



Implementering och händelser

Lärdomar från analys av 41 lex Sarah-anmälningar

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO2014-4

Omslag | Svensk Information

Foto | Scandinarv

Utgiven | www.ivo.se, februari 2014

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i uppdrag att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från tillsynen. Återföringen är tänkt att hjälpa vård- och omsorgsverksamheter att tydligare se de brister som finns så att de kan åtgärdas.

Temarapporten analyserar anmälningar enligt lex Sarah. Underlaget består av anmälningar från Jönköpings län, Kalmar län och Östergötlands län som är beslutade under första halvåret 2013.

Den 1 juni 2013 tog IVO över ansvaret för tillsyn av hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt viss tillståndsprövning. Det innebär att ärenden som handlagts före 1 juni är handlagda av Socialstyrelsen. I rapporten benämns tillsynsmyndigheten IVO även i de fall handläggningen var aktuell före 1 juni.

Rapporten är framtagen av Alexander Bjerner, avdelningen för analys och utveckling. Under arbetets gång har insikter, förslag och synpunkter lämnats av inspektörer i avdelning sydöst. Kontakt med dessa har skett genom Lena Fyhr.

Gunilla Hult Backlund
generaldirektör

Sammanfattning

Rapporten bygger på en analys av beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst under första halvåret 2013. Avdelning sydöst innefattar Jönköpings län, Kalmar län samt Östergötlands län. Antalet analyserade anmälningar uppgår till 41 stycken, vilket utgör 8 procent av periodens totala antal över hela landet. Resultatet är uppdelat i två kapitel med tillhörande iakttagelser och slutsatser.

I första kapitlet konstaterar temarapporten att *verksamheternas implementering av lex Sarah är svag*. Som stöd till denna slutsats presenteras tre observationer. Observationerna rör främst utredningsaspekten av lex Sarah-processen.

- ⊗ Det är en stor andel av anmälningarna som behöver kompletteras.
- ⊗ Det är ett stort antal dagar mellan händelse och anmälan.
- ⊗ Fokus i utredningarna ligger på individer snarare än systemfel.

I andra kapitlet analyseras *två händelsekategorier*. Syftet är att skapa fördjupad kunskap om de händelser som leder till en lex Sarah-anmälan.

Dels analyseras de anmälningar som behandlar en händelse som inneburit konsekvenser för brukarens fysiska hälsa. Rapporten konstaterar att dessa händelser ofta orsakats av bristande riskbedömning av den fysiska miljön. Vidare tenderar de också att involvera brukare med demens. I de fall orsaken till missförhållandet är ett fysiskt övergrepp så utförs dessa, med mycket få undantag, av någon annan än personal.

Dels analyseras de anmälningar som behandlar fysiska övergrepp. Resultatet visar att ungefär hälften av dessa utförts av personal, medan andra halvan utförts av medboende eller utomstående. I de fall de utförts av personal är upprinnelsen ofta att frustration uppstår i en situation där brukare och personal redan har fysisk kontakt, exempelvis vid hjälp med personlig hygien.

Slutsatser

Då temarapporten behandlar ett relativt litet antal ärenden formuleras slutsatser inom områden där dess resultat ligger i linje även med tillsynsmyndighetens tidigare observationer. Detta rör främst aspekterna kring verksamheternas implementering av lex Sarah. För att implementering ska bli starkare:

- ⌚ Bör verksamheterna se utredningsförfarandet som en möjlighet att identifiera systematiska brister.
- ⌚ Ska verksamheterna även i händelser där en enskild medarbetare har felat anlägga ett systemperspektiv i sin utredning om varför detta skett.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	4
Slutsatser	5
Innehåll	6
Inledning	7
Verksamheternas implementering av lex Sarah är svag	8
En stor andel av anmälningarna behöver kompletteras	9
Stort antal dagar från händelse till anmälan	10
Fokus ligger på individer snarare än på systemfel	12
Tolkning av begreppen påtaglig risk och missförhållande	12
Fysiska missförhållanden och fysiska övergrepp	14
Fysiska missförhållanden – demens och fysisk miljö riskfaktorer.....	14
Fysiska övergrepp utförs av medboende eller av personal i frustration..	15
Bilaga 1. Information om lex Sarah.....	17
Fakta om lex Sarah	17
Vad en utredning ska innehålla	17
Bilaga 2. Tillvägagångssätt.....	19

Inledning

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse (SiS) eller i en verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) omfattas av en anmälningsplikt. Denna anmälningsplikt regleras, beroende på verksamhet, i socialtjänstlagen (SoL) eller LSS. Det vardagliga samlingsnamnet för dessa bestämmelser är lex Sarah.

I dessa lagar slås fast att personal är skyldig att rapportera till berörd socialnämnd, den som bedriver verksamheten eller SiS styrelse då de uppmärksammar, alternativt får kännedom om, ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande. Bedömer mottagaren av rapporten att händelsen är allvarlig ska den dessutom anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Till denna anmälan ska bifogas en utredning av händelsen.

För att främja god vård och omsorg har IVO i uppdrag att regelbundet återföra resultat och iakttagelser från tillsynen. Denna temarapport är skriven utifrån det syftet. Resultatet har tagits fram genom analys av beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst (Jönköpings län, Kalmar län, och Östergötlands län), under första halvåret av 2013. Alltså de ärenden där verksamheterna bedömt händelsen som allvarig, anmält detta till IVO, som i sin tur avslutat ärendet med ett beslut. Antalet lex Sarah-ärenden som matchade dessa kriterier var 41 stycken. Det totala antalet beslutade lex Sarah i hela landet var samma period 521. Urvalet utgör alltså 8 procent av periodens samtliga ärenden.

Resultatet presenteras i två huvudkapitel. Det första behandlar verksamheternas implementering av lex Sarah. Det andra analyserar de anmälningar som behandlar fysiska övergrepp och fysiska missförhållanden.

Verksamheternas implementering av lex Sarah är svag

Bestämmelserna om lex Sarah är tänkta att fungera som en del av verksamheternas kontinuerliga arbete för ökad kvalitet. En nyckel för att lex Sarah ska kunna fylla denna roll är att dessa bestämmelser verkligen implementeras i berörda verksamheter.

Resultatet i denna temarapport tyder på att verksamheternas implementering av lex Sarah är svag. I detta kapitel redovisas tre observationer som pekar i den riktningen.

- ④ En stor andel av anmälningarna behöver kompletteras: En stor andel av de lex Sarah-anmälningar som inkom till IVO var ofullständiga. I ungefär en tredjedel av anmälningarna begärde IVO in kompletterande information från verksamheterna. Ofta var den information som saknades dessutom grundläggande för att lex Sarah ska kunna fylla sin roll som en del i verksamheternas kontinuerliga kvalitetsarbete. Ett exempel på detta är avsaknaden av systemperspektiv när verksamheterna beskriver orsaker till händelsen.
- ④ Stort antal dagar mellan händelse och anmälan: Resultatet visar också att det är lång tid mellan händelse och anmälan. 45 procent av anmälningarna inkommer till IVO mer än 60 dagar efter själva händelsen. Genomsnittstiden är 63 dagar. Givet att anmälan enligt bestämmelserna om lex Sarah ska komma in snarast efter att händelsen konstateras som allvarlig måste detta ses som ett stort antal dagar.
- ④ Fokus ligger på individer snarare än på systemfel när orsaker till missförhållandet ska bedömas.

Resultaten som beskrivs i detta kapitel går i linje med tidigare observationer av lex Sarahs implementering. Dåvarande tillsynsmyndigheten kom i sin Tillsynsrapport 2013, som behandlade ärenden beslutade 2012, fram till slutsatsen att det ”förekommer brister i införandet av lex Sarah-bestämmelsen inom alla verksamhetsområden”. Den slog dessutom fast att det finns ”brister både när det gäller kunskap och förståelse om syftet med lex Sarah”.¹

Utifrån vad som går att utläsa från urvalet i denna temarapport tycks problembilden från Tillsynsrapport 2013 vara fortsatt aktuell. Till detta kommer också att det inom vissa verksamhetsområden är ett mycket lågt antal anmälningar, ibland inga anmälningar alls. Detta gäller inte minst inom verksamhetsområden som är nya för lex Sarah. Inom *ekonomiskt bistånd*, *familjerätt*, och *missbruk* har det exempelvis inte inkommit en enda lex Sarah-anmälan.

¹ Socialstyrelsen (2013), *Tillsynsrapport 2013 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 13-17

Under samtal med inspektörer i avdelning sydöst framkommer att deras bild av problematiken kring implementeringen av lex Sarah främst rör aspekten att anmälningar över huvud taget inte inkommer till IVO. Deras uppfattning är att det saknas återkommande information om lex Sarah ute i verksamheterna och att personalens kunskaper brister i denna fråga. Berörd nämnd, den som bedriver verksamheten eller ledningen för Statens institutionsstyrelse är ansvarig för att denna information når fram till personalen.

Från inspektörernas perspektiv är det däremot svårt att avgöra på vilken nivå denna implementeringsbrist främst ligger. Endera kan det vara för att personal inte rapporterar till verksamhetsansvarig om händelser som borde leda till en lex Sarah anmälan. Men det kan också bero på att ansvarig mottagare av rapporten inte anmäler händelsen till IVO. Lex Sarah-rapporter ska enligt lag endast anmälas till IVO i de fall missförhållandet bedöms vara allvarligt.

I denna temarapport analyseras de lex Sarah-anmälningar som faktiskt har kommit in till IVO. Det innebär att implementering i form av kunskap hos personal och brist på information faller utanför temarapportens omfång. Det som i denna temarapport ingår i implementering handlar därför i högre grad om utredningsstadiet i en lex Sarah-processen.

En stor andel av anmälningarna behöver kompletteras

Med alla lex Sarah-anmälningar som inkommer till IVO ska bifogas en utredning av det aktuella missförhållandet. För att utredningen ska kunna betraktas som komplett måste den motsvara ett antal krav (se bilaga 1 för specifikation). I de fall utredningen är ofullständig ska IVO begära kompletteringar.

I Tillsynsrapport 2013 menar Socialstyrelsen att det ute i verksamheterna finns ”brister både när det gäller kunskap och förståelse om syftet med lex Sarah”. Bland annat begärde tillsynsmyndigheten in komplettering på en tredjedel av anmälningarnas bifogade utredningar.

Resultatet nedan visar att en ungefär lika stor andel av anmälningarna som ingår i urvalet för denna temarapport behövde kompletteras. Dessutom behöver de kompletteras med information som är grundläggande för förståelsen av lex Sarah som en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Detta tyder på att slutsatserna från Tillsynsrapport 2013 fortfarande är aktuella.

Andelen av de lex Sarah-anmälningar som ingår i denna temarapport och där det begärdes komplettering från myndigheten uppgick till 32 procent. Vid en närmare granskning framgår det att skillnaden mellan länen inom avdelning sydöst är stor. Av de 16 anmälningar som inkom från Jönköpings län begärdes det komplettering av 10. I anmälningar från Kalmar län är motsvarande siffror endast 1 begäran på 17 anmälningar. Det är svårt att med ett sådant här litet material dra slutsatser om varför länen skiljer sig åt på detta sätt. Utifrån ett resonemang om hur väl lex Sarah generellt sätt implementerats är det däremot noterbart att andelen anmälningar där det begärdes komplettering uppgår till 50 procent ifall Kalmar län exkluderas från urvalet.

I de anmälningar IVO begärde komplettering var det framförallt tre typer av information som saknades:

- ⊕ Beskrivning av orsakerna till missförhållandet ur ett systemperspektiv.
- ⊕ Information om huruvida liknande missförhållanden tidigare förekommit i verksamheten.
- ⊕ Bedömning av huruvida ett liknande missförhållande skulle kunna hända igen.

Dessa tre punkter är avgörande för förståelsen av lex Sarah som en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Trots det saknades all denna information i nära hälften av de anmälningar där IVO begärde komplettering.

Tabell 1. Antal och andel utredningar där IVO begärde komplettering. Uppdelat efter vilken typ av information som behövde kompletteras

KOMPLETTERINGS-BEGÄRAN	ANTAL	ANDEL AV LEX SARAH-ANMÄLNINGAR MED BEGÄRAN AV KOMPLETTERING (13 STYCKEN SAMMANLAGT)	ANDEL AV SAMTLIGA LEX SARAH-ANMÄLNINGAR (41 STYCKEN SAMMANLAGT)
Orsak ur systemperspektiv	12	92 %	29 %
Har liknande hänt tidigare	8	62 %	20 %
Bedömning om liknande kan hända igen	8	62 %	20 %
Alla tre	6	46 %	15 %

Stort antal dagar från händelse till anmälan

Nära hälften av de lex Sarah-anmälningar som kommer in till IVO gör det mer än två månader efter det att händelsen inträffat. Nästan var fjärde kommer in efter mer än tre månader. Lagen instruerar tydligt att missförhållanden som konstateras allvarliga snarast ska anmälas till IVO.² Resultatet från denna undersökning tyder på att verksamheterna inte följer denna bestämmelse.

Tabell 2. Antal dagar från händelse till det att anmälan registreras hos IVO

MINDRE ÄN 30	MER ÄN 60	MER ÄN 90
37,5 %	45,0 %	22,5 %
Medel: 63	Median: 53	

En tänkbar anledning till att det tar verksamheterna så många dagar att anmäla missförhållandet till IVO kan vara att de väntar med anmälan tills det att deras utredning är klar. En närmare undersökning av vilka ärenden som inkluderar

² Socialstyrelsen (2013), *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 93

utredning redan vid anmälan visar också att andelen av dessa ökar ju längre tid från händelsen anmälan inkommer till IVO.

Av de anmälningar som kommer in till IVO inom en månad från själva händelsen inkluderar 40 procent en fullständig utredning redan då anmälan skickas in. För ärenden som anmäls mer än 30 dagar efter händelsen är motsvarande siffra 84 procent.

Tabell 3. lex Sarah med bifogad utredning till anmälan. Uppdelat efter antal dagar från det att händelsen inträffade till det att anmälan kom in till IVO.

ANMÄLAN INOM 30 DAGAR FRÅN HÄNDELSE		ANMÄLAN EFTER 30 DAGAR FRÅN HÄNDELSE	
Antal	Andel	Antal	Andel
6 av 15	40 %	21 av 25	84 %

Att vänta med anmälan tills utredningen är klar går visserligen emot de riktlinjer som finns då dessa slår fast att anmälan ska göras *snarast* efter att ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande konstaterats vara allvarligt. Samtidigt finns det visst incitament för verksamheterna att agera enligt detta mönster.

Dels saknas det en tydlig gräns för hur *snarast* ska tolkas i detta sammanhang. Dels ska anmälan skickas till IVO först då missförhållandet konstaterats *allvarligt*. Något som kan ”visa sig först i ett senare skede: under utredningen eller när utredningen avslutats”.³ Detta ger verksamheterna en möjlighet att vara flexibla med resurser och tidsperspektiv gällande hur det uppkomna missförhållandet ska behandlas.

Efter det att anmälan inkommit till IVO finns däremot en tydlig gräns för hur lång tid det får ta innan utredningen är klar, nämligen två månader. Verksamheter som av olika anledningar misstänker att deras utredning inte kommer bli klar inom två månader har därmed utrymme att undvika denna gräns genom att vänta med anmälan.

I genomsnitt går cirka 124 dagar mellan en händelse och det att IVO tar ett slutgiltigt beslut i ärendet. Dessa dagar tenderar att vara jämnt fördelade mellan tiden från händelse till anmälan och tiden från anmälan till beslut.

En slutsats är därför att en bättre förankring av lex Sarah ute i verksamheterna sannolikt kraftigt skulle minska antalet dagar mellan händelse och slutgiltigt beslut från IVO:s sida. Något som ytterligare stärker denna slutsats är att en tredjedel av anmälningar initialt inte har en bifogad utredning. I dessa fall måste IVO vänta in en utredning för att påbörja sin del av arbetsprocessen. Till detta kommer också de fall där komplettering krävs, i vilka tillsynsmyndigheten får spendera en hel del dagar av ärendeprocessen med att vänta på kompletterande uppgifter från verksamheten.

³ Socialstyrelsen (2013), *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 93

Fokus ligger på individer snarare än på systemfel

Syftet med lex Sarah är att utveckla kvaliteten inom ramen för ett systematiskt kvalitetsarbete. Därför är det viktigt att orsaker söks, och åtgärder riktas, mot bakomliggande orsaker. Syftet är alltså inte att peka ut en enskild individ, eller att finna en syndabock för missförhållandet.⁴

Med den utgångspunkten är det anmärkningsvärt att verksamheterna i en stor del av anmälningarna väljer att peka ut en individ som bakomliggande orsak till händelsen. I ungefär vart tredje ärende lyfts individens bristande förmåga fram i termer som bristande omdöme, mänskliga faktorn, okunskap och trötthet, stress, och tjänstefel. De anmälningar där verksamheten istället hittar orsaker till händelsen i rutiner, organisationen eller ledningssystem är ungefär var fjärde.

Detta går i linje med slutsatsen från Tillsynsrapport 2013, att ”de flesta utredningarna bygger på att en enskild medarbetare pekas ut som orsak till en händelse i stället för att beskriva vad som har brustit inom hela verksamheten eller organisationen”.⁵ Tendensen från materialet i den här rapporten är att verksamheternas utredningar fortfarande brister när det kommer till att tolka missförhållanden utifrån en systemnivå.

När det kommer till åtgärder ser bilden delvis annorlunda ut. Ungefär hälften av anmälningarna pekar ut en översyn av rutiner som åtgärd. Visserligen kan det finnas anledning att ifrågasätta en så pass diffus åtgärd som ”översyn av rutiner”. Särskilt i en situation där det finns incitament att uttrycka sig i sådana termer för att tillgodose tillsynsmyndighetens krav. Trots detta innebär det ändå att verksamheterna när de beskriver sina åtgärder anlägger ett perspektiv som i högre grad går i linje med lex Sarahs andemening.

Tolkning av begreppen påtaglig risk och missförhållande

I anslutning till resonemanget kring verksamheternas implementering av lex Sarah finns från denna analys ytterligare en intressant observation. Den rör verksamheternas tolkning av huruvida en händelse är ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande.

Till skillnad från observationerna ovan finns under denna rubrik ingen ambition av att peka ut ett korrekt och inkorrekt agerande från verksamheternas sida. Därför ska den *inte* uppfattas som ett stöd för att verksamheternas implementering av lex Sarah är svag. Att påfallande likartade händelser bedöms på olika sätt är däremot fortfarande intressant då det är en indikator på att begreppen ”påtaglig risk” och ”missförhållande” inte framstår som helt tydliga ute i verksamheterna.

Det finns två tillfällen då en lex Sarah-anmälan ska upprättas och skickas in till tillsynsmyndigheten. Dessa är då det förekommit ett allvarligt missförhållande, alternativt då det förekommit en *påtaglig risk* för allvarligt missförhållande.

Resultatet i denna rapport visar att tolkningen av vad som är ett faktiskt allvarligt missförhållande och vad som är en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ser olika ut på olika verksamheter. Tydligast framkommer detta då

⁴ Socialstyrelsen (2013), *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 79

⁵ Socialstyrelsen (2013), *Tillsynsrapport 2013 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 13-17

likartade händelser kan bedömas som såväl påtaglig risk för missförhållande som faktiskt missförhållande. Exempel är ärenden där brukaren på ett eller annat sätt glömts bort av personal och därför inte fått sina behov tillgodosedda. Andra exempel finns i ärenden där larmet slutar fungera, varpå brukaren inte kan uppmärksamma personal och få det stöd som situationen kräver.

Möjligtvis har de verksamheter som kryssat i denna typ av händelser som risk tolkat det som att själva konsekvensen för den enskilda inte motsvarar ett allvarligt missförhållande. Å andra sidan finns det andra anmälningar där konsekvensen för brukaren är mycket låg, men där verksamheten ändå väljer att bedöma händelsen som ett faktiskt missförhållande. Ett exempel finns i ett fall där ungdomar med självskadebeteende hamnade utan tillsyn, men sov under hela denna tid och därför själva inte var medvetna om händelsen. Något som verksamheten bedömde som ett allvarligt missförhållande.

Det finns också fall där brukaren själv skulle uppleva missförhållandet som högst reellt, men där verksamheten registrerat händelsen som en påtaglig risk. Ett tydligt exempel är en anmälan där en behandlingssekreterare diskuterar en enskilds insats på offentlig plats. Den enskilde upplever det som såväl kränkande som ett brott mot sekretesslagen. Verksamheten bedömer det däremot som en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Slutligen finns det också exempel då verksamheten tycks registrera anmälan som påtaglig risk därför att de har svårt att avgöra huruvida händelsen faktiskt ägt rum.

Fysiska missförhållanden och fysiska övergrepp

För att fördjupa kunskapen om händelser som leder till urvalets lex Sarah-anmälningar följer nedan en undersökning av två kategorier av missförhållanden. Först de anmälningar som behandlar fysiska missförhållanden. Sedan de anmälningar som behandlar fysiska övergrepp.

Fysiskt missförhållande är en *konsekvens*kategori, medan fysiska övergrepp är en *händelse*kategori. Detta innebär att kategorierna inte är ömsesidigt uteslutande.

- ⦿ *Fysiska missförhållanden* definieras här som en händelse som inneburit konsekvenser för brukarens fysiska hälsa. Det visar sig att dessa händelser ofta orsakats av bristande riskbedömning av den fysiska miljön. Vidare tenderar de också att involvera brukare med demens. I de fall orsaken till missförhållandet är ett fysiskt övergrepp så utförs dessa, med mycket få undantag, av någon annan än personal. Vanligen medboende, men i vissa fall även personer utifrån.
- ⦿ Det andra området är en fördjupning av de anmälningar som behandlar *fysiska övergrepp*. Resultatet visar att dessa tenderar att genomföras av medboende eller utomstående. I de fall de utförs av personal är upprinnelsen ofta att frustration uppstår i en situation där brukare och personal redan har fysisk kontakt, exempelvis vid hjälp med personlig hygien.

Denna temarapport analyserar samtliga beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst under första halvan av 2013. Antalet sådana anmälningar uppgår till 41 stycken. Detta är ett ganska litet antal ifall man söker efter mönster eller tendenser. Särskilt i de fall urvalet delas upp ytterligare i underkategorier.

Till delarna nedan, som ändå söker hitta mönster gällande fysiska missförhållanden och fysiska övergrepp, genomfördes därför en utökning av materialet till att gälla tidsperioden 1 november 2012 till 1 november 2013. Det totala antalet beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst uppgick då till 83.

Fysiska missförhållanden – demens och fysisk miljö riskfaktorer

Ett fysiskt missförhållande innefattar här en händelse som inneburit konsekvenser för brukarens fysiska hälsa. Mer konkret registreras de fall där konsekvensen av händelsen krävt sjukhusvård, varit ett sexuellt övergrepp eller lett till dödsfall. Antalet ärenden som i det ursprungliga urvalet matchar dessa kriterier är sju.

För att få ett något större urval genomfördes en kompletterande undersökning, vilken inkluderade alla beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst mellan 1 november 2012 och 1 november 2013. Antalet ärenden som matcher kriterierna för ett fysiskt missförhållande uppgår i denna utökade undersökning till 19.

I det ursprungliga urvalet fanns den vanligaste orsaken till fysiska missförhållanden att finna i den fysiska miljön. I fyra av anmälningarna uppstår skadorna på grund av brister i låsbara fönster, en öppen branddörr och en dåligt installerad hissramp.

Den utökade undersökningen visar att en otillräcklig riskbedömning av den fysiska miljön är en fortsatt återkommande orsak till fysiska missförhållanden. Mer än var tredje anmälan (8 stycken totalt) involverar orsaker av detta slag. Sammantaget tyder detta på att bättre riskanalyser gällande fysisk miljö skulle vara en effektiv åtgärd för att minska antalet händelser som leder till fysiskt missförhållande.

En relativt stor del av anmälningarna berör brukare med demens. I sju av ärendena mellan 1 november 2012 till 1 november 2013 som innefattar fysiskt missförhållande har brukaren diagnostiserats med demens. I samtliga dessa fall kan upprinnelsen till själva händelsen kopplas till brukarens sjukdom och ett agerande som kommer från sjukdomstillståndet.

I den mån personal kan anses ansvariga för det inträffade missförhållandet består ansvaret främst i att de inte förmått stoppa händelser som uppstår till följd av brukarens eller medboendes agerande. Av de 19 anmälningar som innefattar fysiskt missförhållande gäller detta i 14. Detta att jämföra med de två fall då personalens agerande utgör händelsens direkta upprinnelse. Bägge dessa fall rör felmedicinering.

Fysiska övergrepp utförs av medboende eller av personal i frustration

Det ursprungliga urvalet, som behandlar beslutade lex Sarah-anmälningar i avdelning sydöst första halvåret 2013 innehöll elva anmälningar där brukare utsatts för ett fysiskt övergrepp. En av anmälningarna har då exkluderats eftersom händelsen som låg till grund för anmälan enligt allt att döma inte har ägt rum. När urvalet utökades till att gälla perioden 1 november 2012 – 1 november 2013 ökade antalet till 22.

I fem anmälningar fick det fysiska övergreppet en konsekvens som motsvarar ett fysiskt missförhållande. Till fysiskt missförhållande räknas i denna rapport anmälningar där konsekvensen av händelsen krävt sjukhusvård, varit ett sexuellt övergrepp eller lett till dödsfall. Givet att de flesta brukare är så pass beroende av väl genomförda insatser är många av övriga fysiska övergrepp inte desto mindre ett mycket allvarligt hot mot den enskildes välbefinnande.

Ungefär hälften av övergreppen, tio stycken, genomfördes av personal. Nästan lika många, nio stycken, utfördes av en annan medboende eller en utomstående person. De kvarvarande tre anmälningarna rör övergrepp från anhörigassistans.

Majoriteten av de fall där personalen ansvarar för övergreppet uppkommer i situationer där vårdare och brukare redan har fysisk kontakt. Sex av övergreppen rör denna typ av situation. Det är övergrepp som genomförs under en frustration som uppstår när personalen exempelvis ska hjälpa brukaren med personlig hygien eller knyta skorna.

Detta tyder på att det finns ett mönster i de anmälningar där fysiska övergrepp genomförs av personal. Utifrån detta mönster är det noterbart att verksamheternas utredningar som behandlar den här typen av händelser har ett starkt fokus på den enskilda individens felande. Till viss del är detta väntat och naturligt. Men det rimmar samtidigt illa med lex Sarahs syfte, som uttryckligen inte ska vara att peka ut en syndabock.⁶ Mer önskvärt vore ifall utredningen tog fasta på *varför* den enskilde agerat på ett oacceptabelt vis. Den relevanta frågan är på vilket sätt verksamheten i dessa fall har misslyckats med att ge den enskilde rätt förutsättningar. Varför uppstår situationer som skapar frustration, och på vilket sätt kan verksamheten genom systematiskt kvalitetsarbete minska risken för att det ska uppstå liknande situationer i framtiden.

Av de kvarvarande fyra anmälningarna där personalen ansvarar för det fysiska övergreppet rör tre stycken ett kränkande agerande som pågått under en längre tid. Det handlar alltså inte om en specifik händelse. Istället är det ett flertal övergrepp som under en längre period, där varje enskild händelse i sig inte alltid uppfattats kränkande, men tillsammans utgör ett tydligt övergrepp av enskilda brukares välbefinnande. De anmälningar som behandlar denna typ av händelse är också förknippad med konflikter och meningsskiljaktigheter mellan medarbetarna kring tolkningen av själva missförhållandet.

De nio fysiska övergrepp som där någon annan än omsorgsgivaren utför själva övergreppet kan delas in i tre undergrupper.

Det rör sig dels om tre anmälningar där brukare med demens utför handlingen mot sin medboende. Typexemplet är vårdtagaren som går in i fel rum och i den efterföljande situationen känner sig så trängd att han eller hon angriper den medboende fysiskt.

Det rör sig också om tre ärenden där ungdomar som ryms inom ramen för samma insats från socialtjänsten utför övergrepp på varandra.

I två av anmälningarna är det personer utifrån som attackerat omsorgstagaren. I det ena utfördes övergreppet mot en enskild som vistades på behandlingshem för missbruk. Det visade sig senare finnas en extern hotbild mot personen. I det andra fallet rör det sig övergrepp av barn som placerats i familjehem.

Tre lex Sarah-anmälningar rörde relationen mellan anhörigassistent och brukare. Samtliga av dessa avskrevs då händelsen inte ansågs ha uppkommit på grund av brister i verksamheten. Alla dessa anmälningar innefattar fysiska övergrepp av anhörigassistent mot brukare, och innebär därför ett mycket allvarlig hot av brukarens välbefinnande.

⁶ Socialstyrelsen (2013), *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 76

Bilaga 1. Information om lex Sarah

Fakta om lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah utgår från två lagstiftningar. Dels Socialtjänstlagen (2001:453), och dels lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Enligt bestämmelserna ska:

- ⊕ anställda inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse och i verksamheter enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten
- ⊕ den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål
- ⊕ den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Bestämmelserna om lex Sarah trädde i kraft 1999, men har sedan dess genomgått förändringar. 2011 trädde nya bestämmelser i kraft. För verksamheter som sedan tidigare redan omfattades av lex Sarah innebar detta att de fick nya regler att förhålla sig till. De nya bestämmelserna innebar också att en hel del nya verksamheter kom att omfattas av reglerna. Dessa var socialtjänstens individ- och familjeomsorg, verksamhet vid Statens institutionsstyrelse (SiS) och utförande av personlig assistans där försäkringskassa beviljat assistansersättning.

Vidare läsning om lex Sarah

- ⊕ Mer information om lex Sarah finns på [IVO:s webbplats](#).
- ⊕ Våren 2013 publicerade Socialstyrelsen en *Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*. Denna är främst riktad till nämnder, enskilda verksamheter, och SiS. Handboken finns publicerad på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Vad en utredning ska innehålla

Med alla lex Sarah-anmälningar som inkommer till IVO ska bifogas en utredning av det aktuella missförhållandet. För att utredningen ska kunna betraktas som komplett måste den motsvara ett antal krav. Dessa krav återfinns i SOSFS 2011:5:

5 kap. Utredningsförfarandet

Dokumentation av utredningen och vidtagna åtgärder

1 § Dokumentationen enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS ska göras

fortlöpande.

2 § Dokumentationen av utredningen ska utvisa

1. vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande har bestått i och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde,
2. när den muntliga eller skriftliga rapporten har tagits emot,
3. när och hur missförhållandet eller risken för ett missförhållande har uppmärksammats,
4. när missförhållandet har inträffat,
5. de orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande som har identifierats,
6. om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen, och
7. bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen.

3 § Av dokumentationen ska det vidare framgå

1. vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för ett missförhållande samt tidpunkt för dessa,
2. vad som i övrigt har framkommit under utredningen, och
3. vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med.

4 § För varje uppgift som dokumenteras under utredningen ska det framgå

1. vilket datum uppgiften dokumenterades,
2. varifrån uppgiften kommer,
3. vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar, och
4. vem (namn och befattning eller titel) som har dokumenterat uppgiften.

5 § De åtgärder som har vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppkommer igen ska dokumenteras.

Information till den enskilde

Allmänna råd

Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat

Bilaga 2. Tillvägagångssätt

Alla ärenden har hämtats från DHS, IVO:s databas för diarietföring. Sökningen avgränsades till anmälningar som registrerats hos enheter inom avdelning sydöst, samt till anmälningar som beslutades mellan datumen 2013-01-01 och 2013-06-30. En första sökning visade antal ärenden, ärendekategori, ärendemening, ärendetyp, ärendestatus samt på vilken enhet ärendet behandlats.

Övrig information är framtagen genom en manuell bearbetning och analys av varje enskilt ärende med tillhörande dokument. Detta gäller exempelvis informationen kring: antal anmälningar som behöver kompletteras, antal dagar mellan händelse och anmälan, orsaker och åtgärder, typ av händelse, samt huruvida verksamheterna registrerar anmälningen som en påtaglig risk eller för ett faktiskt missförhållande.

I samband med den manuella bearbetningen av materialet framkom att en av anmälningarna registrerats fyra gånger. Tre av dessa exkluderades från urvalet.

Förutom de slutsatser som är av deskriptiv karaktär är analysen genomförd utifrån en induktiv metod. Utredaren har formulerat frågeställningar och slutsatser i samband med bearbetningen av det ursprungliga materialet.

För att ytterligare analysera en del av dessa frågeställningar utfördes en utökning av urvalet. Detta gällde anmälningar som involverade fysiska missförhållanden eller fysiska övergrepp. Utökningen gjordes så att urvalet bestod av samtliga lex Sarah under ett års tid. Sökningen i DHS avgränsades till enheter inom avdelning sydöst samt anmälningar som beslutats mellan datumen 2012-11-01 och 2013-11-01.

Från detta utökade urval bearbetades endast de anmälningar som vid en första genomläsning av ärendet matchade kriterierna till ett fysiskt missförhållande eller ett fysiskt övergrepp.

Kontakt med avdelning sydöst har skett genom inspektören Lena Fyhr.

Implementering och händelser – Lärdomar från analys av 41 lex Sarah-anmälningar
Artikelnr: IVO 2014-4
Utgiven i februari 2014

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se

