



Årsrapport lex Sarah 2019

Sammanfattning

Årsrapporten redovisar hur socialförvaltningen arbetat under 2019 med att rapportera, utreda, bedöma och åtgärda avvikelser enligt lex Sarah.

Lex Sarah är benämningen på de lagparagrafer som ålägger socialtjänsten, LSS-verksamheter och Statens institutionsstyrelse att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. För socialtjänstens vidkommande regleras dessa skyldigheter i 14 kap. 2-7 §§ Socialtjänstlag (2001:453). Missförhållanden och risker för missförhållanden som bedöms vara allvarliga ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Årsrapporten 2020 beskriver hur rapporteringen sett ut och vad detta lett till i form av utredningar, bedömningar, åtgärder och beslut.

Beslutsunderlag

Socialförvaltningens tjänsteskrivelse den 30 april 2020 (denna skrivelse).

Barnets bästa

En betydande del av nämndens verksamhet utgörs av insatser till förmån för barn och ungdomar. Det ligger därmed i linje med barns bästa att händelser som utgör missförhållanden eller risk för missförhållanden skyndsamt utreds grundligt för att systemfel ska uppmärksammas och åtgärdas.

Ärendet

Vid socialnämndens möte i maj kommer tre rapporter redovisas som i olika delar beskriver uppföljning av det systematiska kvalitetsarbete som nämnden är ansvarig att utföra i enlighet lag och föreskrifter för socialtjänst eller hälso- och sjukvård. De tre ärendena avser:

- Årsrapport för klagomålssystem – som är en beskrivning av hur klagomål och synpunkter utreds inom socialnämnden för år 2019.

- Årsrapport för Lex Sarah - som är benämningen på den lag som ålägger socialtjänsten att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden som rör eller kan röra enskilda brukare. (*denna skrivelse*)
- Patientsäkerhetsberättelse för år 2019 – som är en uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta ansvar finns enbart inom särskilt boende inom verksamhetsområdet socialpsykiatri och regleras enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Lex Sarah är benämningen på de lagparagrafer som ålägger socialtjänsten, LSS-verksamheter och Statens institutionsstyrelse att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. För socialtjänstens vidkommande regleras dessa skyldigheter i 14 kap. 2-7 §§ Socialtjänstlag (2001:453). Missförhållanden och risker för missförhållanden som bedöms vara allvarliga ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

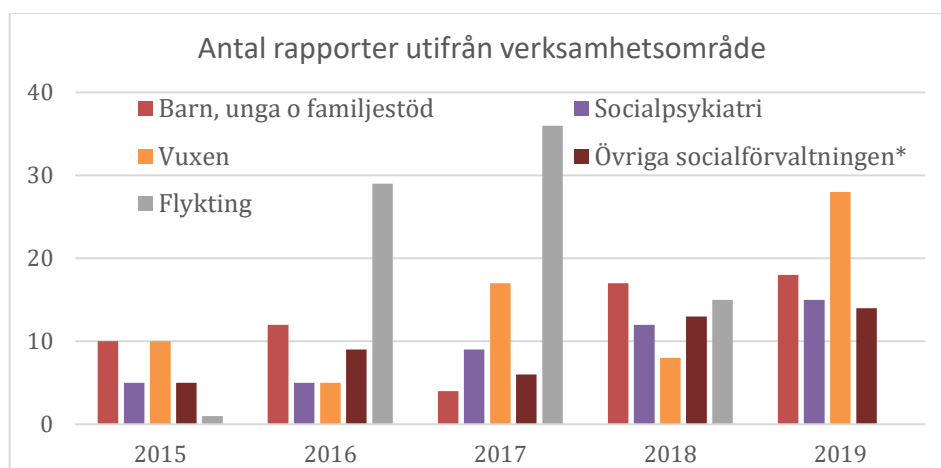
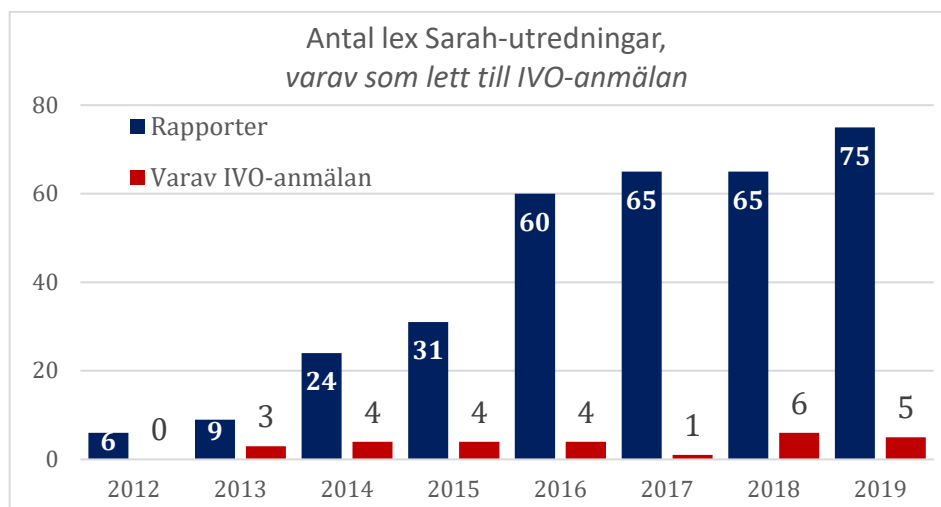
Årsrapporten 2020 beskriver hur rapporteringen sett ut och vad detta lett till i form av utredningar, bedömningar, åtgärder och beslut. Några diagram innehåller statistik för de tre senaste åren för att visa på likheter och skillnader.

Rapporten avslutas med en översikt av hur lex Sarah-gruppen utvecklat och kvalitetssäkrat arbetssättet under året som gått och hur detta planeras att fortskrida under 2020.

Rapporter och utredningar

Det har tagit några år att implementera lex Sarah. En nyckel har varit att alltid använda ett icke-dömande språkbruk: "Du rapporterar en händelse" och att förmedla att lex Sarah är en del av vårt systematiska förbättringsarbete som leder till konkreta åtgärder.

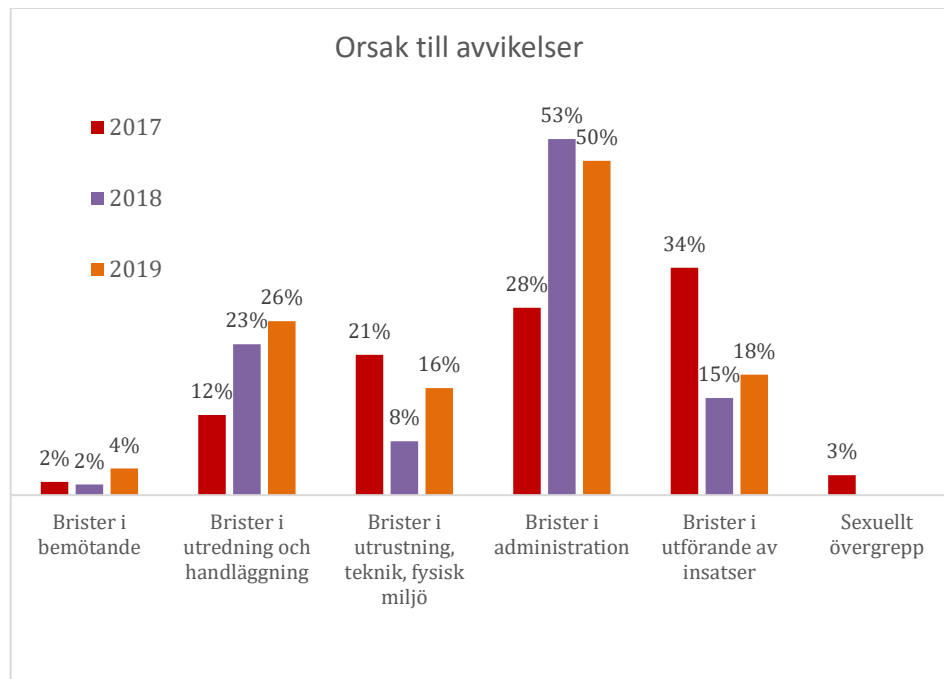
Sedan 2016 har antalet rapporter som lett till utredning legat jämnt på 60-80 stycken men åren skiljer sig ändå åt på flera sätt när det gäller vad som rapporterats. Vilket antal som är "normalt" eller önskvärt går inte att fixera, det handlar mer om att försöka bedöma om det sker en över- eller underrapportering och agera utifrån detta med utbildning och information. Under 2019 ledde rapporterna till 75 utredningar enligt lex Sarah.



Under 2016 och 2017 stod verksamhetsområde Flykting för cirka hälften av rapporterna. I takt med att verksamheten utvecklades kvalitetsmässigt och samtidigt krympte i volym minskade antalet avvikelser. Från och med 2019 ingår flykting i verksamhetsområde Vuxen vilket förklarar en del av ökningen av rapporter därifrån. *1

¹ Övriga socialförvaltningen består av Stab, Ekonomienhet, Resurs och utveckling, Tillståndsenhet och Medborgarcenter när de utför uppdrag åt socialförvaltningen

Orsaker och åtgärder



Diagrammet ovan visar orsaker till de rapporterade händelserna i de fall då utredningen visat att det var ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande. Flera orsaker kan anges varför totalsumman varje år blir mer än 100 %.

Brister i bemötande

Ett gott och professionellt bemötande är en av grundstenarna i socialarbetarens yrkesutövning; vi ska behandla utsatta människor som söker vårt stöd med tålmod, respekt och empati. Det är mycket svårt att alltid, i alla typer av situationer, gentemot alla människor, ge ett bemötande som upplevs som just gott och professionellt, men brukarundersökningar har visat att vi i mycket hög grad lever upp till detta ². När vi därför pratar om brister i bemötande i lex Sarah-sammanhang handlar det om nivån allvarliga, medvetna kränkningar. Det är oerhört viktigt att våra medarbetare reagerar på sådana ovanliga händelser och tar det rätta men - i förhållande till kollegor som brister - svåra beslutet att rapportera detta.

Under 2019 kom det in tre sådana rapporter, varav en ledde till en IVO-anmälan. Utredningarna visade att det handlade om upprepat kränkande bemötande och att chefer och HR arbetat med personalen för att bryta det negativa beteendet så fort de fick kännedom om händelsen. När medarbetarna, trots samtal och utbildning, fortsatt att kränka brukare rapporterades detta enligt lex Sarah. Även arbetsrättsliga åtgärder har satts in.

² Ett exempel: I den nationella brukarundersökningen 2017 (151 svar i Lund) och 2019 (131 svar i Lund) ställdes frågan "Hur stor förståelse visar socialsekreteraren för din situation?". Av de som svarade sa 88 % respektive 84 % att de upplevde att den visade förståelsen var ganska stor eller mycket stor.

Brister i administration

Det finns brister som återkommer men som har en spridning som gör det svårt att se mönster i form av systemfel som kan rättas till en gång för alla. Brister i administration är en sådan återkommande avvikelser. I klartext betyder det att vi varit oaktsamma med personuppgifter och att sekretessen brutits eller riskerat att brytas.

Under 2018 kom det in 17 rapporter som handlade om olika risker för röjande av känsliga uppgifter. Detta ledde till instruktioner och påminnelser om sekretesshantering till all personal, såväl muntligt som skriftligt.

Under 2019 fick vi in ännu fler rapporter (27 stycken, vilket var en tredjedel av alla lex Sarah-rapporter) som handlade om hur sekretessen brutits eller riskerat att brytas. Det är möjligt att implementeringen av lex Sarah synliggjort ett riskområde som alltid funnits och som nu blivit mycket tydligt definierat. Nästan alla gör allt rätt hela tiden men har en känslig personuppgift hamnat fel så kan det vara allvarligt för våra brukare och en lex Sarah-rapport ska göras.

En lyckad implementering tar inte bort det faktum att problemet verkade växa under 2019. Att utreda enligt lex Sarah innebär bland annat att vi försöker undersöka vad som ligger bakom de "mänskliga misstag" som sägs ligga bakom denna typ av händelse. Vi har hittat faktorer i form av stress, otydliga rutiner, brister i kommunikation, resurser eller kunskap som går att möta med förebyggande åtgärder som riktar sig till hela arbetsgruppen och därmed kan antas ha större effekt än påminnelser till enskilda medarbetare om att göra rätt.

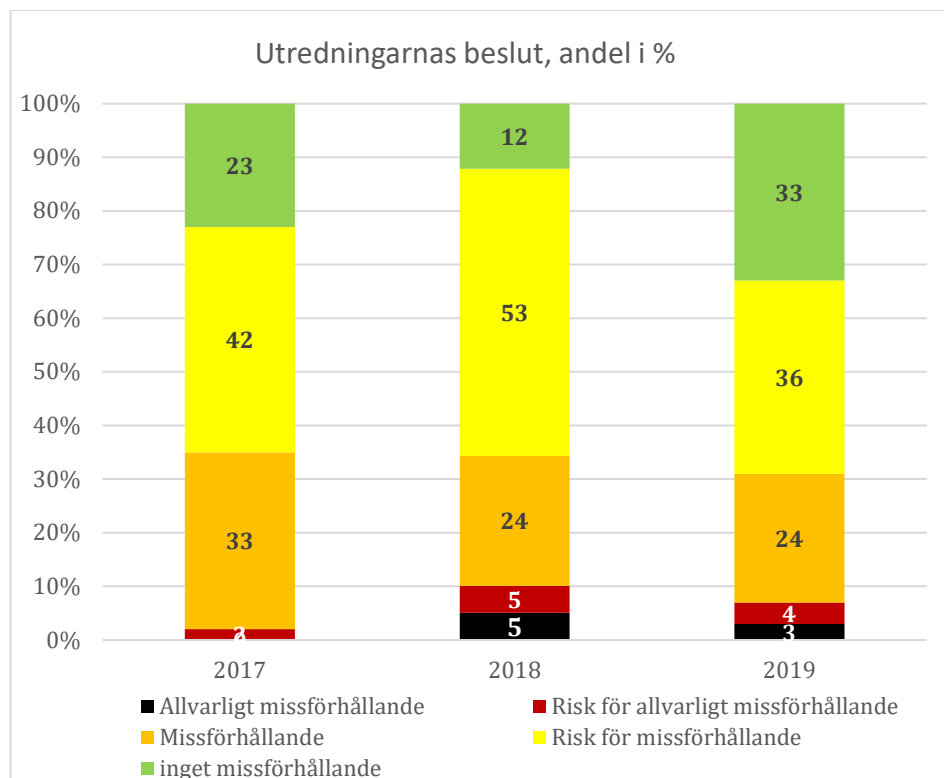
Inga rapporter tog dock upp att samma medarbetare upprepat misstaget; utifrån utredningsarbetet vet vi att den som råkat riskera att röja känsliga uppgifter om sina brukare själv fått en obehaglig upplevelse som troligen skärper noggrannheten. Det fanns däremot indikationer 2018 på att bristen inte var jämnt fördelad mellan olika enheter trots likheter i arbetsuppgifter och arbetsmiljö, något som skulle kunna tolkas som att vissa enheter eller chefer lyckats bättre med att skapa en arbetskultur där det finns en noggrannhet i hanteringen av personuppgifter. Under 2019 var det andra enheter än tidigare som var överrepresenterade vilket pekar på att problemet kan vara normalfördelat eller ha andra förklaringar. Åtgärden med utbildning och allvarliga påminnelser upprepades därför på bred front. Förväntningen är nu att detta omtag kommer att minska risken för denna typ av misstag som visserligen är mänskliga, men potentiellt allvarliga.

Övriga avvikelser som rapporterats enligt lex Sarah

- Handläggning som dragit ut på tiden onödigt länge. Orsakerna till detta har varit bristfällig överlämning, oklara rutiner och hög arbetsbelastning.
- Larm som inte fungerat.
- Mötesrummen på plan 1 i Kristallen har kritiserats. Några brukare har upplevt besöksmiljön som stressande och personal har rapporterat en brist på rum som försämrar tillgängligheten för brukarna.
- Brister i handläggning eller utförande av insatser som beror på att personal inte följt gällande rutiner, inte känt till rutinerna eller att rutinerna visat sig vara otillräckliga.

Alla avvikelser som rapporterades har lett till åtgärder av olika slag i form av utbildning, påminnelser, intern dialog, rättelser i dokumentation, uppdaterade rutiner och förändrade arbetsätt.

Bedömning och beslut



Lex Sarah-utredningen sker i dialog med berörda medarbetare och chefer, det är de som är närmast händelsen och bäst vet vad som behöver göras för att åtgärda det som hänt. När orsakerna till avvikelserna klargjorts, och nödvändiga åtgärder är gjorda eller inplanerade, återstår bedömningen. Ibland är det svårt att klassificera en händelse eftersom det saknas facit i form av entydiga riktlinjer. Det handlar om göra avvägningar av vad som hänt och

vilka faktiska konsekvenser det gett. Genom regelbundna ärendediskussioner, utbildning och dialog med de chefer som fattar besluten försöker lex Sarah-gruppen hålla en hög, jämn nivå på bedömningarna.

Anmälan till IVO

Under året anmälde vi fem allvarliga händelser till IVO:

- En medarbetare utsatte brukare för kränkande bemötande.
- Ambulanspersonal som kallats till ett boende fick inte kontakt med personal då larm och telefoner var ur funktion eller avstängda.
- Upprepad oaktsamhet vid hanteringen av känsliga uppgifter vilket ledde till att en LVM-anmälan missades.
- Sociala jouren blev onåbar under en del av kvällen då larmet i jourens lokaler inte var rätt inställt.
- Skyddade personuppgifter röjdes till en annan brukare genom feladressering.

Ingen av händelserna medförde några riktigt allvarliga konsekvenser för de brukarna som berördes. IVO har godkänt utredningarna och de åtgärder som vidtagits.

Allvarliga händelser men inget missförhållande

Under 2019 bedömdes en tredjedel av alla avvikelser (25 av 75) inte som ett missförhållande. Det kan tyda på att implementeringen nått så långt att vi fått en viss överrapportering, något som i så fall får anses vara bättre än det motsatta. När vi utbildar personalen i lex Sarah är vi tydliga med att de inte måste veta om det inträffat ett missförhållande, det räcker att de misstänker att det är så, sedan får utredningen ge svaret.

En del av dessa händelser som får bedömningen "inget missförhållande" är mycket allvarliga, till exempel suicid och brand. Det blir då viktigt – inte minst för vår egen personal – att utreda för att kunna besvara frågan om vi gjort allt vi skulle och kunde, utifrån såväl lagstiftning som professionell kompetens och etik.

Kvalitetssäkring och utveckling

Lex Sarah-gruppen arbetar kontinuerligt med att utbilda, utreda och utveckla. Fokus ligger på att lyfta systemperspektivet och visa hur rapporterna konkret leder till förbättringar för våra brukare. För att kunna bibehålla och utveckla kvaliteten på hur socialförvaltningen följer lex Sarah-lagstiftningen och dess intentioner har lex Sarah-gruppen under 2019 genomfört följande:

- Deltagit i extern utbildning och därefter utvecklat arbetsformerna genom interna metoddiskussioner, vilket lett till revideringar i rutinen för lex Sarah.
- Infört fasta tider för ärendediskussion.
- Erbjudit fortsatt utbildningsstöd till socialförvaltningens verksamheter.

Under 2020 kommer utvecklingsarbetet att fortsätta genom:

- Implementering av rutiner för uppföljning och utvärdering av de åtgärder som beslutats i utredningarna.

Förvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta
att lägga rapporten till handlingarna.

Annika Pettersson
socialdirektör

Johan Larsson Boström
utvecklingschef

Beslut expedieras till:
Akten