

Forum: Karin Berg & Inger Kjellberg

En diskussion av explicita och implicita funktioner med lex Sarah

Karin Berg, är lektor vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Inger Kjellberg, är docent och lektor vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Kontakt: karin.berg.3@socwork.gu.se

Inledning

Undersköterskan och visselblåsaren Sarah Wagnert skapade stor medial uppmärksamhet när hon slog larm om vanvård på Polhemsgården i Solna, 1997. Hennes beskrivning av omsorgen om äldre väckte indignation: avmagrade personer som låg ensamma i timmar, utan omvårdnad och ibland i sin egen avföring. Regeringen tillsatte en utredning som ledde fram till lagstiftningen som än idag kallas lex Sarah. Personalen gavs mandat att rapportera missförhållanden och arbetsgivaren blev skyldig att utreda rapporterna. Lagstiftningen formulerades först i SoL 1999 (SFS 2001:453) och sedan även i LSS 2005 (SFS 1993:387). Med lagstiftningen ville man värna äldre och personer med funktionshinder som kunde fara illa inom omsorgen och samtidigt uppmuntra personal att rapportera utan risk för repressalier. År 2011 implementerades lex Sarah i hela socialtjänsten inklusive Statens Institutionsstyrelse (Socialstyrelsen 2014). Som tidigare skulle lex Sarah säkerställa att missförhållanden upptäcktes, att omedelbara åtgärder vidtogs, samt bidra till att säkra och utveckla verksamheternas kvalitet (Socialstyrelsen 2014). Motivet till lagförändringen var ett stärkt och enhetligt kvalitetsarbete inom hela socialtjänsten samt behovet av att skydda utsatta personer oavsett målgrupp, vilket betonades i propositionen som föranledde lagändringen (Prop. 2009/10:131). Efter ändringen skulle dessutom samtliga misstänkta missförhållanden rapporteras, inte enbart dem personalen ansåg som allvarliga.

Endast personal får och ska rapportera enligt Lex Sarah (27 kap. 2 § SoL; 24 b § LSS), och endast om den egna verksamheten. Enligt Socialstyrelsen (2014) ska rapporten innehålla en beskrivning av händelsen, rapportörens namn, tidpunkt för händelsen samt namnet på verksamheten. Tjänstepersoner som utreder rapporter är ofta socialt ansvariga samordnare (SAS) anställda av kommunerna. För att kartlägga den rapporterade händelsen ska utredaren samla in information från relevanta källor, exempelvis genom intervjuer med personal, brukare och anhöriga samt granskning av juridiska och interna dokument (Socialstyrelsen, 2014). Utredaren ska även identifiera orsaker och föreslå åtgärder för att förhindra framtida händelser, samt göra en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad. Utredningarna är centrala för hur lagstiftningens syften ska uppfyllas genom en systematisk kartläggning och för att kunna dra lärdom av mindre allvarliga incidenter och på så sätt arbeta förebyggande (Prop. 2009/10:131). Händelser som bedöms som allvarliga missförhållanden, eller risk för sådana, ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genom en så kallad lex Sarah-anmälan (27 kap. 6 § SoL; 24 f § LSS). IVO ska därefter granska utredningar och kan i vissa fall följa upp åtgärder.

I vilken grad lex Sarah uppfyller lagstiftningens syften är fortfarande oklart (Riksrevisionen 2023: 24). Tvärtom tyder tidigare studier på att utredningar och åtgärdsförslag ofta är bristfälliga, särskilt saknas strukturella åtgärder (Björne,

Deveau & Nylander, 2021; Kjellberg, 2012; Rytterström, Arman & Unosson, 2013). Inspektionen för vård och omsorg (2016) påpekar att lagen haft liten effekt: resurser läggs på administrativa system och dokumentation snarare än på utbildning. En av få granskningar är Riksrevisionens (Riksrevisionen, 2023:24) genomgång av statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom äldreomsorgen. De konstaterar bland annat att Socialstyrelsens stöd till verksamheter är otillräckligt, och att dessa efterfrågar mer vägledning i hur lex Sarah-utredningar bör genomföras. IVO, som ska fungera som kontrollorgan, avslutar ärenden innan tillfredsställande åtgärder visats och ger otillräcklig återkoppling (Riksrevisionen, 2023).

Lagstiftningen kan också få andra funktioner. Internationellt har flera dolda funktioner i liknande rapporteringssystem diskuterats (Dickens m. fl., 2023). I ett forskningsprojekt om missförhållanden som gäller barn i engelsk kontext, visar Dickens m. fl. (2023) att utredningarna inte bara ska fastställa vad som hänt och visa utveckling och lärande, utan syftar även indirekt på att lugna allmänheten, förenkla komplexa fall och avleda uppmärksamhet från svårlösta strukturella problem såsom fattigdom, missbruk och osäkra bedömningar i det sociala arbetet som berör barn.

Syftet med denna forumartikel är att diskutera explicita och implicita funktioner med lex Sarah-utredningar. Underlaget är fem studier från ett tidigare forskningsprojekt om lex Sarah i socialtjänsten (FORTE Dnr, 2020-00195). Artikelnen presenterar inga nya forskningsresultat, utan syftar till att syntetisera övergripande teman från projektet.

Forskningsprojektet

I ett forskningsprojekt har vi analyserat alla rapporter med tillhörande utredningar (N = 1105) som inkom under 2019 i en region med 49 kommuner (Västra Götalandsregionen). Det övergripande syftet var att kartlägga och jämföra rapportering och utredning inom socialtjänstens olika verksamhetsområden: vad personal rapporterade och hur rapporterna utreddes. Analysen av materialet har redovisats i fem studier

Studierna

Studie 1 (Kjellberg, Berg & Österberg 2023) var en kvantitativ innehållsanalys av samtliga insamlade Lex Sarah-rapporter och utredningar (n=1105). Syftet var att undersöka vad som rapporterades, samt vad som i utredningarna identifierades som orsaker och åtgärder inom äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt funktionshinderområdet. Analysen av rapporter visade stora skillnader beroende på verksamhetsområde. I äldreomsorgen handlade rapporterna främst om uteblivna eller felaktiga insatser (47%), men också om dåligt bemötande (16%), våld (11%), stöl-

der (11%) och fallolyckor (8.5%). I funktionshinderområdet rörde rapporterna också främst insatsbrister (34%) och bemötande (26%), men med större inslag av våld och övergrepp (25%) och rättsosäkerhet (11%). Inom individ- och familjeomsorgen rapporterades framför allt rättsosäkerhet (78%), som försenade utredningar eller bortglömda dokument.

Studie 2 (Berg & Kjellberg, 2023) fokuserade på hur utredare motiverar allvarligheten i rapporter från hela socialtjänsten. Av samtliga utredningar som bedömts som allvarliga missförhållanden (n = 152) analyserades 97 tematiskt. Studie 3 (Kjellberg & Berg, 2024) var en kvalitativ jämförelse mellan äldreomsorg och funktionshinderverksamhet av hur fysiskt våld konstrueras och klassificeras som allvarligt i en boendekontext. 70 utredningar (35 från respektive område) analyserades tematiskt med stöd av analytisk induktion. Studie 4 (Kjellberg & Berg, 2025) analyserade hur utredare bedömer incidenter som rör barn inom individ- och familjeomsorgen, med särskilt fokus på konsekvenser för barnet. 65 av 72 barnärenden analyserades med manifest innehållsanalys och Baccis (2009) policyanalys. Studie 5 (Berg & Kjellberg, 2024) är en tematisk analys om hur utredare hanterar rapporter som initierats av anhöriga och brukare inom äldreomsorgen. Fokus låg på 28 rapporter, då övriga (n = 60) rörde stöld, tekniska problem eller var så kortfattade att de inte gick att jämföra med övrigt material.

Studierna har vissa begränsningar. Även om lex Sarah-rapporter är offentliga handlingar och ska lämnas ut skyndsamt vid begäran, fanns ingen möjlighet för oss att kontrollera att allt lämnats ut. I vår kontakt med kommunerna förstod vi också att det i vissa fall fanns en osäkerhet om vad som var en avvikelse och vad som var en lex Sarah-rapport. Kommunerna ombads inkludera uppgifter om kön, men rapporter och utredningar var anonymiserade. Vi tror att kön som social kategori kan ha påverkat hur argument konstruerades, men detta har vi inte kunnat analysera. Utredarnas bakgrund och förutsättningar är också okända för oss. Kontextuella faktorer som kan ha påverkat utredningarna och som vi inte heller har kunskap om inkluderar tidigare odokumenterade händelser, verksamhetens ekonomi, organisationskultur samt maktrelationer mellan medarbetare, chefer och utredare.

Utredning och bedömning: teoretiska utgångspunkter

Vår utgångspunkt är att utredningarna inte är objektiva representationer av vad som hänt (jmf Dickens m. fl., 2023), vilket gör det meningsfullt att analysera hur olika händelser konstrueras och bedöms i relation till definitionen av ett missförhållande. Även innebörden av ett missförhållande betraktas som socialt bestämd (Biesel & Cottier, 2020). Ett missförhållande definieras enligt lagstiftningen som:

[...] såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. (Socialstyrelsen, 2014, s. 46)

Ett allvarligt missförhållande innebär ett "allvarligt hot" mot den enskilde som också leder till "allvarliga konsekvenser för liv, säkerhet eller fysisk och psykisk hälsa". Även risk för missförhållande ska rapporteras, men då ska det enligt samma regelverk röra sig om en "uppenbar eller konkret risk" (Socialstyrelsen, 2014, s. 46). Definitionen är generellt formulerad för att passa olika verksamheters fokus och målgrupper, men i utredningar måste nya gränsdragningar ständigt göras som styr vad som betraktas som ett missförhållande och som avgör händelsens allvar. Händelsen som ska bedömas behöver konstrueras med hjälp av "pusselbitar" från tillgänglig information. I vår analys har det blivit tydligt att beskrivningen av en rapporterad händelse förändras under utredningsprocessen. Rapporten utgör rapportörens självständiga skildring, inte en exakt återgivning. Under utredningens gång formas narrativet vidare: olika personer som bidrar med information påverkar bilden av vad som hänt och inte hänt, vilket används för att motivera den slutgiltiga bedömningen.

Vi betraktar också arbetet med utredningarna som centralt för hur lagstiftningen, som den formulerats i lag och policy, tillämpas eller översätts (Czarniawska & Joerges, 1996). Med utgångspunkt i institutionell teori (idémodellen) drivs förändringar i verksamheter av idéer som sprids till organisationen, genom exempelvis entusiaster för nya trender (Czarniawska & Joerges, 1996). För att en idé ska uppfattas som meningsfull i ett nytt sammanhang, måste dess ursprungliga syfte ibland omformuleras så att det passar i sin nya kontext. Erlingsdóttir (1999) visar i sin studie om kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården att en idé även måste uppfattas som meningsfull av de aktörer som ska översätta och realisera den i praktiken. Om modellen inte upplevs som relevant riskerar den att fasas ut av användarna eller ges annan funktion.

I fallet med lex Sarah kan lagstiftningens bakomliggande idé förstås som tudelad: dels syftar den till att skydda enskilda från att fara illa inom det sociala arbetet – en idé med rötter i brukarperspektivet (Kjellberg, 2012); dels har ett fokus på kvalitetsutveckling tillkommit – ett koncept med rötter i privat sektor, präglad av effektivitet och produktivitet (Erlingsdóttir, 1999). I denna artikel betraktar vi utredare som idé-användare och utredningar som resultatet av arbetet med att realisera lagstiftningens syften.

Artikeln har två huvudavsnitt. I det första diskuteras hur vi förstår att de explicita syftena med lagstiftningen uppfylls i utredningarna utifrån studiens resultat. I det andra diskuteras deras eventuella implicita funktioner, samt möjliga orsaker till brister i utredningarna.

Hur uppfylls lagstiftningens explicita funktioner i utredningarna?

De explicita funktionerna i utredningen är sammanfattningsvis att öka tryggheten för omsorgstagarna genom att avhjälpa missförhållanden, se till att de inte upprepas och därmed öka kvaliteten i verksamheten. För att detta ska implementeras är ett första steg i utredningen att kartlägga händelsen och välja vilken information som ska inkluderas. Därefter måste allvarligheten i den beskrivna händelsens konsekvenser bedömas, vilket är viktigt, eftersom bedömningen ligger till grund för vilka åtgärder som ska vidtas och huruvida händelsen ska anmälas till IVO. Slutligen ska åtgärder formuleras, vilket sammantaget vilar på hur händelsen beskrivits, men även på de bakomliggande orsaker som identifierats i utredningen. Nedan presenterar vi dessa tre steg i utredningsprocessen utifrån det övergripande resultatet av våra fem studier.

Hur kartläggs händelsen?

För att fånga en händelses olika dimensioner krävs enligt Socialstyrelsen (2014) oftast samtal med rapportören, den enskilde samt övrig inblandad personal. Andra möjliga informationskällor kan vara tidigare chefer, arbetsgruppen, personer med särskild expertis samt läkarintyg. Utredningsförfarandet kan därmed bli omfattande, men är grundläggande för att uppnå de explicita funktionerna med lagstiftningen.

Utan att ha fört statistik över utredningarnas kvalitet har vi, efter att ha granskat ett stort antal utredningar, följande reflektioner. I materialet förekom både korta och omfattande utredningar, de senare var långa till sidantal (10–30 sidor), som enligt oss innehöll nyansrika analyser av det inträffade. Bakomliggande orsaker identifierades och både akuta samt förebyggande åtgärder föreslogs i linje med dessa. Även intervjuer med olika aktörer inkluderades, vilka bidrog till bedömningen. Vanligare var dock kortare utredningar där centrala resonemang om vad som faktiskt inträffat, analys av orsaker, eller hur den enskilde upplevt missförhållandet saknades. Bedömningen av händelsens allvar framstod därmed i stora delar som ogrundad, då den inte baserades på en tydlig kartläggning och analys.

Det mest tongivande materialet för att undersöka vad som hänt återfanns i personalens dokumentation, policy och rutiner – källor som i studien betraktats som uttryck för verksamhetens logik och personalens förståelse av det inträffade. När dokumentationen blev den främsta informationskällan fick personalen tolkningsföreträde i hur händelsen skulle förstås. Vår uppfattning är att den enskildes, barnens eller de anhörigas perspektiv sällan efterfrågades i utredningarna.

I två kvalitativa studier (Berg & Kjellberg, 2024; Kjellberg & Berg, 2025) exemplifieras hur utredningar kunde vila på verksamhetens logik, samt vilka konsekvenser detta fick. Ett sätt att komma fram till att inget missförhållande skett var att jämföra personalens dokumenterade handlingar med gällande rutiner. I dessa utredningar lis-

tades genomförda arbetsuppgifter enligt dokumentationen, ibland minut för minut – ett narrativ som inte alltid överensstämde med hur händelsen först rapporterats, men som ändå fick styra bedömningen. Hade personal enligt dokumentationen agerat i enlighet med riktlinjer, det vill säga inget medvetet eller uppenbart fel begåtts, användes detta som argument för att betona att inget inträffat som personalen kunde hållas ansvarig för, även när omsorgstagare bevisligen farit illa (ibid). Till exempel kunde personalens ansvar skingras om den enskilde själv valt bort hjälp:

Det framkommer att den enskilde själv har tackat nej till en majoritet av de beslutade insatserna... Utredaren gör bedömningen att det ej går att fastställa att något missförhållande har förekommit. (Berg & Kjellberg, 2024, s. 11)

Varför hjälpen valdes bort undersöktes dock inte, och det framgick inte heller hur personalen arbetat med att motivera omsorgstagaren att ta emot hjälp. Här får också avsiktlighet betydelse för bedömningen, vilket den enligt lagstiftningen inte ska ha (Socialstyrelsen 2014). Även när personal agerat i god tro kan den enskilde fara illa.

Det är inte enbart inkluderingen av olika källor och perspektiv som formar bedömningen av händelsen, utan också vilken trovärdighet dessa tillmätts. Elva procent av de insamlade rapporterna var initierade av anhöriga eller brukare (Kjellberg, Berg & Österberg, 2023). I studie 5 (Berg & Kjellberg, 2024) ges exempel där anhörigas observationer och kunskap om den enskilde aktivt använts i utredningen. Samtidigt visar studien hur sådana perspektiv också kunde tillbakavisas med hänvisning till bristande bevisning, om inte anhöriga själva dokumenterat eller samlat in underlag. Anhörigas oro kunde istället tolkas som kontrollerande. Exempelvis önskade en son att hemtjänsten skulle närvara vid moderns måltider, då hon enligt honom hade svårigheter och hade satt i halsen dagen innan. I utredningen betonades dock att det saknades skriftliga uppgifter om sådana svårigheter eller att modern velat ha sällskap vid måltid, och att sonens önskemål därmed gick emot kvinnans självbestämmande:

Att sonen inte vill att hon ska kvävas och var orolig efter händelsen med ambulansen är förståeligt, men det betyder inte att hemtjänsten ska tillgodose hans önskan om att begränsa mammans tillgång till mat i sitt eget hem. (Berg & Kjellberg, 2024, s. 11)

I denna utredning saknades dock uppdaterade uppgifter om vad modern själv önskade. I fall där den anhörige eller enskilde varit mer drivande i att förmedla sina perspektiv på den rapporterade händelsen kunde "ord mot ord" scenarier uppstå. Utredaren behövde då värdera och verifiera motstridiga uppgifter från personal, omsorgstagare och anhöriga, en till synes svår uppgift när bevisning för olika versio-

ner saknades. Studie 3 (Kjellberg & Berg, 2024) och 5 (Berg & Kjellberg, 2024) visar dock att den utsattas version kunde bli tongivande för bedömningen. Vikten av att inte ifrågasätta omsorgstagarens berättelse underströks, och stor betydelse gavs den enskildes känslor (rädsla, övergivenhet, smärta), vilka kunde fungera som bevis för att personalen agerat fel. I samma utredningar kunde personalens berättelser om svår arbetsmiljö och omsorgstagare med komplexa behov avfärdas, med hänvisning till bristande bevisning. Utredningar med motstridiga perspektiv understryker den komplexitet som kan dölja sig bakom rapporter om exempelvis uteblivna insatser eller bristande bemötande.

Våra studier indikerar att ett för ensidigt fokus på administration av rutiner och dokumentation inte alltid fångade in komplexiteten i rapporterade händelser. Vissa utredningar tenderade snarare att legitimera och försvara personalens agerande än att kritiskt granska verksamheten. När analysen förenklas riskerar också verksamhetens lärande att bli begränsat. Ytterligare frågor som mer frekvent hade kunnat ställas – och som potentiellt kunnat bidra till fler lärdomar – rör hur rutiner administrerats, om de varit ändamålsenliga, samt om mer komplexa bakomliggande problem fanns som inte kunde fångas eller förklaras med befintliga rutiner. Det har diskuterats att en vårdkultur som är uppgiftsorienterad snarare än relationsorienterad riskerar att förbise helheten och de relationella aspekterna i vården, men framför allt omsorgstagarnas perspektiv (Rytterström, Arman & Unosson 2013). Svårigheter med att utreda missförhållanden kan ha bidragit till att även utredningsförfarandet utvecklat en uppgiftsorienterad kultur, med fokus på att bocka av genomförda rutiner snarare än att undersöka hur händelsen upplevts av olika berörda.

Hur motiverades konsekvenserna och händelsernas allvar?

Av samtliga rapporter (n=1105) i den kvantitativa innehållsanalysen (Kjellberg, Berg & Österberg 2023) bedömdes 17 % inom individ- och familjeomsorgen som allvarliga missförhållanden, 15 % inom funktionshinderområdet och 11 % inom äldreomsorgen. Bedömningen av händelsens allvar uppfattar vi fyller flera viktiga funktioner: den drar gränser mellan vad som skall betraktas som mindre problematiskt och vad som kräver extra tillsyn; den utlöser vid allvarliga fall extern kontroll från IVO. Inte minst förstår vi konsekvensbedömningen som ett viktigt led i att ta hand om den drabbade.

I en kvalitativ analys (Berg & Kjellberg, 2023) identifierades fem olika sätt att bedöma allvaret. De två första bedömningsgrunderna, det moraliska perspektivet och systemperspektivet, rörde dock inte konsekvenser för den enskilde. Med det moraliska perspektivet motiverades allvaret i relation till hur moraliskt klandervärd en handling uppfattades vara. Personalens underlåtenhet att rapportera enligt lex Sarah kunde också bidra till att händelsen bedömdes som allvarlig. Utifrån system-

perspektivet motiverades allvarligheten däremot genom omfattningen av organisatoriska brister. Incidenter bedömdes som allvarliga när flera brister kunde spåras över tid, exempelvis bristande dokumentation och otillräckligt kvalitetsarbete (Berg & Kjellberg, 2023). Till exempel, inom individ- och familjeomsorgen bedömdes flera rapporterade händelser som allvarliga systemfel trots att konsekvenser för barnen inte utreddes (Kjellberg & Berg, 2025).

Ett tredje perspektiv som vi uppfattade som dominerade i utredningar som rörde äldre personer innehöll utredningar som fokuserade på fysiska och hälsomässiga konsekvenser av bristande vård och omsorg (medicinskt perspektiv). Försummelse kunde resultera i bristande hygien, uttorkning, liggsår, undernäring, ett lidande som rankades från nivå ett (obehag) till nivå fyra (dödsfall). Fysiska konsekvenser för boende som utsatts för våld beskrevs i termer av uttorkning, hjärnskakning, frakturer, blåmärken, samt ökat behov av vård, medicinering och sjukhusvistelser (Kjellberg & Berg, 2024).

Vid användning av det fjärde, empatiska perspektivet, fick den enskildes subjektiva upplevelse styra bedömningen. Allvaret prövades genom att undersöka hur plågsam händelsen upplevts av den enskilde. Om denne signalerat till personal eller enhetschef att hen känt sig kränkt eller ledsen, kunde det i vissa fall klassas som allvarligt (Berg & Kjellberg, 2023) – men inte alltid. I rapporter om fysiskt våld uppgavs att våldsoffren känt sig rädda, ledsna och förminska, men detta betraktades oftast inte som allvarligt (Kjellberg & Berg, 2024).

I ett sista perspektiv, det juridisk-etiska perspektivet, bedömdes allvaret utifrån vilka etiska och rättsliga principer som brustit. Lagstiftningar som SoL och LSS gjordes centrala i bedömningen av konsekvenser. Inom funktionshinderområdet kunde en händelse betraktas som allvarlig om den enskilde berövats rätten att "leva sitt liv så likt andra som möjligt" (SFS 1993:387), medan rätten till en värdig tillvaro betonades mer i äldreomsorgen. Att ligga länge i sin egen avföring bedömdes som ett allvarligt brott mot värdighetsprincipen, medan brott mot rättighetsprincipen kunde handla om att inte ha fått ledsagare i tid (Berg & Kjellberg, 2023).

Studie 3 (Kjellberg & Berg, 2024) visar också att det inte fanns någon enhetlighet i hur bedömningar gjordes av allvarlighetsgraden, flera olika perspektiv användes på olika sätt. Det går att diskutera vad som eventuellt saknades för att ge en helhetsbild av allvaret och konsekvenserna för de drabbade. I många av de utredningar som bedömdes vara allvarliga fanns dock en överbetoning på systemperspektivet – trots att den officiella definitionen inte nödvändigtvis är kopplat till förekomst av systemfel. Ett missförhållande definieras som en händelse där handlingar utgjort "ett allvarligt hot" mot den enskilde och lett till "allvarliga konsekvenser för liv, säkerhet eller fysisk och psykisk hälsa" (Socialstyrelsen, 2014, s. 48). När moraliskt problematiska handlingar eller systemfel blir grunden för bedömningen av allvar, förskjuts fokus

från det ursprungliga syftet med lagstiftningen: att identifiera och hjälpa personer som far illa inom omsorgen. I värsta fall kan ett för ensidigt fokus på systemfel leda till att omsorgstagare tvingas lida skada under längre tid innan problemet uppmärksammas som allvarligt, därför att en händelse måste upprepas många gånger innan den ses som ett systemfel.

De övriga sätten att motivera allvaret fokuserade på konsekvenser för den enskilde. Det medicinska perspektivet är viktigt för att fånga fysisk skada, men när det användes för ensidigt riskerade det att reducera lidande till den fysiska kroppen. Undersökningar av den enskildes upplevelser – det empatiska perspektivet – utgör däremot en central del i att ringa in konsekvenser som de upplevdes för individen. Samtidigt är det svårt att bedöma allvaret i någon annans upplevelser. Olika personer upplever händelser på olika sätt och förmågan att kommunicera känslor och erfarenheter varierar. Bedömningar med fokus på subjektiva upplevelser riskerar därför att snedvridas till fördel för dem som kan uttrycka sig tydligt och övertygande (Berg & Kjellberg, 2024). Det juridisk-etiska perspektivet är i linje med det sociala arbetets värden, som självbestämmande och människovärde, men kan vara ett trubbigt verktyg för att förstå och bedöma konsekvenser. Detta blev särskilt tydligt inom individ- och familjeomsorgen, där rapporterade missförhållanden främst handlade om rättssäkerhet, exempelvis bruten sekretess eller försenade utredningar (Kjellberg & Berg, 2025). I dessa fall var konkreta konsekvenser för barnet ofta okända. I individ- och familjeomsorgen saknades många gånger resonemang om händelsens påverkan på barnet, baserat på dokumentation eller via handläggare som talat med barnet (Kjellberg & Berg, 2025). Försenade eller bristfälliga utredningar som lett till att barn lämnats ensamt i skadliga miljöer kunde bedömas som skada, eller risk för skada, men inte alltid som allvarliga missförhållande. Svårigheterna att bedöma konsekvenser inom myndighetsutövning tydliggör även begränsningarna i att tillämpa lex Sarah på hela socialtjänstens område. Problematiken är särskilt tydlig i situationer som inte rör felaktigt utförda eller uteblivna insatser inom omsorgsverksamheter, som i exempelvis hemtjänsten. Eftersom sambandet mellan ett felaktigt eller uteblivet beslut och konsekvenser för den enskildes ofta är mer indirekt inom myndighetsutövningen blir konsekvenserna också mer svårbedömda.

Samtliga perspektiv fokuserade på omedelbara konsekvenser, men konsekvenser kan framträda först senare, även i fall där den enskilde initialt verkar opåverkad eller där följderna är svåra att utreda. Detta gäller även när risk för skada bedömts föreligga, men inget faktiskt inträffat. Våld och försummelse kan ge allvarliga psykiska och fysiska konsekvenser som kan kvarstå i många år om inte adekvat socialt stöd erbjuds (se t.ex. Acierno, Hernandez-Tejada, Anetzberger, Loew & Muzzy, 2017; Tingberg & Nilsson, 2020). Ur det 'kontinuum av våld' som äldre (Penhale, 2018) och personer med funktionsnedsättning (Collins & Murphy, 2022) kan utsättas för

återfanns flera former i lex Sarah-rapporterna: försummelse, fysiskt våld och hot, emotionellt, sexuellt och ekonomiskt våld (Kjellberg & Berg, 2024; Kjellberg, Berg & Österberg, 2023). Det som tycktes saknas var teoretiska tolkningsverktyg för att översätta beskrivningen av händelsen (vad som gjorts eller inte gjorts) till möjliga konsekvenser för den enskilde på både kort och lång sikt.

Vilka orsaker identifierades och vilka åtgärder föreslogs?

Enligt Socialstyrelsen (2014 s. 72) ska verksamheten, utöver att kartlägga, bedöma konsekvenser och åtgärda det omedelbara problemet, sträva efter att "hitta ett systemfel – inte en syndabock", en formulering som citeras i flera av de utredningar vi har granskat (se t.ex. Berg & Kjellberg, 2023). Ett återkommande fokus i bedömningarna var att identifiera systemfel bakom den rapporterade händelsen (Berg & Kjellberg, 2023; Kjellberg & Berg, 2025), men i cirka 20 procent av utredningarna angavs inga bakomliggande orsaker (Kjellberg, Berg & Österberg, 2023).

I studie 1 (Kjellberg, Berg & Österberg, 2023) presenteras orsakerna fördelade på tre övergripande nivåer. De flesta orsaker, cirka 44 %, återfanns på frontlinje- och teamnivå, exempelvis bristande dokumentation, kommunikation och samarbete – både inom personalgruppen och mellan personal och brukare. Nästan lika många orsaker (32–53 %) återfanns på organisationsnivå, där brister i rutiner dominerade. Mindre vanliga orsaker på organisationsnivå var otillräckligt stöd i arbetet, bristande kvalifikationer, begränsade resurser och dålig arbetsmiljö. I omkring 30 % av utredningarna låg orsaken på individnivå och handlade om oavsiktliga fel (missförstånd), medvetna regelbrott (stöld, övergrepp) eller bristande kompetens.

När det kommer till åtgärder var den klart vanligaste åtgärden att se över och föreslå nya rutiner, vilket återfanns i 46–57 % av utredningarna och informationsspredning om rutiner (ca 30 %). Andra mindre vanliga åtgärder var utbildningsinsatser (11–18 %), och arbetsrättsliga åtgärder (4–16 %). Förstärkning av personal föreslogs i 12 % av utredningarna, och i endast 4 % i äldreområdet.

De kvalitativa analyserna av utredningarna visar hur den organisatoriska nivån fångas upp. Det var vanligt att använda "tumregler" i bedömningarna – förenklade principer som reducerar beslutens komplexitet (Taylor & Whittaker, 2018). Exempelvis identifierades systemfel genom tumregeln att det handlar om "upprepade fel" i verksamheten, eller som ett mönster av missförhållanden över tid (Berg & Kjellberg, 2023; Kjellberg & Berg, 2025). Händelser som istället bedömdes som enskilda misstag eller engångsföreteelser förmodades ha låg risk för upprepning, betraktades som mindre allvarliga och ansågs inte kräva förebyggande åtgärder. Detta resonemang kan dock ifrågasättas. En enskild händelse kan vara den första i en kedja, vilket också påpekas av Björne, Deveau och Nylander (2021), som visade att liknande incidenter bedömdes som engångsföreteelser gång på gång.

I andra fall bedömdes återkommande mönster av problem som ständigt närvarande men olösliga. Standardformuleringar illustrerar detta, exempelvis: "det är en verksamhet med och för människor vilket innebär att man inte fullt ut kan garantera att liknande händelser inte inträffar, trots planerade och vidtagna åtgärder" (utredning nr 54:6). Formuleringar som hänvisade till "den mänskliga faktorn" återkom i hela materialet och signalerade att vissa problem uppfattades som ofrånkomliga (Kjellberg, Berg & Österberg, 2023). Även om resonemanget kan vara rimligt i vissa fall, visar sådana standardkommentarer också svårigheter med att koppla enskilda händelser till underliggande organisatoriska brister.

Våra resultat visar även att flera allvarliga och komplexa händelser förklarades på individnivå. Studie 3 (Kjellberg & Berg, 2024) synliggör att personalens användning av våld mot enskilda generellt beskrevs vagt: inte alls, med hänvisning till stress i privatlivet, eller i vissa fall som en följd av dålig rekrytering. Själva rekryteringsförfarandet granskades inte alltid; den berörda personalen fick sluta eller omplaceras (Kjellberg & Berg, 2024). Det finns dock empiriskt stöd för att både individuella faktorer (som uppväxt och negativa attityder gentemot äldre och personer med funktionsnedsättning) och organisatoriska orsaker (brister i arbetsmiljö, stress, trakasserier från boende) är kopplade till personals användning av våld och försummelse (se t.ex. Botngård, Eide, Mosqueda, Blekken & Malmedal, 2021). Det går därför inte att utesluta systemnivåfaktorer som förklaring till enskild personals avvikande beteende.

Särskilt begränsad var undersökning av bakomliggande orsaker vid händelser där personalen inte varit direkt inblandad, som vid självskada eller våld mellan medboende. Våld mellan personer med demens framställdes som ett olösligt problem, utan koppling till organisationen: "Orsaken till att brukaren är agiterad beror på sjukdomstillståndet, vilket kan vara svårt att avleda trots handlingsplaner och rutiner" (Kjellberg & Berg, 2024). I de analyserade utredningarna förekom fall där både våldsutövare och våldsutsatta fick bo kvar på äldre- och demensboenden utan tydliga åtgärder. På liknande sätt förklarades våld mellan personer med funktionshinder som ett resultat av individens funktionsnedsättning eller psykiska ohälsa, snarare än personalens eller organisationens bristande förmåga att förebygga och hantera situationer – något även Björne, Deveau och Nylander (2021) noterat. Personer med intellektuell funktionsnedsättning kan exempelvis behöva stöd av kunnig personal för att kommunicera med andra boende på sätt som inte leder till konflikter (Nankervis, Ashman, Weekes & Carroll, 2019). Utagerande beteende kan därmed vara kopplat till verksamheten, genom bristande beredskap att möta boendes behov och förebygga fysiskt våld.

Det finns indikationer på att ledningsnivån sällan diskuteras i relation till verksamhetens systematiska brister. Studie 5 (Berg & Kjellberg, 2024) visar att det arbete som ska styra verksamheten, alltså det yttersta ansvaret, sällan nämndes i utredning-

arna. Även om det var en mindre kvalitativ studie, stämmer detta med våra generella intryck. I studie 1 (Kjellberg, Berg & Österberg, 2023) framträder varken verksamhetskultur eller ledarskap som bakomliggande orsaker, trots att styrning och ledning enligt Socialstyrelsen (2014) är centrala för att förstå systemfel. Istället betonades personalens brister i dokumentation, kommunikation och att följa rutiner.

Sammantaget reduceras systemnivåorsaker ofta till bristande rutiner, medan åtgärder i regel bestod av att införa eller ändra rutiner. Sådana åtgärder har visats vara svaga och ibland kontraproduktiva (Inspektionen för vård och omsorg, 2016; Peerally, Carr, Waring & Dixon-Woods, 2017). Fler rutiner löser inte de underliggande orsakerna till att de inte följs, exempelvis personalbrist eller en bristfällig arbetsmiljö. Komplexa, olösta problem kan leda till att personal utvecklar egna, otillåtna strategier (Rytterström, Arman & Unosson, 2013). Ett ständigt införande av nya rutiner kan även skapa nya problem, då det tar tid innan de får fäste. Rutiner måste upplevas som meningsfulla (Inspektionen för vård och omsorg, 2016) och integreras i personalens förståelse av sitt arbete (Rytterström, Arman & Unosson, 2013).

Finns implicita funktioner med lagstiftningen?

I detta avsnitt diskuterar vi potentiellt implicita funktioner i lex Sarah-utredningarna. Rapportering och utredning av missförhållanden är en obligatorisk praktik som alla verksamheter inom socialtjänsten måste implementera, oavsett hur ändamålsenlig den upplevs. Vilken faktisk funktion lagstiftningen får kan, som Erlingsdóttir (1999) påpekar, bero på utredarnas förutsättningar att hantera uppgiften.

Dickens m. fl. (2023) beskriver hur kraven på att hantera ett stort antal utredningar och samtidigt visa lärande tvingar utredare att använda klichéer och förenklade budskap som döljer fallens komplexitet, något som motverkar möjligheten till verkligt lärande. Vi har sett liknande tendenser i Lex Sarah-utredningarna. Återanvändning av orsak och åtgärd från tidigare utredningar kan snabba på utredningsprocessen, anpassa händelsen till standardlösningar (revidera och skapa nya rutiner), men hindrar hantering av de underliggande mer svårlösliga och strukturella problemen. Dessa utredningar som vi uppfattat har brustit i tolkning och överensstämmelse mellan orsak och åtgärd, kan också förstås utifrån sin implicita, men konkurrerande funktion, att utredningarna har fungerat som ett sätt att omformulera laddade och komplexa problem till mer hanterbara fall som passar in i verksamhetens vanliga åtgärdsbatteri.

På samma sätt kan utredningarna fungera som skydd mot intern och extern kritik. Verksamheters formella strukturer kan tolkas som svar på omgivningens förväntningar och tro på effektivitet, så kallade myter (Meyer & Rowan, 1977), snarare än verkligt ändamålsenliga lösningar. Ökade dokumentationskrav kan tillfredsställa förväntningar på transparens och effektivitet, men behöver inte leda till bättre omsorg

i praktiken. Att en verksamhet tillsätter en utredning är en förväntad reaktion vid allvarliga händelser internationellt (Dickens m. fl., 2023), men också i Sverige. En internetsökning på lex Sarah ger gott om träffar med artiklar om allvarliga missförhållanden som uppdagats i media efter att verksamheten anmält sig själv genom lex Sarah. Detta kommunicerar en av verksamheten kraftfull respons på kritik, självinsikt och vilja till förbättring. Men som Dickens m. fl. (2023) påpekar, dröjer det innan utredningen är klar och ansvarsutkrävande kan skjutas på framtiden. IVO granskar de allvarliga anmälningarna, men deras återkoppling har kritiserats som otillräcklig (Riksrevisionen 2023). I de utredningar vi läst förekommer fall där verksamheter upprepade gånger anmält allvarliga missförhållanden utan att nå varaktiga lösningar (Berg & Kjellberg, 2023). Det förekommer också att allvarliga missförhållanden inte anmäls till IVO (Kjellberg & Berg, 2025), vilket innebär att verksamheterna i praktiken tar över IVOs kontrollfunktion och därmed går miste om möjlig återkoppling.

Vi har dessutom sett hur potentiella skandaler kunnat avvärjas genom utredningsprocessen. När stora brister konstaterats har utredningen kunnat presentera bevis för att personalen inte varit ansvarig för det mest allvarliga (Berg & Kjellberg, 2024). Exempelvis, i utredningar som handlat om allvarlig försummelse, har läkarutlåtanden kunnat visa att dödsorsaken varit en annan. En Lex Sarah-utredning kan i sådana fall också användas för att bemöta anhörigas kritik och visa att dessa tas på allvar. Vår analys visar dock att anhörigas perspektiv senare kan avfärdas i utredningen om det saknas dokumentation som stöder deras uppfattning (Berg & Kjellberg, 2024). Utredningen fungerar då som skydd för verksamheten.

En möjlig förklaring till att utredningarna sällan leder till omfattande åtgärder är resursbrist (Riksrevisionen, 2023). I praktiken kan tillgängliga resurser styra vilka åtgärder som föreslås, snarare än de faktiska orsakerna till problemen. När kompetens, förutsättningar och resurser i verksamheterna inte motsvarar kraven som ställs på vård och omsorg uppstår ett dilemma för dem som utreder, om de vet att åtgärder som kräver ökade budgetmedel sannolikt inte accepteras. Då stannar utredningen på en administrativ nivå (jfr Erlingsdóttir, 1999): det akuta missförhållandet hantearas, men den bakomliggande orsaken kvarstår. Även om personalens erfarenheter av underbemanning bekräftas i utredningarna, blir lösningen att förtydliga och informera om rutiner – vilket reducerar orsaken till bristande följsamhet av rutiner.

Ökade krav på dokumentation som granskningsunderlag kan också ha bidragit till mindre genomgripande utredningar. Som Erlingsdóttir (1999) diskuterar kan idéer hämtade från näringslivet få negativa konsekvenser i offentlig verksamhet. Den ökade betoningen på det som går att mäta och dokumentera har i sin tur minskat fokus på andra centrala, men mer svårångade dimensioner, såsom faktisk omvårdnad och det klientnära arbetet. På liknande sätt bygger lex Sarah-utredningar i hög grad på granskning av dokumentation och rutiner. Bedömningarna tenderar att fokusera

på enskild personals handlingar och om dessa är i enlighet med rutin, snarare än på det faktiska innehållet i omsorgen eller de kollektiva arbetsprocesserna.

Sammantaget kan Lex Sarah ses som en verksamhetsritual som fått legitimitet hos allmänheten (Meyer & Rowan, 1977), men som i praktiken inte alltid är tydligt kopplad till sitt ursprungliga syfte att förebygga missförhållanden och förbättra omsorgen. Det kontinuerliga utredningsarbetet av lex Sara rapporter kan i sig upprätthålla ett sken av ständigt förbättringsarbete – både externt och för dem som arbetar i verksamheten. Att utse syndabockar blir också ett sätt att skydda verksamhetens anseende och hantera problemet inom ramen för arbetsrättsliga åtgärder.

Konklusion

Lex Sarah är ett utredningssystem där kunskap om vad lagstiftningen faktiskt åstadkommer till stor del saknas. I denna artikel har vi, med resultatet från ett forskningsprojekt och tidigare publicerade artiklar, diskuterat hur arbetet med utredningar uppfyller syftet med lagstiftningen.

Lex Sarah ska vara en del av ett kvalitetssystem – det som säkerställer rapportering och hantering av akuta missförhållanden, förbättrar organisationen och förhindrar att liknande händelser inträffar igen. Vår studie tillsammans med andra (Björne, Deveau & Nylander, 2023; Rytterström, Arman & Unosson, 2013) visar brister i utredningsprocessen: hur den rapporterade händelsen undersöks, tolkas och bedöms. Våra fem studier av verksamhetens lex Sarah-utredningar visar på svårigheter med att både särskilja och koppla ihop individuella händelser med det organisatoriska systemet. Allvaret i rapporter bedöms på flera olika sätt.

Sammantaget verkar det saknas kunskap och förutsättningar för att lösa mer komplexa problem; utredningen leder sällan till några genomgripande förslag på förändringar. Samtidigt kan implicita funktioner med lagstiftningen – att neutralisera komplexa problem och skydda verksamheten från allmänhetens kritik – hindra verksamheten, och dess uppdragsgivare, från att ta ansvar för problemen och lösa dem långsiktigt. Underliggande problem, såsom bristande resurser, kan vara utanför verksamheternas kontroll och får sällan en lösning genom utredningsarbetet. Genom utredningarna kan det ändå framstå som att problemen hanterats. Med andra ord, i stället för att lösa problem och åtgärda brister inom olika verksamheter kan arbetet med lex Sarah, i värsta fall, leda till att problemen förvärras. Den tid och arbete som läggs på utredningsprocessen hade i stället kunnat läggas på vård och omsorg. Hela lagstiftningen i sin nuvarande utformning kan därför ses som kontraproduktiv, om det inte finns beredskap att formulera eller genomföra organisatoriska förändringar, samt skydda brukare på kort och lång sikt.

Referenser

- Acierio, R., Hernandez-Tejada, M. A., Anetzberger, G. J., Loew, D. & Muzzy, W. (2017). The national elder mistreatment Study: an 8-year longitudinal study of outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29(4), s. 254–269. doi:10.1080/08946566.2017.1365031
- Berg, K. & Kjellberg, I. (2023). Designated officials' approaches to judging serious incidents: an analysis of incident reports in care for older people, disability services and family services in Sweden. *European Journal of Social Work*, 26(5), s. 922–934. doi:10.1080/13691457.2022.2155801
- Berg, K. & Kjellberg, I. (2024). Managing reports of trouble: designated officials' responses to reports of mistreatments initiated by service users and relatives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 36(1), s. 1–24. doi:10.1080/08946566.2023.2297221
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Frenchs Forest, N.S.W Pearson.
- Biesel, K. & Cottier, M. (2020). Errors and mistakes in child protection: Understandings and responsibilities. I Biesel, K., Masson, J., Parton, N. & Pösö T. (red.) *Errors and mistakes in child protection. International discourses, approaches and strategies*. Bristol Policy Press, s. 17–34. https://doi.org/10.2307/j.ctvz0h8bh
- Björne, P., Deveau, R. & Nylander, L. (2021). Passing laws is not enough to change staff practice: the case of legally mandated "incident" reporting in Sweden. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 46(2), s. 186–196. doi:10.3109/13668250.2021.1873751
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L. & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 21(1), s. 244. doi:10.1186/s12913-021-06227-4
- Collins, J. & Murphy, G. H. (2022). Detection and prevention of abuse of adults with intellectual and other developmental disabilities in care services: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(2), s. 338–373. doi:10.1111/jar.12954
- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. I Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) *Translating Organizational Change*. Walter de Gruyter, s. 13 – 48.
- Dickens, J., Cook, L., Cossar, J., Okpokiri, C., Taylor, J. & Garstang, J. (2023). The multiple and competing functions of local reviews of serious child abuse cases in England. *Critical Social Policy*, 44(3), s. 447–467. doi:10.1177/02610183231218965
- Erlingsdóttir, G. (1999). *Förförande idéer: kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Diss. Lunds universitet.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?* https://www.ivo.se/globalassets/dokument/-publicerat/rapporter/rapporter-2016/blev-det-nagon-verkstad-rapport.pdf
- Kjellberg, I. (2012). *Klagomålshantering och lex Sarah-rapportering i äldreomsorgen. En institutionell etnografisk studie*. Diss. Göteborgs universitet.
- Kjellberg, I. Berg, K. & Österberg, T. (2023). Exploring mandatory reporting in social care and social services in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 33(1), s. 29–41. https://doi.org/10.1111/ijsw.12588
- Kjellberg, I. & Berg, K. (2024). Physical abuse by staff and co-residents of older people and people with intellectual disabilities. *Journal of Social Work*, 25(2), s. 233–249. https://doi.org/10.1177/14680173241278257
- Kjellberg, I. & Berg, K. (2025). Lex Sarah i individ- och familjeomsorgen – utredningar av missförhåll-

- landen och dess konsekvenser. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 31(1), s. 5-12. <https://doi.org/10.64098/SVT.2025.32.1.61067>
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2), s. 340–363. doi:10.1086/226550
- Nankervis, K., Ashman, A., Weekes, A. & Carroll, M. (2019). Interactions of residents who have intellectual disability and challenging behaviours. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(1), s. 58–72. doi:10.1080/1034912X.2019.1678742
- Peerally, M. F., Carr, S., Waring, J. & Dixon-Woods, M. (2017). The problem with root cause analysis. *BMJ Quality and Safety*, 26(5), s. 417–422. 10.1136/bmjqs-2016-005511
- Penhale, B. (2018). Elder abuse, ageing and disability: a critical discussion. I Shah, S. & Bradbury-Jones, C. (red.) *Disability, gender and violence over the life course: global perspectives and human rights approaches*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315111452>
- Prop. 2009/10:131. Lex-Sarah och socialtjänsten- förslag om vissa förändringar.
- Riksrevisionen. (2023). *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre* (RiR 2023:4).<https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2023/lex-maria-och-lex-sarah---statens-arbete-mot-vardskador-och-missforhallanden-inom-var-d-och-omsorg-av-al-dre.html>
- Rytterström, P., Arman, M. & Unosson, M. (2013). Aspects of care culture in municipal care for elderly people: a hermeneutic documentary analysis of reports of abuse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), s. 354–362. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01042.x
- SFS (1993:387) Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- SFS (2001:453) Socialtjänstlag.
- Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah. Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*. Socialstyrelsen.
- Taylor, B. & Whittaker, A. (2018). Professional judgement and decision-making in social work. *Journal of Social Work Practice*, 32(2), s. 105–109. doi:10.1080/02650533.2018.1462780
- Tingberg, B. & Nilsson, D. (2020). Child neglect - still a neglected problem in the global world: a review. *Journal of Advanced Pediatric Child Health*, 3, s. 038-046. doi:10.29328/journal.japch.1001016