Lex Sarah – efter fyra år

Redovisning av en undersökning om
tillämpningen av Lex Sarah år 2002

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser m.m. som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr: 2003-131-25

Förord

Sedan den 1 januari 1999 gäller att ”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…”. Bestämmelsen återfinns i 14 kap. 2 § Socialtjänstlagen och är känd som Lex Sarah.

Socialstyrelsen redovisar här resultatet av en undersökning som dels är en kartläggning av de anmälningar enligt Lex Sarah som gjorts under år 2002 i offentligt driven och enskild verksamhet, dels är en uppföljning av hur kommuner och enskilda verksamheter ser på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS:2000:5 (S), *Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade.*

Rapporten har sammanställts av *Gunnel Torstensson* och *Katrin Östman* på Socialstyrelsens Äldreenhet. Från samma enhet har också *Tom Eriksson* och *Helena Pettersson* deltagit i olika faser av arbetsprocessen. Från Statistikenheten har *Pieter Langlet* medverkat i utformningen av enkätformulären, och *Tomas Karlsson* och *Maria Öman* i de statistiska beräkningarna och resonemangen. *Pär Ödman* har bistått med juridiska kunskaper.

Ulla Höjgård
Enhetschef
Äldreenheten

Innehåll

Sammanfattning ***7***
Stora regionala och lokala variationer 7
Både allvarliga och mindre allvarliga händelser anmäldes 7
Oftast långsiktiga åtgärder 8
De flesta är nöjda med nuvarande föreskrifter och allmänna råd 8
Åtgärder för att underlätta tillämpningen 8

Bakgrund och syfte ***10***

Metod ***11***

Resultat ***12***

Vad kan man utläsa av anmälningarna? **12**
Anmälningar förekom i drygt hälften av kommunerna 12
Anmälningar gjordes av personal, närstående och brukare 14
Brister i omsorgen vanligaste orsak till anmälan 14
Jämförelse mellan fyra län 15
Jämförelse mellan kvinnor och män 16
Jämförelse mellan äldre och yngre 16
Jämförelse mellan olika boendeformer 17
Både större och mindre händelser anmäldes enligt Lex Sarah 17
Åtgärder i anslutning till anmälningar 18
Oftast långsiktiga åtgärder 18
Tveksamhet uppstod i var femte anmälan 20

Resultat av tillämpningsenkäten **20**
Nästan alla verksamheter har utarbetat skriftliga instruktioner 20
Flertalet verksamheter hade inga svårigheter vid tillämpningen 20
Var fjärde kommun önskade förtydligande 22

Slutsatser ***23***
Flera möjligheter att rapportera 23
Osäkert samband mellan anmälningar och verksamhetskvalitet 23
Åtgärder för att säkra hanteringen av oönskade händelser 24

Referenser ***27***

Bilagor ***29***
1. Följebrev
2. Enkät om anmälningar
3. Enkät om tillämpning

Sammanfattning

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (SoL) framgår att var och en som är verksam inom omsorgen om äldre och funktionshindrade och får kännedom om allvarliga missförhållanden är skyldig att anmäla detta. Bestämmelsen gäller både för offentlig och enskild verksamhet. Till stöd för berörda verksamheter har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:5 (S)) med definitioner och anvisningar om hur bestämmelsen ska tillämpas. I föreskriften definieras termen allvarliga missförhållanden:
övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot en enskilds liv, hälsa eller säkerhet, och
ett *bemötande* som klart avviker från grundläggande respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Socialstyrelsen redovisar här resultatet av en enkätundersökning riktad till samtliga kommuner, kommundelar och stadsdelar samt till knappt 300 enskilda verksamheter. För att komplettera uppgifterna har fyra seminarier genomförts i tre län. Syftet med undersökningen var att ta reda på hur bestämmelsen om anmälningsskyldigheten tillämpats under år 2002. Dessutom ville man få underlag för att bedöma om det finns ytterligare behov av vägledning.

Stora regionala och lokala variationer

Undersökningen visar på stora regionala och lokala skillnader i anmälningsfrekvens. Ofta stod en eller två kommuner för flertalet anmälningar i ett län. I drygt hälften av kommunerna och i 16 enskilda verksamheter fanns sammanlagt 626 anmälningar. Av dessa gällde 30 enskilda verksamheter och 35 verksamheter med entreprenadavtal eller liknande avtal. Det innebär en sammanlagd minskning med cirka 250 anmälningar jämfört med 2001.

Cirka 80 procent av alla anmälningar gällde händelser i särskilt boende. Det kan jämföras med att knappt hälften av personerna i den målgrupp som undersökningen avser, bor i särskilt boende eller i bostad med särskild service enligt SoL. Cirka 70 procent av anmälningarna gällde kvinnor och drygt 90 procent gällde äldre vilket stämmer väl med köns- och åldersfördelningen i målgruppen.

Både allvarliga och mindre allvarliga händelser anmäldes

Många anmälningar om brister i omsorgen gällde brister i tillsyn, felaktigt handhavande av larmutrustning eller annan teknisk utrustning samt uteblivna insatser. En stor andel av anmälningarna om övergrepp gällde våld mellan boende och stölder. Det innebär att inte alla anmälningar faller inom ramen för definitionen av allvarliga missförhållanden som anges i föreskrifterna och allmänna råden.

För mer överskådliga jämförelser har vi i den fortsatta redovisningen valt att gruppera anmälningarna i fyra grupper. Observera att en anmälan kan omfatta mer än *ett* missförhållande. Om man summerar antalet anmälningar per missförhållande kommer vissa anmälningar därvid att dubbelräknas. Av samma skäl blir summan av andelarna högre än 100 procent.

- Anmälningar om *brister i omsorgen* (44 procent)
- Anmälningar om *brister i bemötande* (23 procent)
- Anmälningar om *fysiska, psykiska och sexuella övergrepp* (28 procent)
- Anmälningar om *ekonomiska övergrepp* (25 procent)

Oftast långsiktiga åtgärder

Några tydliga mönster framträder när det gäller vilka åtgärder som valts för att komma tillrätta med anmälda missförhållanden.

- Anmälningar om ekonomiska övergrepp och brister i omsorg ledde oftast till åtgärder för att förbättra arbetssätt/rutiner och informations- och utbildningsinsatser. Disciplinära åtgärder förekom mera sällan.
- Förutom vid anmälningar om ekonomiska övergrepp och fysiska eller psykiska övergrepp var det ovanligt med polisanmälan.
- Ungefär hälften av anmälningarna som avsåg brister i bemötande och fysiska/psykiska övergrepp ledde till disciplinära åtgärder ofta i kombination med informationsinsatser eller tid för reflexion i grupp.

En liten andel av anmälningarna ledde inte till någon åtgärd alls. Det gällde t.ex. när utredningen inte påvisat något missförhållande eller när den som var orsak till bristen eller övergreppet varit anställd på kortare vikariat eller var långtidssjukskriven.

De flesta är nöjda med nuvarande föreskrifter och allmänna råd

Tre fjärdedelar av kommunerna svarade att de inte hade några svårigheter att tillämpa bestämmelsen och att de inte behövde förtydliganden. Däremot ville 66 kommuner ha förtydligande i något avseende. Av de enskilda verksamheterna var det endast ett fåtal som ansåg sig behöva något förtydligande.

Önskemålen om förtydligande kan sammanfattas som:

- Förtydliganden och exempel på vad som är ”allvarligt missförhållande” och gränsdragning mot avvikelser och klagomål i den dagliga omsorgen.
- Förtydligande av gränsdragning mellan social omsorg och hälso- och sjukvård och exempel på händelser som ska hanteras enligt Lex Sarah eller Lex Maria.
- Förtydligande av i vilka situationer länsstyrelsen ska underrättas.

Åtgärder för att underlätta tillämpningen

Socialstyrelsens bedömning är att flertalet av de svårigheter vid tillämpningen av Lex Sarah som framkom i undersökningen skulle kunna minskas genom att

- förtydliga intentionerna med Lex Sarah. Socialstyrelsen kommer därför att överväga om det är möjligt att förtydliga föreskrifterna och allmänna råden ytterligare.
- kommuner och enskilda verksamheter arbetar mer aktivt för att säkra att alla berörda vet hur de ska tillämpa bestämmelsen om anmälningsskyldighet.
- kommuner och enskilda verksamheter arbetar mer integrerat med att genomföra allmänna råden om kvalitetssystem och föreskrifterna och allmänna råden om Lex Sarah.
- länsstyrelserna har fått utökade resurser för tillsyn inom äldreområdet. Ett av de områden som lyfts fram som en uppgift för äldreskyddsombuden är uppföljning av rutiner för tillämpning av Lex Sarah.

Bakgrund och syfte

I januari 1999 infördes en ny bestämmelse om anmälningsskyldighet i socialtjänstlagen (14 kap. 2 §) Bestämmelsen ålägger var och en som är verksam i omsorgen om äldre och funktionshindrade, både i offentlig och enskild verksamhet, att se till att de enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Anmälningsskyldigheten gäller såväl yrkesarbetande som frivilliga. Den innebär att den som uppmärksammar eller får kännedom om allvarliga missförhållanden i omsorgerna om någon enskild är skyldig att genast anmäla detta till socialnämnden.

Bakgrunden till den nya lagstiftningen är de brister som tidigare uppdagats inom äldreomsorgen. Bestämmelsen kallas Lex Sarah efter undersköterskan Sarah Wägnert som 1997 i media berättade om vanvård av de boende på sin arbetsplats.

Av propositionen 1997/98:113 framgår att syftet med den nya bestämmelsen i första hand är att komma tillrätta med missförhållanden. De målgrupper som avses i bestämmelsen är alla äldre och funktionshindrade personer som, oavsett boendeform, får insatser enligt socialtjänstlagen. I propositionstexten betonas särskilt att ”vissa äldre som till följd av fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar eller av rädsla för att stöta sig med personalen eller annan inom socialtjänsten, kan ha mycket svårt att framföra konkreta klagomål på vården och få gehör för sina synpunkter även om dessa är klart befogade” (1).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, *Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade,* finns exempel på vad som menas med allvarliga missförhållanden (2):

- Fysiska övergrepp (t.ex. slag, nypningar och hårda tag), psykiska övergrepp (t.ex. hot, bestraffning, trakasserier, skrämsel och kränkning), sexuella övergrepp och ekonomiska övergrepp (t.ex. stöld, utpressning och förskingring).
- Brister i omsorgerna kan röra personlig hygien, mathållning, tand- och munhygien samt brister i tillsynen av den enskilde.
- Ett bemötande som klart avviker från vad som är grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

I nämnda föreskrifter och allmänna råd sägs också att återkommande brister i omsorgerna, som t.ex. beror på bristande arbetsrutiner, tillsammans kan utgöra allvarliga missförhållanden även om de var för sig inte kan anses vara det.

Syftet med den här undersökningen är att ta reda på:

- hur bestämmelsen om anmälningsskyldighet tillämpades 2002, och
- om det finns ytterligare behov av vägledning.

Metod

Undersökningen omfattar samtliga kommuner, kommundelar och stadsdelar samt 280 enskilda verksamheter med tillstånd att bedriva omsorg om äldre och/eller funktionshindrade enligt socialtjänstlagen. Studien genomfördes med hjälp av två postenkäter som skickades ut under januari 2003. En preliminär sammanställning av resultaten skickades under maj månad till kommuner och enskilda verksamheter. Länsstyrelserna fick dessutom en sammanställning av resultatet i det egna länet.

Enkäterna innehöll följande frågor avseende

- *Varje anmälan*: Vem gjorde anmälan, vem gällde anmälan, vilken typ av missförhållanden avsåg anmälan, i vilken boendeform inträffade händelsen, om det uppstod tveksamhet om Lex Sarah var tillämplig, vilka åtgärder som vidtogs och om länsstyrelsen underrättats (bilaga 2).
- *Tillämpningen*: Om svårigheter hade uppmärksammats, om egna instruktioner hade utarbetats (instruktionerna skulle bifogas) och om det fanns behov av förtydliganden av föreskriften (bilaga 3).

För att ta reda på hur kommuner och enskilda verksamheter arbetar med Lex Sarah och vilka överväganden de och länsstyrelserna gör, genomfördes fyra seminarier i tre län – Dalarnas, Stockholms och Östergötlands län.

I bearbetningen sammanfördes alla svar från kommundelarna i en kommun till ett kommunsvar. Det innebär att om någon av kommundelarna i en kommun svarat att de stött på svårigheter i tillämpningen eller att det behövs förtydliganden av föreskriften har detta betraktats som ett ja för hela kommunen.

I redovisningen används begreppen kommuner/kommunal verksamhet både för verksamheter som drivs i kommunal regi och verksamheter med vilka kommunen slutit entreprenadavtal eller liknande avtal. För att också få en uppfattning om hur vanligt det var med anmälningar från entreprenader, bad vi i efterskott de kommuner som rapporterat in anmälningar, att komplettera med uppgifter om antal anmälningar som gällde entreprenadverksamhet.

En del av uppgifterna om anmälningarna från 2001 avviker från vad som tidigare rapporterats från Socialstyrelsen. Justeringar har gjorts sedan det framkommit att det finns osäkerhet i vissa delar av materialet från 2001. Det har bl.a. framkommit att en del kommuner haft stora svårigheter att skilja ut vad som varit allvarliga missförhållanden och därför rapporterat händelser av mycket olika dignitet. Ett par kommuner hade t.ex. rapporterat händelser som berörde fler än 100 personer men där länsstyrelsen senare upptäckte att ingen anmälan egentligen hade gjorts. I den här rapporten har vi valt att redovisa 2001 års uppgifter enligt respektive länsstyrelses tolkning av resultatet.

Resultat

Först några ord om målgruppen: Bestämmelsen om anmälningsskyldighet gäller personer som är verksamma i omsorgen om äldre eller funktionshindrade i verksamheter med insatser enligt SoL. Under 2002 var det ca 240 000 äldre personer (65 år och äldre) och ca 20 000 personer med funktionshinder (yngre än 65 år) som fick insatser enligt SoL. Knappt hälften av de äldre personerna och knappt en fjärdedel av de funktionshindrade bodde i särskilt boende eller i bostad med särskild service enligt SoL. Kvinnorna var i majoritet i gruppen personer 65 år och äldre men i minoritet bland de funktionshindrade.

Tabell 1 *Personer som 2002 berörts av anmälan enligt Lex Sarah och lagens målgrupp fördelade efter kön, ålder och boendeform. Andel i procent.*

	Personer som berörts av anmälan	**Målgruppen för Lex Sarah***
Kvinnor	67	70
Män	33	30
65 år och äldre	92	92
Yngre än 65 år	8	8
Särskilt boende[1]	81	46
Ordinärt boende	19	54

**Källa: Sveriges officiella statistik: Äldre – vård och omsorg år 2002* (3). *Funktionshindrade personer år 2002. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen* (4).

Som framgår av tabell 1 var överensstämmelsen god beträffande ålder och kön mellan de personer som anmälningarna gällde och målgruppen som helhet. Så är inte fallet om man istället utgår från boendeform. Där gällde cirka 80 procent av anmälningarna händelser i särskilt boende vilket kan jämföras med att mer än hälften av omsorgstagarna bodde i ordinärt boende.

Vad kan man utläsa av anmälningarna?

Anmälningar förekom i drygt hälften av kommunerna

För 2002 rapporterades 626 anmälningar till Socialstyrelsen. Det betyder en sammanlagd minskning med cirka 250 anmälningar från 2001. En jämförelse mellan åren visar att antalet kommuner med anmälningar minskat från 162 kommuner 2001 till 152 kommuner 2002. Antalet anmälningar i enskilda verksamheter minskade under perioden från 63 till 30. Antalet enskilda verksamheter som haft någon anmälan minskade från 19 till 16 mellan åren (tabell 2). Härutöver gjordes 35 anmälningar som avsåg händelser i entreprenader eller motsvarande.

[1] I den här rapporten inkluderas även *bostad med särskild service som beviljats enligt socialtjänstlagen* i begreppet särskilt boende.

Tabell 2 Anmälningar enligt Lex Sarah under 2002 och 2001.

	Kommuner		Enskilda verksamheter	
	2002	**2001**	**2002**	**2001**
Antal anmälningar	596*	810	30	63
Antal kommuner och enskilda verksamheter med anmälningar	152	162	16	19

**Inklusive 35 anmälningar som gällde entreprenadverksamhet*

Det finns stora regionala och lokala skillnader i anmälningsfrekvens. I cirka hälften av länen stod en eller två kommuner för flertalet av länets anmälningar. Cirka 1 000 personer omfattas av de anmälningar som gjordes under 2002. Det är en ökning med drygt 100 personer jämfört med föregående år. Länen med störst andel omsorgstagare som berördes av anmälningar enligt Lex Sarah var Östergötland (10), Kalmar (9) och Södermanland (7), Jönköping (6), Kronoberg (6), Västmanland (6) och Norrbotten (6). Siffrorna inom parentes anger antal berörda personer per 1 000 omsorgstagare.

Tabell 3 är en länsvis jämförelse av antal anmälningar och antal berörda personer under 2001 och 2002.

Tabell 3 Anmälningar enligt Lex Sarah och antal personer som berördes av anmälningarna 2002 och 2001. Länsvis fördelning.

	2002	2002		2001	2001	
	Antal personer som anmälningarna gällde	Antal anmälningar		Antal personer som anmälningarna gällde	Antal anmälningar	
		Totalt	Därav i enskild verksamhet		Totalt	Därav i enskild verksamhet
Riket	**1 022**	**626**	**30**	**895**	**873**	**63**
Stockholm	130	80		110	100	
Uppsala	*	15		9	9	
Södermanland	57	42		15	14	
Östergötland	130	88		198	195	
Jönköping	60	18		19	19	
Kronoberg	28	15		21	21	
Kalmar	68	24		33	33	
Gotland	5	5		26	25	
Blekinge	2	2		1	1	
Skåne	78	54		77	72	
Halland	20	13		7	7	
Västra Götaland	201	121		142	135	
Värmland	31	20		17	16	
Örebro	13	9		46	50	
Västmanland	48	31		47	47	
Dalarna	8	8		23	22	
Gävleborg	10	9		20	21	
Västernorrland	35	32		37	37	
Jämtland	25	19		13	13	
Västerbotten	4	4		11	11	
Norrbotten	49	17		23	25	

** Där bortfallskompletteringen motsvarar mer än 20 procent av antalet personer redovisas inte antalet.*

Anmälningar gjordes av personal, närstående och brukare

Av de anmälningar som redovisas i undersökningen kom 90 procent från personal. Inga anmälningar gjordes av frivilligarbetare och det var ovanligt att praktikanter eller elever gjorde någon anmälan. Det förekom endast i sju fall. I ett femtiotal enkätsvar finns uppgift om anmälarens befattning. De som nämns oftast är chefer av olika slag. Andra exempel är biståndshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, äldreombudsmän samt i något fall politiker.

Ungefär en tiondel av anmälarna uppges vara omsorgstagare eller närstående. Dessa anmälningar ingår i det redovisade resultatet men ska inte betraktas som anmälningar enligt 14 kap. 2 § SoL. Den bestämmelsen reglerar enbart anmälningsskyldigheten för den som är yrkesmässigt verksam eller frivilligarbetande.

Brister i omsorgen vanligaste orsak till anmälan

De benämningar på missförhållanden som använts i undersökningen knyter an till de begrepp som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. I tabell 4 redovisas antal och andel anmälningar per missförhållande.

Tabell 4 Anmälningar enligt Lex Sarah 2002 efter missförhållande.

Missförhållande	Antal anmälningar	Andel anmälningar (procent)
Brister i bemötande	*144*	*23*
Övergrepp	*328*	*52*
Ekonomiska övergrepp	158	25
Fysiska övergrepp	94	15
Psykiska övergrepp	75	12
Sexuella övergrepp	7	1
Övergrepp av annat slag	44	7
Brister i omsorgen	*276*	*44*
Personlig hygien	48	8
Mun- och tandhygien	8	1
Mathållning	23	4
Brister i tillsynen	170	27
Brister av annat slag	119	19
Totalt	626	100

Observera att en anmälan kan omfatta mer än ett missförhållande. Om man summerar antalet anmälningar per missförhållande kommer därvid vissa anmälningar att dubbelräknas. Av samma skäl blir summan av andelarna högre än 100 procent.

I kommentarerna till de 44 anmälningar som gällde *övergrepp av annat slag* har övergreppen i två tredjedelar av anmälningarna beskrivits som fysiska eller psykiska övergrepp från medboende. Exempel på sådana händelser är att en person blivit slagen, skrämd eller på annat sätt kränkt av medboende. För de 119 anmälningar som avsåg *brister av annat slag* angavs oftast olika slags försummelser. Det gällde vanligen brister i hantering av trygghetslarm eller att personer inte fått utlovad hjälp eller fått sitta för länge i rullstol eller på WC.

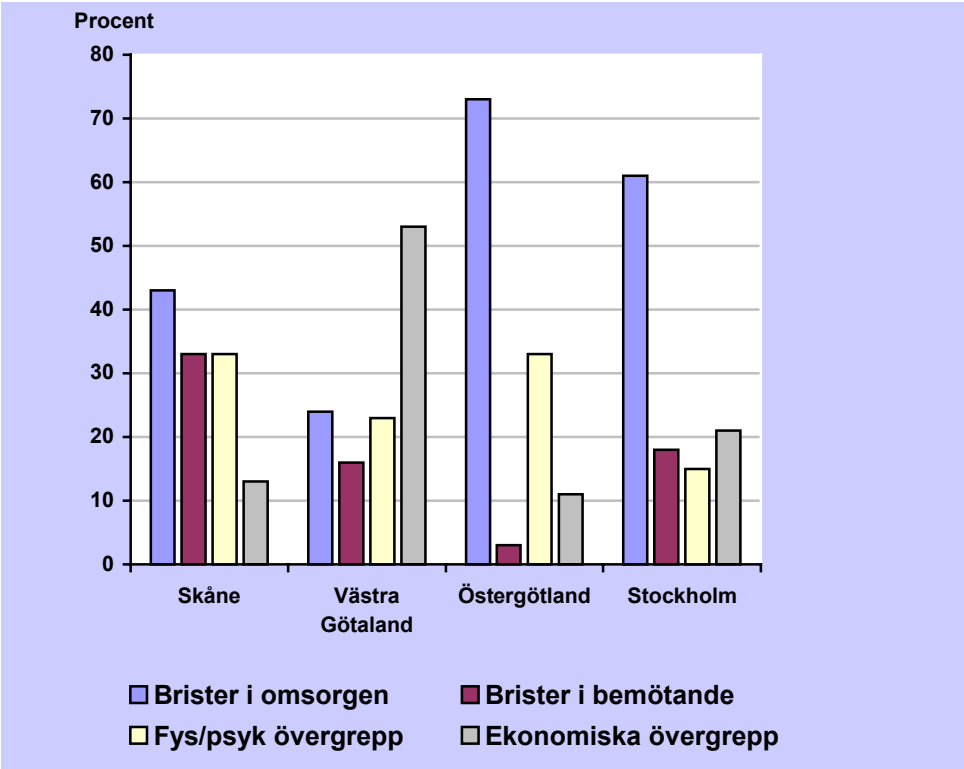
För mer överskådliga jämförelser har vi i den fortsatta redovisningen valt att gruppera anmälningarna i följande fyra grupper:

- *Brister i omsorg (44 procent)* omfattar anmälningar om brister i den personliga hygienen, tand- och munhygien, mathållning, brister i den tillsyn den enskilde får och brister av annat slag
- *Brister i bemötande (23 procent)*
- *Fysiska och psykiska övergrepp (28 procent)* omfattar anmälningar om fysiska, psykiska, sexuella övergrepp och övergrepp av annat slag
- *Ekonomiska övergrepp (25 procent)* omfattar anmälningar som i flertalet fall gäller stöld av pengar.

Jämförelse mellan fyra län

Fördelningen mellan olika missförhållanden kan skilja sig drastiskt mellan olika län vilket framgår av den jämförelse som gjorts mellan de fyra län som hade flest omsorgstagare och flest anmälningar: Skånes, Västra Götalands, Östergötlands och Stockholms län (diagram 1). I Östergötlands och Stockholms län var andelen anmälningar som gällde brister i omsorgen betydligt större än i de båda övriga länen. Andelen anmälningar som gällde fysiska och psykiska övergrepp var större i Skånes och Östergötlands län än i de båda övriga länen. Drygt hälften av alla anmälningar i Västra Götaland gällde ekonomiska övergrepp medan motsvarande andel i de övriga tre länen var mellan 10 och 20 procent. En mycket liten andel av anmälningarna i Östergötlands län gällde brister i bemötande medan de utgjorde en tredjedel av anmälningarna i Skåne län.

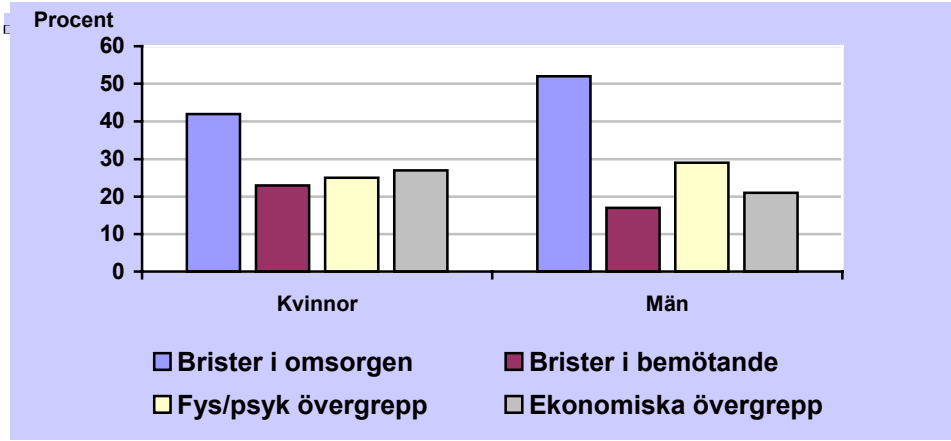
Diagram 1 Anmälningar 2002 enligt Lex Sarah efter missförhållanden i fyra län.



Jämförelse mellan kvinnor och män

Knappt 70 procent av anmälningarna gällde kvinnor vilket i stort överensstämmer med könsfördelningen för hela målgruppen. Av diagram 2 framgår att det inte var några större skillnader avseende vilka typer av missförhållanden som anmäldes när det gällde kvinnor eller män. För båda grupperna gällde att de flesta anmälningarna avsåg brister i omsorgen.

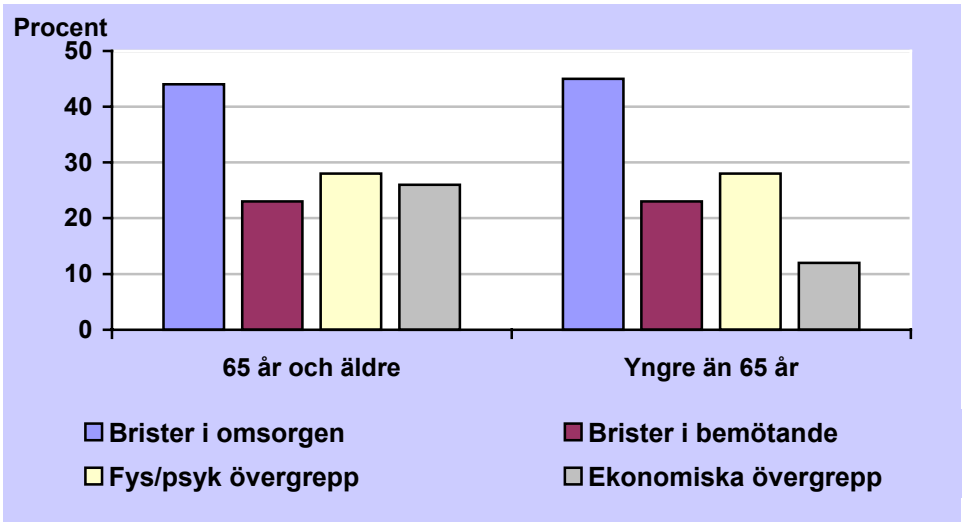
Diagram 2 Anmälningar enligt Lex Sarah 2002 efter missförhållande, för kvinnor och män.



Jämförelse mellan äldre och yngre

Drygt 90 procent av anmälningarna gällde personer som var 65 år eller däröver vilket stämmer väl med sammansättningen i hela målgruppen. Diagram 3 visar ett påfallande likartat anmälningsmönster för äldre och yngre personer med undantag av anmälningar om ekonomiska övergrepp. De utgjorde en betydligt högre andel av anmälningarna som gällde äldre personer jämfört med de yngre.

Diagram 3 Anmälningar 2002 enligt Lex Sarah efter missförhållande, för äldre och yngre

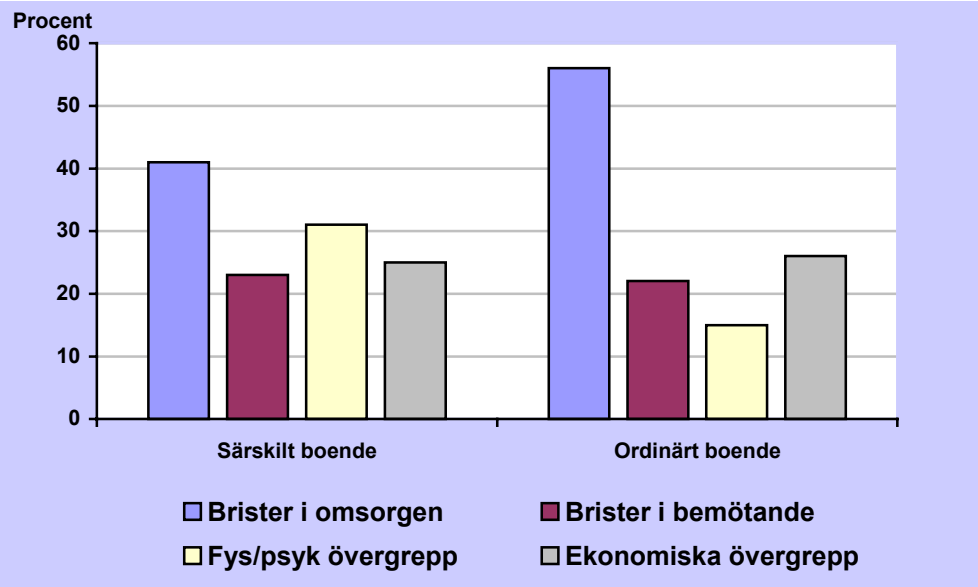


Var femte anmälan gällde händelser som omfattade minst två personer och i samtliga fall rörde det sig om personer som var 65 år eller äldre. I dessa anmälningar finns samtliga typer av missförhållanden representerade.

Jämförelse mellan olika boendeformer

Om man istället utgår från boendeform blir mönstret ett annat vilket illustreras av diagram 4. I ordinärt boende gällde en större andel av anmälningarna brister i omsorgen medan anmälningar om fysiska och psykiska övergrepp var mindre vanliga.

Diagram 4 Anmälningar 2002 enligt Lex Sarah efter missförhållande, för särskilt och ordinärt boende.



Fyra av fem anmälningar gällde händelser i särskilt boende, vilket kan jämföras med att knappt hälften av omsorgstagarna i hela målgruppen bodde i särskilt boende. Det kan finnas flera möjliga förklaringar till skillnaderna i anmälningsfrekvens mellan boendeformerna, t.ex. att

- det förekommer fler allvarliga missförhållanden i särskilt boende för att omsorgstagarna där är skörare och därmed har behov av hjälp och stöd i större utsträckning.
- allvarliga missförhållanden upptäcks lättare i särskilt boende eftersom personalen arbetar närmare varandra där.

Både större och mindre händelser anmäldes enligt Lex Sarah

En genomgång av de vanligast förekommande orsakerna till anmälningar ger en provkarta på vitt skilda händelser. Det kan vara fysiska och psykiska kränkningar mellan boende, uteblivna hjälpinsatser, felaktigheter i samband med trygghetslarm och tekniska hjälpmedel samt stöld av pengar. Sannolikt kan inte alla anmälda händelser rubriceras som allvarliga missförhållanden som utgör hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Det finns flera tänkbara

förklaringar till varför händelser av så olika dignitet anmäls enligt Lex Sarah. En del kommuner kan t.ex. ha valt att hantera både allvarliga och mindre allvarliga händelser inom ramen för Lex Sarah för att underlätta anmälningsförfarandet för personalen. En annan teori är att en del kommuner inte hade hunnit utarbeta fungerande rutiner för att upptäcka, dokumentera och hantera mindre avvikelser när bestämmelsen om personalens skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden infördes i socialtjänstlagen. Vid samtliga fyra seminarier som genomfördes med länsstyrelser, kommuner och enskilda verksamheter i Dalarnas, Stockholms och Östergötlands län bekräftades också att det var ovanligt att man hade fungerande rutiner för att hantera mindre avvikelser i omsorgen.

Av svaren på tillämpningsenkäten framkom att en fjärdedel av landets kommuner hade svårigheter med tillämpningen och att detta särskilt gällde vid avgränsning mot avvikelser och klagomål samt mot hälso- och sjukvårdsinsatser vilket kommenteras senare i rapporten.

Åtgärder i anslutning till anmälningar

Av anmälningarna ledde 95 procent till någon typ av åtgärd. De vanligaste skälen till att ingen åtgärd alls vidtogs var att utredningen inte påvisat något missförhållande. Andra skäl var att den som orsakat missförhållandet inte längre utgjorde något hot på grund av egen uppsägning, långtidssjukskrivning eller för att en tillfällig anställning avslutats.

I enkäten frågades efter vilka åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningen. I resultatredovisningen har vi valt att sammanföra svarsalternativen till fem åtgärdsgrupper enligt följande:

- *Ändrade rutiner* (ändrade arbetsrutiner, ändrade arbetsscheman och ändrade delegationsbeslut).
- *Information och handledning* (utbildning/information och handledning/tid för reflexion i grupp).
- *Utökad personal* (ökat antal arbetsledare/chefer och övrig personal).
- *Disciplinära åtgärder* (varning, omplacering, avstängning och avskedande).
- *Polisanmälan*

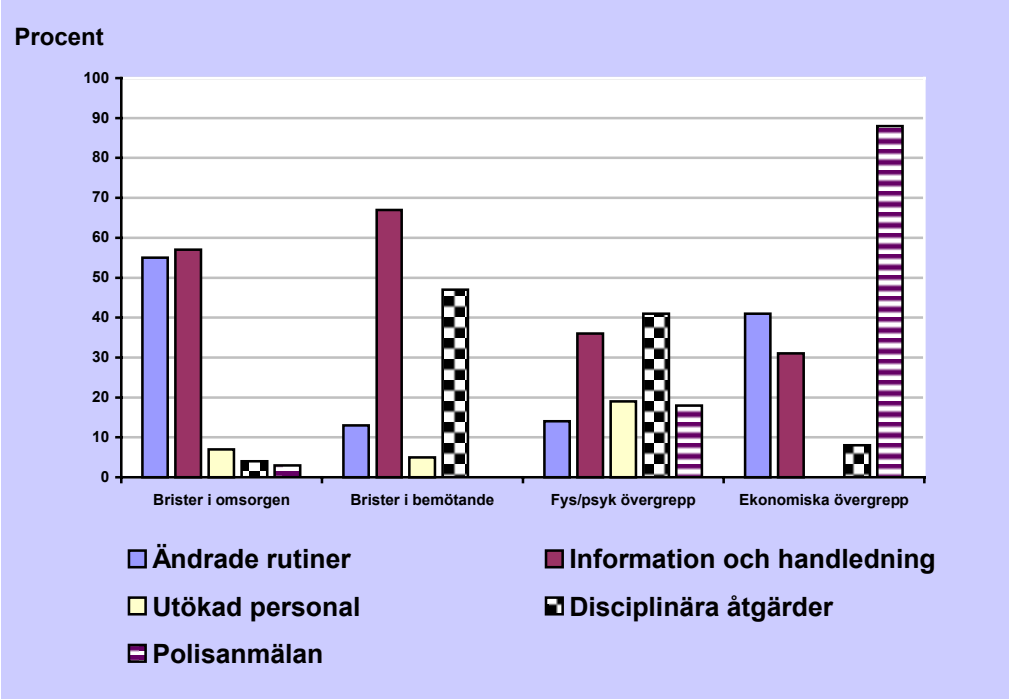
För att få en bild av vilka åtgärder som vidtogs efter olika slags anmälda missförhållanden har vi utgått från de anmälningar som gällde *ett enda* missförhållande eller en grupp missförhållanden (brister i omsorgen, brister i bemötande, fysiska/psykiska/sexuella övergrepp samt ekonomiska övergrepp).

Oftast långsiktiga åtgärder

Av diagram 5 framgår vilka åtgärder som vidtogs med utgångspunkt i respektive missförhållande. Sammantaget kan man konstatera att flertalet anmälningar ledde till åtgärder som kan antas ha effekt också på sikt och därmed bidra till en hållbar utveckling av verksamheten. Informations- och utbildningsinsatser tillsammans med handledning eller tid för reflexion är den typ av åtgärder som verksamheterna använde sig av vid alla slags missför-

hållanden även om det gjordes i något mindre utsträckning när det gällde olika typer av övergrepp.

Diagram 5 Anmälningar 2002 enligt Lex Sarah som gällde ett missförhållande och som ledde till åtgärd.



Åtgärder vid brister i omsorgen

Den vanligaste orsaken för anmälan var brister i omsorgen, enbart eller tillsammans med andra missförhållanden. 216 anmälningar gällde *enbart* brister i omsorgen Mer än 50 procent av dem ledde till informations- och utbildningsinsatser – ofta tillsammans med handledning/tid för reflexion i grupp samt ändring i arbetssätt eller rutiner. I 13 fall utökades antalet arbetsledare eller övrig personal. Åtta anmälningar ledde till disciplinära åtgärder vilket innebar varning eller avskedande. I fem av anmälningarna gjordes också polisanmälan.

Åtgärder vid brister i bemötande

Brister i bemötande angavs i 144 anmälningar, varav drygt en tredjedel gällde *enbart* brister i bemötande. Två anmälningar av tre ledde till informations- eller utbildningsinsatser, t.ex. i etik och ofta tillsammans med handledning/tid för reflexion. Knappt hälften av anmälningarna om bristande bemötande medförde någon disciplinär åtgärd, vanligen varning eller omplacering.

Åtgärder vid fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp

I 173 anmälningar angavs bl.a. fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp. Två tredjedelar av dem omfattade inga andra typer av missförhållanden. Var tredje anmälan ledde till informations- och utbildningsinsatser oftast till-

sammans med handledning och tid för reflexion i grupp. Personal och arbetsledning utökades efter var femte anmälan. Om det var på kort sikt eller en mer beständig åtgärd framgår inte av svaren. Av anmälningarna ledde 40 procent till disciplinära åtgärder – vanligen varning, omplacering eller avstängning. En femtedel av anmälningarna ledde till polisanmälan.

Åtgärder vid ekonomiska övergrepp
Av de 158 anmälningar om ekonomiska övergrepp som inrapporterats var det enbart ett tiotal som också gällde andra missförhållanden. Cirka 90 procent av anmälningarna polisanmäldes. Förändrade arbetssätt och rutiner, t.ex. för nyckelhantering och värdeförvaring var de vanligaste interna åtgärderna tillsammans med utbildnings- och informationsinsatser. Disciplinära åtgärder vidtogs i tolv fall och gällde då oftast avskedande.

Tveksamhet uppstod i var femte anmälan

En fråga som ställdes i anslutning till varje anmälan var om det uppstått någon tveksamhet om anmälan skulle behandlas som en anmälan enligt Lex Sarah. Av enkätsvaren framgår att det i en femtedel av anmälningarna uppstod tveksamhet antingen hos anmälaren eller hos utredaren. Tveksamhet var vanligare vid anmälningar om brister i omsorgen än vid andra anmälningar. Tveksamheten gällde oftast om händelsen var att betrakta som allvarligt missförhållande eller endast som mindre avvikelse och vilken lagstiftning som var tillämplig.

Resultat av tillämpningsenkäten

Nästan alla verksamheter har utarbetat skriftliga instruktioner

Skriftliga instruktioner har utarbetats av 95 procent av kommunerna, kommundelarna och stadsdelarna medan något färre, 90 procent, av de enskilda verksamheterna har tagit fram motsvarande instruktion.

Instruktionerna följer oftast Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd nära och definitionerna av omsorger och missförhållanden är vanligen citerade. I avsnitten om hur personalen skall gå tillväga när de vill göra en anmälan finns fler variationer mellan kommunerna. Det vanligaste är dock att anmälan skall lämnas till ansvarig chef som också anges som ansvarig för utredningen. I cirka 120 kommuner ansvarar socialchef eller enhetschef tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för utredningen. I ett femtiotal kommuner har MAS delegerats det övergripande ansvaret både för utformning av instruktioner och för den praktiska hanteringen av anmälningar om missförhållanden i omsorgen.

I cirka en tredjedel av instruktionerna saknas uppgifter om hur anmälan kommer att registreras. När man vet detta blir det lättare att förstå varför så många kommuner hade svårt att ta fram de uppgifter om t.ex. den/de drabbades ålder, kön och antal som efterfrågades i undersökningen.

Flertalet verksamheter hade inga svårigheter vid tillämpningen

Fyra år efter tillkomsten av Lex Sarah tycks flertalet kommuner och enskilda verksamheter ha utarbetat rutiner och egen praxis som underlättar deras

tillämpning av bestämmelsen. Så beskriver tre av fyra kommuner förhållandet.

Tabell 7. Länsvis jämförelse avseende andel kommuner med Lex Sarah-anmälningar 2002 samt inrapporterade svårigheter och önskemål om förtydliganden.

Geografisk enhet	Andel kommuner med anmälningar (procent)	Antal kommuner med anmälningar	Andel kommuner med svårigheter (procent)	Andel kommuner som ville ha förtydligande (procent)
Riket	**53**	**152**	**26**	**23**
Gotland	100	1	100	0
Södermanland	89	8	33	0
Västernorrland	86	6	43	14
Östergötland	85	11	46	46
Kalmar	83	10	8	17
Kronoberg	75	6	50	38
Halland	67	4	17	17
Jämtland	63	5	25	50
Gävleborg	60	6	30	40
Västmanland	55	6	27	27
Västra Götaland	53	26	29	27
Uppsala	50	3	33	50
Skåne	50	17	21	6
Norrbotten	50	7	14	7
Jönköping	46	6	31	38
Stockholm	44	11	31	35
Värmland	44	7	25	19
Dalarna	33	5	13	13
Örebro	25	3	33	8
Västerbotten	20	3	0	7
Blekinge	20	1	20	40

En fjärdedel av kommunerna har i undersökningen pekat på en del återstående svårigheter. Flertalet av dem, 75 kommuner, har färska erfarenheter av anmälningar under år 2002. Av tabell 7 kan man se att flera av de län där störst andel kommuner uppgivit svårigheter i tillämpningen också var län med störst andel kommuner med anmälningar. Det gäller t.ex. Östergötland, Södermanland, Kronoberg och Västernorrland.

Ett fåtal, 2 procent, av de tillfrågade enskilda verksamheterna har uppgivit att de hade svårigheter vid tillämpningen av Lex Sarah eller önskade förtydliganden. Av de 16 enskilda verksamheter som haft anmälningar under år 2002 har endast fyra svarat att de hade svårigheter med tillämpningen.

De svårigheter som både kommuner och enskilda verksamheter oftast nämnde i sina enkätsvar var:

- att motivera personalen och att få till stånd en bra dialog kring avsikten med Lex Sarah, att kunna stödja anmälaren både före och efter anmälan, att förbereda sig för medias uppmärksamhet, att handskas med persona-

lens oro för att anmäla en arbetskamrat, att förhindra missämja i arbetslaget efter en anmälan.

- att praktiskt urskilja vilka händelser som är allvarliga missförhållanden och vilka som kan gälla som mindre allvarliga avvikelser i omsorgen.
- i gränsdragningen mellan omsorg och hälso- och sjukvård och därmed mellan Lex Sarah och avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och Lex Maria. Vid seminarierna i Dalarna, Stockholm och Östergötland beskrev flera kommuner att de hanterade anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria ungefär likadant. Några använde sig av en gemensam intern blankett för båda lagarna. Flera beskrev också rutiner där en anmälan registrerades enligt Lex Sarah först sedan utredningen visat att det förelegat ett allvarligt missförhållande.

Av enkätsvaren framkommer också svårigheter som inte gäller socialtjänstlagens bestämmelse om anmälningsskyldighet. De gäller istället avsaknad av motsvarande lagstiftning för personer som arbetar i verksamheter som gäller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Eftersom den här redovisningen gäller anmälningsskyldigheten enligt SoL kommenteras inte svårigheter som gäller annan lagstiftning.

Var fjärde kommun önskade förtydligande

Knappt 25 procent av kommunerna, 66 kommuner, och 5 procent av de enskilda verksamheterna, 13 verksamheter, har i sina enkätsvar framfört önskemål om förtydligande av föreskriften. Som framgår av tabell 7 behöver inte svårigheter att tillämpa Lex Sarah vara detsamma som att vilja ha förtydligande av föreskriften. I Södermanland uppgav exempelvis en tredjedel av länets kommuner att de hade svårigheter i tillämpningen medan ingen av kommunerna önskade förtydligande. I Östergötland svarade däremot nästan hälften av kommunerna att de både hade svårt att tillämpa lagen och önskade förtydligande.

De önskemål om förtydliganden som framkommit i undersökningen är delvis av olika karaktär men kan sammanfattas sålunda:

- Förtydliganden och exempel på vad som är ”allvarligt missförhållande” och gränsdragning gentemot avvikelser och klagomål i den dagliga omsorgen.
- Förtydligande av gränsdragningen mellan social omsorg och hälso- och sjukvård och exempel på händelser som ska hanteras genom anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.
- Förtydligande av i vilka situationer länsstyrelsen ska underrättas.

Slutsatser

Den undersökning som redovisats i rapporten är en kartläggning av i vilka typer av händelser som yrkesverksamma och frivilligarbetande i kommunala och enskilda verksamheter tillämpat socialtjänstlagens bestämmelse om anmälningsskyldighet. Det finns viss osäkerhet i svaren varför resultatet bör tolkas med viss försiktighet. Det gäller *antalet anmälningar* eftersom många uppgiftslämnare hade svårt att ta fram de efterfrågade uppgifterna. En länsstyrelse, som gjorde en egen undersökning om tillämpningen av Lex Sarah 2002, fick t.ex. uppgifter om betydligt fler anmälningar än de som lämnats till Socialstyrelsen. Det gäller också *hur olika missförhållanden eller åtgärder rubricerats* – här finns utrymme för uppgiftslämnarens egen tolkning i valet av svarsalternativ. Den största osäkerhetsfaktorn är dock att *händelser av mycket olika dignitet har anmälts enligt Lex Sarah.* Det gör det svårt att dra några säkra slutsatser om förekomsten av allvarliga missförhållanden 2002 både inom kommunala och enskilda verksamheter.

Flera möjligheter att rapportera

Risker och oönskade eller oväntade händelser kan också rapporteras på andra sätt än genom anmälningar enligt Lex Sarah, varför bilden behöver kompletteras.

- Till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter inkom under 2002 drygt 250 anmälningar enligt Lex Maria och drygt 100 anmälningar från enskilda som rörde vården av äldre personer i särskilt boende. Anmälningarna enligt Lex Maria gällde oftast läkemedelshantering, brister som rörde läkarmedverkan och samverkan i vårdkedjan. De ärenden som anmäldes av anhöriga gällde oftast bristfällig omvårdnad och bemötandeproblematik (5).
- Länsstyrelserna tog emot knappt 500 klagomål från enskilda varav 80 procent gällde äldreomsorg. De vanligaste orsakerna till klagomål var missnöje med insatser, bemötande och handläggning. Uppgifterna kommer dels från den nationella tillsynsdatabasen ”Natilos”, dels från enkätsvar i samband med den gemensamma sociala tillsynsrapporten för 2002.
- Redovisningen från Patientnämnderna visar att knappt 700 ärenden som rörde kommunal vård kommit in (6).
- Socialnämnderna och enskilda verksamheter tar också emot anmälningar, klagomål och synpunkter från enskilda brukare och närstående.
- Kommunala och enskilda verksamheter bör också ha rutiner för att hantera avvikelser som personal rapporterar från både vård och omsorg.

Osäkert samband mellan anmälningar och verksamhetskvalitet

Anmälningsfrekvens kan tolkas och värderas på flera olika sätt. Därför kan ett litet antal anmälningar enligt Lex Sarah eller inga anmälningar alls i en

verksamhet eller kommun uppfattas som ett tecken på en väl fungerande verksamhet, där brister och misstag åtgärdas innan de vuxit till allvarliga missförhållanden. Det kan också ses som ett tecken på en verksamhet där personalen är okunnig om vad bestämmelsen innebär eller av olika skäl inte fullgör sin anmälningsskyldighet. Ett stort antal anmälningar kan vara uttryck för en verksamhet med ett aktivt förebyggande arbete där personalen är trygg nog att ingripa till skydd för den enskilde. Det kan också ses som ett tecken på att rutiner för avvikelsehantering saknas, varför alla händelser behandlas som allvarliga missförhållanden.

Det saknas kunskap om samband mellan Lex Sarah-anmälningar och kvalitet i verksamheten. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping har undersökt om det fanns något samband mellan antalet anmälningar enligt Lex Maria[2] och kvaliteten i äldrevården i Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län.

Gruppintervjuer genomfördes med de kommuner i regionen som från 1996 och framåt haft någon enstaka eller ingen anmälan alls vilket gällde en sjättedel av kommunerna. En av slutsatserna i studien var att ”ett ringa antal anmälningar inte garanterar något, varken bra eller dåligt, om verksamhetskvaliteten” (7). Det finns anledning att anta att samma förhållande gäller för Lex Sarah.

Åtgärder för att säkra hanteringen av oönskade händelser

Socialstyrelsens uppföljning av hur kommuner och enskilda verksamheter tillämpade bestämmelsen om anmälningsskyldighet vid *allvarliga missförhållanden* i omsorgerna om äldre och funktionshindrade personer har också ökat kunskaperna om hanteringen av *mindre brister och försummelser*. Den bild som framträder är brokig och delvis svårtolkad, vilket innebär att resultatet av undersökningen kan beskrivas som att man i flertalet verksamheter utvecklat fungerande rutiner och praxis i tillämpningen av Lex Sarah. Av kommentarerna i enkätsvaren och genom seminarierna framtonar å andra sidan också en annan bild, som visar att det alltjämt återstår en del arbete för att säkra hanteringen av oönskade händelser.

Det bekräftas också av länsstyrelsernas gemensamma sociala tillsynsrapport för 2002. I den sägs att verksamheterna inte alltid känner till och har rutiner för Lex Sarah. Personalen är inte heller alltid medveten om vad bestämmelsen innebär och det råder stor osäkerhet om när man ska anmäla. I samma rapport framkommer också att ”många kommuner har mer eller mindre fungerande klagomålssystem, system för avvikelsehantering eller liknande” (9).

Socialstyrelsens bedömning är dock att flertalet av de svårigheter i tillämpningen av Lex Sarah som framkommit i undersökningen skulle kunna minskas med hjälp av olika åtgärder.

- Socialstyrelsen kommer att överväga och bedöma om det är möjligt att göra ytterligare förtydliganden av föreskrifterna och allmänna råden.

[2] I SOSFS 2002:4 (M) beskrivs hur anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelsehantering ska tillämpas (8).

- Kommuner och enskilda verksamheter behöver arbeta mer aktivt för att säkra att alla berörda vet hur de ska tillämpa bestämmelsen om anmälningsskyldighet.
- För att lagstiftarens intentioner med Lex Sarah ska infrias behöver kommuner och enskilda verksamheter integrera arbetet med tillämpningen av bestämmelsen om anmälningsskyldighet i arbetet med kvalitetsutveckling. En viktig del är att som underlag för riskanalys och förbättringsarbete identifiera, dokumentera och lära av risker och misstag i det dagliga omsorgsarbetet. I Socialstyrelsens allmänna råd *Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade* beskrivs hur verksamheterna bör arbeta med bl.a. avvikelsehantering, klagomålshantering, riskanalys, erfarenhetsåterföring och egenkontroll (10).
- Många kommuner och enskilda verksamheter behöver också praktiskt stöd i sitt arbete med att utveckla fungerande rutiner för att hantera både mindre brister och allvarliga missförhållanden. Hos länsstyrelserna finns en stor samlad kunskap och ett omfattande referensmaterial som bygger på erfarenheter av rådgivning och granskning inom verksamhetsområdet. Genom äldreskyddsombuden vill regeringen ge länsstyrelserna bättre möjligheter att arbeta med tillsyn inom äldreområdet. Uppföljning av rutiner för tillämpning av Lex Sarah är ett av de områden som lyfts fram som en uppgift för äldreskyddsombudens tillsyn.

Referenser

1. Regeringens proposition 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Stockholm, Fritzes, 1997.

2. Socialstyrelsen. Anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000. (SOSFS 2000:5. (S). Föreskrifter och allmänna råd)

3. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg år 2002. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003. (Statistik Socialtjänst 2003:3)

4. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2002. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003. (Statistik socialtjänst 2003:4)

5. Socialstyrelsen. Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2002. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.

6. Socialstyrelsen. Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.

7. Socialstyrelsen. Vita fläckar inom äldrevården- Kommuner som sällan anmäler. Regionala tillsynsenheten i Jönköping. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.

8. Socialstyrelsen. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelsehantering. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002. (SOSFS 2002:4 (M). Föreskrifter och allmänna råd).

9. Socialstyrelsen. Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade. Stockolm, Socialstyrelsen, 1998. (SOSFS 1998:8 (S). Allmänna råd)

10. Socialstyrelsen. Social tillsyn 2002. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.

Bilagor

Bilaga 1 Följebrev
Bilaga 2 Enkät om anmälan
Bilaga 3 Enkät om tillämpning

Bilaga 1

Socialstyrelsen

Dnr 73-309/2003 31(1)

Till Socialnämnd eller chef för enskild verksamhet

Undersökning angående tillämpning och anmälningar enligt Lex Sarah, år 2002

Under fjolåret gjorde Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna, en enkätundersökning om förekomsten av Lex Sarah-anmälningar under år 2001. En förnyad mätning kommer nu att genomföras avseende 2002 års anmälningar. Samråd har skett med Svenska Kommunförbundet.

Undersökningen omfattar två enkäter:

1. Enkät som avser att undersöka om kommuner och enskilda verksamheter stött på svårigheter i tillämpningen av Lex Sarah samt om det behövs förtydliganden av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS:2000:5 (S). *Denna enkät ska besvaras av alla kommuner/kommundelar/stadsdelar/enskilda verksamheter*.

2. Enkät som avser de anmälningar som gjorts under år 2002. *Den ska besvaras av de kommuner, kommundelar, stadsdelar och enskilda verksamheter där det förekommit anmälan enligt Lex Sarah under år 2002.*

Ifyllda enkäter ska vara inkomna **senast den 15 februari 2003** till Socialstyrelsen, Äldreenheten, 106 30 Stockholm

Tabellresultat på läns- och kommunnivå av enkätundersökningen presenteras under våren 2003 på Socialstyrelsens hemsida. En mer utförlig rapport med kommentarer till resultaten publiceras under hösten 2003, också den på Socialstyrelsens hemsida.

Frågor kring enkäterna besvaras av:
Tom Eriksson, Socialstyrelsen, telefon: 08-555 534 87 eller
e-post: tom.eriksson@sos.se
Gunnel Torstensson, Socialstyrelsen, telefon: 08-555 531 85 eller
e-post: gunnel.torstensson@sos.se

Tack för er medverkan!

Ulla Höjgård
Enhetschef, Äldreenheten, Socialstyrelsen

Bilagor
1. Enkät om tillämpningen av Lex Sarah
2. Enkät om anmälan enligt Lex Sarah

Socialstyrelsen

Bilaga 2

Anmälan enligt LEX SARAH år 2002

i verksamheter för personer som får omsorg enligt socialtjänstlagen

Enkäten ska enbart besvaras av de kommuner/stadsdelar/kommundelar och enskilda verksamheter där det förekommit anmälan enligt Lex Sarah under år 2002.

Läs det här först:

- ***Fyll i en separat blankett för varje Lex Sarah-anmälan!***
- *Enkäten avser endast missförhållanden som anmälts enligt 14 kap. 2 § SoL, ej anmälningar som gjorts enligt Lex Maria.*

Län	
Kommun	
Uppgifterna avser: ☐ Hela kommunen ☐ Kommundel/stadsdel ☐ Enskild verksamhet Benämning på kommundelen/stadsdelen/den enskilda verksamheten:	
Kontaktperson	Befattning
Telefon	E-post

Anmälningsdatum
År: __ __ __ __ Månad: __ __ Dag: __ __

Vem eller vilka gjorde anmälan?
☐ Personal/annan uppdragstagare
☐ Praktikant
☐ Annan – ange vem: ……..……..

Vilken boendeform avsåg anmälan?
☐ Ordinärt boende
☐ Särskild boendeform (inklusive servicehusboende) enligt SoL
☐ Bostad med särskild service enligt SoL

Hur många personer omfattas av anmälan?
Frågan avser den person eller de personer som utsatts för brister i bemötande, omsorg eller övergrepp!

☐ En person ☐ Två eller flera personer

Om anmälan omfattar en person – ange kön och födelseår:

☐ Kvinna ☐ Man Födelseår: __ __ __ __

Om anmälan omfattar flera personer – ange antal kvinnor/män samt ålder:

	Under 65 år	65 år och däröver
Antal kvinnor	……	……
Antal män	……	……

Vilken typ av missförhållanden gällde anmälan?
Samma anmälan kan avse både brister i bemötande och brister i omsorg samt övergrepp!

☐ **Brister i bemötande** avser bemötande som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet

☐ **Övergrepp** → Ange vilken/vilka typer av övergrepp *(fler än ett svarsalternativ är möjliga):*
- ☐ Fysiska (t.ex. slag, nypningar, hårda tag)
- ☐ Psykiska (t.ex. hot, bestraffningar, trakasserier, skrämsel, kränkningar)
- ☐ Sexuella
- ☐ Ekonomiska (t.ex. stöld, utpressning, förskingring)
- ☐ Övergrepp eller kränkning av annat slag – ange vad: ……..…

……..…

☐ **Brister i omsorgen** → Ange vilken/vilka typer av brister (*fler än ett svarsalternativ är möjliga):*
- ☐ Personlig hygien
- ☐ Tand- och munhygien
- ☐ Mathållning
- ☐ Brister i tillsynen
- ☐ Brister av annat slag – ange vad: ……..…….……...

Vidtogs någon åtgärd med anledning av anmälan?

☐ **Ja** → Ange vilken eller vilka åtgärder *(fler än ett svarsalternativ är möjliga):*

- ☐ Varning
- ☐ Omplacering
- ☐ Avstängning
- ☐ Avskedande
- ☐ Polisanmälan
- ☐ Ändrade arbetsrutiner
- ☐ Utbildning/information
- ☐ Handledning/tid för reflexion i grupp
- ☐ Ändrade arbetsscheman
- ☐ Ändrade delegationsbeslut
- ☐ Utökning av antal arbetsledare/chefer
- ☐ Utökning av övrig personal
- ☐ Annat – ange vad: ……

……..

☐ **Nej** → Ange skäl: ……..……..…….

……..….

Har länsstyrelsen underrättats om denna anmälan?

☐ Nej ☐ Ja → Ange skäl: …...…….…….…….…….

…..……..……

…..……..……

Uppstod det någon tveksamhet huruvida denna anmälan skulle behandlas som en anmälan enligt Lex Sarah?

☐ Nej ☐ Ja → Ange på vilket sätt: …….…….……..

……..…….

……..…….

…….

Ifylld enkät ska vara inkommen till Socialstyrelsen senast 15 februari 2003.
Adress: Socialstyrelsen, Äldreenheten, 106 30 Stockholm

Tack för att ni besvarat enkäten!

Socialstyrelsen

Bilaga 3

Tillämpningen av LEX SARAH

i verksamheter för personer som får omsorg enligt socialtjänstlagen

Syftet med denna enkät är att undersöka om kommuner och enskilda verksamheter stött på svårigheter i tillämpningen av Lex Sarah, 14 kap. 2 § SoL. Undersökningen avser också att ta reda på om det finns behov av förtydliganden av föreskrifter och allmänna råd, SOSFS:2000:5 (S).

Enkäten ska besvaras av samtliga kommuner/kommundelar/stadsdelar och av enskilda verksamheter som ger omsorg enligt socialtjänstlagen till äldre personer eller personer med funktionshinder.

Län	
Kommun	
Uppgifterna avser: ☐ Hela kommunen ☐ Kommundel/stadsdel ☐ Enskild verksamhet Benämning på kommundelen/stadsdelen/den enskilda verksamheten:	
Kontaktperson	Befattning
Telefon	E-post

Har ni stött på några svårigheter i tillämpningen av Lex Sarah?

☐ Nej ☐ Ja ⟶ Beskriv här eller bifoga separat skrivelse

……

……

……

Finns skriftlig instruktion för berörd personal som förtydligar i vilka situationer Lex Sarah ska tillämpas?

☐ Ja ⟶ Bifoga instruktionen ☐ Nej ⟶ Ange orsak:

……

……

……

Behövs det förtydliganden av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2000:5 (S)?

☐ Nej ☐ Vet ej ☐ Ja ⟶ Ge exempel på vad som behöver förtydligas:

……

……

……

Ifylld enkät ska vara inkommen till Socialstyrelsen senast 15 februari 2003.
Adress: Socialstyrelsen, Äldreenheten, 106 30 Stockholm

Tack för att ni besvarat enkäten!