

# Granskningsrapport

Kring Lex Sarah-utredning och  
sexuell incident på en gruppbostad  
enligt LSS i Sundsvalls kommun.



# Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>1</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>2</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>Metod</b> .....	<b>3</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>4</b>
Händelseförlopp.....	4
Brottsrubricering och polisanmälan.....	5
Tidigare liknande händelser.....	5
Avvikelser från presentation i underlaget.....	6
<b>Slutsats</b> .....	<b>7</b>
Misstänkt brottslig handling.....	7
Information till nämnden.....	7
Avseende tidigare liknande händelser.....	8
Övergripande röd linje.....	8
Incident 2 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp.....	8
Incident 3 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp.....	8
Incident 4 - Fysiskt övergrepp och tillbud.....	9
Incident 5 - Fysiskt och psykiskt övergrepp.....	9
Incident 6 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp.....	10
Besvärande bedömning i Lex Sarah-utredningen.....	10
Försvårande omständigheter för granskning.....	11
Begäran av allmänna handlingar.....	11
Diarieföring av beslut.....	11
<b>Förslag på åtgärder</b> .....	<b>12</b>
Utbildningsinsats för utredare.....	12
Dokumentation av beslut gällande polisanmälningar mot den enskildes vilja.....	12
Utbildningsinsatser inom Lex Sarah:s rutiner, bestämmelser samt dess tillämpning.....	12
Rättssäkerheten och tillämpningen av TF 2 kap. 16 §, utlämnande av allmän handling.....	13
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>14</b>
<b>Källförteckning</b> .....	<b>15</b>



# Inledning

Vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde i augusti 2024, presenterades det under nämndens förmiddag information från en handläggare inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Informationen som delgavs från denne var att det hade skett en incident på ett av förvaltningens boenden med insatser enligt LSS.<sup>1</sup>

Man beskrev denna händelse som "Sexuella handlingar, gruppbostad LSS". Det förklarades att en vård- och omsorgstagare har lämnats utan tillsyn och uppmärksammas med byxor och underkläder neddragna framför en medboendes ansikte i dennes lägenhet. Medboende som blivit utsatt för denna händelse har en måttlig till svår intellektuell funktionsnedsättning enligt uppgift till utredningen<sup>2</sup> och enligt bilaga så uppskattningsvis vara 3-4 års ålder. Utredare har bedömt har därför bedömt att en sådan handling inte kan efterfrågas, för man vet inte vad det är<sup>3</sup>. Vidare så konstaterade man att det har förekommit liknande situationer vid flera tidigare tillfällen.

Det enskilda fallet som lyftes upp, utan att ta hänsyn till de tidigare liknande fallen, blev utrett enligt Lex Sarah. Utredningen konstaterade att det som inträffade bedömdes vara en risk för allvarligt missförhållande som föranledde en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.

De bakomliggande orsaker som Lex Sarah-utredningen kunde fastslå var bland annat att arbetsordningen inte hade följts trots att adekvata resurser funnits. Det hade även funnits oklarheter kring vad "ständigt närvarande personal"<sup>4</sup> innebär. Utredningen kunde även anmärka att det funnits brister i kunskap hos viss personal kring skydds- och begränsningsåtgärder då tillsyn gavs till annan person. Ytterligare kunde utredningen framhålla brister i följande områden som kommunikation, avvikelshantering och journalföring.

Utifrån det som presenterades och informationen om Lex Sarah-utredningen föranlett en noggrannare granskning.

---

<sup>1</sup> Presentation Lex Sarah 2024-08-28, sida 2.

<sup>2</sup> Lex Sarah-utredning, sida 3.

<sup>3</sup> Bilaga 3, sida 1.

<sup>4</sup> Ibid, sida 3.

## Syfte

Anledningen till denna granskningsrapport är att det som framgick av presentationen, såsom påståenden som "sexuella handlingen har inte varit föremål för utredningen", ingav ingen särskild trygghet i hanteringen av incidenter från kommunens sida. Således så gav det syfte att granska noggrannare omständigheterna, bakomliggande orsaker och helheten av det som hänt.

Eftersom att det saknades trygghet i kommunens hantering så var det en grund att ifall det varit fallet att en individ har blivit utsatt för något så hemskt som ett våldtäktsförsök, så behöver det finnas rättvisa i dess hantering. När det är på tal om något så grovt brott, som det är, som berör en person som inte kan stå upp för sig själv så blir det andras moraliska skyldighet att besvara den plikten som det åligger de som känner till det som inträffat.

Ytterligare anledning till att utreda detta vidare var att säkerställa att förvaltningen följer de rutiner som gäller avseende Lex Sarah, som kommunen själva har upprättat i enlighet med lagstiftning och SOSFS. För att kunna bekräfta att det som görs är tillräckligt för att fler inte ska behöva hamna i samma situation som nu har uppstått. Samtidigt kontrollera ifall det finns rätt verktyg och stöd för våra lex-utredare för att kunna göra sina jobb på ett rättssäkert sätt.

## Metod

Vi har begärt in olika handlingar som har en direkt koppling till händelsen i fråga, omständigheter kring händelsen, kommunens egna rutiner och underlag till detsamma. Men även utöver handlingarna så har vi ställt en hel del frågeställningar kring det aktuella fallet till bland annat kommunens Lex Sarah-ansvarige, tillika stabschef för vård- och omsorgsförvaltningen. Det har ingått i rapportens underlag att inhämta information om lagstiftning, vad andra myndigheter gör för bedömningar och tolkningar avseende Lex Sarah.

Det har inte varit aktuellt för denna granskningsrapport att genomföra intervjuer med personer som det berör, eftersom bland annat att vi inte känner till personerna som varit involverad i händelsen, vilka som varit inblandad som är anställd av Sundsvalls kommun men även för att det vore alldeles för integritetskränkande att genomföra något liknande. Vi kan landa i en slutsats med god grund utifrån det övriga underlaget som blivit oss tillhanda.

Det ska noteras att allt underlag som efterfrågades och begärdes ut med stöd av offentlighets- och sekretesslagen, har ännu inte erhållits (2024-09-19). Detta påpekades när handlingarna utelämnades, 2024-09-13, att dessa saknades från underlaget. Det som saknas är de handlingar som berör tillbud, arbetsmiljöverket och eventuell granskning av arbetsplatsen till följd av tillbud.

# Resultat

## Händelseförlopp

Utifrån det samlade underlaget<sup>5</sup> och flera olika vittnesmål så framgår det ett relativt tydligt händelseförlopp. Händelseförloppet är huvudsakligen från perspektivet av en medarbetare, medarbetare A. Detta är händelseförloppet som framgår av utredningen;

*Medarbetare A som befinner sig i de allmänna utrymmen, närmare bestämt köket och lagar mat, uppmärksammar att det hörs "konstiga ljud"<sup>6</sup> från en av lägenheterna en bit bort. Detta gör att medarbetaren blir fundersam och väljer att kontrollera vad det är som orsakar detta ljud. Medarbetare A när denne kommer fram till lägenheten som dessa ljud härstammar så upptäcker denne från sidan att person 2 befinner sig i person 1:s lägenhet. Person 2 står framför person 1, med sina byxor och underkläder neddragna. Person 2 har sitt könsorgan framför ansiktet på person 1, Person 2 har även sin hand på person 1:s axel, vilket föranleder att medarbetare A tillrättavisar person 2. Person 2 lämnar därefter person 1:s lägenhet och medarbetare A återvänder till köket för att fortsätta med matlagningen. Medarbetare A återfinner då medarbetare B i de allmänna utrymmena och medarbetare C på en soffa i personalrummet. Medarbetare A underrättar om vad det är som har inträffat. Detta leder till att medarbetare B går till lägenheten i fråga för att kontrollera att person 2 är okej utifrån situationen som föreligger.*

Medarbetare B, som fick detta återberättat för sig och kontrollerade ifall person 2 var okej efter händelsen, beskriver en avvikelse till skillnad från medarbetare A som framgår i utredningen<sup>7</sup>. Avvikelsen grundar sig på att det som skulle vara endast "handen på axeln" på person 1, enligt medarbetare B, skulle vara att föra person 2:s huvud mot könsorganet på person 1. Det finns inga andra underlag som beskriver händelseförloppet än utsagor från medarbetare A och B. Denna avvikelse är inte stor bildligt talat, däremot avseende handling så är det av synnerligen stor betydelse.

Det framgår inte av utredningen ifall man har gjort någon bedömning på vilken utsaga som är mer sannolik att överensstämma med verkligheten, alltså vara det riktiga händelseförloppet. Detta försvårar för vår granskning i efterhand att kunna göra någon särskild bedömning annat än att konstatera att dessa två versioner av händelsen finns. Man kan göra en värdering utifrån förstahandskälla och andrahandskälla, detta kan däremot enkelt motbevisas med att underlag eller argumentation som lyfter att medarbetare A kan ha glömt av detaljen eftersom de behövde ha delat fokus till matlagningen. Medan den riktiga återberättelsen är den av medarbetare B eftersom denne inte har upptagit sig med annat som kan ha påverkat förmågan att minnas, från det framgår av utredningen. Så utifrån ett "dödläge" så kan behandlar vi dessa två versioner som lika möjliga trots första- kontra andrahandskälla.

<sup>5</sup> Lex Sarah-utredningen, med tillhörande avvikelserapporter.

<sup>6</sup> Ibid, citat återfinns på s. 2.

<sup>7</sup> Ibid, s. 3.

## Brottsrubricering och polisanmälan

Den brottsrubricering som utredningen fastslog, var "sannolikt sexuellt ofredande". Det är däremot inte tydligt i utredningen hur man fastslog denna brottsrubricering eftersom det inte är något förtydligande eller beskrivande som förklarar denna slutsats. Efter närmare granskning och ställda frågor på detta område, så friskriver sig Lex Sarah-ansvarige detta med att förklara att vård- och omsorgsförvaltningens utredare inte besitter den kompetens som krävs för att kunna fastställa rätt brottsrubricering och således kan vara felaktig.<sup>8</sup>

*"...I utredningen har utredare valt att använda begreppet sannolikt sexuellt ofredande då detta är det som vi bedömt att personal såg. Brottsrubriceringar är dock inget som utredare varken har uppdrag eller kompetens att ange och kan vara ett felaktigt uttryck. ...",* Lex Sarah-ansvariges svar på frågan ifall det finns ett dokumenterat beslut om att avstå att upprätta en polisanmälan i detta fall, och finns det dokumenterat vilken brottsrubricering som kommunen kom fram till har förekommit.

Eftersom god man i detta fall valt att avstå att upprätta en polisanmälan, och kommunens slutsats är "sannolikt sexuellt ofredande" så föreligger det inte skäl att använda de sekretessbrytande bestämmelserna. För att de bestämmelserna endast tillåter kommunen att polisanmäla och bryta sekretess ifall det är grova brott med minst 1 års fängelse, ytterligare beträffande försök till brott som försök till våldtäkt eller andra brott som på straffskalan minst bestraffas med två års fängelse. Detta förklaras vidare i kommunens rutin, "polisanmälan vid misstanke om brott mot vuxna". Utifrån detta så beslutade vård- och omsorgsförvaltningen att det inte föreligger starka nog skäl att bryta sekretessen och upprätta en polisanmälan mot god mans vilja.

## Tidigare liknande händelser

I oktober 2023 tungkysste person 2 en annan boende mycket intensivt i ett allmänt utrymme. Trots att personalen försökte ingripa, fortsatte person 2 tills de tvingades fysiskt gå emellan. Händelsen resulterade i att andra boende blev väldigt illa berörda. Detta bör klassificeras som ett sexuellt övergrepp och ska rapporteras.

Den 1 oktober 2023 hörde personal konstiga ljud från en lägenhet och upptäckte att person 2 låg på en annan boende som satt i sin soffa och tryckte en kudde mot dennes ansikte. Den boende försökte skrika. Detta utgör ett allvarligt fysiskt övergrepp med kvävningrisk och ska omedelbart rapporteras.

I september 2023 inträffade ett tillbud där person 2 ville "busa" och lade först en kudde och sedan ett klädesplagg över en vikaries huvud. Medarbetaren skrek och blev mycket rädd, men lyckades till slut ta sig ut från lägenheten. Denna händelse, som orsakade stor rädsla hos medarbetaren, ska rapporteras som ett psykiskt och fysiskt övergrepp.

---

<sup>8</sup> Bilaga, Elins Mail s. 2.

I september 2023 hörde personal konstiga ljud från en annan lägenhet och fann person 2 med en leksakspistol, som hen hade stoppat i munnen på en annan boende. Person 2 höll fast den boendes huvud och "sköt" upprepade gånger, trots att den andra boende inte verkade tycka att det var roligt. Detta är ett exempel på våld mellan medboende och ska rapporteras.

I september lade sig person 2 med hela sin vikt på en annan boende som satt eller låg i en fåtölj i ett gemensamt utrymme, och slickade den andra boende i ansiktet. Den drabbade boende hade inte förmåga att säga ifrån. Personalen ingrep och förklarade för person 2 att det inte var acceptabelt beteende. Efter denna incident beslutades att person 2 skulle ha tillsyn under all vaken tid. Denna händelse, som orsakade obehag för den drabbade, ska rapporteras som ett fysiskt och sexuellt övergrepp.

## Avvikelser från presentation i underlaget

Det framgår av det material som vi har tagit del av att det utelämnades en del detaljer i presentationen som presenterades för nämnden den 28:e augusti. Detaljer som är mer beskrivande i händelseförloppen och som kan vara avgörande för en bedömning i aktuell brottsrubricering. Det förklarades inte att exempelvis, medarbetare A finner att person 2 (den som utfört handlingen) har handen på axeln på person 1 (den som mottagit handlingen). Samtidigt som det går att utläsa från Lex Sarah-utredningen att medarbetare B i återberättelsen förklarar att person 2 ska ha fört person 1:s huvud mot sitt könsorgan.

# Slutsats

## Misstänkt brottslig handling

Det är vår uppfattning, utifrån det underlag och det som medarbetarna beskrivit i utredningen, att det föreligger skäl att **misstänka försök till våldtäkt** som aktuell brottsrubricering. Det framgår tydligt i underlaget att personen som blivit utsatt för detta har en intellektuell funktionsnedsättning från måttlig till svår enligt uppgift<sup>9</sup> till utredningen, och enligt bilaga så uppskattningsvis vara 3-4 års ålder<sup>10</sup>. Vidare så konstaterar utredare att en sådan handling inte skulle kunna efterfrågas för man vet inte ens vad det är. Detta gör att det blir, i vår mening, en försvårande omständighet till incidenten och således resulterar i att personen inte bör kunna samtycka enligt lag.

Anledningen till varför det är misstänkt är för att lämplig rättsvårdande myndighet behöver genomföra en ordentlig brottsutredning för att kunna fastslå brottsrubricering. Däremot är det avvikande till den misstanke som kommunen delgav, utifrån vår slutsats så finns det skäl att använda sig av de sekretessbrytande bestämmelserna och upprätta en polisanmälan mot god mans vilja. Det är vår övertygelse att detta är den enda slutsats som beaktar och bejakar den enskildes rättssäkerhet. När det sker ett brott mot en person som själv inte har förmåga att föra sin talan, så är det kommunens uppgift att alltid beakta dennes intressen. Vid det här fallet så är det vår skiljemening att kommunen inte lever upp till denna uppgift. Det är beklämmande.

Det som styrker vår uppfattning, att det inte endast ska handla om "sannolikt sexuellt ofredande", är den del av utsagan att föra personens huvud mot könsorganet. Oavsett ifall det inte är den definitiva sanningen om vad som hänt så styrker det tillräckligt för att kunna, i vår mening, upprätta en polisanmälan och få de svar som behövs från rätt myndighet. Utredningen om brottets riktiga omfattning är inte ett kommunalt uppdrag, däremot ifall det kan misstänkas så bör det anmälas till polisen vars uppdrag det är att utreda. Det är även värt att notera att det inte är ett kommunalt uppdrag att fastställa ifall det funnits uppsåt till handlingen eller ej, det får lämplig rättsvårdande myndighet och/eller domstol avgöra. Även ifall man önskar bortse från andrahandskälla så är det förstahandskälla att personen hade sin hand på den som satt ned axel, vilket också styrker misstanke om att det är något mer som har skett som behöver utredas. Eftersom det är utredningens uppfattning att det förekommit fysisk beröring så berättigar det en adekvat brottsutredning från en rättsvårdande myndighet.

Med det resonemang som Lex Sarah-ansvarige förde i sina svar till denna granskning, att de som utreder inte besitter särskild kompetens för att kunna avgöra korrekt brottsrubricering, som bekymmersamt och någonting som måste åtgärdas. Det tordes utredas som föremål för utredning i enlighet med Lex Sarah, eftersom det i vår mening bör innefattas i "betydande rättsäkerhetsförlust"<sup>11</sup>. I de fall där man kan misstänka grova brott, såsom försök till våldtäkt eller våldtäkt, är det i kommunens, den enskildes och allmänhetens intresse att man tillgodoser verktyg och stöd i den bedömning som ska göras. Utan adekvat stöd och verktyg

<sup>9</sup> Lex Sarah utredning, sida 3.

<sup>10</sup> Bilaga 3, sida 1.

<sup>11</sup> Rutin Lex Sarah, VON 2024-05-03, sid 4.

så riskerar rättssäkerheten och den enskildes rättigheter att falla kort. Vi nöjer oss inte med att endast fastslå denna slutsats utan kommer att arbeta för åtgärder på detta område.

## Information till nämnden

Det är anmärkningsvärt att i informationen som delgavs till nämnden endast beskrevs som sexuell handling och inte vidare några närmare detaljer till nämndens ledamöter. Det är uppseendeväckande eftersom ledamöter i nämnden är ansvariga för den verksamhet som nämnden bedriver och när man utelämnar detaljer som "hand på axel" och uppfattningen att person 2 ska ha fört person 1:s huvud mot sitt könsorgan. Vidare att man inte delar med sig av den brottsrubricering som förvaltningen har fastslagit i sin utredning. Det gör att nämnden inte får möjligheten att bilda sin egen uppfattning utifrån det som har inträffat. Vi är fullt förstående i att man behöver göra avvägningar i vad för information man delar med sig av till nämnden för att inte överbelasta nämnden med information. Däremot när det berör ett ämne som sexualbrott, är det i vår mening angeläget för nämnden att kunna ta del av dessa detaljer från första början. Detta ska inte tolkas som att alla detaljer ska presenteras till nämnden, utan det ska fortsättningsvis fortfarande göras en avvägning. Men att detta ska ses som vägledande önskemål från vår sida i den information som presenteras.

## Avseende tidigare liknande händelser

### Övergripande röd linje

Vår granskning kan fastslå en röd linje i de tidigare liknande händelserna, detta är att händelserna bör rimligen har blivit utredd i enlighet med Lex Sarah. Det framgår tydligt av kommunens rutin, Rutin Lex Sarah, att sexuella övergrepp ska utredas som missförhållande. Sexuella övergrepp återfinns som en av exempelpunkterna i den rutinen<sup>12</sup>. Däremot så finns det ingen sådan handling från kommunens sida.

### Incident 2 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp

Beträffande det fall som skedde i oktober 2023, när person 2 ska ha tungkysst en annan boende mycket intensivt, kan vi i detta fall inte heller konstatera någon Lex Sarah-utredning kopplat till incidenten. Vi finner det synnerligen allvarligt då i detta fall både berör sig om sexuella övergrepp, men även psykiska övergrepp då det kortfattat i avvikelserna beskrivit att andra boende blivit väldigt illa berörda. Det framgår på andra sidan inte ifall personen som blivit utsatt inkluderas i de som blivit väldigt illa berörda eller ej, men det är vår uppfattning alldeles oaktat att detta ska fortfarande vara grund för en Lex Sarah-utredning. Vår uppfattning styrks vidare av kommunens egen rutin avseende Lex Sarah, men även att förvaltningens informationsblad kring rapporteringsskyldighet<sup>13</sup>. Således är det i vår mening att, i enlighet med rutin Lex Sarah, att Lex Sarah-ansvarig skyndsamt säkerställer att detta utreds enligt Lex Sarah<sup>14</sup> och efterlever kommunens egna rutin. Det är anmärkningsvärt att detta fall inte ens har rapporterats som avvikelse. I vår begäran om allmänna handlingar så

<sup>12</sup> VON-2023-00023-18, Rutin Lex Sarah, sida 3.

<sup>13</sup> Lex Sarah - infoblad om rapporteringsskyldighet, sida 2.

<sup>14</sup> Rutin Lex Sarah VON 2024-05-03, sid 2, Lex Sarah-ansvarig

hänvisades vi till det stycke som återfinns kring detta i Lex Sarah-utredningen och det är det som finns. Det är synnerligen beklämmande att det inte ens har hanterats ordentligt som avvikelser, vilket är steget före en Lex Sarah-utredning.

### Incident 3 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp

I oktober 2023, så hör personalen att det kommer konstiga ljud från en lägenhet. När personal tittar in ligger person 2 på en annan boende som sitter i sin soffa. Person 2 trycker en kudde mot ansiktet på den andra boende som är den som försöker skrika. Det konstiga ljudet kunde därför kopplas till boendes skrik efter hjälp till följd av att det blivit fysiskt övergrepp av person 2. Det framgår inget mer i utredningen kring detta specifika fallet än att en del av texten har även blivit sekretessmarkerad, efter att den andra boende beskrivs försöka skrika. Det gör det lite svårare att kunna fastslå något mer konkret slutsats eftersom helheten inte är tillgänglig för granskning. Det är däremot möjligt att fastslå att det inte har hanterats som en avvikelse och inte heller finns någon Lex Sarah-utredning. Även denna gång så är det synnerligen beklämmande eftersom det framgår tydligt både i rutinen, fysiskt övergrepp<sup>15</sup>, och i informationsbladet, våld mellan boende<sup>16</sup>, att det ska hanteras enligt Lex Sarah. Det är även svårt att konstatera allvarlighetsgraden ordentligt i detta fall, eftersom vi endast har tagit del av begränsad mängd information. Alldeles oaktat så är det vår mening att även detta fall bör skyndsamt utredas enligt Lex Sarah och finner det förvånande att det inte har gjorts tidigare.

### Incident 4 - Fysiskt övergrepp och tillbud

Det fall som skedde i september 2023, där person 2 ska ha försökt "busa" med en vikarie genom att täcka dennes huvud med en kudde och ett klädesplagg, kan vi i detta fall inte heller konstatera att någon Lex Sarah-utredning har kopplats till incidenten. Vi finner detta synnerligen allvarligt, då händelsen både omfattar fysiska övergrepp genom att begränsa vikariens rörelsefrihet, samt psykiska övergrepp genom att orsaka stor rädsla och obehag. Det framgår tydligt i avvikelserna att vikarien skrek och blev mycket rädd, vilket ytterligare understryker vikten av att rapportera denna typ av incidenter. Det är vår uppfattning att denna händelse uppfyller flera kriterier som grund för en Lex Sarah-utredning, och vi finner det anmärkningsvärt att ärendet inte har hanterats som en avvikelse. Enligt kommunens egen rutin avseende Lex Sarah, samt förvaltningens informationsblad om rapporteringsskyldighet, bör detta fall utredas som ett allvarligt missförhållande. Vi rekommenderar att Lex Sarah-ansvarig skyndsamt säkerställer att utredningen genomförs i enlighet med gällande rutiner. Det är synnerligen beklämmande att detta inte har dokumenterats korrekt som avvikelse, vilket är ett viktigt första steg innan en Lex Sarah-utredning kan inledas.

### Incident 5 - Fysiskt och psykiskt övergrepp

Angående det fall som skedde i september 2023, där person 2 använde en leksakspistol och upprepade gånger stoppade den i munnen på en annan boende samtidigt som hen höll fast dennes huvud, kan vi inte heller konstatera att någon Lex Sarah-utredning har kopplats till incidenten. Vi finner detta synnerligen allvarligt, då händelsen tydligt innefattar våld mellan

<sup>15</sup> VON-2023-00023-18, Rutin Lex Sarah, sida 3

<sup>16</sup> Lex Sarah - infobladd om rapporteringsskyldighet, sida 2



medboende, vilket både fysiskt och psykiskt påverkade den drabbade. Det beskrivs kortfattat<sup>17</sup> att den andra boende inte verkade tycka att det var roligt, vilket stärker uppfattningen att det handlar om ett påtvingat och oacceptabelt beteende som bör behandlas som ett övergrepp. Det är vår övertygelse att denna händelse ska utredas som våld mellan medboende, vilket styrks vidare av kommunens egen rutin avseende Lex Sarah samt förvaltningens informationsblad om rapporteringsskyldighet<sup>18</sup>. Att hålla fast en annan boende och använda våld, även om det är med en leksak, bör utan tvekan betraktas som ett fysiskt övergrepp och därför rapporteras som avvikelser. Det är anmärkningsvärt att detta fall inte har dokumenterats som avvikelser, och det är vår uppfattning att Lex Sarah-ansvarig skyndsamt måste säkerställa att utredningen inleds i enlighet med Lex Sarah-rutinen. Att detta inte har hanterats korrekt är synnerligen beklämmande och visar på allvarliga brister i avvikelshanteringen, vilket är det första steg innan en Lex Sarah-utredning kan påbörjas

## Incident 6 - Sexuellt, fysiskt och psykiskt övergrepp

I det fall som inträffade i september, där person 2 lade sig med sin fulla vikt på en annan boende som satt eller låg i en fåtölj och slickade personen i ansiktet, bedöms händelsen som ett fysiskt och sexuellt övergrepp. Att fysiskt lägga sig över någon innebär ett intrång i den andra personens integritet, och att slicka ansiktet betraktas som en sexuell handling, särskilt eftersom den drabbade saknade förmåga att försvara sig eller protestera. Den utsatta sårbarhet gör situationen särskilt allvarlig, då personen inte kan avvärja eller larma personalen för hjälp. Händelsen orsakade betydande obehag för den drabbade och uppfyller flera rapporteringskriterier enligt Lex Sarah. Det rör sig om ett fysiskt övergrepp där användning av kroppslig styrka för att lägga sig över den andra boende kränker dennes integritet. Slickandet av ansiktet betraktas som en sexuell handling och utgör därmed ett sexuellt övergrepp enligt Lex Sarah. Dessutom, eftersom den utsatta personen inte hade förmåga att säga ifrån eller försvara sig, utgör händelsen även ett psykiskt övergrepp. Då våld mellan medboende också är en kategori som ska rapporteras enligt Lex Sarah, faller händelsen under flera allvarliga punkter som kräver rapportering. Det noterades att det inte fanns någon Lex Sarah-bedömning gjord för denna händelse. När en Lex Sarah-rapport inte upprättas, ska det motiveras, dokumenteras och diarieföras varför ett sådant beslut fattas<sup>19</sup>, men i detta fall har sådan dokumentation inte gjorts. Detta innebär att en brist på dokumentation av beslutet om att inte genomföra en Lex Sarah-bedömning har uppstått. Alternativt att detta inte har presenterats som föremål enligt Lex Sarah till lämplig instans, Lex Sarah-ansvarig. Alldeles oaktat, så är det viktigt att denna brist åtgärdas och att beslutet om att genomföra en Lex Sarah-bedömning eller ej, utreds och motiveras ordentligt i enlighet med rutinen<sup>20</sup>. Detta intrång i den personliga sfären påverkar individens trygghet och välbefinnande i boendemiljön och måste omgående rapporteras och utredas i enlighet med Lex Sarah.

## Besvärande bedömning i Lex Sarah-utredningen

Det framgår i utredningens bedömning avseende påverkan på personer inblandade att det saknas journalanteckningar om det är person 1 som tidigare varit utsatt för liknande

<sup>17</sup> Lex Sarah-utredningen.

<sup>18</sup> Lex Sarah - infobladd om rapporteringsskyldighet, sida 2

<sup>19</sup> Rutin Lex Sarah, VON 2024-05-03, sida 5.

<sup>20</sup> Ibid.

situationer<sup>21</sup>. Däremot så konstaterar utredaren att denne anser det vara med hög sannolikhet baserad på beskrivningar. Vi har inte tagit del av dessa beskrivningar och det framgår inte vad dessa "beskrivningar" innebär riktigt, men det är beklämmande ifall det är samma person som varit utsatt tidigare. Det bör givetvis dokumenteras för att kunna genomföra uppföljningar på personens hälsa, psykiska mående och andra faktorer som ingår i att garantera god vård och omsorg. Detta bör skyndsamt även kontrolleras ifall samma person varit utsatt upprepade gånger, vilket även kan bli aktuellt föremål för utredning enligt Lex Sarah på flera punkter. Den bristande dokumentationen kan tolkas vara en del i varför utredningen fastslagit att det inte har kunnat härledas någon negativ reaktion till händelsen från den utsatte. Ifall det inte finns dokumentation och uppföljning försvårar det för tredje part att kunna själv bedöma, men även för omsorgspersonalen i vardagliga arbetet.

## Försvårande omständigheter för granskning

### Begäran av allmänna handlingar

Det är efter noggrann övervägning värt att nämna det som även påpekades tidigare i utredningen att alla underlag som har blivit begärda enligt Tryckfrihetsförordningen samt OSL<sup>22</sup> **inte** har erhållits. Detta har lett till försvårande omständigheter för vår granskning, berörande tillbud, arbetsmiljö och andra myndigheters agerande till svar på vad som har inträffat. Lagstiftarens mening är att alla begäran om utlämnande av offentlig handling ska ske skyndsamt<sup>23</sup> och att det är vår uppfattning att i detta fall inte har efterlevt detta. Det är beklagligt då även detta skulle varit föremål för vår granskning, för att det alltid är nämndens ledamöter som besitter arbetsmiljöansvaret och ett av de fall som hanteras berör tillbud.

### Diarieföring av beslut

Det har även varit en försvårande omständighet för granskningen att förvaltningen inte diarieför beslut om att man beslutar att upprätta eller inte upprätta polisanmälan samt med förklaring till detta. I enlighet med rutinen som hanterar misstanke om brott mot vuxna inom förvaltningen är det chefer som äger frågan om upprättande eller ej, så bör det även noteras i en handling anledning till beslutets utfall. Detta för att kunna tåla och säkerställa möjlighet till granskning från tredje part. Det bör vara i kommunens intresse att vara transparent i deras beslut för att möjliggöra allmänhetens rätt till att granska kommunens verksamhet.

---

<sup>21</sup> Lex Sarah-utredningen, sida 8-9.

<sup>22</sup> Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

<sup>23</sup> TF 2 kap., 16 §

# Förslag på åtgärder

## Utbildningsinsats för utredare

Under gällande rutin så tvingas våra utredare att bedöma brottsrubricering på olika handlingar. Detta för att kunna göra en bedömning ifall kommunen ska, trots enskildas vilja, polisanmäla en misstänkt brottslig handling. Parametrarna för att kommunen ska kunna upprätta en sådan polisanmälan faller på vilket straffvärde överträdelsen innehar. Eftersom det framgick av Lex Sarah-ansvarig att de inte besitter denna kompetens kan det vara nödvändigt att genomföra en utbildningsinsats, inte för att kommunen ska bli en rättsvårdande myndighet eller överta andra myndigheters ansvarsområden, utan för att bibehålla rättssäkerheten i den verksamhet kommunen är ålagd att bedriva enligt lag.

**Att** uppdra vård- och omsorgsförvaltningen att inrätta en utbildningsinsats och adekvat stöd till *berörd personal angående brottsrubricering, rättssäkerhet och personliga integritet*

## Dokumentation av beslut gällande polisanmälningar mot den enskildes vilja

Under gällande rutiner saknas en tydlig struktur för hur beslut om polisanmälan ska motiveras, dokumenteras och diarieföras. Detta skapar osäkerhet och inkonsekvens i hanteringen av misstänkta brottsliga handlingar, vilket kan påverka både rättssäkerheten och förtroendet för förvaltningens arbete. Genom att inrätta en tydlig rutin som säkerställer att alla beslut om polisanmälan åtföljs av en noggrann och transparent dokumentation, kan vi skapa en gemensam plattform för utredarna att agera utifrån. Denna rutin bör innefatta en bedömning av relevanta faktorer, inklusive brottets allvar och eventuella konsekvenser för de berörda individerna. Syftet är inte att förvandla kommunen till en rättsvårdande myndighet, utan att stärka rättssäkerheten och ge utredarna de verktyg som behövs för att fatta välgrundade beslut. Genom att säkerställa att varje beslut är väl motiverat och dokumenterat, kan vi också bättre stå till svars inför medborgarna och andra intressenter.

**Att** uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att inrätta, eller i lämplig befintlig, rutin med intentionen att det ska motiveras, dokumenteras och diarieföras ifall förvaltningen beslutar polisanmäla eller ej

## Utbildningsinsatser inom Lex Sarah:s rutiner, bestämmelser samt dess tillämpning

Utbildningsinsatser inom Lex Sarah:s bestämmelser är en avgörande åtgärd för att säkerställa att avvikelser hanteras på ett korrekt och transparent sätt. Under nuvarande förhållanden finns det risk för att viktiga avvikelser inte blir uppmärksammade och därmed inte utredda enligt Lex Sarah, vilket kan leda till brister i kvalitet och säkerhet inom verksamheten. Genom att utbilda berörda medarbetare om de specifika krav och riktlinjer som Lex Sarah ställer, kan vi stärka deras kompetens och medvetenhet kring rapportering och utredning av avvikelser. Utbildningen syftar inte bara till att öka kunskapen om lagstiftningen, utan också att skapa en kultur där avvikelser ses som möjligheter till

förbättring och lärande. Genom att arbeta proaktivt för att motverka att avvikelser undkommer utredning, kan vi säkerställa att vi upprätthåller en hög standard av omsorg och skydd för de mest sårbara i samhället, samtidigt som vi bygger förtroende hos medborgarna.

**Att** uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att genomföra en utbildningsinsats inom Lex Sarah:s bestämmelser till berörd medarbetare för att motverka att fler avvikelser undkommer att bli utredda enligt Lex Sarah.

## Rättssäkerheten och tillämpningen av TF 2 kap. 16 §, utlämnande av allmän handling

Det är tydligt att det krävs ytterligare åtgärder för att säkerställa rättssäkerheten och tillämpningen av Tryckfrihetsförordningen 2 kap §16, om utlämnande av allmän handling. När vi begärde ut handlingar till denna granskning hade vi inte möjligheten att ta del av de handlingar som både vi och kommunen bedömt att vi har rätt till. Men att det föreligger andra skäl till varför vi inte kunde erhålla dessa skyndsamt. Det har förklarats olika anledningar till detta, alldeles oaktat i en tid där medborgarnas rätt till insyn och information är avgörande för att upprätthålla förtroendet för offentliga institutioner. Så är det nödvändigt att vi har tydliga rutiner och riktlinjer för hur allmänna handlingar hanteras. Genom att identifiera och föreslå konkreta åtgärder kan förvaltningen säkerställa att vi inte bara följer lagens krav, utan även att vi aktivt främjar en kultur av öppenhet och dialog. Att stärka rättssäkerheten i hanteringen av allmänna handlingar är avgörande för att skydda både individens integritet och samhällets intressen. Genom att systematiskt granska och förbättra våra rutiner kan vi också förhindra missförstånd och konflikter, vilket bidrar till en mer effektiv och rättssäker verksamhet.

**Att** uppdra till vård- och omsorgsförvaltningen att återkomma till nämnden med förslag på åtgärder för att kunna säkerställa rättssäkerheten och tillämpningen av Tryckfrihetsförordningen 2 kap. 16 §, utlämnande av allmän handling

# Sammanfattning

Utredningen belyser allvarliga brister i kommunens hantering av misstänkta sexuella och fysiska övergrepp. Det framkommer att det finns tydliga tecken på ett försök till våldtäkt, vilket motiverar en polisanmälan. Enligt utredningen är det avgörande att rättsvårdande myndigheter inledningsvis får möjlighet att göra en grundlig utredning, vilket kommunen tycks ha förbisett.

Det påpekas att den information som delgavs till nämnden var otillräcklig och inte innehöll viktiga detaljer, vilket förhindrar ledamöterna från att bilda en adekvat uppfattning om situationens allvar. Kommunens rutiner kring rapportering av sexuella övergrepp och andra allvarliga incidenter har inte följts, vilket innebär att flera händelser inte har utretts enligt Lex Sarah, trots att de faller inom ramarna för vad som ska rapporteras och enligt lagstiftarens mening.

Utredningen identifierar en röd tråd genom tidigare incidenter där liknande brister har noterats. Kommunens underlåtenhet att agera och utreda dessa fall innebär en potentiell rättssäkerhetsförlust för de involverade, särskilt för de som inte har förmåga att föra sin egen talan. Bristen på dokumentation och avsaknaden av Lex Sarah-utredningar för dessa incidenter innebär också en risk för att allvarliga problem i verksamheten fortsätter att gå oupptäckta.

Sammantaget krävs en omedelbar översyn av kommunens rutiner och en proaktiv inställning för att säkerställa att alla misstänkta övergrepp hanteras på ett korrekt sätt. Det handlar inte bara om att följa lagar och riktlinjer, utan också om att skapa en trygg och säker miljö för alla individer inom verksamheten. Detta innebär en skyldighet att rapportera, utreda och följa upp alla händelser, för att garantera en god vård och omsorg.

# Källförteckning

- 1177 angående Lex Sarah,  
<https://www.1177.se/Vasternorrland/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lex-sarah/>, 2024-09-19.
- Socialstyrelsens handbok om Lex Sarah,  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2014-1-24.pdf>, 2024-09-19.
- Utredning av missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande, Lex Sarah-utredning, VON-2024-00427, återfinns som bilaga 1.
- Samlade avvikelser med en tillhörande Lex Sarah-utredning VON-2023-00009-12, Rapportnummer till avvikelser; SoL/LSS20230748, SoL/LSS20230778, SoL/LSS20230723, återfinns som bilaga 2.
- Elin Nylanders (Lex Sarah-ansvarig tillika stabschef) mailsvar, ej diarieförd, Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls kommun, återfinns som bilaga 3.
- Lex Sarah - Utbildningsmaterial till personal, ej diarieförd, Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls kommun, återfinns som bilaga 4.
- Lex Sarah information om rapporteringsskyldigheten, ej diarieförd, Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls kommun, återfinns som bilaga 5.
- Rutin - Polisanmälan vid misstanke om brott mot vuxna, SN-2018-00062-2, återfinns som bilaga 6.
- Rutin - Lex Sarah, VON-2023-00023-18, Vård- och omsorgsförvaltningen, återfinns som bilaga 7.

# Bilaga 1

Utredning av missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande, Lex Sarah-utredning,

VON-2024-00427

# Utredning av missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande

(Lex Sarah-rapport)

*24 b § Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade*

## **Vård- och omsorgsförvaltningen**

VON-2024-00427

Sol/LSS20240545



### **Ansvarig för utredning**

Lotta Brändström, vikarierande lex Sarah utredare

### **Typ av beskrivet missförhållande/risk:**

- Fysiskt (t.ex. hårdhänthet, slag, nypning etc.)
- Psykiskt (t.ex. ovänligt bemötande, hot, bestraffning, skrämsel, kränkning)
- Sexuellt
- Brister i omsorger (t.ex. personlig omvårdnad tand- och munvård, mathållning, tillsyn)
- Stöld (t.ex. av pengar, värdesaker, läkemedel)
- Risker (t.ex. bristande rutiner som kan leda till missförhållande)
- Annat (beskriv) metod vid utförande av insats

### **När togs den muntliga eller skriftliga rapporten emot?**

Rapporterades 2024-05-11, beslut om utredning fattades 2024-05-17.

## **Vad har hänt?**

### **Vad har rapporterats som ett missförhållande?**

En vikarie går in till en boende för att kontrollera ljud som kommer från lägenheten. Vikarien går in och ser en boende med neddragna byxor och kalsonger framför en annan boende med handen på dennes axel, den enskilde sitter ner. Vikarien avbryter aktiviteten och ser till att den som inte bor i lägenheten går ut därifrån.

### **I vilken verksamhet skedde missförhållandet?**

I en bostad med särskild service enligt LSS, i form av gruppbostad.

### **Vilken/vilka vård-och omsorgstagare är berörda av händelsen?**

Två personer som bor på gruppboستaden vilka i utredningen benämns person 1 och person 2.

### **När inträffade missförhållandet?**

2024-05-08, klockan 16.00.

### **När och hur upptäcktes missförhållandet?**

I samband med att en vikarie lagar mat i gemensamma köket hörs ljud från en av de boendes lägenheter. Vikarien går dit och ser den rapporterade händelsen.

### **Vilka konsekvenser har det fått eller kunde ha fått för den enskilde?**

Enligt inkommen uppgift har person 1 inte visat några negativa upplevelser i form av stress, rädsla eller liknande för person 2. Dock är person 1:s känslotillstånd mycket svår för omgivningen att tolka, beskrivs av en medarbetare [REDACTED]

[REDACTED] Beskrivs av annan medarbetare att uppfattades som lite rädd, hur denna tolkning gjordes är svår att förklara enligt medarbetaren, var en känsla.

Om en person blir utsatt för sexuella handlingar av annan person och ej samtyckt till dessa är detta en djup kränkning och även en brottslig handling.

## Utredning av händelseförlopp

### *Bakgrund*

Person 1 som vid rapporterat tillfälle satt ner vid händelsen har bott på gruppboenden i många år och har en intellektuell funktionsnedsättning enligt uppgift på måttlig till svår nivå. [REDACTED]

[REDACTED] svårt att tolka hans känslotillstånd. När något är tråkigt eller han inte längre vill göra något så beskrivs personen resa sig och gå därifrån. När personen blir riktigt uppstressad [REDACTED]

Person 2 som vid rapporterat tillfälle står framför person 1 flyttade in på gruppboenden för [REDACTED] Hen har en intellektuell funktionsnedsättning på måttlig nivå och en beteendeproblematik. Hen har [REDACTED]

[REDACTED] Sedan oktober 2023 har han haft extra tillsyn all vaken tid.

På gruppboenden finns enligt uppgift ett schema uppsatt i personalutrymmet som tydliggör vem i personalen som ansvarar för bland annat tillsyn till person 2 under dagen, vem som ansvarar för att laga middag osv. Utgångspunkten är enligt inkomna uppgifter att den person som arbetar dygnspasset är ansvarig för tillsynen. Tillsynen ska enligt ansvarig bestå av att person 2 inte lämnas utan uppsyn genom att personal ger aktivt stöd och struktur.

### *Onsdagen den 8 maj*

Person 1 kommer hem från sin dagliga verksamhet med taxi och möts upp av medarbetare B som följer hen in i lägenheten till sin soffa där person 1 enligt uppgift brukar vilja sitta en stund när hen kommer hem. Medarbetare B går därefter ut i gemensamma kök/allrummet där medarbetare A också finns.

Medarbetare A står i köket och lagar middag när hen hör konstiga ljud från en boendes lägenhet varpå hen går dit och in i lägenheten. Aktuell lägenhet ligger en bit bort ifrån köket/allrummet. A ser från sidan att person 2 står framför person 1 med byxor och kalsonger neddragna, har sitt könsorgan framför ansiktet på person 1 och sin hand på dennes axel. A säger åt person 2 att gå ut från lägenheten och ser snabbt så att person 1 är okej. Går därefter tillbaka till köket till pågående matlagning som står på spisen och meddelar enligt uppgift sina kollegor varav B enligt A finns i kök/allrummet och C enligt A i sängen i personaldelen där hen är upptagen med en telefon.



Medarbetare B som befinner sig i köket/allrummet får enligt uppgift veta av A att hen gått in till en boende och en brukare står naken framför en annan och **för dennes huvud mot sitt könsorgan**. B går efter denna information in till person 1 och tar med hen ut i allmänna utrymmet där person 1 blir kvar.

Medarbetare C befinner sig enligt egen uppgift i kök/allrum när kollega går in till en brukare. C får enligt egen uppgift höra att en brukare tar av en annan brukare byxorna från en kollega.

### **Händelseanalys – bedömning**

*Utgör det inträffade ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande?* I insatsen bostad med särskild service enligt LSS ingår att ge de enskilda individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen som ska tillgodose den enskildes psykiska, fysiska och sociala behov, exempelvis med att göra tillvaron begriplig, förutsägbar och trygg. Utifrån inkomna uppgifter kan konstateras att en boende utsatts för en situation av en medboende som **sannolikt kan anses som sexuellt ofredande**, detta då det är sannolikt att den enskilde själv ej efterfrågat situationen.

Kvalitén i bostad med särskild service för vuxna är till stor del beroende av personalen och hur de kan tillgodose de boendes behov av stöd, service och omvårdnad. Berörda personer är båda i total beroendeställning till verksamheten och dess anställda. Utredares bedömning är att det ingår i uppdraget att skydda från oönskade situationer, likväl att stödja så att vissa situationer inte uppstår. Person 2 i utredningen är bedömd att ha behov av tillsyn, vilken hen ej fått vid rapporterat tillfälle och även om det inte faktiskt kan klarläggas vad som exakt hänt innan en medarbetare från sidan uppmärksammar situationen är bedömningen att situationen borde ha undvikits. Utredares bedömning är således att nämnden brustit i sitt uppdrag och att det inträffade utgör ett missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah.

## **Varför har det hänt?**

*När händelser inträffar och bedömningen är att nämnden avvikit från aktuella kvalitetskrav ska bakomliggande orsaker till det inträffade identifieras.*

### **Vilka orsaker till missförhållandet har identifierats?**

Händelsen kan direkt härröras till att medarbetare lämnat person 2 utan tillsyn så att denna kunde gå in till person 1. I intervjuer med flera medarbetare beskrivs att det är tydligt vem som ansvarar för tillsynen, dvs den som arbetar dygnspasset och att arbetsordningen på boendet är tydlig gällande detta. Samtliga intervjuade beskriver att denna tydlighet finns. Från början när resurs tillsattes, beskrivs det varit otydligt, men sedan flera månader tillbaka finns inga oklarheter. Trots denna tydlighet har ordningen vid aktuellt tillfälle inte följts.

I intervjuer har det framkommit att förståelsen för vad denna tillsyn består av och till vem tillsynen ska ges är tydlig för övervägande medarbetare men inte samtliga. Person 2 beskrivs [redacted] och beskrivningen som ges enligt utredares tolkning är att person 1 efter rapporterad händelse, beroende på vem som arbetade, inte lämnades utan tillsyn för att trygga hen, att det var enklare än att ge tillsynen till person 2. För person 1 innebär det enligt utredares bedömning att hen kraftigt begränsas i sitt liv och övriga boenden riskerar i sin tur att utsättas för negativa händelser. Om det är bedömt att en person inte ska lämnas utan tillsyn ska det i praktiken också utföras så, är detta svårt att genomföra ska personal rapportera avvikelser och uppmärksamma ansvarig chef på att det planerade ej är möjligt att genomföra. Att begränsa andra även om det sker med gott uppsåt får inte förekomma.

Varför person 2 inte hade tillsyn vid rapporterad händelse beror enligt utredare sannolikt på att all personal inte har förstått vikten av tillsynen och anledningen till denna. Vid intervjuer framgår att det inte finns kännedom om tidigare situationer som skett, en personal har kännedom en specifik händelse, en annan tror sig hört något om en annan händelse. Människor gör egna tolkningar utifrån egna referensramar och information, finns en otydlighet till vad och varför kan följsamheten till beslut också variera. Uppenbart har [redacted] samtliga ej förstått allvaret i situationen och följsamheten till beslut har varierat.

Ständig tillsyn av en person om inte medicinska, livsavgörande insatser finns ska inte behövas, detta kan för många snarare trigga ett utmanande beteende. Person 2 beskrivs vara i behov av tillsyn dels för egen del, [redacted] Likväl som medboende kan behöva skyddas från vissa situationer är det lika viktigt att person 2 har en tydlig och förutsägbar miljö, att hen vet vad som ska hända, när det ska hända, med vem och att detta finns under hela dygnet. Verksamheten behöver hitta sätt att förebygga de spontana impulserna som sker, ta reda på varför de sker och säkra så att de inte sker om de riktas mot andra personer. Enligt inkomna uppgifter har ansvarig som övertog verksamheten i februari 2024 sett att behov av kompetensutveckling och åtgärder behövs. Enhetschef beskriver att person 2 inte haft den struktur och förutsägbarhet som finns behov av och att ett pågående arbete finns startat för att uppnå detta.

### **Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare?**

Det finns ett flertal händelser beskrivna i journalanteckningar kring liknande situationer på verksamheten. Händelserna beskrivs i ordningen med den senaste först:

- I oktober 2023 har person 2 tungkysst en annan brukare mycket intensivt i det allmänna utrymmet och personal tvingades fysiskt gå emellan då person 2 inte slutade varpå andra boende beskrevs bli väldigt illa berörda.
- I oktober 2023 hör personal konstiga ljud från en lägenhet. När personal tittar in ligger person 2 på en annan boende som sitter i sin soffa. Person 2 trycker en kudde mot



ansiktet på den andra boende som är den som försöker skrika. [REDACTED]

- I september 2023 sker ett tillbud mot en vikarie då person 2 vill busa och lägger först en kudde och sedan ett klädesplagg över medarbetarens huvud. Medarbetaren skrek och blev mycket rädd, lyckades till slut ta sig ut från lägenheten. Händelsen är rapporterad som tillbud.
- I september 2023 hör personal som lagar mat konstiga ljud, går in till en lägenhet och ser person 2 med en annan boendes leksakspistol vilken hen stoppat i munnen på den boende, håller fast hans huvud och skjuter gång på gång. Personal säger åt person 2 att sluta och att den andra inte verkar tycka detta är roligt.
- I september 2023 rapporteras en avvikelse som beskriver att person 2 lagt sig på en annan boende som satt/låg i en fåtölj i gemensamma allrummet med hela sin vikt och slickat denna i ansiktet. Den drabbade boende har inte förmåga att säga ifrån. Detta upptäcktes när personalen var tillbaka i allrummet och sa till person 2 att kliva av och lämna den andre ifred, förklarade att man inte får göra så, och person 2 nickade och gick därifrån lugnt. Utifrån denna händelse beslutas om att person 2 ska ha en extra resurs och tillsyn all vaken tid.

### **Finns det risk för att något liknande kan inträffa igen?**

Om personal ej har uppsyn över person 2 finns stor risk att liknande kan hända igen. Det är ytterst angeläget att verksamheten säkerställer en trygg och säker miljö för samtliga boende i verksamheten, främst de som inte har förmåga att främja sig på egen hand eller påkalla hjälp men också för de som arbetar.

### **Vad har verksamheten och organisationen redan gjort för att undanröja/avhjälpa missförhållandet?**

Dagen efter att händelsen rapporterats, i samband med en inplanerad verksamhetsdag, gick händelsen igenom av enhetschef och personalgruppen. Enhetschef tydliggjorde vikten av att den resurs som finns för person 2 ej ska lämna personen. På verksamhetsdagen gick även rutiner runt person 2 igenom och metodutvecklare samt metodstödjare finns inkopplade med syfte att skapa en bättre struktur och rutiner för person 2.

### **Vad har verksamheten redan gjort eller planerar att göra för att förhindra liknande missförhållanden framåt?<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Denna överlappar endast delvis med den föregående punkten. Den förra tar sikte på de omedelbara åtgärder som behöver vidtas på det sätt som situationen kräver. Den senare tar även sikte på mer långtgående och framåtsyftande åtgärder för att förhindra nya missförhållanden.

- Enhetschef har i samband med aktuell utredning förtydligat för berörda medarbetare för vem tillsynen ska ges.
- Personal har genomfört AKK webbutbildning via Socialstyrelsen för att öka kompetensen i arbetsgruppen runt kommunikation.
- Första steget i TAKK utbildning är inplanerad och följs upp i samband med första APT träffen efter sommaren. Inför denna träff ska respektive medarbetare genomföra ett steg.
- Enhetschef planerar inhämta information från anhörig till [REDACTED] ökad kunskap om personens bakgrund.
- "Kommunikationsrond" är genomförd på boendet med inplanerade aktiviteter där utbildning i AKK och TAKK är en del, [REDACTED] och förbättring av rutiner gällande förtydliganden av bildstöd, foton på personal och arbete med ökad delaktighet i köket ska arbetas fram.

### Övrigt som framkommit under utredningen

I journalanteckningar framgår att några situationer är rapporterade som avvikelser, dock finns inte samtliga i systemet för avvikelser som kan härledas till journalanteckningen. Eftersök av dessa har skett, utan resultat. Det finns även en rapporterad avvikelse som inte är journalförd. Det är positivt att medarbetare journalför och rapporterar avvikelser enligt den rutin som finns, utredare ser dock behov av att säkra så att samtliga medarbetare har full vetskap om hur hanteringen ska ske och särskilt om en rapporterad händelse berör fler än en person.

I samband med intervjuer framkommer enskilda funderingar om aktuellt boende är rätt för person 2, vilket ej delas av alla intervjuade eller ansvarig. Utredare anser det vara av vikt att verksamheten har ett gemensamt förhållningssätt för att möjliggöra en kvalitativ verksamhet, att alla strävar mot samma mål. För att en individ har ett beteende som utmanar behöver verksamheten hitta strategier för att bemöta detta, kompetensutveckla och säkerställa så att alla som bor, bor med god kvalitet utifrån lagstiftningens intentioner. Även boende som medarbetare har långtgående relationer med och metoder och förhållningssätt som fungerar, kan med förändrade livssituationer ändras och det är då viktigt att personal kan möta upp:

Under utredningen framkommer att ansvarig, när denna tillträtt, tagit bort tveksamma begränsningsåtgärder som av sjuksköterska bedömts vara skyddsåtgärder. En planerad uppföljning finns med sjuksköterska då ytterligare skyddsåtgärder finns för person 2 som rör [REDACTED] Uppföljning av dessa är inplanerad för uppföljning och utvärdering efter sommaren.

**Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat. Är den enskilde underrättad?**

Ja , datum:

Nej  (motivera nedan)



Berörda personer har intellektuella funktionsnedsättningar på måttlig till svår nivå och bedömning har gjorts att underrättelse inte bör ske.

**Är god man, förvaltare eller närstående informerade?**

Ja , datum:                      Nej

Enhetschef uppger att denna ska informera berörda företrädare om rapporterad händelse.

**Är det säkerställt att det inträffade dokumenterats i den enskildes personakt/journal?**

Ja                                       Nej

Rapporterad händelse har dokumenterats i person 2; s journal men inte i person 1; s journal.

**Utredningen avslutas med följande beslut**

Utredningen visar att ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande föreligger

Ja                                       Nej <sup>2</sup>

**Var det ett allvarligt missförhållande?**

Ja                                       Nej

**Var det påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande?**

Ja                                       Nej

**Motivering till denna bedömning:**

Bedömningen är att rapporterad händelse påvisar ett missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah. Person 2 lämnades utan tillsyn trots att resurser och en arbetsordning fanns i verksamheten. *Är då aktuell händelse ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande?*

Sannolikheten för att liknande ska inträffa igen bedöms vara liten förutsatt att samtliga medarbetare har en följsamhet till beslut som fattats och då avses att inte lämna berörd person utan tillsyn. Allvarlighetsgraden gällande det inträffade bedöms vara hög. När det i september 2023 uppmärksammades att en boende behövde extra tillsyn utifrån en då allvarlig situation och ändå kunde flera mycket allvarliga händelser följa anser utredare att verksamheten inte kunnat skydda andra boende från situationer trots att det bedömts finnas risk för att händelser kan inträffa. Det saknas journalanteckningar om det är person 1 som tidigare varit utsatt för

---

<sup>2</sup> Slutsatsen är att det ej inneburit hot mot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Det gäller också om den rapporterade risken är obetydlig, oklar eller avlägsen, alltså om den inte är påtaglig (Lex Sarah. Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, Socialstyrelsen 2014 s.71-72) .

liknande situationer, utredare anser dock att denna sannolikhet är hög baserad på beskrivningar. Även om det ej tydligt kan avgöras om händelsen medfört allvarliga konsekvenser för person 1:s fysiska och psykiska hälsa anses att händelserna, då dessa upprepats vid flera tillfällen, påvisa att risk för allvarligt missförhållande föreligger i verksamheten i den mening som avses i 24 a-24g §§ lag och service till vissa funktionshindrade samt tillämpningsföreskrifterna till bestämmelserna om lex Sarah i SOFS 2011:5. Händelsen bör således anmälas till inspektionen för vård och omsorg, IVO.

### **Lämnas anmälan enligt Lex Sarah lämnas över till IVO?**

Ja

Nej

### **Förslag till åtgärder**

Utredares bedömning är att nedanstående åtgärder är aktuella för att förhindra att liknande inträffar igen utifrån bakomliggande orsaker. Identifierade brister i följsamhet till beslutade arbetsprocesser för enskilda medarbetare hanteras enligt reglerna i arbetsrätten och tas inte upp nedan.

#### *Kommunikation och information*

Bakomliggande orsak: Brist i tydliggörande av information när extra resurser tillsätts,

#### Åtgärdsförslag:

- Säkerställa att det finns en tydlig rutin som används när utökade resurser bedöms finnas behov av i verksamheten där syfte och orsak finns definierat samt att innehållet finns tillgängligt och är kommunicerat till berörda medarbetare.

#### *Utbildning och kompetens*

Bakomliggande orsak: Brister i kunskap om kommunikation, avvikelserapportering och journalföring. Vissa brister i kunskap kring skydds- och begränsningsåtgärder då tillsyn gavs till annan person.

#### Åtgärdsförslag:

- Kompetensutveckling gällande AKK för att säkerställa att medarbetare kan tolka de boendes signaler och kommunikation vad dessa vill, behöver och reaktioner.
- Kompetensutveckling för att säkerställa hanteringen gällande avvikelser och journalföring när en händelse rör flera boenden samt vikten av informationsöverföring om händelser som avviker.
- Kompetensutveckling gällande skydds- och begränsningsåtgärder.
- Individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetare.



Datum för beslut: 2024-07-01

Beslutsfattare:



Namnförtydligande:

Elin Nylander, stabschef

**Ansvarig för planerade åtgärdsförslag:** Enhetschef. Verksamhetschef tillsammans med enhetschef ansvarar för att uppföljning av beslutade åtgärder sker inom 3 månader.

**Ansvarig för att återföra lärdomar utifrån utredning och beslut till berörda medarbetare:** Enhetschef

# Bilaga 2

Samlade avvikelser med en tillhörande Lex Sarah-utredning

VON-2023-00009-12

Rapportnummer till avvikelser;  
SoL/LSS20230748,  
SoL/LSS20230778,  
SoL/LSS20230723.

## Avvikelser SOL-LSS

### Sammanfattning

Nuvarande aktivitet(er): Avslutat ärende

Totalt antal ärendedagar: 22

### Registrera avvikelse/ärende

Registreringsdatum: 2023-09-30 klockan 18:31:41 (Totalt antal ärendedagar: 22)

Rapportnr: SoL/LSS20230748

Rapportör: [REDACTED]

Avdelning (rapportör): VOF OOF GB [REDACTED]

	Svar
Namn rapportör	[REDACTED]
Telefonnr rapportör	[REDACTED]
Befattning rapportör	Stödassistent
Typ av anställning	Tillsvidare anställning
Typ av rapport	Missförhållande, påtaglig risk för missförhållande
Enhet	Vård och omsorgsförvaltningen, VOF Omsorg om funktionshindr., VOF OOF Stöd och omsorg, VOF OOF Gruppboende, VOF OOF GB [REDACTED]
Verksamhetsområde	Stöd och omsorg
Tidpunkt för händelse	em
Datum för händelse	2023-09-30
Tid händelse	Kl. 18.30
Personnummer drabbad	[REDACTED]
Beskrivning händelse	<p>Brukaren och en resurspersonal är inne på brukarens lägenhet. Brukaren sitter med sin Ipad. Brukaren lägger ifrån sig Ipaden och kommer emot personalen. Brukaren säger att han vill kittla henne, men personalen säger "Nej det vill jag inte".</p> <p>Brukaren brydde sig inte om detta och började kittla henne. Personalen skrek "sluta" mycket bestämt, men brukaren fortsatte.</p> <p>Personalen tar tag i brukaren för att få stopp på hen, men då blir hen våldsam.</p> <p>Brukaren tar först en kudde och lägger på personalens ansikte, personalen började skrika stopp och hjälp.</p> <p>Personalen tar sig fri från kudden och då blev brukaren arg. Brukaren skriker att personalen ska vara tyst samtidigt som hen lägger sin egen hoodie över personalens ansikte, brukaren slår/kittlar personalen samtidigt som han skriker tyst.</p> <p>Personalen är nu så pass rädd och chockad att det är svårt att säga om han slår eller kittlar.</p> <p>Personalen skrek hela tiden, men pga. att dörren till lägenheten var stängd, så hördes det inte ut till den övriga personalen som var utanför lägenheten. Personalen lyckas komma undan från hoodien, och sa till brukaren "ska vi leka", då släpper brukaren personalen och hon springer mot lägenhetsdörren, brukaren ropar stopp, men personalen hinner ta sig ut och larma övrig personal.</p> <p>Personalen var anlitad som resurspersonal på berörd brukare och för att skolas in som vikarie.</p>
Registrering, datum för anmälan	2023-09-30
Delområde	Omsorgsboende
Datum för anmälan	2023-09-30
Rapporten skickas till	Närmaste chef
Rapporterad av utredare till nämnd	Nej

**Dok omedelb åtgärder**

Accepterad datum: 2023-10-11 klockan 07:50:32

Accepterad av: Annika Eriksson

Kvitteringsdatum: 2023-10-11 klockan 07:51:12

Kvitterad av: Annika Eriksson

Ärendedagar för denna aktivitet: 10 dag(ar)

Svar	
Dokumenterad genomförd åtgärd	Behöver kompletteras
Rapport utredas vidare	Vidare utredning

**Bedöma av överordnad chef**

Accepterad datum: 2023-10-11 klockan 07:54:07

Accepterad av: Annika Eriksson

Kvitteringsdatum: 2023-10-11 klockan 07:57:39

Kvitterad av: Annika Eriksson

Ärendedagar för denna aktivitet: mindre än en dag

Svar	
Anmälan till IVO gjord	Nej
Bedömning överordnad chef	Lämnas till utredare för vidare utredning
Kommentar överordnad chef	Har skickat kopia till vCh JA då det är en arbetsmiljöfråga också och ska registreras i Stella - men ffa att chef och medarbetare får stöd och att vCh har kännedom //Annika

**Utreda rapporterad händelse**

Accepterad datum: 2023-10-19 klockan 09:34:00

Accepterad av: Emmely Engström

Kvitteringsdatum: 2023-10-19 klockan 11:58:37

Kvitterad av: Emmely Engström

Ärendedagar för denna aktivitet: 8 dag(ar)

Svar	
Utredarens beslut	Genomföra utredning
Utredning, befattning utredare	Utredare
Utredning, tel utredare	060191969
Utredning, datum för uppmärksammande av missförh/risk	2023-09-30
Utredning, typ av rapport	Avvikelse
Utredning, titel rapport	Övergrepp personal
Utredning, typ av beskriven risk	Fysiskt (tex hårdhänhet, slag, nypning, etc) Psykiskt (tex ovänligt bemötande, hot, bestraffning, skrämning, kränkning)
Utredning, utredare	Emmely Engström
Utredning sid 2, var inträffade missförh/risk	Boendes lägenhet.
Utredning sid 2, hur uppmärksammades missförh/risk	Det inträffade utgör inget missförhållande.
Utredning sid 2, noggrann beskrivning missförh/risk	Det inträffade utgör inget missförhållande utan anmäls i Stella. Se utredning för vidare information.
Utredning sid 2, bifil 1	Utredning_ [redacted]
Utredning sid 3, konsekvenser/möjliga konsekvenser för missförh/risk	Det inträffade utgör ej ett missförhållande.
Utredning sid 3, missförh/risk hänt tidigare på den här arbetsplatsen	Vet ej



Utredning sid 3, missförh/risk hänt tidigare m samma personal	Vet ej
Utredning sid 3, missförh/risk hänt tidigare m samma person/kund	Vet ej
Utredning sid 4, orsak människa	Ej påvisat
Utredning sid 4, orsak organisation	Ej påvisat
Utredning sid 4, motivering orsak människa	Det inträffade utgör ej ett missförhållande.
Utredning sid 4, motivering org	Det inträffade utgör ej ett missförhållande.
Utredning sid 4, teknik ja,nej, ej påvisat	Nej
Utredning sid 5, vidtagna åtgärder	Arbetsrättslig åtgärd
Utredning sid 6, sammanfattning utredning	Det inträffade utgör ej ett missförhållande, händelsen är anmäld i Stella.
Utredning sid 6, anmälan till IVO bör göras	Nej

### Beslut utredning

Accepterad datum: 2023-10-23 klockan 08:32:53

Accepterad av: Annika Eriksson

Kvitteringsdatum: 2023-10-23 klockan 08:37:09

Kvitterad av: Annika Eriksson

Ärendedagar för denna aktivitet: 3 dag(ar)

Svar	
Sannolikhet	Liten (2)
Allvarlighetsgrad	Måttlig (2)
Summering riskvärde	4
Beslut utredn, motivering val	Delgivits vCh SoO för stöd och åtgärder gällande arbetsplatsen. Den enskilde har inte utsatts för allvarliga risker gällande liv, hälsa och säkerhet.
Beslut utredn, anmälan till IVO gjord efter utredn, ja/nej	Nej
Beslut utredn, anmälan socialnämnd ska göras ja/nej	Ja, via sammanställning av utredare
Beslut utredn, bedömning rapport	Utredning godkänd. Ärendet stängs utan uppföljning

### Nuvarande aktivitet(er)

Aktivitet: Avslutat ärende

Ärendestatus: Avslutat ärende

Ankom datum: 2023-10-23 klockan 08:37:09



# Utredning av rapport gällande missförhållande eller påtaglig risk för missförhållanden, lex Sarah

---

*(14 kap 3 § Socialtjänstlagen och 24 b § Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)*

## **Vård och omsorgsförvaltningen**

SoL/LSS20230748

VON-2023-00009-12

*Utredare; Emmely Engström*

## ***Innehållsförteckning***

<b>1</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Vad har hänt? .....</b>	<b>3</b>
2.1	Rapporteringsdata .....	3
2.2	Utredning av händelseförlopp .....	4
<b>3</b>	<b>Händelseanalys - bedömning .....</b>	<b>4</b>
3.1	Påverkansfaktorer och bakomliggande orsaker .....	4
3.2	Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare? .....	5
3.3	Kan någon liknande inträffa igen? .....	5
3.4	Övrigt som framkommit under utredningen.....	5
<b>4</b>	<b>Ställningstagande och förslag på åtgärder .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Beslut efter slutförd utredning: .....</b>	<b>6</b>



## 1 Sammanfattning

Rapporten beskriver hur en resurspersonal som är under inskolning till vikarie utsätts för ett övergrepp av en omsorgstagare i dennes lägenhet.

## 2 Vad har hänt?

### 2.1 Rapporteringsdata

<b>Rapport lämnad av:</b> Befattning: Stödassistent Datum: 2023-09-30
<b>Missförhållande/risk uppmärksammades, datum (ev. avvikelsernummer):</b> 2023-09-30 (SoL/LSS20230748)
<b>Missförhållande/risk inträffade:</b> 2023-09-30
<b>Verksamhet:</b> Stöd och omsorg, boende LSS
<b>Typ av beskrivet missförhållande/risk:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Fysiskt (t.ex. hårdhänthet, slag, nypning etc.) <input type="checkbox"/> Psykiskt (t.ex. ovänligt bemötande, hot, bestraffning, skrämning, kränkning) <input type="checkbox"/> Sexuellt <input type="checkbox"/> Brister i omsorger (t.ex. personlig omvårdnad inkl. tand- och munvård, mathållning, tillsyn) <input type="checkbox"/> Stöld (t.ex. av pengar, värdesaker, läkemedel) <input type="checkbox"/> Risker (t.ex. bristande rutiner som kan leda till missförhållande) <input type="checkbox"/> Annat (beskriv) metod vid utförande av insats

### När och hur uppmärksammades missförhållandet/risken?

Runt kl. 18.30 den 30 september i samband med att personal kommer ut från omsorgstagares lägenhet, till gemensamma utrymmen.

### Vad har rapporterats?

Rapporten beskriver hur en resurspersonal som är under inskolning till vikarie utsätts för ett övergrepp av en omsorgstagare i dennes lägenhet. Omsorgstagaren börjar, mot resurspersonalens vilja kittla denne som bestämt säger nej. Situation eskalerar och omsorgstagaren blir våldsam samt lägger en kudde över ansiktet på resurspersonalen som vid det skedet är mycket rädd och ropar på hjälp. Resurspersonalen tar sig fri från kudden, vilket provocerar omsorgstagaren ytterligare varpå denne lägger en hoodie över resurspersonalens ansikte, samtidigt som omsorgstagaren kittlar/slår resurspersonalen samt skriker åt denne att vara tyst. Till sist lyckas

resurspersonal ta sig loss och springer till dörren och tar sig ut till de gemensamma utrymmena där övrig personal befinner sig.

Dörren till lägenheten var stängd, varpå resurspersonalens rop på hjälp aldrig uppmärksammades från övrig personal.

**Var och när inträffade missförhållandet?**

Det inträffade ägde rum vid 18.30 den 30 september i en omsorgstagares lägenhet.

**Vem drabbades av missförhållandet?**

En resurspersonal.

**Vilka konsekvenser har det inträffade kunnat få/fått för den enskilde?**

Den enskilde är ej drabbad i detta fall.

## **2.2 Utredning av händelseförlopp**

### **Utredningens genomförande**

*Information inhämtad från;*

Rapport om missförhållande i avvikelssystem.

### **Bakgrund**

### **Händelseförlopp**

## **3 Händelseanalys - bedömning**

*Utgör det inträffade ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande*

Utredare bedömer att det inträffade ej utgör ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah med hänvisning till att det inträffade utgör en arbetsmiljöfråga och bör hanteras enligt rutin för detta.

Lex-ansvarig har vidarebefordrat rapport till verksamhetschef för vidare hantering.

### **3.1 Påverkansfaktorer och bakomliggande orsaker**

*När händelser inträffar och bedömningen är att nämnden avvikit från aktuella kvalitetskrav ska bakomliggande orsaker till det inträffade identifieras.*

### 3.2 Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare?

- Samma arbetsplats?  Ja  Nej
- Samma person drabbad?  Ja  Nej
- Samma personal inblandad?  Ja  Nej

### 3.3 Kan någon liknande inträffa igen?

- Ja  Nej  Går ej bedöma

Åtgärder som vidtagits omedelbart eller planerats för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken

### 3.4 Övrigt som framkommit under utredningen

## 4 Ställningstagande och förslag på åtgärder

Bedömningen är att rapporterad händelse ej utgör ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah. Är då aktuell händelse en påtaglig risk för allvarligt missförhållande?

Händelsen utgör inget missförhållande enligt lex Sarah.

Vad skulle ha kunnat påverka eller förhindra händelsen?

Sammanfattningsvis sammanställs orsaksområde, bakomliggande orsaker och förslag på åtgärder enligt tabell nedan.

Orsaksområde	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag

## 5 Beslut efter slutförd utredning:

### Förslag till beslut från ansvarig utredare med motivering

Den samlade slutsatsen är att det inträffade ej utgör ett missförhållande eller risk för missförhållande i den mening som avses i 24 a – 24 g §§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt tillämpningsföreskrifterna till bestämmelserna om lex Sarah i SOSFS 2011:5.

Datum: 2023-10-12

Namn: Emmely Engström

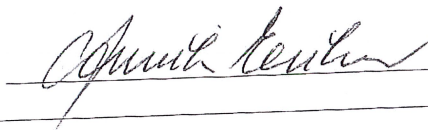
### Beslut enligt delegation

- Det rapporterade utgjorde ett missförhållande.
- Det rapporterade utgjorde en påtaglig risk för missförhållande.
- Det rapporterade utgjorde ett allvarligt missförhållande (anmäls till IVO).
- Det rapporterade utgjorde en påtaglig risk för allvarligt missförhållande (anmäls till IVO).
- Det rapporterade utgjorde inte ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.

Datum för beslut: Datum

Beslutsfattare:

2023-10-17



Ansvarig för planerade åtgärdsförslag:

Ansvarig för att återföra lärdomar utifrån utredning och beslut till berörda medarbetare: .



## Avvikelser SOL-LSS

### Sammanfattning

Nuvarande aktivitet(er): Avslutat ärende

Totalt antal ärendedagar: 19

### Registrera avvikelse/ärende

Registreringsdatum: 2023-10-13 klockan 12:29:59 (Totalt antal ärendedagar: 19)

Rapportnr: Sol/LSS20230778

Rapportör: [REDACTED]

Avdelning (rapportör): VOF OOF GB [REDACTED]

Svar	
Namn rapportör	[REDACTED]
Telefonnr rapportör	[REDACTED]
Befattning rapportör	Stödassistent
Typ av anställning	Tillsvidare anställning
Typ av rapport	Avvikelse
Enhet	Vård och omsorgsförvaltningen, VOF Omsorg om funktionshindr., VOF OOF Stöd och omsorg, VOF OOF Gruppboende, VOF OOF GB [REDACTED]
Verksamhetsområde	Stöd och omsorg
Tidpunkt för händelse	em
Datum för händelse	2023-09-09
Personnummer drabbad	[REDACTED]
Beskrivning händelse	Medan personalen var inne hos en annan boende så hade berörd brukare lagt sig med hela sin vikt på en annan boende som satt/låg i en recliner fotölj i gemensamma allrummet och slickade hen i ansiktet. Brukaren som vart utsatt har ingen egen förmåga att säga ifrån. Detta upptäcktes när personalen var tillbaka i allrummet och sa till brukaren att kliva av och lämna den andre ifred, förklarade enkelt att man inte får göra så, och brukaren nickade och gick därifrån lugnt.
Registrering, datum för anmälan	2023-10-13
Delområde	Omsorgsboende
Datum för anmälan	2023-10-13
Rapporten skickas till	Närmaste chef
Rapporterad av utredare till nämnd	Nej

### Dok omedelb åtgärder

Accepterad datum: 2023-10-18 klockan 15:13:51

Accepterad av: [REDACTED]

Kvitteringsdatum: 2023-11-02 klockan 10:50:50

Kvitterad av: [REDACTED]

Ärendedagar för denna aktivitet: 19 dag(ar)

Svar	
Dokumenterad genomförd åtgärd	Till att börja med har vi vidtagit åtgärd med att ta in extra resurs då aktuell brukare är i behov av aktiv tillsyn av personal under vaken tid i boendet, för att exempelvis förhindra att liknande situationer uppstår. Verksamhetschef är informerad om vidtagen åtgärd.  Övriga åtgärder som kan komma att bli aktuella kommer att arbetas fram under planeringsdag som genomförs under november månad.
Rapport utredas vidare	Avsluta ärende

### Nuvarande aktivitet(er)

Aktivitet: Avslutat ärende

**Ärendestatus:** Avslutat ärende

**Ankom datum:** 2023-11-02 klockan 10:50:50

## Avvikelser SOL-LSS

### Sammanfattning

Nuvarande aktivitet(er): Avslutat ärende

Totalt antal ärendedagar: 5

### Registrera avvikelse/ärende

Registreringsdatum: 2023-09-30 klockan 18:31:41 (Totalt antal ärendedagar: 5)

Rapportnr: Sol/LSS20230723

Rapportör: [REDACTED]

Avdelning (rapportör): VOF OOF GB [REDACTED]

Svar	
Namn rapportör	[REDACTED]
Telefonnr rapportör	[REDACTED]
Befattning rapportör	Stödassistent
Typ av anställning	Tillsvidare anställning
Typ av rapport	Missförhållande, påtaglig risk för missförhållande
Enhet	Vård och omsorgsförvaltningen, VOF Omsorg om funktionshindr., VOF OOF Stöd och omsorg, VOF OOF Gruppboende, VOF OOF GB [REDACTED]
Verksamhetsområde	Stöd och omsorg
Tidpunkt för händelse	em
Datum för händelse	2023-09-30
Tid händelse	Kl. 18.30
Personnummer drabbad	[REDACTED]
Beskrivning händelse	<p>Brukaren och en resurspersonal är inne på brukarens lägenhet. Brukaren sitter med sin Ipad. Brukaren lägger ifrån sig Ipaden och kommer emot personalen. Brukaren säger att han vill kittla henne, men personalen säger "Nej det vill jag inte".</p> <p>Brukaren brydde sig inte om detta och började kittla henne. Personalen skrek "sluta" mycket bestämt, men brukaren fortsatte.</p> <p>Personalen tar tag i brukaren för att få stopp på hen, men då blir hen våldsam.</p> <p>Brukaren tar först en kudde och lägger på personalens ansikte, personalen började skrika stopp och hjälp.</p> <p>Personalen tar sig fri från kudden och då blev brukaren arg. Brukaren skriker att personalen ska vara tyst samtidigt som hen lägger sin egen hoodie över personalens ansikte, brukaren slår/kittlar personalen samtidigt som han skriker tyst.</p> <p>Personalen är nu så pass rädd och chockad att det är svårt att säga om han slår eller kittlar.</p> <p>Personalen skrek hela tiden, men pga. att dörren till lägenheten var stängd, så hördes det inte ut till den övriga personalen som var utanför lägenheten. Personalen lyckas komma undan från hoodien, och sa till brukaren "ska vi leka", då släpper brukaren personalen och hon springer mot lägenhetsdörren, brukaren ropar stopp, men personalen hinner ta sig ut och larma övrig personal.</p> <p>Personalen var anlitad som resurspersonal på berörd brukare och för att skolas in som vikarie.</p>
Registrering, datum för anmälan	2023-09-30
Delområde	Omsorgsboende
Datum för anmälan	2023-09-30
Rapporten skickas till	Närmaste chef
Rapporterad av utredare till nämnd	Nej



**Dok omedelb åtgärder**

Accepterad datum: 2023-10-02 klockan 14:00:20

Accepterad av: [REDACTED]

Kvitteringsdatum: 2023-10-06 klockan 10:33:40

Kvitterad av: [REDACTED]

Ärendedagar för denna aktivitet: 5 dag(ar)

Svar	
Dokumenterad genomförd åtgärd	<p>Samtal med ordinarie personal 231004 för att få mer information av den aktuella händelsen. Korrigering av rapportörens anteckning att berörd personal var anlita som resurspersonal. Verksamheten hade behov av resurspersonal men det fanns ingen att tillgå. Jag hade samtal med ordinarie personal på fredagen 230929 och informerade om att aktuell person skulle påbörja sin introduktion under helgen och att ordinarie personal fick löpande bedöma vem som skulle vara resurspersonal för aktuell brukare men att vikarien inte skulle ta det ansvaret.</p> <p>När det gäller själva händelsen som inträffade så var det en situation som inte tidigare inträffat. Brukaren flyttade till boendet [REDACTED] och samtliga personal tillsammans med enhetschef arbetar med att lära känna brukaren och skapa goda rutiner.</p> <p>Samtal med vikarien som inskolades 231005. Vikarien upplevde att hen fått god information om brukare innan hen valde att sitta med brukaren i lägenheten. Vikarien är själv medveten om att det inte var rätt att agera genom att skrika och att det "triggade" fram reaktionen hos brukaren men hen blev chockad av situationen och agerade instinktivt. Vikarien lyfter själv fram i vårt samtal vikten av att arbeta med lågaffektivt bemötande samt att försöka avleda i liknande händelse. Vilket även skedde när vikarien frågade om de skulle leka.</p> <p>En direkt åtgärd utifrån aktuell händelse är att personal inte stänger dörren till lägenheten när de vistas där själva med brukaren.</p> <p>Aktuell händelse avslutas men situationen som uppstod kommer att tas med i det pågående arbetet för att skapa rutiner och tydlighet för brukare och personal.</p>
Rapport utredas vidare	Avsluta ärende

**Nuvarande aktivitet(er)**

Aktivitet: Avslutat ärende

Ärendestatus: Avslutat ärende

Ankom datum: 2023-10-06 klockan 10:33:40



# Bilaga 3

Elin Nylanders (Lex Sarah-ansvarig tillika stabschef) mailsvar,  
ej diarieförd, Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls  
kommun,

Ej diarieförd.

# Svar på frågor

---

1 meddelande

Från: elin.nylander@sundsvall.se 2024-09-06 10:56

Till: kevin.sahlin@sundsvall.se

Svar på frågor

Hej Kevin,

Ber om ursäkt för att du fått vänta, här kommer svar på dina frågor.

Mvh Elin Nylander

*Det sade under mötet som svar till en av mina frågor att man gick inte in mer specifikt på vad ägde rum kring det specifika sexuella handlingen i detalj, för att bilda sig en uppfattning kring graden av eventuellt brott som kan ha förekommit, tillhör detta det vanliga att kommunen inte tar upp sådana föremål i utredningar av denna karaktär?*

- Syftet med lex Sarah är att komma till rätta med systemfel och förhindra att liknande kan inträffa igen. I en lex Sarah utredning ska man så långt man kan ta reda på vad som hänt. Vi brottsrubricerar inte då vi inte har det uppdraget eller den kompetensen men försöker alltid ta reda på vad som faktiskt har hänt. Vi pratar med personal, chefer och när det går och behövs de enskilda. I denna händelse har vi utgått från de uppgifter som kommit in för vad vi faktiskt såg och pratat med de som vi kan prata med och som fanns i närheten.

*Hur långtgående har kommunen utrett i denna utredning, eller annan utredningsgrund, vad för tidsförlopp och sexuella handlingar har förekommit mot den enskilde utan dennes vilja?*

- Vårt uppdrag är att utreda det som krävs, varken mer eller mindre. Vi ska ta reda på vad som hänt, ibland är tidsförloppet viktigt för utredningen och ibland mindre viktigt. Vi försöker ta reda på vilka handlingar som faktiskt utförts. Här har utredare försökt få fram vad som faktiskt hänt, vad vikarien faktiskt såg från sidan och hur den utsatte brukar/skulle reagera i olika situationer. Vi kan därefter endast spekulera, vilket utredare delvis gjort när hon beskriver att sannolikheten är stor att situationen som fanns inte var önskvärd och varför hon trodde så.

*Vad mer specifikt har man utrett i detta fall tillhörande att eventuellt bryta sekretessen och upprätta en polisanmälan i enlighet med "Rutin vid misstanke om brott mot vuxna"?*

- Dialog har funnits med godman till den som utsatts och som är tillika anhörig. Godman har valt att inte polisanmäla då berörda personers funktionsnivå är låg. Godman uppgav sig inte tro att förmåga till uppsåt till en sexuell situationen har funnits och den som blivit utsatt har inte uppvisat någon reaktion på att något varit negativt i efterhand som skulle kunna härledas till situationen. Enligt rutinen kan sekretessen brytas där lägsta straff är ett år exempelvis vid våldtäkt eller vid försök till brott där straffsatsen är minst 2 år exempelvis försök till våldtäkt. Utifrån vad vi kunnat klarlägga har det inte uppfattats vara aktuellt.

*Man delgav till nämnden att de sexuella handlingarna inte var begärd av den medboende som behövt utstå dessa, hur mer specifik kom utredningen fram till den slutsatsen?*

- Personen har inget verbalt språk, är för personal och anhöriga mycket svårtolkad och ligger på en intellektuell utvecklingsnivå som är måttlig till svår, uppskattningsvis 3-4 års ålder. Utredare har därför bedömt att en sådan handling inte skulle kunna efterfrågas för man vet inte vad det är.

*Finns det ett dokumenterat beslut om att avstå att upprätta en polisanmälan i detta fall, och finns det dokumenterat vilken brottsrubricering som kommunen kom fram till har förekommit?*



← Men finns det?

- Det ska **finnas journalfört** då utredare som samtalade med godman har informerat enhetschef att detta ska dokumenteras samt vad som framkom i samtalet. I utredningen har utredare valt att använda begreppet **sannolikt sexuellt ofredande** då detta är det som vi bedömt att personal såg. **Brottsrubriceringar är dock inget** som utredare varken har uppdrag eller kompetens att ange och kan vara ett felaktigt uttryck.

*Denna Lex Sarah-utredning behandlar att vård- och omsorgstagare, som begått de sexuella handlingarna blivit lämnad utan tillsyn, däremot finns det någon Lex Sarah-utredning från perspektivet av den medboende vars behövt utstå dessa sexuella handlingar?*

- En lex Sarah utredning ska svara på vad har hänt, varför har det hänt och vad kan vi göra för att det inte ska inträffa igen. I lex Sarah utredningar är inte den enskilde part, det är ett sätt för att förbättra kvaliteten i verksamheten som ska ha fokus. Vi kan konstatera vad som har hänt, dvs att en person lämnades utan tillsyn (vilket aldrig skulle ha skett) och gick in till en medboende och utsatte denne för en handling som inte får förekomma (vi har inte kunnat skydda någon från en situation som inte ska förekomma). Då blir fokus på, hur kunde det komma sig att personen lämnades utan tillsyn (för att inte ska uppstå igen)? Svaret i denna utredning är för att personal inte följt det som var sagt, och då blir fokus varför gjorde de inte det? (här fanns flera svar). Genom att hitta systemfel kan vi förhoppningsvis ändra på saker så de aldrig kommer ske igen. Så den **medboende som blev utsatt, det är dennes perspektiv som utredningen bygger på i grunden, dvs det som hänt.**

*I sådana fall det finns en sådan utredning, varför togs detta inte upp på nämnden?*

-Hoppas svaret gavs ovan

*Vad för förslag på åtgärder landande i den utredningen, ifall den finns?*

- Hoppas svaret gavs ovan.

*Det framgår i utredningen, utifrån det vi tagit del av, att det har förekommit liknande situationen vid flera tidigare tillfällen, har de tillfällena varit föremål för utredning för att konstatera vilka eventuella brottsmisstankar som föreligger?*

- Situationer finns **journalförda** och vissa är rapporterade som **avvikelser**, någon som **tillbud**. Det är utifrån åtgärder kring en avvikelse som bedömning skett att ständig tillsyn ska ske. Någon tidigare **lex Sarah** utredning **har inte skett.**

*I det fall som de har utretts varför har inte nämnden blivit underrättade om det faktumet?*

- Nämnden får information om utredningar som anmäls till IVO och **någon sådan har inte tidigare förekommit.** I regelverket kring lex Sarah finns kriterier för när anmälningar till IVO ska ske, i detta fall har utredare bedömt att eftersom det visat sig att allvarliga situationer tidigare förekommit har vi brustit i kvaliteten och att det **bedöms som allvarligt.**

*Vilka rutiner är det som gäller för att ge stöd till brottsoffer av sexualbrott inom LSS-verksamheten?*

- Rutin - polisanmälan vid misstanke om brott mot vuxna, SN-2018-00062-2.

Generellt vid tecken på förändrat beteende/mående hos vård- och omsorgstagare ska sjuksköterska kontaktas.

*Finns det möjlighet att begära ut Lex Sarah-utredningen som offentlig handling? (Ja, jag är införstådd i att det då kommer behöva finnas sekretessmaskering).*

- Ja, det är möjligt.

*Det är en hel del frågor som jag besitter kring detta och nu när jag väl funderar över det hela ytterligare en gång så kan jag inte annat än känna mig bestört. Ifall det är så att man inte har genomfört en Lex Sarah-utredning om sexuella övergrepp från perspektivet av den medboende som behövt utstå dessa sexuella handlingar, så är det synnerligen beklämmande. Jag hoppas att den oro som jag har inte stämmer och att det finns en sådan utredning, och de andra frågeställningarna jag har blir besvarad på ett bra sätt.*

- Jag hoppas att du med ovanstående svar kan känna dig trygg i att det är den utsattes perspektiv som beaktats i utredningen. Bedömningen är att vi brustit i kvaliteten genom att detta har hänt. I LSS verksamheter bor personer med stora behov av stöd, i detta ärende har vi brustit åt båda håll, varken den som blivit utsatt eller den som lämnades utan tillsyn har fått det som vi är ålagda att göra.

---

# Bilaga 4

Lex Sarah - Utbildningsmaterial till personal

Ej diarieförd.

Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls kommun

# Lex Sarah

Informationsmaterial till personal i vård och omsorgsförvaltningen

Om skyldigheten att medverka till god kvalitet i verksamheten samt skyldigheten att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden.

# Att arbeta med lex Sarah

Är ett arbetssätt och förhållningssätt som vi behöver hjälpas åt med och som innebär;

- Lagstadgade skyldigheter som var och en måste följa
- En verksamhet med inga eller få rapporter från de som fullgör uppgifter är inte nödvändigtvis en bra verksamhet
- Lex Sarah-arbetet är en del av verksamhetens kvalitetsarbete
- Ett verktyg för att systematiskt kunna utveckla verksamheten
- Förutsätter ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet, vilket är nödvändigt

# Vad är lex Sarah?

Lex Sarah brukar kallas bestämmelserna i socialtjänstlagen (SoL) och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kring anställdas m.fl. **skyldighet att rapportera** missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

I lex Sarah ingår också en **skyldighet** för den som bedriver verksamheten att efter att ha tagit emot en rapport **utreda, dokumentera** och **avhjälpa** eller **undanröja** missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande.

Det ingår också en skyldighet att om ett rapporterat missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande är allvarligt snarast **anmäla** det till **Inspektionen för vård och omsorg** (IVO).



# Syftet med lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas i verksamheter inom socialtjänsten och enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Syftet är att ***komma till rätta med brister*** i den egna verksamheten och ***förhindra*** att liknande missförhållanden uppkommer igen.

# Att medverka till god kvalitet

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Detta sker genom;

- ett medvetet förhållningssätt i verksamheten som innebär att förebygga och förhindra att missförhållanden uppstår
- kunskap, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati
- att själv bidra till att den enskilde får god omvårdnad, gott stöd och god service samt lever under trygga förhållanden
- att vara uppmärksam på sådant som negativt kan påverka kvalitén i stöd, service och omvårdnad till den enskilde
- att påtala och rätta uppkomna fel och brister.

# Vad är kvalitet?

Kvalitetskraven varierar utifrån vilken verksamhet det är och regleras i aktuell lagstiftning för området.

Definitionen av kvalitet är att en verksamhet uppfyller krav och mål enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS samt beslut som meddelats av sådana föreskrifter (enkelt sagt följa det som står).

*Har du koll på vad som gäller för ditt område?*

# Vem omfattas av rapporteringsskyldigheten?

Den som **fullgör/utför** uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS omfattas av rapporteringsskyldigheten.

- anställda
- uppdragstagare
- praktikanter under utbildning
- deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program
- personliga assistenter som är anställda hos kommunen eller annan tillståndspliktig anordnare och utför assistans där Försäkringskassan beviljat assistansersättning.

Exempelvis en god man eller en förvaltare, en förtroendevald fullgör *inte* uppgifter inom socialtjänsten eller LSS och omfattas då inte av rapporteringsskyldigheten.

# Vad ska rapporteras?

Rapporteringskyldigheten gäller missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden som;

- **drabbar** en eller flera **enskilda** som
- **får** insatser eller **kan komma ifråga** för insatser **inom** den egna verksamheten. Med egna verksamheten menas inom den egna nämnden samt uppgifter som utförs på uppdrag eller delegation av annan nämnd än den egna.

Med missförhållanden menas;

- **utförda handlingar** och handlingar som på grund av försummelse eller av annat skäl **inte blivit utförda** och som
- Inneburit ett **hot mot** eller har **medfört** konsekvenser för **enskildas liv, säkerhet** eller **fysiska** eller **psykiska** hälsa

Även handlingar som inneburit en **påtaglig risk** för missförhållande ska rapporteras. Med påtaglig risk menas en uppenbar och konkret risk.

# Exempel på missförhållanden

- Fysiska övergrepp
- Sexuella övergrepp
- Psykiska övergrepp
- Brister i bemötande
- Ingrepp mot den enskildes vilja och rörelsefrihet (t.ex. inlåsning, tvång)
- Brister i handläggning
- Brister i utförande av insatser
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik
- Ekonomiska övergrepp

Även när en enskild blir utsatt för exempelvis hot eller våld från annan enskild som också har insatser i verksamheten kan detta vara ett missförhållande och faller då inom rapporteringsskyldigheten.



# Vad är mottagaren av en rapport skyldig att göra?

När en rapport har tagits emot (mottagare är oftast enhetschef) ska missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande **avhjälpas** eller **undanröjas** utan dröjsmål. De åtgärder som situationen kräver ska vidtas **omedelbart**.

Med omedelbara åtgärder menas att;

- undanröja direkta hot mot enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa och
- förhindra att konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa förvärras.

Rapporten ska sedan **utredas** och utredningen ska genomföras utan dröjsmål och dokumenteras. Vidare ska de åtgärder som vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden uppkommer igen dokumenteras och följas upp.

# Måste alla lex Sarah rapporter utredas?

Alla rapporter måste utredas.

Hur långt utredningsskyldigheten sträcker sig beror på vad som har hänt. Om det snabbt kan konstateras att det inte är fråga om ett missförhållande eller att den rapporterade risken är oklar eller avlägsen kan utredningen avslutas med ett ställningstagande sedan detta och övriga omständigheter har dokumenterats.

Den som utreder lex Sarah rapporter ska vara så neutral och opartisk som möjligt.

# Vad är syftet med utredningen?

Utredningen av en lex Sarah-rapport syftar till att klargöra;

- vad som har hänt
- varför det har hänt och
- vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen.

Det är viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå. Syftet är inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen.

# Vad händer när utredningen är klar?

Utredningen ska avslutas bland annat med ett beslut eller ett ställningstagande. Om utredningen avslutas med ett konstaterande att det rör sig om ett **allvarligt** missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska en anmälan snarast göras till IVO.

Ansvarig för verksamheten samt medarbetare ska få en återkoppling av identifierade orsaker och planerade åtgärder, detta för att vi ska skapa ett lärande i vår organisation.

# Vem ska ge information om rapporteringsskyldigheten?

Du ska få information om din rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah av din närmsta chef;

- när du börjar din anställning samt
- återkommande minst en gång per år, muntligt och skriftligt

Du ska också få information om vem du rapporterar till och hur du gör detta.

Det ska finnas en eller flera särskilt utsedda lex Sarah-utredare i förvaltningen. Det ska också finnas en fastställd rutin för hanteringen av lex Sarah där det ska framgå;

- hur det går till att rapportera, avhjälpa/undanröja och utreda missförhållande och påtaglig risk för missförhållande samt
- hur anmälan om allvarligt missförhållande sker

# Gäller sekretess och tystnadsplikt för lex Sarah rapporter och anmälningar ?

Om det i en lex Sarah-rapport finns personuppgifter om enskilda som får insatser eller kan komma ifråga för insatser gäller sekretess och tystnadsplikt *för dessa uppgifter.*

Inte bara uppgifter om namn, personnummer och direkta uppgifter om till exempel hälsa och ekonomi omfattas av sekretess, utan även andra uppgifter som gör att en enskild person kan identifieras. I vissa fall kan även namnet på den enhet där det missförhållandet har inträffat, namnet på arbetsledaren eller en annan anställd omfattas av sekretess om uppgifterna kan användas för att identifiera en person som får insatser.



# Vad är vad i kvalitetsarbetet?

Kvalitetsarbetet består av flera delar. Det ska bland annat finnas ett kvalitetsledningssystem som säkerställer att det finns arbetssätt inom organisationen för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

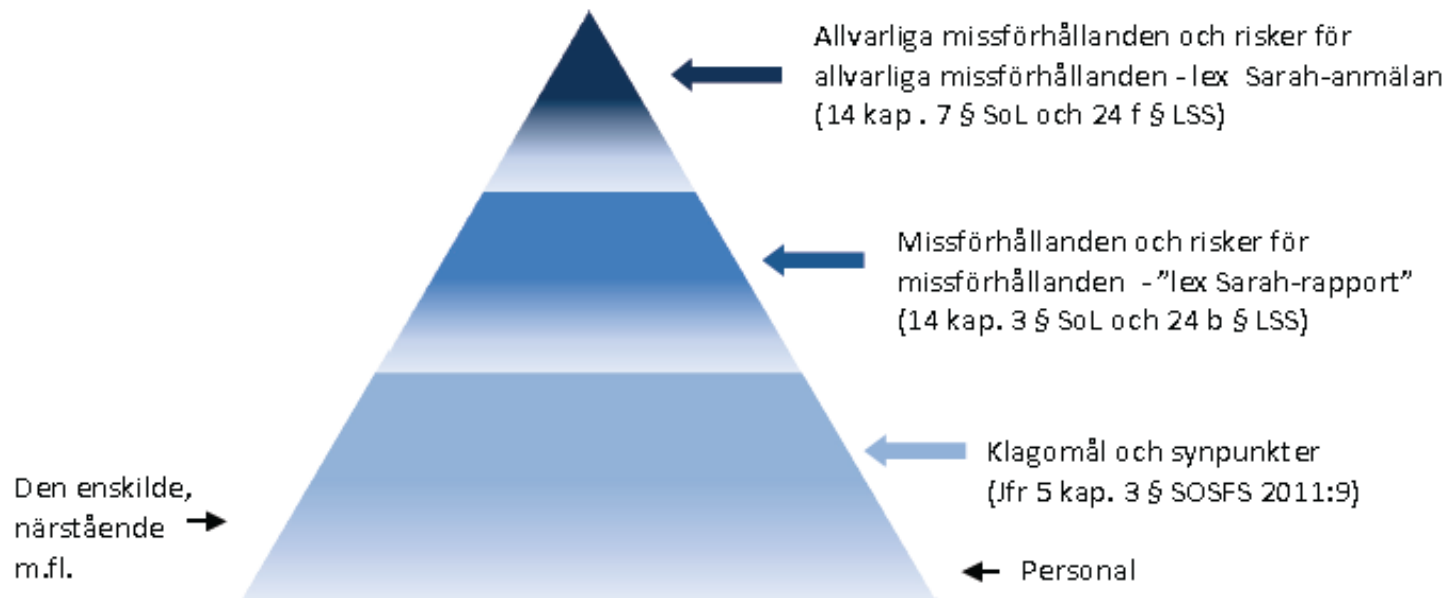
**Avvikelse rapportering;** En avvikelse är en händelse eller förhållande som avviker från god kvalitet i verksamheten. Det kan också handla om synpunkter eller klagomål som rör verksamheten. De avvikelser som rapporteras in ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller tendenser.

**Lex Sarah-rapportering;** Händelser och förhållanden som innebär missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden är medarbetarna skyldiga att rapportera. Förutom personalens rapporteringsskyldighet är huvudmannen skyldig att utreda och avhjälpa/undandröja missförhållandet två andra viktiga delar i bestämmelserna.

**Lex Sarah anmälan till IVO;** Händelser som medfört ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande ska anmälas till IVO. Anmälan sker av utsedd funktion,

# Klagomål och synpunkter respektive lex Sarah

Figur 1. Avvikelser inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



# Diskussionsfrågor

Nedanstående frågor är från ett material från socialstyrelsen och kan användas som utgångspunkt och stöd i dialog mellan ledning och personal.

- Vad har vi för kultur kring rapportering av avvikelser och lex Sarah? Vågar vi rapportera? Har vi tid att rapportera? Vet vi hur vi rapporterar?
- Vad är skillnaden mellan en avvikelserrapport och en lex Sarah rapport? Om en (negativ) händelse upprepas, när blir det ett missförhållande eller en risk för missförhållande?
- Är vi bättre på att rapportera vissa saker än andra?
- På vilket sätt följer vi upp att vårt kvalitetsarbete leder till förbättringar för den enskilde?
- Vad behöver vi göra för att kvalitetsarbete ska kännas meningsfullt och betydelsefullt?

# Bilaga 5

Lex Sarah information om rapporteringskyldigheten,

Ej diarieförd.

Vård- och omsorgsförvaltningen Sundsvalls kommun.

# Lex Sarah

## INFORMATION OM RAPPORTERINGSKYLDIGHETEN

Enligt Socialtjänstlagen, SoL och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS



*Du ska alltid rapportera när något inte blev som planerat, detta kallar vi avvikelser och det kan handla om alla former av brister kopplat till kvalitet i verksamheten. Lex Sarah är kopplat till de individer som får stöd av verksamheten och är av allvarligare grad.*

### **Rapportering av missförhållanden och risker för missförhållanden**

Alla som arbetar med service och omsorg är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden där den enskilde på något sätt misstänks fara illa.

Samhället ska ge ett bra stöd till personer som behöver insatser från socialtjänsten. Det innebär att kommuner behöver arbeta aktivt med att utveckla kvaliteten i sina verksamheter. Bestämmelserna om Lex Sarah är lagstadgade i SoL och LSS.

Lex Sarah innebär att personal i äldreomsorg och omsorgen om personer med funktionsnedsättning är skyldiga att rapportera missförhållanden samt risk för missförhållanden i verksamheten. Rapporteringen kan göras skriftligt eller muntligt. Verksamheten ska ha en rutin för hantering av Lex Sarah-rapporter.



### **Rapporteringsskyldigheten gäller:**

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande under utbildning
- Deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program

### **Exempel på händelser som ska rapporteras**

- Fysiska övergrepp som slag, nypningar eller skakningar
- Psykiska övergrepp som bestraffningar, hot, trakasserier eller kränkningar
- Sexuella övergrepp- fysiska men även psykiska
- Ekonomiska övergrepp som stöld, förskingring eller utpressning
- Brister i utförandet av insatser
- Inte får ett respektfullt bemötande
- Otillräcklig utredning och otydliga beslut
- Långa handläggningstider
- Våld mellan medboende

Det räcker med att någon misstänker att det finns allvarliga brister i omsorgen eller att det sker övergrepp för att en rapportering ska göras.

### **Rutiner för rapportering**

Den som uppmärksammar ett missförhållande eller risk för missförhållande ska rapportera det till närmaste enhetschef. Det görs i första hand i Flexite, men man kan också rapportera på blankett ”händelserapport” eller muntligt till närmaste chef. Enhetschefen vidtar omedelbara åtgärder och skickar rapporten vidare för utredning.

Utredningen ska ge svar på vad som har hänt? Varför hände det? Och vad som kan göras för att förhindra att liknande händer igen.

Allvarliga missförhållanden eller allvarliga risker för missförhållanden ska också anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

### **God och säker service och omvårdnad**

Det är viktigt att alla som arbetar inom vård och omsorgsförvaltningen känner till och följer de lagar, regler och rutiner som finns så att den enskilde och dess anhöriga ska känna sig trygga med den service och omvårdnad som ges.

### **För mer information**

Alla rutiner och dokument kring Lex Sarah finns samlade på Vård och omsorgsförvaltningens gemensamma samarbetsrum under: Sidor / Stöd och service i arbetet/ Rutiner, mallar och policys. Mer finns att läsa på IVO.se eller Socialstyrelsens hemsida.

Du kan också tala med din chef om du har frågor och funderingar kring Lex Sarah.

# Lex Sarah

Jag har tagit del av informationen kring Lex Sarah

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

# Bilaga 6

Rutin - Polisanmälan vid misstanke om brott mot vuxna.

SN-2018-00062-2.

## Socialtjänsten

Godkänd Marianne Bergman Kanslichef	Löpnr SN-2018-00062-2	Dokumentklass Rutin	Version 2	Sida 1(2)
Författare Julia Magnell	Datum: 2018-01-25		Datum fastställande: 2018-01-25	
Sakgranskare Marianne Bergman				

# Rutin - polisanmälan vid misstanke om brott mot vuxna

## Inledning

Denna rutin beskriver hur socialtjänstens medarbetare ska agera vid misstanke om brott mot personer över 18 år inom socialtjänstens verksamhetsområden.

Det finns inte någon generell skyldighet för en socialnämnd att underrätta polis- eller åklagarmyndighet vid misstanke om ett begånget brott. Detta innebär dock inte att myndigheten ska ställa sig passiv vid en misstanke om brott. När en myndighet överväger om man ska polisanmäla ett brott har myndigheten att beakta brottets svårighetsgrad och hur starka misstankarna är. Det specifika individuella ärendet ska vara grunden för hur vi handlar.

## Vid misstanke om brott

Om det framkommer att en person varit utsatt för ett brott bör man samtala med denne om möjligheten att göra en polisanmälan, utan att pressa personen. Polisanmälan får aldrig vara ett krav för att få hjälp från socialtjänsten. Om en person vill avstå från att anmäla ska det beslutet respekteras. I vissa fall kan dock socialtjänsten polisanmäla mot den enskildes vilja.

## Polisanmälan

I situationer där det finns misstanke om brott ska frågan om polisanmälan prövas skyndsamt. Huvudregeln är att personen själv ska anmäla brott. I så fall är det viktigt att denne får stöd av personalen, t.ex. genom att följa med till polisen eller be polisen komma hem till personen. Vid pågående brott ring 112.

## Polisanmälan mot den enskildes vilja

Om den enskilde/företrädare väljer att inte göra anmälan, eller inte har förmåga att göra det, måste det prövas om verksamheten ska ta ansvar för polisanmälan. Innan polisanmälan görs måste bedömning ske om uppgifter kan lämnas ut enligt offentlighets- och sekretesslagen (OSL).

- Var ärlig mot personen att du har en skyldighet att rapportera till din närmsta chef det du vet.

- Kontakta din chef för stöd och hjälp. Chefen avgör om polisanmälan ska göras utan personens medgivande.
- Om polisanmälan görs mot den enskildes vilja ska enhetschef eller verksamhetschef alltid stå som anmälare. En personal som har uppgifter om brottet kan dock stå med i anmälan som personer polisen kan förhöra vid behov. Om en personal skulle kallas till förhör av polis bör närmaste chef alltid vara med som stöd.
- Polisanmälan ska normalt ske skriftligt. Görs en muntlig anmälan, t.ex. på grund av att ärendet är brådskande, bör detta antecknas.
- Dokumentera skador, brottsoffrets berättelse och vilka insatser du gjort.

Socialtjänstens sekretess gör att vi i ytterst få fall kan anmäla brott mot den enskildes vilja, exempel på sådana brott där socialtjänsten kan bryta sekretessen och anmäla är följande:

- Misstanke om grova brott där lägsta straffet är minst ett års fängelse. Exempel på sådana brott är grov misshandel, våldtäkt, dråp, mord, mordbrand.
- Grova brott ”å färde” (som är på väg att ske). Exempel på sådana brott är rån, mord, dråp, grov misshandel.
- Försök till brott där lägsta straffet är minst två års fängelse. Det gäller bland annat försök till våldtäkt, försök till människohandel, människorov, mord eller dråp.
- Uppgift i samband med anmälan om brott som hindrar socialnämndens verksamhet, ex. bedrägeri. För fler möjligheter att anmäla brott som riktar sig mot socialtjänstens egen verksamhet, se aktuell bestämmelse i offentlighet- och sekretesslagen (OSL).
- Misstanke om brott mot minderårig
- Misstanke om överlåtelse av narkotika, dopingmedel eller icke ringa fall av olovlig försäljning/anskaffning av alkoholdrycker till minderårig.
- Misstanke om brott avseende könsstympning
- Försök till brott (minst fängelse ett år) om gärningen innefattat försök till överföring av sådan allmänfarlig sjukdom som avses i 1 kap 3 § smittskyddslagen.

## Efter anmälan

Gör en riskbedömning av situationen tillsammans med din chef. Ni kan ta kontakt med exempelvis polis och åklagare för att få tips och information om hur ni kan agera.

Tänk på att personen som varit utsatt för ett brott kan behöva stöd. Socialnämnden har ett särskilt ansvar för brottsoffer och för att den som utsätts för våld eller övergrepp och dennes närstående får hjälp och stöd. Socialnämnden ska dessutom särskilt beakta att kvinnor som är eller varit utsatta för våld av närstående kan vara i behov av stöd eller hjälp för att förändra sin situation. Socialnämnden ska på ett tidigt stadium erbjuda hjälpinsatser av olika slag.



# Bilaga 7

Rutin - Lex Sarah,

VON-2023-00023-18

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Godkänd av Stabschef	Diariennr. VON-2023-00023-18	Dokumentklass Rutin	Version <b>2.7</b>	Sida 1(9)
Författare Kvalitetscontroller, lex Sarah- utredare	Sakgranskare Stabschef		Datum för fastställande: 2021-11-10	Datum för senaste revision: 2024-05-03

# Rutin Lex Sarah

Inledning.....	2
Syfte .....	2
Roller och ansvarsfördelning .....	2
Lex Sarah-ansvarig.....	2
Lex Sarah-utredare .....	3
Rapportera .....	3
Rapporteringskyldighet.....	3
Att rapportera missförhållande/risk för missförhållande .....	4
Information till rapporteringskyldiga .....	4
Avhjälpa/undanröja .....	5
Utreda .....	5
Besluta.....	6
Återkoppling och handlingsplan .....	6
Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	6
Information till nämnd .....	6
Uppföljning .....	6
Avslut .....	8
Samverka.....	8
Lex Sarah i enskilt bedriven verksamhet .....	8
Lex Sarah - en del i förvaltningens förbättringsarbete.....	8
Referenser.....	9

## Inledning

Den som bedriver verksamhet inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska utveckla och säkra verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande. En del i det systematiska förbättringsarbetet är rapporter om missförhållanden och risker för missförhållanden enligt bestämmelserna om lex Sarah.

Lex Sarah innebär att var och en som är verksam inom socialtjänsten eller inom verksamheter inom LSS ska rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden i den egna verksamheten. Bestämmelserna om lex Sarah omfattar **skyldighet** att *rapportera, avhjälpa/undanröja, utreda* och *anmäla* allvarliga missförhållanden/risker.

Bestämmelserna om lex Sarah regleras i Socialtjänstlagen 7 kap 6 § och 14 kap 2-7 §§ samt i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 23 e och 24 a-g §§. Denna rutin utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah SOSFS 2011:5.

## Syfte

Att bidra till att säkerställa insatser av god kvalitet.

Att tydliggöra vad som ska göras, i vilken ordning och av vilka.

*Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten, att utveckla denna och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen<sup>1</sup>.*

## Roller och ansvarsfördelning

### Lex Sarah-ansvarig

Lex Sarah-ansvarig inom vård- och omsorgsförvaltningen är stabschef. Lex Sarah-ansvarig ansvarar ytterst för att ta emot och sörja för att rapporter utreds enligt lex Sarah. Denne ansvarar också för att säkerställa att åtgärder sker för att avhjälpa/undanröja och för att det inträffade utreds utan dröjsmål. Lex Sarah-ansvarig kan delegera utförandet av uppgifter inom ansvarsområdet och utser lex Sarah-utredare.

Om en jävssituation identifieras eller misstanke om jäv<sup>2</sup> uppstår tas lex Sarah-ansvaret över av utsedd ersättare.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*

<sup>2</sup> Förvaltningslag (2017:900) 16-18 §§

## **Lex Sarah-utredare**

Inom förvaltningen ska det finnas flera lex Sarah-utredare. Om det skulle uppstå en jävsituation fördelas/tas utredningen över av annan utredare.

## **Rapportera**

### **Rapporteringskyldighet**

Alla som fullgör uppdrag inom berörda verksamheter har en lagstadgad skyldighet att rapportera påtaglig risk för missförhållanden och missförhållanden. Det är bara möjligt att rapportera missförhållanden som bedrivs av den egna nämnden. Rapporteringskyldigheten finns för;

- anställda
- uppdragstagare (utom familjehem)
- praktikanter
- deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program

För att rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah ska inträda ska följande förutsättningar vara aktuella:

1. Missförhållandet ska ha inträffat i den egna verksamheten
2. Missförhållandet ska beröra någon som får eller kan komma i fråga för insatser inom den egna verksamheten.
3. Någon har utfört handlingar eller genom försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra handlingar.
4. Det inträffade har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa
5. Det inträffade var en påtaglig risk för ett missförhållande.

Ett missförhållande kan också vara flera/upprepade mindre händelser som sammantaget blir allvarliga och måste utredas för att verksamheten ska kunna sätta in rätt åtgärder och förebygga att liknande händer igen.

*Exempel på missförhållande:*

- Fysiska övergrepp
- Psykiska övergrepp
- Sexuella övergrepp
- Ekonomiska övergrepp
- Brister i bemötande av anställda med flera.

- Brister i utförandet av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls).
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande

Bedöms missförhållandet vara allvarligt ska kommunen dessutom anmäla det till tillsynsmyndigheten, IVO.

*Exempel på allvarligt missförhållande:*

- Dödsfall som inte beror på naturlig död
- Inlåsing eller tvångsåtgärder utan lagstöd
- Allvarliga fysiska skador
- Bestående fysiska skador
- Allvarliga konsekvenser för psykisk hälsa
- Betydande rättsäkerhetsförlust
- Hot eller konsekvenser som drabbar flera enskilda och /eller har pågått en längre tid.
- Särbehandling som även strider mot diskrimineringslagstiftningen.

### **Att rapportera missförhållande/risk för missförhållande**

Den som uppmärksammar ett missförhållande eller risk för missförhållande ska snarast rapportera detta, senast dagen efter inträffad händelse. Rapportering registreras i första hand i avvikelssystemet men kan också lämnas muntligt eller skriftligt på fastställd blankett ”Lex Sarah rapport” till närmaste enhetschef.

Om händelsen är allvarlig ska enhetschef informeras omgående. Helger, kvällar och nätter rapporterar den som jobbar inom äldreomsorg eller stöd och omsorg, till sjuksköterska (Lindgården) enligt följande:

Dagtid helg/röd dag kl. 07.00-16.00 telefonnummer; 070-191 61 71. Kväll kl. 15.30 -22.00 telefonnummer; 070- 316 55 46. Natt kl. 22.00-07.00 telefonnummer; 073- 271 02 25.

Sjuksköterska ansvarar för att inleda utredning genom att bedöma om det är akut och i så fall vidta behövliga åtgärder. Om det är akut, kontakta lex Sarah-ansvarig enligt krisledningsplan som ska finnas i förvaltningens intranät. Om det inte är akut, ansvarar sjuksköterska för att enhetschef får information om händelsen.

### **Information till rapporteringsskyldiga**

Närmaste chef ansvarar för att medarbetaren får information om rapporteringsskyldigheten som en del av introduktionen av nyanställd. Informationen ska delges alla anställda minst en gång per år. Alla rapporteringsskyldiga ska känna till och ha tillgång till skriftlig information om lex Sarah, vilket ska finnas på förvaltningens samarbetsrum/intranät.

## Avhjälpa/undanröja

Rapporteringskyldig har ansvar att avbryta ett pågående missförhållande och undanröja fara. Enhetschef ansvarar för att omedelbart vidta de åtgärder som krävs för att skydda den enskilde och förhindra att händelsen inträffar igen.

I förarbeten anges att avhjälpa/undanröja ska ske så snart det är möjligt vilket innebär att det ska ske med den skyndsamhet som situationen kräver<sup>3</sup>.

Enhetschef ansvarar för att vid behov informera arbetsgruppen, den enskilde som berörs och eventuell företrädare samt ge det stöd som behövs.

Enhetschef ansvarar för att omgående, med den skyndsamhet som situationen kräver, registrera missförhållandet i avvikelssystemet (om det inte redan är utfört) och skicka det till lex Sarah-ansvarig samt snarast påbörja insamlandet av händelserapporter från berörd personal. Händelserapporter ska lämnas till lex Sarah-ansvarig inom en vecka från det att missförhållandet rapporterats.

Enhetschef ansvarar också för att utan dröjsmål informera verksamhetschef om att ett missförhållande är rapporterat.

## Utreda

Lex Sarah-ansvarig utser utan dröjsmål utredare.

Det finns inte någonting som anger vad utan dröjsmål är i förhållande till utredningsskyldigheten, men rimligen ska utredningen genomföras i anslutning till att rapporten har tagits emot<sup>4</sup>. Det innebär att det alltid måste finnas någon på förvaltningen tillgänglig för uppdraget. Det är lex Sarah-ansvarig som säkerställer att utredare alltid finns.

Utredningen ska ge svar på vad som har hänt, varför det har hänt (med fokus på bakomliggande orsaker), om något liknande hänt tidigare eller skulle kunna hända igen samt vilka åtgärder som har vidtagits och planeras med anledning av missförhållandet.

Utredningen ska dokumenteras noggrant. Utredningen ska diarieföras och följas upp. Om det är uppenbart att det inträffade inte är att betrakta som ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande kan lex Sarah-ansvarig göra ett ställningstagande om att det rapporterade ska utredas av enhetschef som en avvikelse. Beslutet ska motiveras, dokumenteras och diarieföras.

---

<sup>3</sup> Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*

<sup>4</sup> Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*



## Besluta

Efter avslutad utredning ska beslut fattas av lex Sarah-ansvarig. I utredningen ska ett förslag till beslut framgå. Möjliga förslag till beslut är;

- Det rapporterade utgjorde ett missförhållande.
- Det rapporterade utgjorde en påtaglig risk för missförhållande.
- Det rapporterade utgjorde ett allvarligt missförhållande (anmäls till IVO).
- Det rapporterade utgjorde en påtaglig risk för allvarligt missförhållande (anmäls till IVO).
- Det rapporterade utgjorde inte ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.

## Återkoppling och handlingsplan

Avslutad utredning återkopplas av lex Sarah-utredare till verksamhetschef och enhetschef. Verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att handlingsplan upprättas för hur missförhållandena skall åtgärdas. Lex Sarah-utredare medverkar vid upprättandet av handlingsplanen. Enhetschef ansvarar för återkoppling till arbetsgruppen, den enskilde som berörs och eventuell företrädare. Enhetschef bedömer vilken information som ska kommuniceras och till vem.

## Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Om det är uppenbart att det inträffade är att betrakta som ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska lex Sarah-ansvarig omedelbart fatta beslut och anmäla det inträffade till IVO. Utredningen bifogas då i efterhand (inom 2 månader). Anmälan om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande görs annars till IVO efter avslutad utredning och beslut. Handlingsplan ska bifogas med utredningen. Enhetschef ansvarar för att informera arbetsgruppen, den enskilde som berörs och eventuell företrädare om anmälan till IVO.

Beslut från IVO diarieförs av registrator och förmedlas till lex Sarah-ansvarig. Beslut från IVO avser om huvudmannen (nämnden) fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet dvs en granskning sker av huvudmannens utredning. Beslut från IVO ska därför inte föras till personakten men ska hanteras i nämndens förbättringsarbete.

## Information till nämnd

Ärendet anmäls av förvaltningsdirektör som ett informationsärende till nämnd i de fall utredningen leder till en IVO anmälan.

## Uppföljning

Verksamhetschef tillsammans med enhetschef ansvarar för att uppföljning av beslutade åtgärder sker inom 3 mån.

Resultat av uppföljningen, innehållande analys av effekter och om vidtagna åtgärder varit tillräckliga för att uppnå god kvalitet dokumenteras i handlingsplanen och meddelas skriftligen lex Sarah-utredare av verksamhetschef.

Om vidtagna åtgärder inte givit avsedd effekt, upprättas ny handlingsplan och vidtas nya åtgärder, till dess avsedd effekt uppnåtts.

## **Avslut**

Lex Sarah-ansvarig diarieför uppföljningen och avslutar ärendet i diariet och i avvikelssystemet när tillräckliga åtgärder bedömts vidtagna.

Att stänga ett ärende på grund av felregistrering får bara göras av lex Sarah-ansvarig.

Ett rapporterat missförhållande som bedöms felregistrerad avvikelse ska alltid återföras till ansvarig chef för utredning av händelsen. Ska i samband med det också scannas in och registreras som avvikelse i Flexite.

## **Samverka**

Utredning enligt lex Sarah och lex Maria ska utredas separat. Vid behov kan samverkan och samordning mellan lex Sarah-utredare och ansvarig utredare för lex Maria ske.

## **Lex Sarah i enskilt bedriven verksamhet**

Externa aktörer ansvarar för att själva utreda sina lex Sarah-rapporter. Utredningar som anmäls till IVO ska skickas till förvaltningen för kännedom, detta ska regleras i avtal med externa utförare.

## **Lex Sarah - en del i förvaltningens förbättringsarbete**

I samband med delårsrapportering och årsbokslut ska rapporterade missförhållanden sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. På grundval av resultaten ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). Lex Sarah-ansvarig ansvar för den förvaltningsövergripande analysen, respektive verksamhetschef ansvarar för analys och åtgärder inom sin verksamhet.

## **Referenser**

Socialtjänstlagen 7 kap 6 § och 14 kap 2-7 §§

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 23 e och 24 a-g §§.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah SOSFS 2011:5.

Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*