
- Extrapersonal dag och natt omgående
- Uppdatering och en ny påminnelse till all personal gällande rutinerna
- Samtal vid två tillfällen med den anmälda, verksamhetsledare och MAS
- Påminnelse om gällande rutiner
- Personal slutade på egen begäran
- Extra tillsyn av de boende

Länsstyrelsens kommentarer

Länsstyrelsen förutsätter att kommunerna har gett personalen och andra involverade återkoppling på de vidtagna åtgärderna och att en diskussion och dialog hålls med berörda i syfte att undvika liknande händelser i framtiden.

Som framgår av ovan är ändrade arbetsrutiner den främst företagna akuta åtgärden. I fyra fall har polisanmälan kommit till stånd. De främsta långsiktiga åtgärderna som redovisats under 2006 är information/utbildningsinsatser samt handledning/reflektion.

Länsstyrelsens sammanfattande bedömning

Det är viktigt att allvarliga missförhållanden åtgärdas utan dröjsmål. Bestämmelsen *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 genom t.ex. anhöriga.

Länsstyrelsen vill betona vikten av att se till att instruktionerna finns tillgängliga på aktuella enheter, att de är kända av personalen och att det återkommande förs en dialog för att påminna om anmälningsplikten.

Vad gäller anmälningar utifrån boendeform är särskild boendeform något högre än för ordinär boendeform.

Anmälningarna som gällde brister i omsorgen var under 2006 dominerande.

När det gäller brister i omsorgen handlar det främst om brist på tillsyn samt brister gällande den enskildes personliga hygien. När det gäller övergrepp handlar det främst om fysiska och ekonomiska (stöld) övergrepp.

Kommunernas åtgärder med anledning av anmälningarna dominerades av information/utbildningsinsatser, handledning/reflektion och ändrade arbetsscheman. När det gäller akuta åtgärder så dominerade ändrade arbetsrutiner, polisanmälan, omplacering och utökning av personal.

Under 2006 har ett ärende enligt Lex Sarah varit föremål för allvarlig kritik och ett föreläggande från Länsstyrelsens sida. Kommunen vidtog åtgärder direkt efter förelägandet. Utifrån ett slutligt yttrande från berörd kommun beslutades från Länsstyrelsens sida, att ärendet inte föranleder någon ytterligare åtgärd från Länsstyrelsens sida.

Av övriga ärenden som mottagits av Länsstyrelsen under 2006 gällande Lex Sarah bedömdes de åtgärder Socialnämnden vidtagit som adekvata. Mot bakgrund av kommunens egen utredning beslutade Länsstyrelsen att ej granska de inkomna ärendena ytterligare och avslutade därmed ärendena från vidare handläggning. De ansvariga tycks i allmänhet ha en hög ambition att både utreda förhållandena och åtgärda dem för att undvika fortsatta missförhållanden. Vid ett tillfälle kontaktade en kommun Länsstyrelsen för rådgivning.

Antalet anmälningar kan påverkas av att definitionen av allvarliga missförhållanden diskuteras och preciseras och genom att andra former av klagomålshanteringar kompletterar Lex Sarah-ärenden. Ett komplett klagomålssystem tillsammans med en formaliserad avvikelshantering är en viktig del i socialtjänstens kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.

Det är viktigt att komma ihåg att redovisningen visar vad som anmälts och inte vad som faktiskt skett.

Ansvariga inom socialtjänsten måste fortsätta att informera om och diskutera Lex Sarah med anställda, uppdragstagare, praktikanter eller motsvarande, utifrån etiska frågor och kvalitetsaspekter, i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser och intentioner.



Länsstyrelsen
Värmland

Länsstyrelsen i Värmlands län
Våxnäsgatan 5, 651 86 Karlstad
054-19 70 00
www.s.lst.se