



Övergripande uppföljning Lex Sarah

Sammanfattning

Lex Sarah handlar om det som i lagen kallas ”missförhållanden” inom socialtjänsten. Missförhållanden som avses är sådana som drabbar eller riskerar att drabba enskilda som får insatser inom verksamheten. Personal är skyldiga att rapportera missförhållanden som kommer till deras kännedom och verksamheterna är skyldiga att utreda inkomna rapporter samt anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lex Sarah regleras i Socialtjänstlagen respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Utförarna är också skyldiga att följa kommunens riktlinjer, som bland annat anger att kopia på samtliga lex Sarah-utredningar ska inkomma till omsorgs- och äldreförvaltningen.

Denna uppföljning har förutom lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer även granskat och analyserat de lex Sarah-ärenden som inkommit till förvaltningen 2013-2016. Sammanställningen omfattar 126 ärenden varav 55 hör till omsorgsnämnden och 71 till äldrenämnden. Av 126 ärenden har 24 bedömts som allvarliga och anmälts till IVO. Trenden under perioden går mot fler och fler ärenden totalt, samtidigt som det antal ärenden som leder till IVO-anmälan är relativt stabilt. Inom omsorgsnämndens område står LSS-verksamhet för en majoritet av ärendena. Den mest förekommande typen av ärenden faller under kategorin ”beviljad insats felaktigt utförd”. De mest förekommande åtgärderna är sådana som faller under kategorierna ”information och kommunikation” respektive ”processer och rutiner, riktlinjer”.

En analys av ärendena som rör vårdboende inom äldreomsorg och inkomna klagomål till äldreombudsmannen visar på ett samband som tyder på att ett aktivt lex Sarah-arbete är förknippat med färre klagomål och i slutändan bättre kvalitet och mer nöjda brukare. Uppföljningen visar dock tydliga indikationer på att lex Sarah-arbetet ute i verksamheterna ofta brister. Linköpings kommun har i jämförelse med andra kommuner få lex Sarah-anmälningar till IVO de senaste åren. Detta beror sannolikt till stor del på att det finns ett mörkertal. Utförarna har i en hel del av dessa ärenden också fått anmärkningar av IVO på hur de skött utredning och anmälan (gäller i synnerhet omsorgsnämndens område). Vidare är många av de utredningar som inkommit till omsorgs- och äldreförvaltningen bristfälliga eller ofullständiga. Vissa utförare är också statistiskt underrepresenterade när det gäller antal inkomna ärenden, och det finns anledning att tro att detta ofta inte beror på att missförhållanden förekommer mer sällan i dessa utförares verksamheter, utan snarare att sådant i mindre utsträckning utreds enligt lex Sarah. Det finns sannolikt ett samband mellan ovanstående och att kvalitets- och utvärderingskontorets verksamhetsuppföljningar ofta funnit bristande kunskaper om lex Sarah bland personal ute i verksamheter såväl som undermåliga lokala rutiner. Uppföljningen har också visat att nämnderna

(genom omsorgs- och äldreförvaltningen respektive socialförvaltningen) inte alltid får information av utförarna om lex Sarah-ärenden såsom gällande riktlinjer föreskriver. Detta gäller även ärenden som anmälts till IVO. Slutligen diskuteras i rapporten potentiella åtgärder som skulle kunna vidtas för att möta de problem och utmaningar som föreligger.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Syfte.....	5
1.3 Avgränsningar.....	5
1.4 Upplägg.....	5
2. Lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer för lex Sarah	6
2.1 Lagstiftning.....	6
2.2 Föreskrifter	7
2.3 Nämndens avtal och gällande riktlinjer för lex Sarah	8
2.4 Så följs lex Sarah upp	9
2.5 Analys	10
3. Omsorgs- och äldreförvaltningens interna hantering av lex Sarah.....	12
4. Inkomna lex Sarah-ärenden 2013-2016.....	13
4.1 Metod.....	13
4.2 Resultat	14
4.3 Analys	21
5. Diskussion.....	26
5.1 Problemet.....	26
5.2 Vad kan göras?	26
5.3 Slutord.....	27
Bilaga 1. Lagtexter om lex Sarah i SoL.....	28
Bilaga 2. Lagtexter om lex Sarah i LSS	29

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Lex Sarah handlar om det som i lagen kallas ”missförhållanden” inom socialtjänsten. Missförhållanden som avses är sådana som drabbar eller riskerar att drabba enskilda som får insatser inom verksamheten. Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Personal som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har en skyldighet att rapportera till den som bedriver verksamheten om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande i den egna verksamheten. Verksamheten är i sin tur skyldig att dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet, samt ta ställning till om det rapporterade utgör ett allvarligt missförhållande. Utredning enligt lex Sarah syftar främst till att identifiera brister respektive utforma åtgärder på systemnivå, snarare än individnivå, och ska ses som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessutom ska verksamhetsansvarig informera berörd nämnd om inkomna rapporter och anmälningar till IVO. Bestämmelser om lex Sarah har funnits i lagstiftningen sedan 1999, men reviderades i stora delar 2011.

I omsorgsnämndens och äldrenämndens respektive kvalitetsuppföljningsplaner för 2016 ingick bland övergripande uppföljningar ”Lex Sarah erfarenheter”. Syftet med uppföljningen beskrevs enligt följande:

”Det totala ansvaret för rapportering och utredning av Lex Sarah åligger respektive utförare. I avtalen anges att lagstiftningen och kommunens rutin ska efterlevas. En del av kommunens rutin är att samtliga rapporter ska skickas in till omsorgs- och äldreförvaltningen. För att förbättra spridningen av de erfarenheter som utförarna drar av uppkomna missförhållanden kommer en utökad analys av inkomna rapporter sammanställas och diskuteras med utförarna i seminarieform. Syftet är, att genom ökad kunskap undvika att missförhållanden upprepas i andra verksamheter.”

Kvalitets- och utvärderingskontoret föreslog att göra lex Sarah till föremål för övergripande uppföljning också i syfte att se över och analysera processen för hantering av dessa ärenden; från hur kommunens riktlinjer är utformade och hur utförarna informeras, via hur inkomna ärenden diarieförs och hanteras på äldre- och omsorgsförvaltningen, till hur nämnderna informeras och hur återkoppling till utförarna sker.

Ändringarna av reglerna i samband med lagändringen 2011 är en ytterligare bakgrund till föreliggande uppföljning, eftersom denna innebar tämligen omfattande förändringar av hanteringen av lex Sarah-ärenden för såväl utförarna som nämnderna. Någon utvärdering av hur implementeringen av det nya regelverket har fallit ut i kommunen har inte gjorts.

1.2 Syfte

- Att analysera processen för hantering av lex Sarah-ärenden:
 - Kommunens riktlinjer för lex Sarah och övrig information till utförare.
 - Omsorgs- och äldreförvaltningens interna hantering av inkomna ärenden.
 - Information till nämnd och återkoppling till utförarna.

- Att sammanställa och presentera inkomna ärenden 2013-2016, analysera trender och tendenser i materialet samt att återkoppla resultatet till verksamheterna/utförarna.

1.3 Avgränsningar

Uppföljningen är avgränsad till att fokusera på lex Sarah utifrån omsorgs- och äldreförvaltningens perspektiv. Även socialförvaltningen berörs till viss del eftersom dessa två förvaltningar har upprättat gemensamma riktlinjer för lex Sarah som riktar sig till utförare.¹ Vad gäller sammanställningen och analysen av inkomna lex Sarah-ärenden är denna avgränsad till ärenden inkomna till omsorgs- och äldreförvaltningen under de fyra åren 2013-2016 (med vissa undantag, se vidare kapitel 4).

1.4 Upplägg

Uppföljningens resultat presenteras enligt följande:

- Kapitel 2 innehåller en genomgång av lagstiftning, föreskrifter, kommunens riktlinjer avseende lex Sarah med efterföljande analys.
- Analysen av den interna hanteringen på omsorgs- och äldreförvaltningen presenteras huvudsakligen inte i denna rapport utan utgör arbetsmaterial för det pågående interna utvecklingsarbetet. I Kapitel 3 presenteras dock de för nämnden mest relevanta delarna av detta.
- I kapitel 4 presenteras sammanställningen och analysen av inkomna lex Sarah-ärenden.
- Slutligen diskuteras i kapitel 5 problem och utmaningar som identifierats i uppföljningen samt potentiella åtgärder.

¹ Socialnämndens respektive utförarnämndens (Leanlinks) interna rutiner för lex Sarah har inte granskats.

2. Lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer för lex Sarah

I detta kapitel beskrivs lagstiftning, föreskrifter och kommunens riktlinjer för lex Sarah. Därpå följer en kortare analys.

2.1 Lagstiftning

Sedan 1999 finns det bestämmelser i Socialtjänstlagen (SoL) om missförhållanden. I den förra SoL (1980:620) § 71a angavs följande:

”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 utan dröjsmål avhjälpas, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Första stycket gäller även inom motsvarande yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet. Anmälan skall göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den ansvarige har att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta till tillsynsmyndigheten.”

När den nya Socialtjänstlagen (2001:453) ersatte den gamla följde paragrafen med i oförändrad form och hamnade under kapitel 14 ”Anmälan om missförhållanden”. Den 1 juli 2011 trädde emellertid nya bestämmelser i kraft i och med att framför allt kapitel 14 reviderades. Motsvarande lagtext infördes samtidigt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS (se nu gällande lagtexter i bilaga 1 och 2). Nedan presenteras några av lagförändringarna som är värda att notera:

- Det är inte längre endast ”allvarliga missförhållanden” utan alla ”missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden” som personal är skyldiga att rapportera. Tröskeln för vad som ska rapporteras har alltså sänkts. Verksamheten har också påförts ett ansvar för att informera personalen om dess rapporteringsskyldighet.
- En utredningsskyldighet för verksamhetsansvariga har införts. Detta innebär att alla inkomna rapporter ska dokumenteras och utredas, samt avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.
- Nytt är också att privata utförare är skyldiga att informera berörd socialnämnd om inkomna rapporter.
- Tidigare skulle allvarliga missförhållanden som inte kunnat ”avhjälpas utan dröjsmål” anmälas till tillsynsmyndigheten. Numera ska alla allvarliga missförhållanden (eller påtagliga risker för allvarligt missförhållande) anmälas till tillsynsmyndigheten (numera Inspektionen för vård och omsorg, IVO), alltså oavsett om missförhållandet har kunnat avhjälpas eller inte.

Bakgrunden till lagändringen framgår av regeringens proposition (Prop. 2009/10:131²). Regeringen framhåller här bland annat behovet av förbättrad nationell

² Propositionen finns tillgänglig via

<http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2010/03/prop.-200910131/>.

överblick. Den statistik som fanns visade på stora skillnader i tillämpningen av dåvarande lag mellan länen såväl som mellan kommuner i samma län. Det faktum att enbart allvarliga missförhållanden som inte kunnat åtgärdas utan dröjsmål kom till tillsynsmyndighetens kännedom ansågs leda till en betydande brist på kunskap och nationell överblick, med följderna att viktiga lärdomar gick förlorade och förebyggande åtgärder uteblev. Generellt eftersträvade regeringen också mer enhetlighet mellan bestämmelserna för socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Detta delvis för att alltför många brukare respektive patienter samtidigt berörs av de båda delarna. I linje med detta avsåg propositionen att skapa mer likhet i anmälningsförfarandet mellan lex Sarah och lex Maria.

Lagändringen avsågs bidra till en enhetlig kunskapsbild över landet vad gäller förekomst av allvarliga missförhållanden. Den tog också sikte på att tydligare göra lex Sarah till en del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete och därigenom lägga större tonvikt vid det förebyggande arbetet. Regeringen skriver också om vikten av att personal vågar påtala uppkomna missförhållanden utan rädsla för påföljder, för att direkta eller förebyggande åtgärder ska kunna sättas in. En avsikt med att utvidga rapporteringsskyldigheten till att gälla inte bara allvarliga, utan alla missförhållanden var att normalisera och avdramatisera skyldigheten. En målsättning var att göra lex Sarah-bestämmelserna till ett gott stöd för yrkesverksamma i det dagliga arbetet med att utveckla och säkerställa kvalitet, och det påpekas att det stöd och förhållningssätt som chefer och arbetsledare i verksamheterna bidrar med är en avgörande faktor för att uppnå detta.

2.2 Föreskrifter

Samtidigt med lagändringen 1 juli 2011 trädde även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5³) i kraft. I april 2013 utkom Socialstyrelsen dessutom med en handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah⁴ som bygger på lagstiftning, förarbeten, rättsfall och JO-uttalanden. Dessa dokument förtydligar och konkretiserar lagstiftningen gällande lex Sarah. Bland annat framgår följande:

- ”Med missförhållanden ska avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, ska avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.”
- Rapporteringsskyldigheten fullgörs till den nämnd som bedriver verksamheten alternativt den som är ansvarig för privat verksamhet.
- Arbetsgivaren är skyldig att informera anställda om deras rapporteringsskyldighet vid nyanställning och därefter fortlöpande. Av informationen ska också framgå vem rapportering sker till (till exempel en utsedd chef). Informationen bör ges både muntligt och skriftligt minst en gång per år.

³ Föreskrifterna finns tillgängliga via <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/sidor/2011-5.aspx>.

⁴ Handboken finns tillgänglig via <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-1-24>.

- Berörd nämnd ska informeras om inkomna rapporter enligt lex Sarah. Med berörd nämnd avses den nämnd som beslutat om insatsen för den enskilde. Handlar det istället om allmänt inriktade insatser, såsom till exempel dagverksamhet för äldre eller socialjour, är berörd nämnd den nämnd som tecknat avtal om verksamheten. I det fall missförhållande rapporteras inom offentlig verksamhet, och den nämnd som bedriver verksamheten således ansvarar för utredningen, bör denne likväl informera nämnden som beslutat om den enskildes insats om inkomna rapporter (såvida inte dessa nämnder är en och samma).
- Information som ges mellan enskild verksamhet eller nämnd till berörd nämnd enligt ovan är tystnadspliktsbrytande⁵. Informationen bör omfatta mer än bara att en rapport har mottagits, till exempel vad missförhållandet avser. Nämnden bör också hålla sig informerad om vilka åtgärder som har vidtagits. Nämnden har inget ansvar för att utreda eller åtgärda. Däremot har den ett ansvar för att följa upp situationen för en enskild som drabbats av ett missförhållande. När nämnden tecknar avtal med en enskild verksamhet kan parterna komma överens om detaljerna för hur information om lex Sarah-rapporter ska lämnas.
- När rapport inkommit ska verksamheten vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver.
- En rapport ska dokumenteras och utredas enligt den detaljerade instruktion som framgår av 5 kap. SOSFS 2011:5. Utredningen ska avslutas med ett ställningstagande till huruvida det rapporterade utgjort ett allvarligt missförhållande (eller påtaglig risk härom) eller ej. Kan det snabbt konstateras att det inte är fråga om ett missförhållande eller att den rapporterade risken är oklar eller avlägsen kan utredningen stanna vid detta.
- Allvarliga missförhållanden ska snarast anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller även om utredningen av det inträffade inte är slutförd. Fullständig utredning ska då inkomma snarast men senast två månader efter det att anmälan gjorts. Information om anmälan ska ges till berörd nämnd på motsvarande sätt som för rapporter.
- Verksamheter ska fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden ska fullgöras. Rutinerna ska dokumenteras.

2.3 Nämndens avtal och gällande riktlinjer för lex Sarah

I propositionen som låg till grund för lagändringen 2011 poängterar regeringen att när en kommun som huvudman för socialtjänsten sluter ett avtal och låter någon annan utföra kommunens uppgifter förblir verksamheten en kommunal angelägenhet. Vidare:

”Kommunen har även fortsättningsvis ansvar för att den enskilde får de insatser som han eller hon är beviljad och att insatserna är av god kvalitet. Socialtjänstlagens

⁵ ”Den tystnadspliktsbrytande verkan torde dock endast gälla mellan den enskilda verksamheten och den nämnd som har beslutat om insatsen för den enskilde.” (Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av lex Sarah, sidan 64).

*krav gäller dock direkt även för enskilda utförare, och de gäller oberoende av det avtal som sluts mellan kommunen och en enskild utförare. Den gällande lagstiftningen kan således inte avtalas bort eller bortses ifrån med hänvisning till att dessa kvalitetskrav saknas i avtalet. Oavsett i vems regi verksamheten bedrivs åvilar ansvaret för att insatserna inom socialtjänsten uppfyller kravet på god kvalitet till sist alltid nämnden.”*⁶

Såsom lex Sarah-lagstiftningen är utformad finns det alltså egentligen ingen anledning att i avtal reglera utförarens skyldigheter vad gäller lex Sarah. Däremot finns det, som redan framgått, möjlighet för kommuner att genom avtalet ställa krav på utförare som går utöver de lagstadgade kraven, till exempel på formerna för utförarnas informationsplikt gentemot berörd nämnd. I Linköpings kommun framställde socialförvaltningen och omsorgs- och äldreförvaltningen efter lagändringen gemensamma riktlinjer för lex Sarah⁷. Riktlinjerna ”*skall ge vägledning vid hantering av rapporter och anmälningar enligt Lex Sarah*” och riktar sig huvudsakligen till utförarna. Genom avtalen är utförarna skyldiga att följa kommunens rutiner och riktlinjer.

Riktlinjerna som utförarna ska rätta sig efter utgår från och överensstämmer till största del med lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Den del som är värd att notera handlar om hur utförarna ska fullgöra sin informationsplikt gentemot berörd nämnd. Av riktlinjerna framgår följande om i tur och ordning inkomna rapporter; utredningar; och IVO-anmälningar:

- *”Verksamheten skall snarast lämna en kopia på rapporten till informationsmottagare vid Omsorgskontoret och även till Socialkontoret i de fall det rör en enskild person med insats som grundas på beslut enligt SoL eller LSS. Rapporten ska skickas i brev (fax eller e-post är tillåtet endast som en extra-ordinär åtgärd i avvaktan på att brevet når mottagaren).*
- *Chef ska avsluta utredning med beslut eller ställningstagande. En kopia på utredningen skickas per brev till informationsmottagare vid Omsorgskontoret och Socialkontoret.*
- *Verksamheten skall snarast lämna en kopia på anmälan till informationsmottagare vid Omsorgskontoret och Socialkontoret. Anmälan ska skickas i brev (fax eller e-post är tillåtet endast som komplement i avvaktan på att brevet når mottagaren).”*

Riktlinjerna påminner också om verksamhetens skyldighet att ha skriftliga rutiner för hantering av de uppgifter som följer av lex Sarah, och att det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5, kapitel 7) vad rutinerna närmare ska omfatta.

2.4 Så följs lex Sarah upp

Förutom föreliggande uppföljning är lex Sarah ett område som ofta följs upp vid kvalitets- och utvärderingskontorets avtalsuppföljningar. Verksamhetens lokala rutin

⁶ Prop. 2009/10:131, sidan 27.

⁷ Dokumentet finns tillgängligt i följande länk:

<http://www.linkoping.se/contentassets/038a57d36e474619a333cfc5b5d552fd/rutin-for-lex-sarah.pdf>.

granskas då och frågor om lex Sarah ställs vid intervju med chef respektive omvårdnadspersonal.⁸ I kapitel 3 beskrivs hur inkomna lex Sarah-ärenden hanteras inom omsorgs- och äldreomsorgen.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, bedriver tillsyn inom bland annat socialtjänsten. IVO hanterar de lex Sarah-ärenden som anmäls till dem genom att granska utförarens utredning och dess slutsatser, och bedöma om den uppfyller lagens krav. Om det bedöms påkallat kan ett så kallat initiativärende öppnas.⁹

2.5 Analys

Den aktuella lagstiftningen, inklusive föreskrifter, om lex Sarah reglerar verksamheternas skyldigheter vad gäller rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden på ett tämligen detaljerat sätt. Ett i sammanhanget viktigt undantag till detta är dock verksamheternas informationsplikt gentemot kommunerna. Av lag och föreskrifter framgår vad gäller informationsplikten alltså endast att berörd nämnd ska informeras om inkomna rapporter respektive anmälningar till IVO; ett förtydligande av vilken nämnd som är "berörd nämnd"; samt att nämnden bör hålla sig informerad om vilka åtgärder som vidtagits. Linköpings kommun har reglerat dessa delar genom riktlinjerna för lex Sarah, enligt vilka kopia på såväl rapporter som utredningar och eventuella anmälningar ska skickas per brev till både socialförvaltningen och omsorgs- och äldreomsorgen. Denna ordning, förutsatt att den efterlevs, ger de två förvaltningarna goda förutsättningar att sköta sina respektive uppdrag i dessa sammanhang, som i socialförvaltningens fall handlar om att vid behov följa upp situationen för enskilda som utsatts för missförhållanden och i omsorgs- och äldreomsorgens fall om fortlöpande uppföljning och strukturell utveckling av de berörda verksamheterna.

En invändning mot kommunens riktlinjer skulle kunna vara att en orimlig tyngd läggs på utförarna, som alltså i ett enda ärende kan bli tvungna att brevläsa informera två olika förvaltningar vid tre olika tillfällen (när rapport inkommer, när anmälan till IVO görs och när utredning har slutförts). En annan svårighet för utförarna är att förhålla sig korrekt till tystnadsplikten. I detta avseende är kommunens riktlinjer inte informativ. Frågan om tystnadsplikt är inte heller helt enkel, vilket delvis beror på nämndorganisationen i Linköpings kommun. Eftersom informationsplikten i lagen gäller gentemot "berörd nämnd" är det endast sådan information som är tystnadspliktsbrytande. Berörd nämnd i lagens mening är "*den nämnd som beslutat om insatsen för den enskilde. Handlar det istället om allmänt inriktade insatser, såsom till exempel dagverksamhet för äldre eller socialjour, är berörd nämnd den nämnd som tecknat avtal om verksamheten.*" När ett lex Sarah-ärende berör en enskild med biståndsbeslut ska verksamheten alltså informera socialförvaltningen (socialnämnden) i form av kopia av handlingarna utan beaktande av tystnadsplikt, men även omsorgs- och äldreomsorgen och då *med* beaktande av tystnadsplikt. Detta är inte helt lätt för utförarna att hålla reda på. I det fall ett lex Sarah-ärende inte berör någon enskild, alternativt en enskild utan biståndsbeslut, är berörd nämnd den nämnd som tecknat avtal om verksamheten, vilket kan vara såväl socialnämnden som omsorgs- eller äldreomsorgen. Enligt kommunens riktlinjer ska

⁸ Se vidare om detta under avsnitt 4.3.

⁹ Se vidare om detta under avsnitt 4.2.

omsorgs- och äldreförvaltningen alltid informeras om lex Sarah-ärenden, vilket i de fall som socialnämnden är beställare i praktiken blir överflödigt.

3. Omsorgs- och äldreförvaltningens interna hantering av lex Sarah

Ett syfte med föreliggande uppföljning är att analysera omsorgs- och äldreförvaltningens interna hantering av lex Sarah-ärenden som inkommer till nämnderna för kännedom. Resultatet av denna analys presenteras inte i detalj i denna rapport, utan utgör arbetsmaterial för det pågående interna utvecklingsarbetet. I detta kapitel beskrivs och diskuteras den interna hanteringen i stora drag.

I kommunens riktlinjer för lex Sarah ingår en ”rutin för informationsmottagare hos Omsorgskontoret och Socialkontoret”. Rutinen anger bland annat att inkomna handlingar till omsorgs- och äldreförvaltningen ska diarieföras av registrator och sedan handläggas av utsedd planeringsledare, som överväger om *”inkommen rapport/anmälan bör föranleda åtgärd i form av särskild uppföljning eller motsvarande.”* Detta överensstämmer med hur hanteringen av inkomna lex Sarah-ärenden går till idag. Två tjänstemän har varit informationsmottagare och sedan kvalitets- och utvärderingskontoret tillkom har informationsmottagarna varit tjänstemän knutna dit, vilket ligger i linje med kontorets uppdrag att följa upp verksamheterna som nämnderna har avtal med. Däremot är det mer oklart vad gäller den sista punkten i rutinen, som lyder: *”Informationsmottagare sammanställer årsvis redovisning till omsorgsnämnden och äldrenämnden av rapporter/anmälningar.”* Årliga redovisningar till nämnderna av vilka ärenden som inkommit har inte skett sedan nu gällande lagstiftning trädde i kraft 2011. Tidigare gjordes årsredovisningar med utgångspunkt i att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) då hade ansvar för att bedöma allvarliga avvikelser såväl inom hälso- och sjukvården som inom SoL/LSS. Med den nya lagstiftningen ligger hela ansvaret för lex Sarah hos utförarna. Numera går endast socialförvaltningen upp med årsredovisningar till socialnämnden. Frågan är alltså om årsredovisningar borde göras även till omsorgsnämnden respektive äldrenämnden och i så fall i vilken form, eller om denna del borde tas bort från rutinen. Detta är en fråga som kommer att fortsätta utredas internt på omsorgs- och äldreförvaltningen.

Något som inte omnämns i rutinen för informationsmottagare är återkoppling till utförare. Formellt ska sådan återkoppling inte heller vara nödvändig eftersom informationsplikten gentemot nämnden endast handlar just om att verksamheten informerar nämnden. Nämnden har inget inflytande i lex Sarah-ärenden utöver rätten att bli informerad. Den enda omedelbara återkoppling som skulle kunna vara aktuell är en bekräftelse på att handlingarna inkommit och diarieförts. Sådan återkoppling sker normalt inte idag. En mer generell typ av återkoppling till utförarna är att sammanställa inkomna ärenden, sammanfatta händelseförlopp, åtgärder och lärdomar som dragits, analysera trender och tendenser osv, för att sprida den kunskap som inkommit. Detta vore också i linje med lex Sarah-lagstiftningens syfte. Sådan generell återkoppling har inte skett de senaste åren, men föreliggande uppföljning genomförs delvis för att försöka åstadkomma just detta. I det kommande kapitlet presenteras därför en sammanställning och analys av de ärenden som inkommit till omsorgs- och äldreförvaltningen 2013-2016. Delar av materialet har redan presenterats för och diskuterats med några av utförarna i kommunen vid två tillfällen. Utförare inom äldreomsorgen fick en presentation i samband med en träff i Missionskyrkan 2017-04-05 och utförare av LSS-verksamhet fick en vid verksamhetsråd på omsorgskontoret 2017-05-23.

4. Inkomna lex Sarah-ärenden 2013-2016

En systematisk genomgång har gjorts av de lex Sarah-ärenden som finns diarieförda i omsorgsnämndens och äldrenämndens respektive diarium. I detta kapitel presenteras genomgången i form av statistik, jämförelser och analyser.

4.1 Metod

Ärenden har huvudsakligen identifierats genom sökning i omsorgsnämndens och äldrenämndens respektive elektroniska diarium. De flesta ärenden är diarieförda som egna ärenden med "lex Sarah" inkluderat i ärendenamnet och har därför varit enkla att identifiera. Andra ärenden har diarieförts på andra sätt, till exempel på det ärende som avtalet för den verksamhet som ärendet berör är diariefört. Dessa ärenden har lagts till urvalet i den mån de påträffats, men det kan alltså inte sägas med säkerhet att alla ärenden i diarierna har identifierats. Ärendena har begränsats till de ärenden som registrerats i diarierna 2013-01-01 – 2016-12-31. Detta innebär att urvalet inte fullt ut motsvarar samtliga ärenden inkomna till omsorgs- och äldreförvaltningen som gäller rapportering/utredning enligt lex Sarah av *händelser som inträffat 2013-01-01 – 2016-12-31*, eftersom det alltid är viss förskjutning i tid mellan händelse och att rapport/utredning inkommer till förvaltningen. Ärenden som avser händelser som inträffat i slutet av 2012 ingår således i urvalet om handlingar inkom till förvaltningen först 2013. På motsvarande sätt ingår ärenden *inte* i urvalet om de avser händelser som inträffat under 2016 men inte diarieförts hos omsorgs- och äldreförvaltningen förrän 2017.

Av de ärenden som identifierats enligt tillvägagångssättet ovan har vissa exkluderats av olika anledningar. Detta har skett bland annat då ärendet varit tomt (dvs inga handlingar har diarieförts på ärendet) och då ärendet avsett en verksamhet som inte bedrivs på uppdrag av varken omsorgsnämnden eller äldrenämnden (oftast verksamheter som bedrivs på uppdrag av socialnämnden eller socialnämndens egna ärenden)¹⁰. Efter sällning har 116 ärenden på detta sätt lagts till urvalet.

Ytterligare ärenden har identifierats genom granskning av socialförvaltningens årliga sammanställningar av inkomna ärenden till socialnämnden för 2013, 2014, 2015 och 2016. De ärenden som ingått i sammanställningarna och rört verksamheter som bedrivs på uppdrag av omsorgsnämnden eller äldrenämnden och som inte påträffats i diariesökningarna har lagts till urvalet. Det handlar om sex ärenden.

Vidare har i samband med uppföljningen samtliga IVO-anmälningar gällande Linköpings kommun från 2013 och framåt begärts ut från IVO. Efter genomgång har de fyra ärenden som inte sedan tidigare ingick i urvalet lagts till det. Totalt kom urvalet således att uppgå till 126 ärenden (varav 55 hör till omsorgsnämnden och 71 till äldrenämnden).

Samtliga ärenden har granskats och uppgifter nedtecknats om bland annat typ av händelse, typer av åtgärder, huruvida det inträffade bedömts som allvarligt missförhållande eller inte och huruvida ärendet anmälts till IVO eller inte. Det är

¹⁰ Även ärenden som gäller personlig assistans har exkluderats. Detta eftersom avtalen med assistansutförarna inte innehåller krav på att omsorgsnämndens rutiner och riktlinjer ska följas. Således är det endast lagar och föreskrifter som gäller för lex Sarah och enligt dessa är utföraren endast skyldiga att informera berörd nämnd, vilket aldrig är omsorgsnämnden.

dock stor variation i vilka handlingar ärendena innehåller. I de flesta ärenden har utredning inkommit, även om många inte är fullständiga, i vissa även rapport. I några ärenden har endast rapport inkommit och i andra endast IVO-anmälan. Detta har medfört att innehållsmässig analys inte har varit möjlig att göra i vissa fall.

Detsamma gäller de ärenden som identifierats genom granskning av socialförvaltningens årliga sammanställningar; för dessa ärenden finns bara uppgift om verksamhet och utförare.

4.2 Resultat

Det följande bygger på det urval av 126 ärenden som beskrivits ovan. Inledningsvis presenteras samlad statistik utifrån samtliga ärenden, dvs ärenden som berör såväl omsorgsnämndens som äldrenämndens områden. Därefter läggs fokus på ärendena som berör omsorgsnämnden.

Översikt

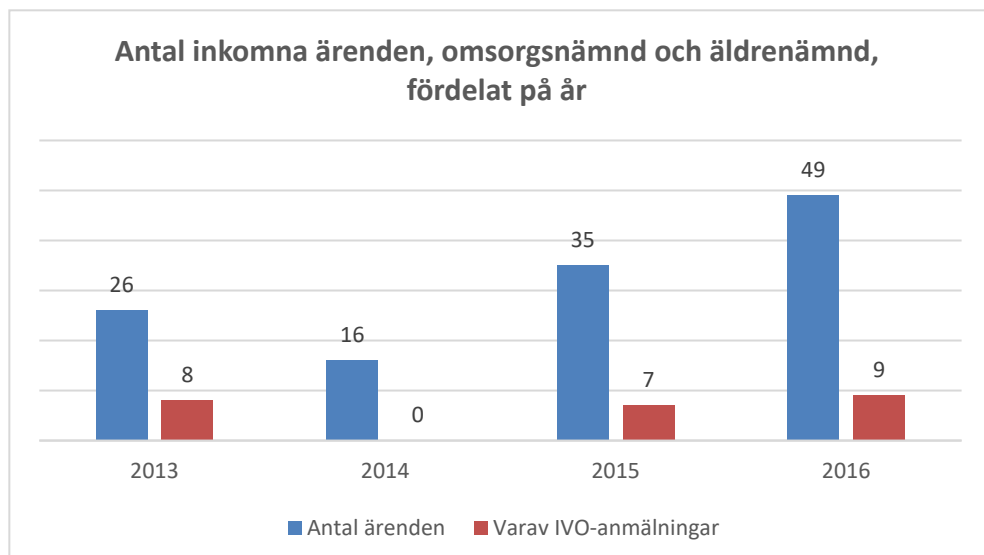


Diagram 1. Ärendenas årstillhörighet bestäms utifrån det datum som de är diariesförda hos omsorgs- och äldreförvaltningen, de tillhör alltså inte nödvändigtvis det år som den rapporterade händelsen inträffade.

Antal inkomna ärenden har en kraftigt ökande trend sedan 2014 (Diagram 1). Av Diagram 2 nedan framgår att det på äldrenämndens område varit en ganska jämn uppåtgående trend sedan 2013 medan det på omsorgsnämndens område var en till synes tillfällig nedgång 2014 med bara två ärenden. Antal IVO-anmälningar är relativt konstant trots ökande antal ärenden för varje år.

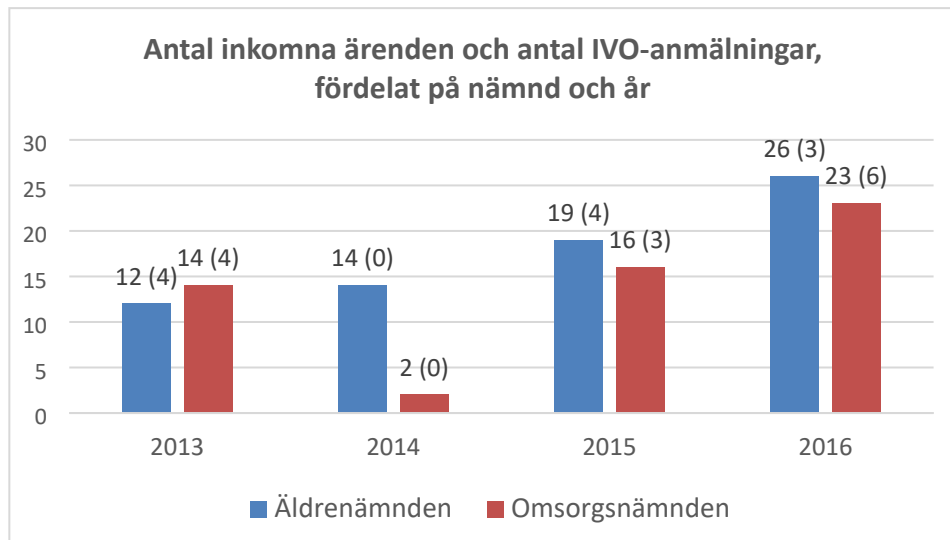


Diagram 2. Inom parentes anges hur många av ärendena som anmäldes till IVO.

Antal allvarliga missförhållanden och IVO-anmälningar

Det är värt att poängtera att det av de handlingar som inkommit inte alltid går att utläsa huruvida ärendet har bedömts som ett allvarligt missförhållande/påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande och därmed anmälts till IVO. Särskilt förekommande är detta inom äldrenämndens område där det i 18 av 69 ärenden, dvs 26 %, inte går att utläsa detta av de inkomna handlingarna. Motsvarande siffra för omsorgsnämndens område är 8 av 51 ärenden, dvs 16 %.¹¹ Anledningen till att det inte går att utläsa är i vissa fall att enbart rapport inkommit (dvs ej utredning) eller att en bilaga saknas, men den vanligaste anledningen är helt enkelt att utredningen inte innehåller något ställningstagande/beslut. Det finns också exempel på ärenden där de inkomna handlingarna går att tolka som att bedömningen görs att allvarligt missförhållande föreligger och att anmälan ska göras, men där det visat sig att ingen anmälan gjorts. Först sedan samtliga IVO-anmälningar för den aktuella perioden begärts ut direkt från IVO har det kunnat klarläggas hur många ärenden det rör sig om. Efter detta har också en granskning gjorts för att undersöka vilka av ärendena som inkommit och inte till omsorgs- och äldreförvaltningen respektive socialförvaltningen.¹² Av 11 ärenden på äldrenämndens område hade 10 sedan tidigare inkommit till omsorgs- och äldreförvaltningen medan 9 hade inkommit till socialförvaltningen. Samtliga ärenden hade dock inkommit till åtminstone en av förvaltningarna. Av 13 ärenden på omsorgsnämndens område hade 9 sedan tidigare inkommit till omsorgs- och äldreförvaltningen medan 6 hade inkommit till socialförvaltningen. Fyra ärenden hade inte inkommit till någon av förvaltningarna. Ytterligare ett ärende inkom till omsorgs- och äldreförvaltningen först efter att utföraren ombetts inkomma med utredningen sedan IVO:s beslut i ärendet inkommit till förvaltningen för kännedom.

IVO-ärenden på omsorgsnämndens område

De 13 ärenden som anmälts till IVO har granskats med avseende på IVO:s beslut i respektive ärende. Det bör först förtydligas vad IVO:s roll i dessa ärenden går ut på.

¹¹ I denna statistik är inte de ärenden som identifierats utifrån socialförvaltningens årliga sammanställningar inkluderade, eftersom ingen innehållsmässig analys har gjorts i dessa ärenden.

¹² Uppgifterna om huruvida ärenden inkommit till socialförvaltningen eller inte bygger på förvaltningarnas årliga sammanställningar.

På sin hemsida beskriver IVO detta på följande sätt: *”IVO ska ta del av huvudmannens utredning och slutsatser beträffande händelseförlopp, möjliga orsaker och åtgärdsbehov. Om huvudmannens slutsatser framstår som rimliga och det inte finns några särskilda omständigheter avslutar IVO ärendet. Om lex Sarahutredningen inte uppfyller lagens krav eller om det framkommer andra allvarliga brister öppnar IVO ett initiativärende. IVO ska förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen.”*¹³ I praktiken avslutar IVO ärenden om huvudmannen (utföraren) bedöms ha vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja det inträffade; utrett det anmälda missförhållandet i tillräcklig utsträckning; identifierat orsaker till det inträffade; samt vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Om IVO bedömer att utredningen är bristfällig i något avseende kan komplettering begäras. I samband med att IVO meddelar att ärende avslutas kan också särskilda påpekanden göras om huvudmannen bedöms ha brustit under processen i andra avseenden.

Granskningen av de 13 ärendena visar att IVO begärt komplettering av utredning i åtminstone 3 fall. I ytterligare ett fall uppmärksammar IVO i beslutet huvudmannen *”på vikten av att följa det utredningsförfarande som anges i 5 kap. 2-5 §§ i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, lex Sarah (SOSFS 2011:5) för att säkerställa att uppgifter som ska dokumenteras i en utredning inte utelämnas.”* I fem ärenden uppmärksammar IVO huvudmännen *”på de tidsgränser som gäller vid anmälan till tillsynsmyndigheten”*, eftersom de rapporterade allvarliga missförhållandena inte anmälts till IVO *snarast*. I ytterligare ett ärende fick IVO påminna utföraren om att alls inkomma med utredningen, sedan två månader förflutit från att anmälan utan bifogad utredning skickats in. I detta ärende konstaterar IVO även bristande rutiner för lex Sarah hos utföraren då det bland annat *”saknas kunskap om vem i organisationen som ansvarar för att utreda inkomna lex Sarah-rapporter.”* Tre ärenden rör samma verksamhet och inkom nära varandra i tid, efter det att kvalitets- och utvärderingskontoret gjort uppföljning i verksamheten.¹⁴ Förutom att IVO begärde komplettering av utredning i dessa ärenden och påpekade att anmälningarna dröjt så bedömde de vidtagna åtgärder som otillräckliga. IVO ansåg att rutiner för lex Sarah enligt gällande bestämmelser saknades och utföraren begärdes inkomma med redogörelse för hur dessa skulle tas fram och implementeras i samtliga av utförarens verksamheter som omfattas av bestämmelserna. Slutligen meddelade IVO i ett annat ärende att det hade beslutats om en tillsyn av verksamheten med anledning av anmälan, men att de avstod då det stod klart att kommunen med kort varsel sagt upp avtalet med utföraren och låtit den gå över till annan utförare. Sammanfattningsvis är det endast i 3 av 13 ärenden som utföraren undgått påpekanden av de slag som återgetts ovan.

Typ av verksamhet och jämförelse mellan utförare

Typ av verksamhet	Antal ärenden
Gruppboende (LSS), vuxna	16
BoDa* (LSS), vuxna	10
HVB, ensamkommande barn och ungdomar	7
Särskilt boende, socialpsykiatri/missbruk	5

¹³ <http://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmal-missforhallande---lex-sarah/>.

¹⁴ Omsorgsnämnden sade senare upp avtalet med utföraren med anledning av de brister som konstaterades vid uppföljningen.

Boende (LSS), barn och ungdomar	3
Daglig verksamhet (LSS), vuxna	3
Servicebostad (LSS), vuxna	3
Öppenvård, vuxna	3
Ungdomsboende	2
HVB, vuxna	1
Korttidsvistelse (LSS), barn och ungdomar	1
Öppenvård, barn och ungdom	1

Tabell 1. *Boende med daglig verksamhet.

Tabell 1 ovan visar hur de 55 ärendena inom omsorgsnämndens område fördelar sig på olika typer av verksamhet. LSS-verksamheter står för en stor del av ärendena. De tre LSS-boendeformerna för vuxna (gruppboende, servicebostad och BoDa) står tillsammans för 29/55 ärendena. I diagram 3 nedan visas hur dessa 29 ärenden fördelar sig på utförare.

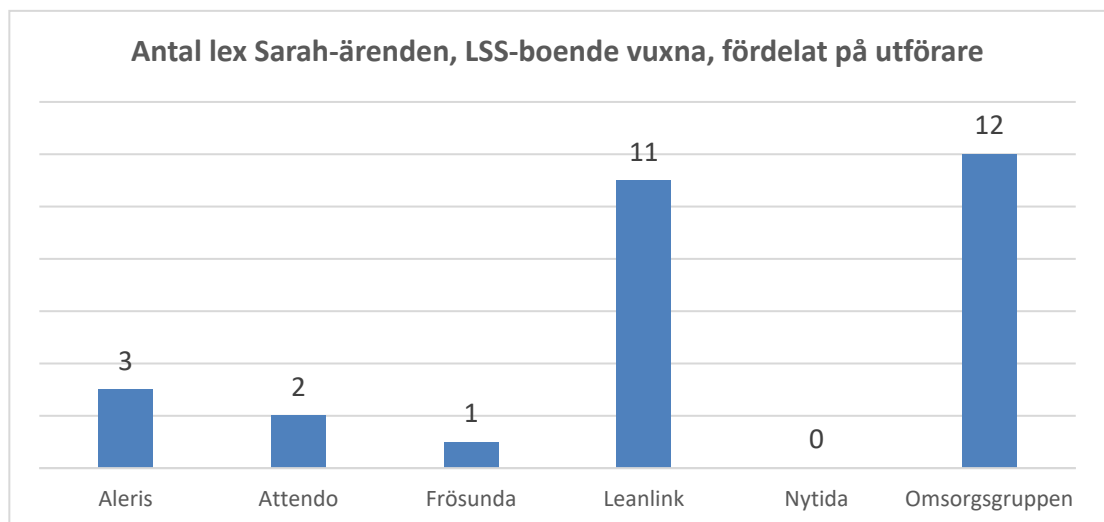


Diagram 3.

För att få en uppfattning om en utförare har stått för en stor eller liten andel av ärendena måste antal ärenden vägas mot mängden verksamhet som utföraren bedrivit. I diagram 4 nedan visas därför genomsnittlig marknadsandel under den aktuella perioden (2013-2016)¹⁵ vid sidan av *andel*¹⁶ ärenden för respektive utförare.

¹⁵ Genomsnittlig marknadsandel är baserat på utgifter från omsorgsnämndens internbudget 2013-2016.

¹⁶ Antal ärenden delat med 29.

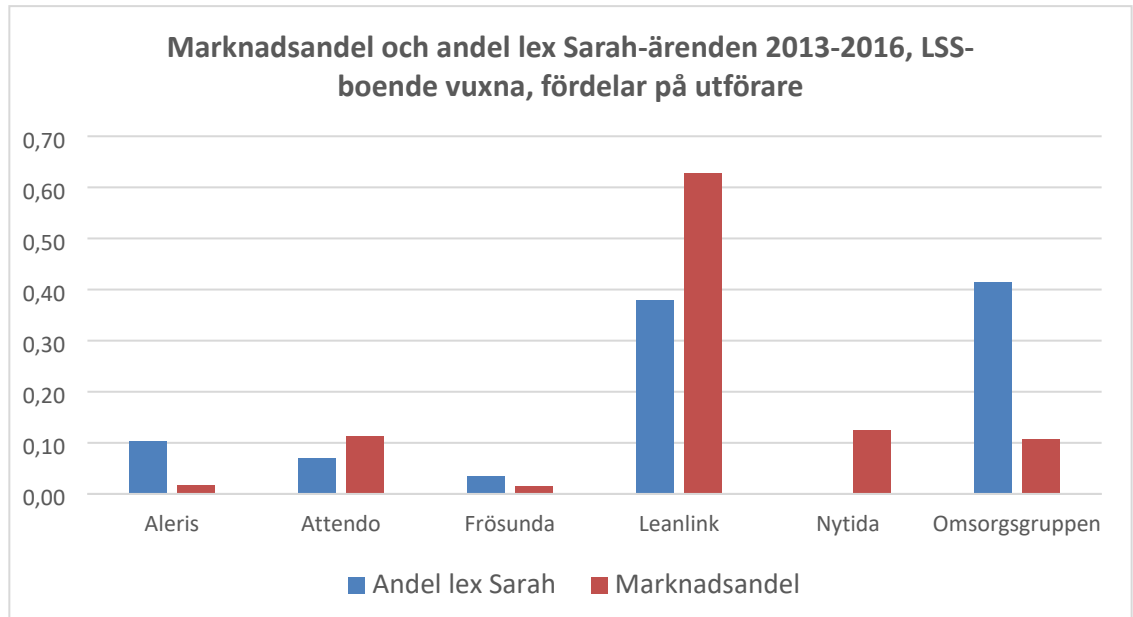


Diagram 4.

Av diagram 4 framgår att några utförare är ”överrepresenterade”, dvs de har många lex Sarah-ärenden i förhållande till sin storlek, medan förhållandet är det motsatta för andra utförare. Särskilt Omsorgsgruppen har många ärenden, vilket till stor del beror på att företaget gjorde flera utredningar efter att brister i verksamheten på Fanjunkaregatan 87 upptäcktes vid verksamhetsuppföljning 2013; brister som också ledde till att omsorgsnämnden valde att säga upp avtalet med utföraren. Vad gäller ”underrepresenterade” utförare är det noterbart att Nytida inte inkommit med ett enda ärende gällande LSS-verksamhet under den aktuella perioden. Det är problematiskt att tolka tendenserna för enskilda utförare i denna typ av statistik i termer av positivt/negativt. Det är förstås aldrig positivt när misstanke uppstår om att missförhållande föreligger i en verksamhet, men det är ännu värre om en sådan misstanke inte leder till att det hela utreds på ett systematiskt sätt så att liknande händelser kan undvikas i framtiden. Att en verksamhet eller utförare har relativt många lex Sarah-ärenden kan tyda på ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete.

På äldrenämndens område har motsvarande diagram tagits fram för vårdboende, alltså marknadsandel och andel inkomna ärenden 2013-2016. Till detta har statistik på inkomna klagomål till äldreombudsmannen lagts till.¹⁷ Resultatet visas i diagram 5 nedan. Grafen är intressant därför att det tycks råda ett motsatsförhållande mellan lex Sarah och klagomål. Trenden illustreras av de svarta streckade linjerna i grafen. De utförare som har låg andel lex Sarah i förhållande till sin storlek har också hög andel klagomål, och vice versa. En möjlig tolkning av detta är att systematiskt kvalitetsarbete, här manifesterat i antal lex Sarah-utredningar, avspeglar sig i klagomålsstatistiken. Mer konkret skulle det kunna vara så att när negativa händelser inträffar/framkommer så visar verksamheten att den tar det inträffade på allvar genom att utreda och åtgärda, vilket rimligen minskar sannolikheten att den brukare som berörs och deras anhöriga blir missnöjda och klagar till kommunen. I detta ljus framstår lex Sarah som ett effektivt verktyg för att motverka missnöje hos brukare och anhöriga och att därigenom förebygga klagomål.

¹⁷ Uppgifterna om klagomål är hämtade från Äldreombudsmannens årsrapporter.

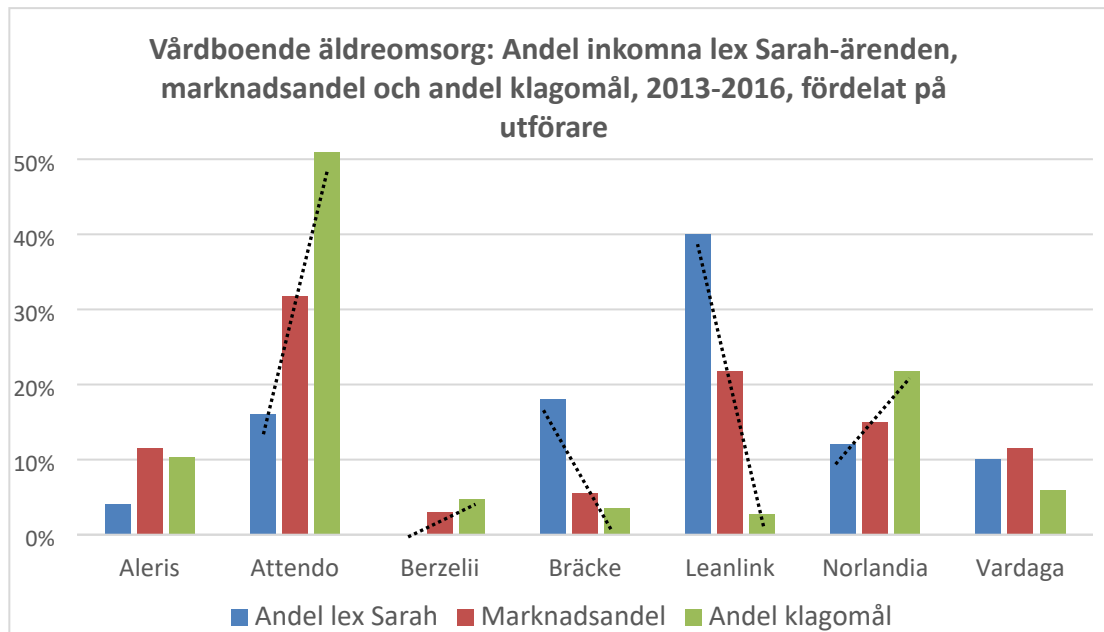


Diagram 5. Vårdboende, äldreomsorg. Grafen bygger på 50 lex Sarah-ärenden och 253 klagomål.

Enligt vår bedömning går det inte att göra motsvarande jämförelse inom något av omsorgsnämndens verksamhetsområden, eftersom underlaget i form av lex Sarah-ärenden och klagomålsärenden är för litet för att det skulle bli relevant. Det förefaller dock som sannolikt att lex Sarah skulle kunna vara ett effektivt verktyg för att motverka missnöje och förebygga klagomål även inom till exempel LSS-verksamhet.

Typ av ärende

Samtliga ärenden har kategoriserats utifrån vad ärendet avser.¹⁸ Kategoriseringen har gjorts utifrån de kategorier IVO använder när de publicerar statistik över sina ärenden.¹⁹ I tillägg till de 12 kategorierna som IVO använder har 3 lagts till, dessa är markerade med asterisk i tabell 2 nedan. Kategoriseringen avser vad det rapporterade missförhållandet eller risken för missförhållande handlar om, även om det i vissa fall inte kunnat fastslås att detta har inträffat/missförhållande förelegat. Varje ärende har tilldelats endast en kategori trots att flera kategorier skulle kunna stämma in på ett och samma ärende.

Ärendekategori	Antal ärenden	Varav IVO-anmälningar
Beviljad insats felaktigt utförd	12	7
Suicid/försök *	8	1
Beviljad insats inte utförd	6	1
Fysiskt våld/övergrepp medboende	5	2
Fysisk miljö	5	0
Psykiskt övergrepp/kränkning	5	0
Brukare avvikit/försvunnit *	4	1
Brukare agerat aggressivt/hotfullt *	2	0
Bemötande	1	1
Sexuellt övergrepp medboende	1	0
Fysiskt våld/övergrepp personal	1	0

¹⁸ I denna statistik är inte de ärenden som identifierats utifrån socialförvaltningens årliga sammanställningar inkluderade, eftersom ingen innehållsmässig analys har gjorts i dessa ärenden.

¹⁹ Se <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>.

Insats mot enskilds vilja/inlåsning/tvångsåtgärder	1	0
Ekonomiskt övergrepp	0	0
Rättssäkerhet	0	0
Sexuellt övergrepp personal	0	0
Totalt	51	13

Tabell 2.

Som framgår av tabell 2 är *beviljad insats felaktigt utförd* den vanligaste kategorin och detta är en mycket bred och ospecifik kategori. Som exempel på ärenden kan ges bemötandeplan som inte följts; bristande tillsyn; och bristande överlämning/informationsöverföring mellan personal. Detta har till exempel lett till att brukare blivit aggressiv; avvikit; eller inte blivit sänglagd. Åtta ärenden handlar om att brukare begått *suicid/försök*; fyra av dessa har skett i boende för ensamkommande barn och ungdomar, tre i verksamhet inom socialpsykiatri och ett i ett LSS-boende. I inget av ärendena ledde händelsen till dödsfall. *Beviljad insats inte utförd* är ofta missade omvårdnadsinsatser; att insatser inte alls blivit utförda som planerat, till exempel rehabiliteringsinsatser. *Fysiskt våld/övergrepp medboende* handlar som det låter om våld mellan brukare, och samtliga har skett i boende inom LSS. Som exempel på ett ärende i kategorin *fysisk miljö* kan ges att det missats att låsa en rullstol vilket lett till att brukare fallit ur den och skadat sig. *Psykiskt övergrepp/kränkning* handlar bland annat om att det inte tagits hänsyn till brukarens självbestämmanderätt och att personal brutit mot sin tystnadsplikt. Fyra ärenden handlar om att verksamhetens tillsyn brustit vilket lett till att *brukare avvikit/försvunnit*, med påtaglig risk för brukarnas välmående till följd. I två ärenden har *brukare agerat aggressivt/hotfullt* mot personal, vilket kan utgöra ett missförhållande om det orsakats av till exempel felaktigt bemötande. Slutligen handlar ett ärende vardera om bristande *bemötande* från personal; att brukare utsatts för *sexuellt övergrepp* av en *medboende*; misstanke om att brukare utsatts för *fysiskt våld/övergrepp* av *personal* (utredningen kunde inte styrka detta); och att brukare utsatts för begränsningsåtgärder (*insats mot enskilds vilja/inlåsning/tvångsåtgärder*).

Typer av åtgärder

Samtliga ärenden har också kategoriserats utifrån vilka åtgärder som vidtagits.²⁰ Kategoriseringen som använts är hämtad från en IVO-rapport.²¹ Ytterligare en kategori har lagts till ("polisanmälan"). Varje ärende har granskats med avseende på vidtagna/planerade åtgärder och tillskrivits de åtgärds-kategorier som bedömts förekomma. I tabell 3 nedan redovisas andel av de granskade ärendena (48 stycken) där respektive åtgärds-kategori förekommer.

Åtgärds-kategori	Andel ärenden där åtgärden förekommer
Information och kommunikation	54 %
Processer och rutiner, riktlinjer	46 %
Omgivning och organisation	23 %
Händelsenära åtgärd	21 %
Utbildning och kompetens	17 %

²⁰ I denna statistik är inte de ärenden som identifierats utifrån socialförvaltningens årliga sammanställningar inkluderade, liksom ytterligare tre ärenden där tillgång till utredning saknas, eftersom ingen innehållsmässig analys har gjorts i dessa ärenden.

²¹ IVO rapport 2016-27, "Blev det någon verkstad? – bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?". Länk: <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/blev-det-nagon-verkstad/>.

Arbetsrättsliga åtgärder	17 %
Teknik, utrustning och apparatur	13 %
Polisanmälan *	6 %

Tabell 3.

Tabell 3 ger vid handen att *information och kommunikation* respektive *processer och rutiner, riktlinjer* är de två vanligaste åtgärdskategorierna och båda förekommer i ungefär hälften av alla ärenden. *Information och kommunikation* handlar ofta om samtal med inblandad personal eller hela personalgruppen om det som inträffat och hur det ska undvikas i framtiden. I vissa fall är det samtal med personer runt brukaren, såsom anhörig, god man och biståndshandläggare. Det kan också vara att man lyft en fråga eller problem till kommunen. *Processer och rutiner, riktlinjer* innebär förtydligande/revidering av befintliga, eller tillskapande av nya, rutiner eller arbets sätt utifrån det som inträffat. *Omgivning och organisation* kan innebära förändringar i organisationen, t ex genom att tillsätta en gruppleddare, eller samverka mellan olika yrkesroller eller andra utförare och aktörer (t ex myndigheter, psykiatri). Som exempel på *händelsenära åtgärder* kan ges byte av matleverantör och att överväga särskilt teknisktöd för en brukare. *Utbildning och kompetens* handlar om utbildning eller handledning till personal, utökad personalitet eller nyanställning av personal. *Arbetsrättsliga åtgärder* är av naturliga skäl vanligast när missförhållandet anses ha orsakats av enskild personal, som misskött sig på något sätt då. Skriftlig varning eller erinran är det vanligaste. Som det låter handlar *teknik, utrustning och apparatur* om reparation av utrustning som inte fungerat eller nyinstallation av någon ny funktion som bedömts vara nödvändig. *Polisanmälan* har gjorts vid sexuellt övergrepp av medboende, vid bristande tillsyn som kan ha orsakat dödsfall samt vid bråk på ett ungdomsboende mellan en boende och en utomstående.

4.3 Analys

Under perioden 2013-2016 finns kännedom om 126 lex Sarah-ärenden som rör omsorgsnämndens eller äldrenämndens områden, varav 24 ärenden bedömts som allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. Trenden under perioden går mot fler och fler ärenden totalt, samtidigt som det antal ärenden som leder till IVO-anmälan är relativt stabilt. Vi har inte funnit någon relevant statistik för att göra jämförelser med andra kommuner vad gäller antalet lex Sarah-ärenden totalt. Dessutom skulle sådana jämförelser halta eftersom vi med största sannolikhet inte har kännedom om alla ärenden och att det således saknas säkra uppgifter för Linköpings kommun. Däremot går det att jämföra antal IVO-anmälningar med resten av Sverige, eftersom IVO sammanställer sådan statistik. Vi har räknat på antal inkomna ärenden till IVO 2013-2016²² tillsammans med befolkningsstatistik från SCB från 2016²³ och funnit att det i hela riket under den aktuella fyraårsperioden inkommit cirka 47 ärenden per 100 000 invånare. För Linköping är motsvarande siffra cirka 20 ärenden.²⁴ Linköping är alltså kraftigt underrepresenterat i förhållande till rikssnittet. Även i jämförelse med några av

²² Se <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>.

²³ Se <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/forsta-halvaret-2016/>.

²⁴ Beräknat på totalt 31 ärenden som inkommit från Linköping, inklusive sju ärenden som inte berör omsorgsnämndens eller äldrenämndens områden.

kommunens jämförelsekommuner är siffran låg. Eskilstuna ligger på 21, Jönköping 29, Norrköping 25, Västerås 52 och Örebro 62. Andra större kommuner som Göteborg (29), Uppsala (40), Stockholm (54) och Malmö (84) har också fler ärenden per invånare än Linköping.

När det gäller inkomna ärenden totalt, alltså inte bara de som anmäls till IVO, framgår det av jämförelserna mellan utförare ovan att det finns påtagliga skillnader även inom kommunen. För kommunen i stort är trenden att det blir fler och fler ärenden för varje år. Sett till första halvåret 2017 ser denna trend också ut att hålla i sig för 2017 och detta gäller båda nämnderna. I slutet av april 2017 hade fyra IVO-anmälningar inkommit från Linköping vilket gör att prognosen säger att även dessa ärenden ökar. Sett över de senaste åren är det dock framför allt de ärenden som inte anmäls till IVO som ökar till antalet. Detta är positivt och i linje med lagändringen 2011 som bland annat syftade till att normalisera och avdramatisera lex Sarah, och göra utredningsförfarandet till ett mer vardagligt stöd i verksamheternas kvalitetsarbete snarare än något som enbart förknippas med allvarliga missförhållanden.

En avgörande fråga i sammanhanget är om det är positivt eller negativt att en enskild kommun eller utförare står för relativt många eller få lex Sarah-ärenden. Det är lockande att utifrån statistiken dra slutsatsen att allvarliga missförhållanden i socialtjänsten är betydligt mer ovanliga i Linköping än i andra kommuner, men detta är sannolikt en förenkling. Det förefaller mer troligt att det finns ett betydande mörkertal i Linköping. Det skulle också kunna bero på att bedömningen av ett missförhållandes allvarlighetsgrad görs av respektive utförare och att föreskrifterna inte ger mycket vägledning i detta avseende, vilket gör att tolkningsutrymmet är stort och att bedömningarna således kan variera såväl inom som mellan olika kommuner. I många kommuner har tjänsten social ansvarig samordnare (SAS) eller motsvarande inrättats och delegerats uppgiften att utreda och bedöma alla inkomna lex Sarah-rapporter. Detta bidrar sannolikt till mer likriktade bedömningar inom kommunen. Det bör dock påpekas att SAS inte tar över ansvaret i lex Sarah-ärenden från verksamheter som drivs i enskild regi utan enbart de som rör verksamheter i kommunal regi.

Sambandet mellan lex Sarah-ärenden och klagomål inom vårdboende i äldreomsorgen som illustreras i diagram 5 talar för att en verksamhet eller utförare med relativt många lex Sarah-ärenden inte bör antas ha sämre kvalitet, utan snarare tvärtom. Att händelser rapporteras och utreds enligt lex Sarah tyder på att en verksamhet bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete inte bara på papper i form av nedskrivna rutiner utan att dessa även tillämpas i praktiken. Personalen bör betraktas som ett viktigt verktyg när det kommer till att identifiera eventuella kvalitetsbrister och ska uppmuntras att rapportera misstanke om missförhållande eller risk därtill. Samtidigt är det viktigt att poängtera att en rapport inte nödvändigtvis måste rendera allt det arbete som vanligtvis är förknippat med en lex Sarah-utredning. Av Socialstyrelsens handbok om lex Sarah framgår att *”om det går att snabbt konstatera att det inte är fråga om ett missförhållande kan utredningen stanna vid det – det vill säga om det rapporterade inte innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Det gäller också om den rapporterade risken är obetydlig, oklar eller avlägsen – alltså om risken inte är påtaglig. [...] I så fall kan man avsluta utredningen med ett*

*beslut [offentligt bedriven verksamhet] eller ställningstagande [privat bedriven verksamhet], sedan man konstaterat att det rapporterade inte är ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande och dokumenterat övriga omständigheter.”*²⁵ Socialtjänstens verksamhetschefer är tillräckligt betungade med arbete som det är och ska förstås inte ägna sig åt att göra omfattande utredningar i onödan.

Forskaren Inger Kjellberg noterar i sin avhandling från 2012²⁶ att lex Sarah-ärenden ibland kan fylla delvis andra syften än de som lagen syftar till (identifiera och åtgärda systemfel och på så vis bidra till att säkra verksamhetens kvalitet) för de aktörer som är inblandade. För det första kan det handla om att identifiera och bestraffa olämplig personal. Det kan både vara omsorgspersonal som rapporterar ett missförhållande för att ”sätta dit” en kollega och chefer som ser till att utreda incidenter för att säkra skriftlig ”bevisning” mot en anställd; dokumentation som kan vara arbetsgivaren till fördel i kommande arbetsrättsliga ärenden. För det andra kan lex Sarah användas av omsorgspersonal som ett verktyg för att framföra arbetsmiljöproblem eller andra strukturella brister med negativa konsekvenser för personalen och/eller verksamhetens kvalitet (till exempel för låg bemanning) som de anser att verksamhetens ledning känner till men väljer att inte åtgärda.

Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning sådana syften som diskuteras ovan ligger bakom de ärenden som granskats inom ramen för denna uppföljning. Detta är inte heller rätt forum för att diskutera huruvida förekomsten av sådana syften är problematisk eller inte. Det som kan konstateras är att arbetsrättsliga åtgärder förekommer i drygt 1/5 av de granskade ärendena och att dessa utredningar ofta stannar vid att den mänskliga faktorn hos en enskild personal orsakat missförhållandet. Det är viktigt att sådana utredningar inte slentrianmässigt konkluderas med att olämplig personal sagts upp eller varnats och att missförhållandet därmed åtgärdats. I dessa fall är det ofta relevant för verksamheten att ställa sig själv kritiska följdfrågor som till exempel ”varför dröjde det innan det inträffade uppdagades och hur kunde det tillåtas att inträffa vid mer än ett tillfälle?” och ”har vi adekvata rutiner för rekrytering?”.

Vad gäller omsorgspersonal som använder lex Sarah för att sätta press på verksamhetens ledning att åtgärda upplevda strukturella brister kan det konstateras att lagstiftningen och föreskrifterna för lex Sarah i teorin möjliggör detta eftersom verksamheten är skyldig att: dokumentera och spara mottagna rapporter samt informera berörd nämnd (vilket innebär att rapporter blir offentliga handlingar även om verksamheten bedrivs i enskild regi); utreda det rapporterade enligt ett förfarande som är noggrant föreskrivet; samt att avsluta utredning med beslut/ställningstagande till missförhållandets allvarlighetsgrad och anmäla allvarliga missförhållanden till tillsynsmyndigheten (IVO). Vidare så granskar IVO till dem inkomna ärenden och har möjlighet att begära kompletteringar av utförare i det fall att utredningen inte är tillfyllest eller göra tillsyn i verksamheten om detta bedöms nödvändigt. Lagen ger också kommunerna befogenheter att inhämta såväl rapporter som utredningar från verksamheter som bedrivs i enskild regi, göra egna granskningar utifrån dessa och vid behov ställa krav på utförare som inte bedöms leva upp till lag eller avtal. På

²⁵ Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, sidan 71-72.

²⁶ Kjellberg, Inger (2012), ”Klagomålshantering och lex Sarah-rapportering i äldreomsorgen – en institutionell etnografisk studie.” Länk: <http://hdl.handle.net/2077/30633>.

detta vis skulle lex Sarah kunna vara en garant för att personal som slår larm blir hörda och tas på allvar. Det förutsätter emellertid alltså att saker och ting fungerar i praktiken såsom det är tänkt i teorin. Det är viktigt att personal som slår larm blir lyssnade på inte bara för att kunna åtgärda eventuella missförhållanden som föreligger, men också för att bekräfta och stärka rapporterade personal i att beslutet att rapportera var rätt och ledde till förbättring. Detta kan dessutom smitta av sig på kollegor och i förlängningen hela yrkeskåren. Om personal som rapporterar å andra sidan upplever sig ifrågasatta, kritiserade och/eller upplever att det rapporterade inte utreds, åtgärdas och leder till förbättringar riskerar den negativa erfarenheten att spridas till kollegor. Sådant kan leda till negativa kulturer där brister inte uppmärksammas och där medarbetare söker sig till andra arbetsplatser eller yrken.

Tyvär finns det flera indikationer som tyder på att lex Sarah inte alltid efterlevs i alla avseenden i Linköpings kommun. Av granskningen av inkomna ärenden har vi funnit att många utredningar är bristfälliga, t ex kan det saknas beslut/ställningstagande och det framgår inte alltid om ärendet ska anmälas till IVO eller inte. Många utredningar saknar även andra delar av de som föreskrivs i 5 kap. SOSFS 2011:5. Vidare så slarvas det rejält när kommunen ska informeras om rapporter, utredningar respektive anmälningar. Bara i undantagsfall inkommer kopia på rapport; rapportens innehåll beskrivs istället ofta i utredningen och inkommer således först i samband med att kopia på utredning skickas in. I några fall har kopia på rapport inkommit men sedan ingen utredning. Detta innebär förvisso inte nödvändigtvis att utredning inte gjorts, den kan bara ha missats att skickas till kommunen. Vi har också kunnat konstateras att handlingar ibland inkommer till omsorgs- och äldreförvaltningen men inte till socialförvaltningen och vice versa. Det är också oklart hur många ärenden som inte alls inkommer till kommunen. Vi vet nu att det finns flera ärenden som anmälts till IVO som varken omsorgs- och äldreförvaltningen eller socialförvaltningen har blivit informerade om, och det torde vara ännu vanligare att mindre allvarliga ärenden inte kommer kommunen till kännedom.²⁷ Kvalitets- och utvärderingskontoret har också vid tillfällen fått kännedom om händelser som inträffat i verksamhet som rimligen borde utretts enligt lex Sarah. När verksamheten har tillfrågats om detta har det ibland visat sig att utredning var gjord men missats att skickas in till kommunen. Det finns också exempel på utförare som uttryckt en ovilja att inkomma med utredningar till kommunen eftersom dessa då blir allmänna handlingar och potentiellt kan leda till negativ publicitet. I andra fall har utredning påbörjats först efter att utomstående (t ex anhörig som inkommit med klagomål till kommunen) fört fram sina synpunkter trots att verksamheten i vissa fall känt till det som inträffat sedan tidigare. Vid enstaka tillfällen har personal uttryckt till kvalitets- och utvärderingskontoret att de försökt rapportera enligt lex Sarah utan att verksamheten har velat kännas vid det. Slutligen så har granskningen av IVO:s beslut i de ärenden som anmälts dit visat att IVO i många ärenden påpekat brister i utredningen, att anmälan inte gjorts enligt de tidsfrister som lagen föreskriver, eller att verksamhetens rutiner för lex Sarah varit bristfälliga. Detta gäller främst de ärenden som verksamheter inom omsorgsnämndens område har stått för. Till detta kan läggas att kvalitets- och utvärderingskontoret vid sina avtalsuppföljningar ofta har konstaterat brister kopplade till lex Sarah. Det handlar då oftast om bristande kunskap hos personal om

²⁷ Det ska dock påpekas att även om kommunen inte delgivit kopia på lex Sarah-handlingarna så kan enskilda tjänstemän ha blivit informerade på annat sätt. Till exempel framgår det i vissa utredningar att verksamheten varit i kontakt med den berörde enskildes biståndshandläggare. Även om så skett är dock verksamheten skyldig att inkomma med kopia på rapport/utredning/anmälan brevlades.

de lokala rutinerna för lex Sarah eller om lex Sarah i allmänhet, eller att de lokala rutinerna är bristfälliga i sig.

De vanligaste typerna av åtgärder som vidtagits i de ärenden som granskats på såväl omsorgsnämndens som äldrenämndens områden är sådana som faller under kategorierna ”information och kommunikation” respektive ”processer och rutiner, riktlinjer”. Ofta handlar detta om diskussioner med personalgruppen om det som inträffat respektive ”förtydliganden av rutiner”. I det senare fallet bedöms alltså adekvata rutiner ha funnits på plats men inte följts, varför en åtgärd blir att förtydliga befintliga rutiner. Det är viktigt att rutiner och andra för verksamheten styrande dokument tas upp regelbundet med personalen och inte bara efter att bristande efterlevnad orsakat negativa incidenter. Särskilt i verksamheter med stor personalomsättning är gedigen introduktion och kontinuerlig uppföljning viktig. Det är också avgörande för att syftet med lex Sarah ska uppnås – att förebygga att missförhållanden inträffar – att verksamheterna hittar sätt att säkra att de lärdomar som dras i ett ärende ”överlever” den personal och de chefer som var inblandade och inte glöms bort i takt med att personalen byts ut.

5. Diskussion

I denna uppföljning har lex Sarah granskats och analyserats från omsorgs- och äldreförvaltningens perspektiv. Detta har gjorts genom att bland annat granska lagstiftning och föreskrifter, riktlinjer i kommunen och de lex Sarah-ärenden som inkommit till förvaltningen 2013-2016. I detta avslutande kapitel läggs fokus på de problem och utmaningar som identifierats, och vi diskuterar möjliga åtgärder som kan vidtas för att adressera dessa.

5.1 Problemet

Uppföljningen visar tydliga indikationer på att lex Sarah-arbetet ute i verksamheterna ofta brister. Av kapitel 4.3 ovan framgår bland annat att det i Linköping har gjorts få lex Sarah-anmälningar till IVO de senaste åren jämfört med andra kommuner (och att detta sannolikt till stor del beror på att det finns ett mörkertal) och att utförarna i en hel del av dessa ärenden fått anmärkningar av IVO på hur de skött utredning och anmälan (gäller i synnerhet omsorgsnämndens område). Vidare är många av de utredningar som inkommit till omsorgs- och äldreförvaltningen bristfälliga eller ofullständiga. Vissa utförare är också statistiskt underrepresenterade när det gäller antal inkomna ärenden, och det finns anledning att tro att detta ofta inte beror på att missförhållanden eller risker därom förekommer mer sällan i dessa utförares verksamheter, utan snarare att sådant i mindre utsträckning utreds enligt lex Sarah. Det finns sannolikt ett samband mellan ovanstående och att kvalitets- och utvärderingskontorets verksamhetsuppföljningar ofta funnit bristande kunskaper om lex Sarah bland personal ute i verksamheter såväl som undermåliga lokala rutiner. Uppföljningen har också visat att nämnderna (genom omsorgs- och äldreförvaltningen respektive socialförvaltningen) inte alltid får information av utförarna om lex Sarah-ärenden såsom gällande riktlinjer, och till viss del lagstiftningen, föreskriver. Detta gäller även ärenden som bedömts som allvarliga missförhållanden och därmed anmälts till IVO. När det gäller det sistnämnda kan förvaltningarnas gemensamma riktlinjer för lex Sarah vara en bidragande anledning, eftersom de ställer relativt långtgående krav på utförarna som kan anses väl betungande (se kapitel 2.5). Riktlinjerna är inte heller tillräckligt tydliga vad gäller sekretess vilket bidrar till missförstånd.

5.2 Vad kan göras?

Till att börja med kan denna rapport spridas till berörda parter. Bestämmelserna kring lex Sarah är inte helt lätta att förstå och hålla reda på. Därför är det ett tema som behöver tas upp, diskuteras och problematiseras regelbundet. Denna rapport påminner läsaren om vilka lagar och regler som gäller, i allmänhet och specifikt för Linköpings kommun. Den innehåller också en sammanställning med viss innehållsmässig analys av ärenden i kommunen de senaste åren. Däremot går den inte in på en djupare, konkret nivå vad gäller händelseanalyser, åtgärder och dragna slutsatser i enskilda ärenden. Den kunskapskälla som utgörs av de lex Sarah-utredningar som inkommer till förvaltningen skulle kunna användas mer på ett sådant sätt. Lärdomar från gjorda utredningar skulle kunna spridas till verksamheter och utförare mer fortlöpande och på så vis bidra till kvalitetsutveckling. Formen för detta skulle till exempel kunna vara diskussion vid verksamhetsråd med utförarna eller genom mailutskick.

Omsorgs- och äldreförvaltningen och socialförvaltningens gemensamma riktlinjer för lex Sarah kan ses över och revideras för att i den mån det är möjligt förtydliga och underlätta för utförarna. Utförarna ska förstås bli noggrant informerade om en sådan eventuell revidering och det blir i så fall ytterligare ett tillfälle att ta upp och påminna om lex Sarah i stort.

Kvalitets- och utvärderingskontoret (KoU) skulle på ett mer systematiskt sätt kunna följa upp ofullständiga ärenden som inkommer till omsorgs- och äldreförvaltningen. Det skulle till exempel kunna handla om att efterforska varför utredning inte inkommit ifall en rapport inkommit och sedan inget mer, trots att en rimlig tid för att utreda förflutit. KoU kan också göra rutin av att regelbundet kunna begära ut nya ärenden direkt från IVO för att kontrollera att alla IVO-anmälningar kommer till kommunens kännedom. Vidare kan KoU fortsätta att sätta fokus på lex Sarah vid verksamhetsuppföljningar. Eventuellt skulle en övergripande uppföljning kunna utformas med fokus på personalens kunskaper om lex Sarah. Slutligen tycks det, utifrån vad som framkommit i uppföljningen, motiverat att även se närmare på de verksamheter och utförare som står för få eller inga av de inkomna lex Sarah-ärendena, och försöka ta reda på vad det beror på.

5.3 Slutord

Händelser och incidenter som kan karaktäriseras som missförhållanden eller risker därom förekommer och kommer alltid att förekomma i verksamheter där människor arbetar med människor. Den mänskliga faktorn innebär att alla människor ibland missar, glömmer och missförstår saker. Ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete går ut på att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens arbete, för att ge bästa möjliga vägledning och stöd åt den personal som utför vården och omsorgen åt de som behöver den. På samma sätt som synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga är rapporter om avvikelser och eventuella missförhållanden från personal indikationer på att brister i verksamhetens kvalitet kan föreligga. Genom att på systemnivå gå till botten med vad som föranlett sådant, dra lärdomar och vidta relevanta åtgärder kan risken för att något liknande inträffar igen minimeras. Lex Sarah-lagstiftningen bör i första hand ses som ett verktyg för sådant systematiskt kvalitetsarbete. Det är därför viktigt att försöka avdramatisera lex Sarah och istället göra rapportering och utredning till självklara inslag i verksamheter som kännetecknas av ständig utveckling.

Som nämnt tidigare i rapporten borde verksamheter och utförare med relativt många lex Sarah-ärenden i första hand ses som något positivt, eftersom detta tyder på ett aktivt och fungerande kvalitetsarbete. Uppföljningen ger också fog för att dra slutsatsen att ett aktivt lex Sarah-arbete är förknippat med färre klagomål och i slutändan bättre kvalitet och mer nöjda brukare (diagram 5).

Jonas Arnoldsson
Planeringsledare

Malin Robertsson
Planeringsledare



Bilaga 1. Lagtexter om lex Sarah i SoL

Socialtjänstlagen (2001:453)

7 kap. 6 §

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som har rapporterats enligt 14 kap. 3 §, ska i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet utredas av den som bedriver verksamheten.

Rapporten samt utredningen och övrig dokumentation enligt 14 kap. 6 § ska bevaras och därefter gallras fem år efter det att den sista anteckningen gjordes.

Den socialnämnd som har beslutat om en insats som genomförs i en yrkes-mässigt bedriven enskild verksamhet får träffa avtal med den som bedriver verksamheten om att sådana handlingar som avses i andra stycket ska överlämnas till nämnden när gallringsskyldigheten inträder.

14 kap. 3 §

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för insatser inom verksamheten.

Rapporteringskyldigheten fullgörs

1. i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet till den som bedriver verksamheten,
2. i verksamhet vid Statens institutionsstyrelse till ledningen, och
3. i övrigt till berörd socialnämnd.

14 kap. 4 §

Den som enligt 3 § ska ta emot rapporter ska informera den som fullgör uppgifter inom respektive verksamhet om de skyldigheter som han eller hon har enligt 2 och 3 §§.

14 kap. 5 §

Den som, i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, enligt 3 § ska ta emot rapporter ska informera berörd socialnämnd om de rapporter han eller hon har tagit emot.

14 kap. 6 §

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

14 kap. 7 §

Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Den utredning som har gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan.

Anmälan ska göra av

1. socialnämnden
2. den som bedriver yrkesmässigt enskild verksamhet, eller
3. Statens institutionsstyrelsens ledning.

Den som bedriver yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet ska informera berörd socialnämnd om anmälan.



Bilaga 2. Lagtexter om lex Sarah i LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

23 e §

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som har rapporterats enligt 24 b §, ska i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet utredas av den som bedriver verksamheten.

Rapporten samt utredningen och övrig dokumentation enligt 24 e § ska bevaras och därefter gallras fem år efter det att den sista anteckningen gjordes.

Den nämnd som har beslutat om en insats som genomförs i en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, får träffa avtal med den som bedriver verksamheten om att sådana handlingar som avses i andra stycket ska överlämnas till nämnden när gallringsskyldigheten inträder.

24 b §

Den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser enligt sådan lagstiftning.

Rapporteringskyldigheten fullgörs

1. i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet till den som bedriver verksamheten, och
2. i övrigt till berörda nämnder som avses i 22 §.

24 c §

Den som enligt 24 b § ska ta emot rapporter ska informera den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade om de skyldigheter som han eller hon har enligt 24 a och b §§.

24 d §

Den som, i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, enligt 24 b § ska ta emot rapporter ska informera berörd nämnd om de rapporter han eller hon har tagit emot.

24 e §

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

24 f §

Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Den utredning som har gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan.

Anmälan ska göra av

1. berörda nämnder som avses i 22 §, eller
2. den som bedriver yrkesmässigt enskild verksamhet.

Den som bedriver yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet ska informera berörda nämnder som avses i 22 § om anmälan.

24 g §

Ytterligare bestämmelser om anmälnings- och rapporteringsskyldighet finns i 14 kap. 1 och 3 §§ socialtjänstlagen (2001:453).