



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

Lex Sarah i Västra Götalands län

- anmälningar inkomna 2007 avseende äldreomsorg

Rapportnr: 2008:65

ISSN: 1403-168X

Rapportansvariga: Socialkonsulenterna Heléne Backman-Carlsson och Ingemar Sunnerdahl

Utgivare: Länsstyrelsen i Västra Götalands län, socialenheten

Adress: 403 40 Göteborg

Telefon: 031-60 50 00

Fax: 031-60 51 41

Rapporten finns som pdf på www.o.lst.se under Publikationer/Rapporter.

BAKGRUND - LEX SARAH- 14 KAP 2 § SOCIALTJÄNSTLAGEN, SOL 3	
REDOVISNING AV TOTALA ANTALET ANMÄLNINGAR FÖR ÅR 2007 3	
Länsstyrelsens kommentarer:	4
REDOVISNING FÖRDELAT PÅ OLIKA MISSFÖRHÅLLANDEN	5
Länsstyrelsens kommentarer:	5
ÅTGÄRDER MED ANLEDNING AV ANMÄLNINGAR	6
Länsstyrelsens kommentarer:	6
VILKA PERSONER I KOMMUNEN ÄR ANMÄLNINGSMOTTAGARE OCH ANSVARIG FÖR UTREDNINGEN?	8
Länsstyrelsens kommentarer:	8
LEX SARAH RESPEKTIVE ANDRA "FEL OCH BRISTER" SOSFS 2006:11 (FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET)	10
Länsstyrelsens kommentarer:	10
NYTT ALLMÄNT RÅD/FÖRESKRIFT SAMT HANDBOK.....	11
ANTAL ANMÄLNINGAR KOMMUNVIS.....	11

Förord

Länsstyrelsen ger också i år ut rapporter om Lex Sarah-ärenden som förekommit under 2007 i Västra Götalands län.

I denna rapport redovisas vad som anmälts som allvarliga missförhållanden inom äldreomsorgen i länets kommuner enligt socialtjänstlagen (SoL).

Länsstyrelsen kommer att redovisa motsvarande ärenden som gäller funktionshinderområdet senare under året.

För denna rapport svarar socialkonsulenterna Heléne Backman Carlsson och Ingemar Sunnerdahl.

Göteborg den 1 juli 2008

Britt-Marie Börjesson
Socialdirektör

Bakgrund - Lex Sarah- 14 kap 2 § socialtjänstlagen, SoL

Förslag till det som blev Lex Sarah fanns i regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken, prop.1997/98:113. Utgångspunkten är att alla som är verksamma inom omsorgen av äldre och funktionshindrade (numera också en motsvarande paragraf i LSS, 24 a §) ska åläggas att vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och trygga levnadsförhållanden. Detta ges en konkret innebörd genom en *skyldighet* för personal/verksamma att anmäla allvarliga missförhållanden.

Paragrafen är unik i SoL på det sättet att ansvar läggs direkt på enskilda personer och inte på socialnämnd/kommun så som lagen är uppbyggd i övrigt.

Länsstyrelsen har varje år samlat in uppgifter på anmälda ärenden i kommuner och de enskilda verksamheter för äldre och funktionshindrade som har tillstånd utifrån socialtjänstlagen. Denna rapport gäller anmälda ärenden *inom äldreomsorgen*.

Redovisning av totala antalet anmälningar för år 2007

	Anmälningar totalt	Antal kommuner/kdn/sdn som redovisat anmälningar	Antal enskilda verksamheter som redovisat anmälningar	Anmälningar avs. funktionshindrade (under 65 år)
1999	61	18	0	1
2000	85	27	0	3
2001	135	36	0	18
2002	122	35	2	5
2003	127	48	0	6
2004	158	42	0	3
2005	133	44	0	5
2006	146	44	0	(redovisas på annat sätt)
2007	208	57	3 (4 ärenden)	redovisas på annat sätt)

kdn=Kommundelsnämnd
sdn=Stadsdelsnämnd

8 under 65 år

Fördelningen av anmälningar under 2007 mellan kvinnor och män är 192 respektive 98. Flera anmälningar gäller således mer än en person. I några rapporterade fall saknas uppgift om kön.

74 % av anmälningarna gäller händelser som inträffat i särskild boendeform och 26 % i ordinär boendeform (hemtjänst).

57 kommuner/kdn/sdn av 78 i länet har redovisat totalt 208 anmälningar

Det är viktigt att komma ihåg att redovisningen visar vad som *har anmälts* och inte vad som *faktiskt har skett*. I några fall kan kommunens utredare ha kommit fram till att något allvarligt missförhållande inte förelåg.

Länsstyrelsens kommentarer:

Antalet anmälda missförhållanden har fram till och med år 2001 ökat för varje år för att bli ganska stabilt från år 2002. Från 2006 till 2007 har det däremot skett en ökning av anmälningar med ca 42 %! Antalet kommuner inklusive kommundelsnämnder/stadsdelsnämnder, som har fått anmälningar har mellan 2006 och 2007 ökat med 23%.

Det är inte möjligt att enkelt förklara den ökning som varit mellan 2006 och 2007 och som är något av ett trendbrott. Länsstyrelsens förklaringar vid tidigare ökningarna sedan lagparagrafens tillkomst 1999 har handlat om ökad medvetenhet och kunskap om lagen. Samtidigt har det diskuterats om besparingar, personalneddragningar och liknande kunnat ge en reellt försämrade omsorg/omvårdnad.

En möjlig orsak till den nu aktuella ökningen är enligt Länsstyrelsen den fortsatt fokuserade uppmärksamheten på förhållandena inom äldreomsorgen. Missförhållanden som blir kända genom massmedia kan ge en, i så fall nyttig, spridningseffekt vad gäller personals angelägenhet att anmäla.

Länsstyrelsen har tillfrågat sex kommuner, där ökningen mellan 2007 och åren innan varit stor, om orsaken till ökningen. Svaren är ganska samstämmiga. Även om ökningen ibland kan bero på särskilda orsaker som exempelvis en stöldvåg, så nämner alla intervjuade att man i sin verksamhet på ett eller annat sätt uppmärksammat Lex Sarah genom information, utbildningsinsatser mm, ibland medvetna om att kunskapen tidigare varit otillräcklig. I ingen av kommunerna anser de intervjuade att det handlar om generella försämringar av äldreomsorgen i respektive kommun/kdn/sdn.

Om det större antalet anmälningar också motsvaras av en verklig försämring av vården/omsorgen kan ifrågasättas. Även om en stram budget i en kommun fortfarande kan innebära en mer ansträngd verksamhet så är sådana besparingar och nedskärningar inte lika tydliga som för ett antal år sedan. Istället har det skett riksomfattande satsningar på äldreomsorgen, framför allt genom fortbildning av baspersonal.

Även om det är bra att brister och missförhållanden uppmärksammas och åtgärdas, så går det inte att komma ifrån att brister, incidenter och rena missförhållanden förekommer alltför ofta. Det är därför helt nödvändigt att man i äldreomsorgen måste fortsätta att bli än mer kvalitetsmedveten, förändringsbenägen, individriktad och uppmärksam på sina brister. Det är avgörande att alla former av kvalitetsundersökningar och avvikelserapporter efterföljs av ett processuellt kvalitetsutvecklingsarbete. Först då kan det reella antalet brister och allvarliga missförhållanden få ett positivt trendbrott.

Redovisning fördelat på olika missförhållanden

Nedanstående tabeller visar hur anmälningarna fördelar sig efter de definitioner som används i Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 2000:5, alltså som övergrepp eller brister i omsorgerna. En jämförelse görs med anmälningarna från tidigare år.

Redovisade anmälningar

(Obs! En anmälan kan gälla mer än ett missförhållande)

Typ av missförhållanden	2007	2006	2005	2003	2002	2001	2000
Brister i bemötande	35	13	22				
Övergrepp - fysiska	17	12	21	15	16	23	11
- psykiska	15	3	11	7	11	21	19
- sexuella	1	3	2	0	1	0	0
- ekonomiska	54	53	35	36	64	53	24
- av annat slag	13	1	7	*36	*27	*4	
Brister i omsorg avseende							**31
- personlig hygien	9	11	8	14	2	4	
- mathållning	5	3	3	6	2	3	
- brister i tillsyn	66	52	42	15	18	16	
- brister av annat slag	18	8	16	7	17	17	
Våld mellan boende		7	1				
Total	233	166	168	136	158	141	85

* År 2001-2003 "av annat slag" innefattar även brister i bemötande.

** År 2000 "brister i omsorg" särredovisades inte.

Länsstyrelsens kommentarer:

Några avgörande skillnader i fördelningen av anmälda missförhållanden jämfört med tidigare år finns inte, med några undantag. *Brister i bemötande* har fortsatt att öka. Det finns nu, som alltid, anledning att fråga sig om det är en reell ökning. Länsstyrelsen har svårt att avgöra om det beror på utglesad bemanning, fler okvalificerade vikarier och/eller stressad arbetssituation, eller om orsaken snarare beror på att personal mer uppmärksammar denna typ av händelser och ser dem som angelägna att anmäla. Det finns enligt Länsstyrelsen anledning att tro att det är fråga om en ökande medvetenhet från personalens sida, vilket är bra. Mindre bra är att det förekommer brister i så många fall. Ett bra, respektfullt bemötande måste ses som något helt självklart.

Också när det gäller *brister i tillsyn*, har dessa ärenden ökat efterhand. Behov av säkerhet och trygghet är ofta en av orsakerna till att någon söker ett äldreboende och tillräcklig tillsyn är då en nödvändighet.

Ekonomiska övergrepp - stölder visar på en fortsatt hög frekvens. Möjliga orsaker till att de ekonomiska övergreppen haft en så hög andel av de redovisade missförhållandena har också beskrivits och diskuterats i tidigare rapporter. De fortsatt höga siffrorna innebär att det fortfarande finns anledning att arbeta med åtgärder för att minska risken för stölder

Åtgärder med anledning av anmälningar

De åtgärder som vidtas kan vara akuta eller långsiktiga. Akuta åtgärder, som vidtas för att direkt undanröja risken för fortsatta missförhållanden, kan vara t.ex. avstängning av personal. Långsiktiga åtgärder för att undanröja missförhållanden på en arbetsplats kan ske i form av samtal, diskussioner, handledning och fortbildning för personal.

Vad som kan betecknas som akuta åtgärder, har vidtagits enligt nedanstående:

	2007	2006	2005	2003	2002	2001
Avsked	6	3	1	3	2	6
Avstängning	8	4	1	4	8	12
Omplacering	11	8	2	9	7	6
Varning	13	17	2	2	7	6
Ej fortsatt vikariat			1			
Polisanmälan	46	43	26	30	61	43

Vid ekonomiska övergrepp, stölder, görs ofta polisanmälan. I allmänhet är denna åtgärd kompletterad med reflektion/information och/eller ändrade arbetsrutiner.

Varningar har utfärdats i 13 fall efter såväl övergrepp och brister i bemötandet som brister i omsorgen.

De vanligaste åtgärderna som inte bara inriktats på en enskild personal är :

	2007	2006	2005	2003	2002
Utbildning/informationsinsatser	106	87	58	53	29
Handledning	33	56	36	19	22
Ändrade arbetsrutiner	66	73	65	36	43
Utökning av personal/schema	6	7	3	5	4
Annan åtgärd	14	13	1	15	32

Länsstyrelsens kommentarer:

Åtgärderna kan liksom i tidigare rapporter generellt uppfattas som relevanta ur ett verksamhetsperspektiv. De ansvariga tycks i allmänhet ha en hög ambition att både utreda vad som hänt och att åtgärda missförhållanden för dem som blivit utsatta för dessa.

Att de mest ingripande åtgärderna kopplas till övergrepp, där det oftast finns en definierad "skyldig" är naturligt. Avskedande, avstängning och omplacering innebär att orsaken till det aktuella missförhållandet tas bort och ett säkerställande av att det inte upprepas. De akuta ingripandena är för år 2007 något flera än tidigare.

Att utdela en varning förekommer främst vid övergrepp eller brister i bemötandet, men också ibland vid brister i omsorgen. En varning får också ses som en "allvarlig" åtgärd. Varningen kan följas av mer ingripande åtgärd vid förnyade missförhållanden.

Att utreda och åtgärda missförhållanden, när det rör enskild personal innebär svåra ställningstaganden ur ett arbetsrättsligt perspektiv och ofta behöver såväl anmälare som eventuellt anmäld och personalen ö h t stöd. Detta har uppmärksammats i förra årets rapport.

Vilka personer i kommunen är anmälningsmottagare och ansvarig för utredningen?

Denna fråga har ställts till de ansvariga för äldreomsorgen i länets kommuner, kommundelsnämnder respektive stadsdelsnämnder. Av kommunens/enskilda verksamhetens instruktion ska framgå till vem man anmäler och vem som utreder när en anmälan gjorts. Länsstyrelsen har inte tidigare gjort någon totalundersökning om vilka yrkeskategorier som har dessa uppdrag.

Resultatet visar att den person som man enligt kommunens instruktion ska anmäla till oftast är enhetschefen, alltså närmaste chef/arbetsledare. Som framgår av de redovisade siffrorna så är det inte ovanligt att *flera* alternativ förekommer, vanligaste kombinationen är då att man anmäler till antingen enhetschef eller verksamhetschef (äldreansvarig chef eller motsvarande).

Anmälan till:

Enhetschef:	60
Verksamhetschef:	30
MAS (medicinskt ansvarig Sjuksköterska)	11
Annan (ex vis utredningssekreterare)	5

Utredningsansvarig:

Enhetschef	51
Verksamhetschef	25
MAS	10
Annan	4

Länsstyrelsens kommentarer:

En orsak att se närmare på detta är frågeställningar som på senare tid uppkommit (bl a från Sarah Vägnert själv) om det tveksamma i att en enhetschef utreder det som hänt i den egna verksamheten. En annan frågeställning är om de som mottar anmälan och utreder har den kunskap och erfarenhet som behövs för att handlägga ett ärende korrekt. Vissa av de frågor som inkommer till Länsstyrelsen tyder fortfarande på en osäkerhet när det gäller att tolka paragrafen.

Det kan vara naturligt att *anmäla* till närmaste chef (enhetschefen) av flera orsaker. Åtgärder kan behöva vidtas omgående och enhetschefen är den som snabbt kan sätta sig in i en situation, har delegation att fatta beslut, har bakgrundsfakta mm.

På Socialstyrelsen har det diskuterats om en *utredning inte* hellre bör utföras av en person som mer självklart kan uppfattas som objektiv och neutral och som också genom sitt uppdrag kan skaffa sig mer kunskap och erfarenhet. Länsstyrelsen anser att det finns anledning att kräva att den person som mottar en anmälan har tillräckliga kunskaper om Lex Sarah, så att en anmälan initialt handläggs rätt. Utredaren måste ha goda kunskaper om både Lex Sarah, aktuell lagstiftning och annan relevant kunskap inom verksamheten.

Lex Sarah respektive andra "fel och brister" SOSFS 2006:11 (Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet)

Från och med hösten 2006 gäller ovannämnda råd och föreskrifter istället för tidigare råd och föreskrifter om kvalitetssystem inom socialtjänsten. I de nya föreskrifterna förtydligas kravet på att det ska finnas rutiner för hur fel och brister skall identifieras, dokumenteras, åtgärdas och följas upp. Under våren 2008 utkom också en handbok till SOSFS:2006:11: " God Kvalitet i Socialtjänsten".

Troligen kan vissa av de ärenden som anmälts enligt Lex Sarah uppfattas som brister snarare än "allvarliga missförhållanden". I så fall kan de komma att handläggas enligt kommunens fel - och bristhantering. Detta förändrar inte den enskilda "verksamhets" skyldighet och därigenom också "rättighet" att anmäla något enligt 14:2 SoL.

I årets kommunenkät fanns en fråga om det i verksamheten fanns ett system som uppfyllde kraven på ett system kring fel- och bristhanteringen utifrån SOSFS 2006:11. För Länsstyrelsen något överraskande anser 62 kommuner (kdn, sdn) av 78 att de har ett system som identifierar, analyserar, åtgärdar och följer upp anmälda fel och brister i äldreverksamheten enligt SoL.

Länsstyrelsens kommentarer:

Utifrån Länsstyrelsens övergripande granskningar av äldreomsorgen så är det tydligt att det ofta inte funnits något system som uppfyller föreskriftens krav beträffande socialtjänstverksamheten. Däremot finns det, förutom rutiner och riktlinjer för Lex Sarah och Lex Maria (hälso- och sjukvårdslagen) i allmänhet klagomålsrutiner med därtill kopplade blanketter. Dessa är i allmänhet avsedda för brukare och anhöriga. Avvikelsehantering utifrån hälso- och sjukvårdslagen är också något annat.

Länsstyrelsen har haft kontakt med några av de kommuner (kdn, sdn) som angivit att de har ett system för fel- och bristhantering enligt SOSFS 2006:11. Flera har då uppgett att de endast har Lex Sarah-rutiner samt en klagomålsrutin som dock riktar sig till brukare/anhöriga och inte den egna personalen. Därigenom kan de enligt Länsstyrelsen inte sägas uppfylla de krav på ett ledningssystem som SOSFS 2006:11 förutsätter.

Det finns anledning för de kommuner som fortfarande inte har något heltäckande sådant system, att fastställa rutiner för ett internt anmälningssystem av fel och brister för att kvalitetssäkra och utveckla äldreomsorgen. Som det hittills har varit kan Lex Sarah-anmälan av personalen ha upplevts som det enda sättet att anmäla och få åtgärdat ett missförhållande/fel eller brist.

Nytt allmänt råd/föreskrift samt handbok

Det har funnits ett behov av att förtydliga begrepp och innehåll i lagparagrafen. Socialstyrelsen har den 26 juni 2008 presenterat ett uppdaterat råd med föreskrifter: SOSFS 2008:10. Senare under 2008 är det också planerat att en handbok ska ges ut som kan förtydliga och utveckla innehållet i rådet/föreskriften.

Antal anmälningar kommunvis

Kommun	2007	2006	2005
Ale	1	4	1
Alingsås	2	1	1
Bengtsfors			
Bollebygd	1	1	
Borås, kommundelsnämnderna i:			2
Brämhult	2		1
Centrum	1	2	
Dalsjöfors			
Fristad		4	
Göta			
Norrby			
Sandhult			1
Sjöbo			
Trandared			
Viskafors	1		
Dals Ed	4	1	1
Essunga	2	1	1
Falköping	3	1	
Färgelanda	1		1
Grästorp	1		1
Gullspång	1		
Göteborg, stadsdelsnämnderna i:			
Askim	2		1
Backa	4	1	
Bergsjön		1	
Biskopsgården		3	2
Centrum		1	
Frölunda	2	1	3
Gunnared	2		1
Härlanda	1		
Högsbo	6	3	1
Kortedala	8		1

Kommun	2007	2006	2005
Göteborg forts Kärra-Rödbo	1	1	1
Linnéstaden	1	1	5
Lundby	7	7	4
Lärjedalen	1		
Majorna	3	2	2
Styrsö			
Torslanda			
Tuве-Säve	2	5	1
Tynnered	1		
Älvsborg	1	1	
Örgryte	4	4	2
Götene	2		4
Herrljunga	1		
Hjo	2	1	
Härryda	5	2	4
Karlsborg	1		
Kungälv	6	5	9
Lerum		2	1
Lidköping	7	7	9
Lilla Edet	1		
Lysekil	8	10	
Mariestad	11	7	5
Mark		1	2
Mellerud	5	8	9
Munkedal	11		2
Möndal	7		
Orust	4	3	2
Partille	3		6
Skara	4	1	5
Skövde	7	1	1
Sotenäs	1		8
Stenungsund	3		1
Strömstad	1	6	
Svenljunga	2	1	1
Tanum	1	1	
Tibro	1	1	
Tidaholm			
Tjörn			
Tranemo	1		

Kommun	2007	2006	2005
Trollhättan	9	2	1
Töreboda		1	
Uddevalla	30	33	22
Ulricehamn		1	1
Vara		2	
Vårgårda	1	1	1
Vänersborg			1
Åmål	3	3	1
Öckerö	4		3
	208	146	133



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN