

RAPPORT

Länsstyrelsen Värmland, 651 86 Karlstad 054 – 19 70 00



Länsstyrelsen
Värmland

Lex Sarah i Värmlands län

*En uppföljning av de missförhållanden inom
äldre- och handikappomsorgen som
anmälts år 2004*

Förord

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

Länsstyrelsens tidigare undersökningarna och den tillsyn som äldreskyddsombuden genomfört under 2004 visar att det finns en hel del svårigheter förknippade med en bestämmelse av den här karaktären.

Av den anledningen bör kommunerna arbeta mer aktivt för att säkra att alla berörda vet hur de ska tillämpa bestämmelsen om anmälningskyldighet.

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

Thomas Larsson
socialdirektör

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
Lex Sarah	1
Lagreglering	1
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2000:5	2
Personskada i verksamhet enl. LSS, SOSFS 1996:17.....	3
Lex Maria	3
RESULTAT	4
Antal anmälningar i länet	4
Antal anmälningar i varje kommun samt vad de avser	5
Åtgärder med anledning av anmälningarna	6
Skriftliga instruktioner	7
LÄNSSTYRELSENS SAMMANFATTANDE BEDÖMNING	7 - 8

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 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 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, 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.

Personskada i verksamhet enl. LSS, SOSFS 1996:17

Bestämmelsen *Lex Sarah* gäller för socialtjänstens insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och inte för insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). När det gäller verksamheter och insatser som omfattas av LSS, har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1996:17, "Anmälan om personskada i verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade". I den bestämmelsen anges att om en person som omfattas av LSS allvarligt skadas eller riskerar att skadas allvarligt i verksamheten och skadan inte inträffar i hälso- och sjukvårdande verksamhet, skall anmälan göras av den nämnd som är ansvarig för verksamheten till länsstyrelsen. Någon direkt motsvarighet till *Lex Sarah* finns dock inte.

Enligt Socialdepartementet har Regeringen överlämnat en proposition (2004/05:39) till Riksdagen med förslag till ändringar i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Förslagen till lagändringar innebär att föra in bestämmelser om kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt vid missförhållanden. Förslagen syftar till att stärka den enskildes rättssäkerhet och ge tydligare ledning för de olika myndigheternas tillämpning av LSS. Enligt Socialdepartementet kommer de föreslagna lagändringarna att underlätta arbetet med kvalitetsutveckling inom verksamheten och motverka förekomsten av missförhållanden. Lagändringarna föreslås träda ikraft den 1 juli 2005.

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 2004, vad som anmälts som missförhållanden och kommunernas åtgärder efter anmälningarna. En jämförelse görs också med uppföljningarna under åren 1999, 2000, 2001, 2002 och 2003. *Observera att en anmälan kan gälla flera personer.*

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

- **Anmälningar fördelade efter boendeform**

Särskild boendeform	12
Ordinär boendeform	7

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

En person	15
Två eller flera	5

- **Anmälningar fördelade efter ålder**

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

- **Anmälningar fördelade efter kön**

Kvinnor	17
Män	6
Både män och kvinnor	0
Uppgift saknas	0

Länsstyrelsens kommentarer

Tolv kommuner redovisade sammanlagt 19 anmälningar enligt *Lex Sarah* under 2004. En ökning har skett sedan föregående år. Endast Karlstad kommun har vid samtliga sex uppföljningstillfällen redovisat missförhållanden som anmälts.

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		3	4	
	Arvika		2	1	
	Torsby		1	0	
	Forshaga		1	0	
2000	Karlstad		6	16	
	Arvika		3	6	
	Torsby		1	2	
	Grums		2	0	
	Kristinehamn		1	0	
	Eda		1	0	
2001	Karlstad		1	6	
	Torsby		3	1	
	Arvika		0	1	
	Eda		0	1	
	Hagfors		1	0	
	Säffle		1	0	
	Sunne		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

Länsstyrelsens kommentarer

Tre kommuner i länet har under de år som bestämmelsen funnits ännu inte fått in någon anmälan enligt *Lex Sarah*. Kommunerna är Årjäng, Filipstad och Munkfors.

Av anmälningarna år 2004 gjordes 18 st direkt av personal och 1 st där vårdtagaren påpekat missförhållandet till personal. Observera att en anmälan kan gälla mer än ett missförhållande och fler än en person.

Anmälningarna som gällde övergrepp var högst till antalet, därefter kom anmälningar om brister i omsorgen och brister i bemötandet. När det gäller övergrepp handlar det både om fysiska, psykiska och ekonomiska.

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	4
<input type="checkbox"/> omplacering	5
<input type="checkbox"/> avstängning	6
<input type="checkbox"/> avsked	0
<input type="checkbox"/> polisanmälan	2

Långsiktiga åtgärder :

<input type="checkbox"/> information/utbildningsinsatser	11
<input type="checkbox"/> handledning/reflektion	8
<input type="checkbox"/> ändrade arbetsrutiner	10
<input type="checkbox"/> annan åtgärd	3

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. I fyra fall har personal fått en varning och i fem fall har personalen omplacerats.

De långsiktiga åtgärderna som information/utbildningsinsatser, handledning/reflektion och ändrade arbetsrutiner är som tidigare flest till antalet.

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. Vid tidigare genomgång av samtliga instruktioner/rutiner gällande hanteringen av *Lex Sarah* år 2003 kunde konstateras att det fanns brister i tretton av länets kommuner. Detta skall ses med utgångspunkt av att Länsstyrelsen vid genomgång av föreskrifterna i SOSFS 2000:5, har fokuserat på alla delar i hanteringen av anmälan enligt *Lex Sarah*. En större tydlighet i instruktionerna/rutinerna skulle ge en ökad trygghet hos de som anmäler/utredar misstanke om missförhållanden. Mot bakgrund av detta genomförde Länsstyrelsen under hösten 2003 en temadag i samverkan med Region Värmland för ansvariga för *Lex Sarah* i kommunerna där bland annat en checklista för rutinerna för tillämpningen av lagen lämnades ut som stöd.

Äldreskyddsombuden genomförde under 2004 en tematillsyn gällande *Lex Sarah* i samtliga kommuner för att få en uppfattning om hur bestämmelsen har förankrats och fått genomslag ute i kommunernas verksamhet för äldre, (Rapport 2005:10). Det framkom att samtliga kommuner har skriftliga instruktioner, men att de i många kommuner ej är kända av den vårdnära personalen.

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 genom t.ex. anhöriga.

Antalet anmälningar enligt *Lex Sarah* har ökat i Värmlands län under år 2004. Anmälda brister gällande övergrepp är högst till antalet. De flesta av anmälningarna avsåg kvinnor och gällde händelser i särskilt boende.

Kommunernas åtgärder med anledning av anmälningarna domineras av information/utbildningsinsatser, handledning/reflektion och ändrade arbetsrutiner. När det gäller akuta åtgärder så domineras, varning, avstängning och omplacering.

Vid tematillsynen gällande personalens kunskap kring *Lex Sarah* framkom att i stort sett alla kände till bestämmelsen men endast ett fåtal av de intervjuade kunde ge en fullgod redogörelse med exempel på allvarliga missförhållanden och brister. Vidare fram kom att många blandar ihop innehållet i *Lex Sarah* och *Lex Maria*. På frågan om personalen fått någon information om *Lex Sarah* på arbetsplatsen svarar endast 12 % att de fått kontinuerlig information om bestämmelsen. Länsstyrelsen vill här understryka vikten av återkommande dialog, informationsinsatser, tydliga arbetsrutiner samt närhet till arbetsledning för personalen.

I de flesta kommunerna i länet ansvarar enhetschef/arbetsledare och Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) för att bestämmelsen fullföljs. I några kommuner ansvarar antingen en utvecklingsledare, en biståndbedömare eller MAS. I några kommuner kommer fortsättningsvis avdelningschef/verksamhetschef för området att ansvara för att bestämmelsen fullföljs.

Länsstyrelsen finner att alla kommuner i länet utarbetat skriftliga instruktioner som stöd för handläggningen av *Lex Sarah* anmälningar. Instruktionerna verkar inte komma till personalens kännedom eftersom endast ett fåtal kunde plocka fram och överlämna ett exemplar till Länsstyrelsen vid tematillsynen som genomfördes 2004.

Det finns olika tolkningar av hur *Lex Sarah* bör tillämpas. Det får till följd att t.ex. stöld leder till anmälan enligt *Lex Sarah* i den ena kommunen medan en annan kommun nöjer sig med att polisanmäla händelsen.

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*.

Slutligen kan Länsstyrelsen konstatera att det planeras eller pågår ett arbete i samtliga länets kommuner med att ändra rutinerna för att öka kunskapen kring *Lex Sarah*.