

AVVIKELSER KVALITETSÅRET 2018/2019

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VOO 2019/0587

Innehållsförteckning

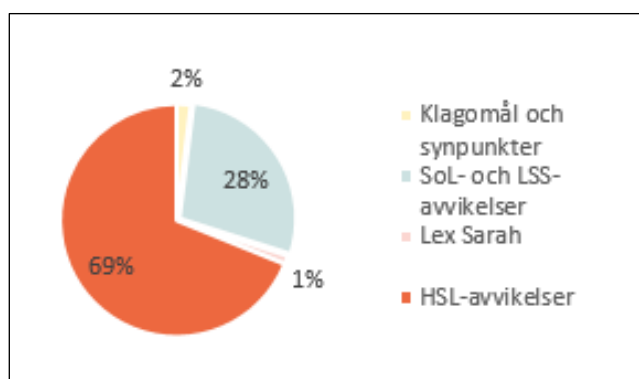
Sammanfattning med förslag till åtgärder	3
Klagomål och synpunkter	4
Klagomål och synpunkter efter typ	4
Svarstid för klagomål och synpunkter.....	4
Anmälare av klagomål och synpunkter	5
Analys och kommentarer	5
SoL- och LSS-avvikelser	6
SoL- och LSS-avvikelser efter typ.....	6
Analys och kommentarer	6
Lex Sarah-ärenden	8
Antal Lex Sarah efter typ	8
Analys och kommentarer	8
HSL-avvikelser	10
Antal HSL-avvikelser per avvikelsekategori.....	10
Läkemedelshantering	10
Medicinsk omvårdnad.....	11
Analys och kommentarer	11

Sammanfattning med förslag till åtgärder

Alla avvikelser; klagomål och synpunkter, SoL- och LSS-avvikelser, lex Sarah-ärenden samt HSL-avvikelser som inträffat under perioden 1 oktober 2018 till 30 september 2019 i intern och extern verksamhet har sammanställts, granskats och analyserats på enhets-, verksamhets- och på förvaltningsnivå.

Att en avvikelse inträffar i en verksamhet är något negativt. Men som en del i det systematiska förbättringsarbetet är det viktigt att betona att varje upptäckt av en avvikelse är positivt. Genom upptäckten av en avvikelse säkerställs dels att den åtgärdas, dels att verksamheten får en möjlighet att se över sitt arbetssätt och därigenom kan förhindra att liknande avvikelser återupprepas.

Under kvalitetsåret rapporterades totalt 12 205 avvikelser; klagomål och synpunkter, HSL-, SoL- och LSS-avvikelser samt lex Sarah-ärenden, en ökning med 7 procent jämfört med föregående år. Antalet avvikelser har ökat varje år sedan 2015. Ökningen förklaras främst med en ökad kunskap och förståelse hos medarbetarna om vikten av att rapportera avvikelser som en del i det systematiska förbättringsarbetet.



I årets rapport har förbättringsområden identifierats. Flera av förbättringsområdena är kopplade till verksamhetssystemet (Procapita) men rör också information till brukare och allmänhet samt interna arbetssätt, processer och rutiner. Några av förbättringsområdena identifierades redan under föregående års rapportering. Även om det pågår ett arbete inom förvaltningen inför upphandling av nytt verksamhetssystem är det betydelsefullt att åtgärda några av de systemfel som identifierats (i Procapita) – så att fokus i rapporteringen av avvikelser flyttas från brister i verksamhetssystemet till analys av det systematiska förbättringsarbetet.

Åtgärdsförslag:

- Informationen om klagomål och synpunkter på kommunens hemsida behöver förtydligas och e-tjänsten behöver förenklas.
- Besluta om ny information gällande klagomål och synpunkter.
- Besluta om ny rutin och process för klagomål och synpunkter.
- Översyn av registrering och hantering av SoL- och LSS-avvikelser i verksamhetssystemet.
- Rutin och process för SoL- och LSS-avvikelser bör revideras.
- Implementera arbetsmodellen PGSA-hjulet.
- Implementera blanketten för uppföljning av åtgärder i samband med lex Sarah-ärenden.
- Utveckla ett strukturerat arbetssätt, t.ex. genom att inrätta avvikelseforum i samtliga verksamheter.
- Implementera arbetet med Senior alert i samtliga verksamheter.
- Implementera rutinen för trycksår i samtliga verksamheter.

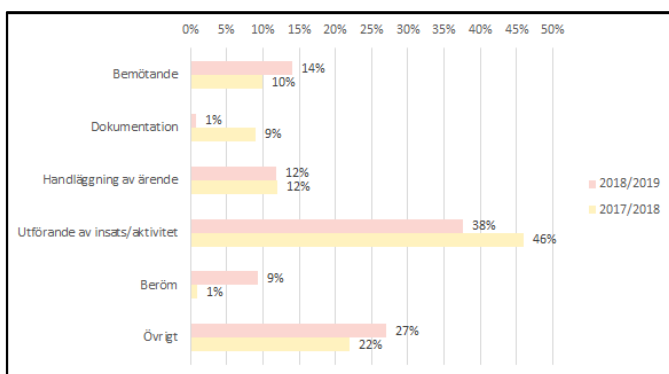
Klagomål och synpunkter

Hantering av klagomål och synpunkter är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Syftet är att brister inte ska uppstå eller upprepas. Om en brist ändå uppstår ska verksamheten lära sig av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. En utredning ska identifiera bakomliggande orsak till bristen på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation och inte till person.

Till vård- och omsorgsförvaltningen framfördes totalt 237 klagomål och synpunkter, vilket är en ökning med 12 procent jämfört med föregående kvalitetsår.

Klagomål och synpunkter efter typ

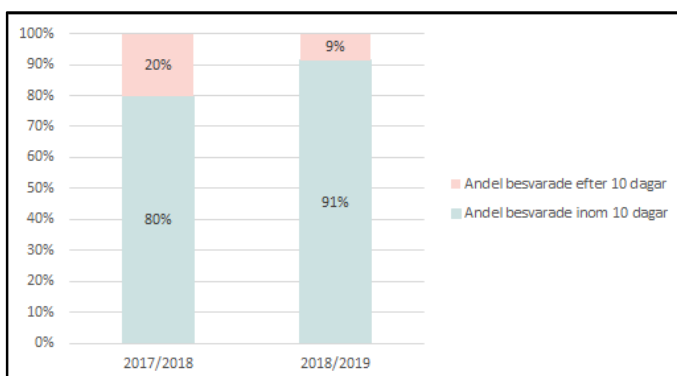
I samband med registrering av klagomål och synpunkter rapporteras också ärendetyp.



Den procentuella fördelningen efter typ av klagomål och synpunkter har förändrats en hel del jämfört med föregående år. Andelen klagomål gällande *utförandet av insats/aktivitet* och *dokumentation* har båda minskat med 8 procentenheter. Däremot har det skett en ökning av andelen klagomål gällande *brister i bemötandet* och i *övrigt* med 4 respektive 5 procentenheter.

Svarstid för klagomål och synpunkter

Diagrammet nedan visar svarstiden i jämförelse med föregående kvalitetsår.

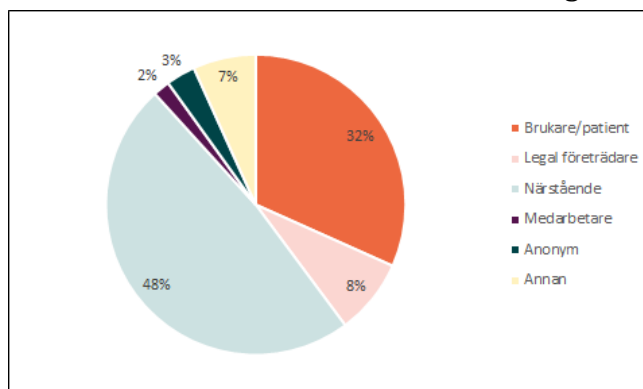


Verksamheterna beskriver att de arbetat aktivt med att besvara inkomna klagomål och synpunkter inom tio arbetsdagar. Arbetet har gett resultat då 91 procent fått svar inom tio arbetsdagar under kvalitetsåret 2018/2019.

Anmälare av klagomål och synpunkter

Alla intressenter, brukare och deras närstående, medarbetare, elever, myndigheter och föreningar som upplever brister i verksamhetens kvalitet har rätt att framför klagomål och synpunkter.

56 procent av alla klagomål och synpunkter som inkom framfördes av närstående och legal företrädare, 32 procent av brukarna själva och 12 procent av annan. Jämfört med föregående år så har fler klagomål och synpunkter kommit in från brukarna själva.



Analys och kommentarer

Ökningen av antalet klagomål och synpunkter kan vara en indikator på att kvaliteten försämrats eller på att allt fler blivit medvetna om sina möjligheter att klaga på vården och omsorgen.

Den procentuella fördelningen efter typ av klagomål och synpunkter har förändrats en hel del jämfört med föregående år. Andelen klagomål gällande *utförandet av insats/aktivitet* och *dokumentation* har båda minskat med 8 procentenheter. Däremot har det skett en ökning av andelen klagomål gällande *brister i bemötandet* och i kategorin *övrigt* med 4 respektive 5 procentenheter. Vad ökningen beror på kan inte utläsas. Inom typen *övrigt* registreras alla de ärenden som inte går att härleda till brukare utan som handlar om allt från tillgänglighet, avgifter, fortkörning, mat och måltider samt missnöje kopplat till politiska beslut.

Enheterna hanterar klagomålen enligt rutin och arbetar aktivt med att komma till rätta med bristerna när de uppstår. Då antalet registrerade klagomål är relativt få per enhet blir det svårt att göra analys för att se mönster och förhindra återupprepning på enhetsnivå. Det bör också tilläggas att flertalet enheter inte har några registrerade klagomål och synpunkter.

De vanligaste åtgärderna som enheterna vidtagit är samtal med både berörda brukare och deras närstående samt medarbetare. I de flesta fall har åtgärderna varit tillfredsställande. Det går däremot inte att säga om åtgärderna gett en varaktig effekt.

Utifrån enheternas redovisningar framgår det att det finns vissa strukturella problem i hanteringen som fortfarande inte åtgärdats. En översyn av struktur och process är genomförd men beslut om förslag kvarstår för:

- information om klagomål och synpunkter
- rutin och process för klagomål och synpunkter

Utöver punkterna ovan kvarstår också revidering av informationen på kommunens hemsida och att förenkla e-tjänsten.

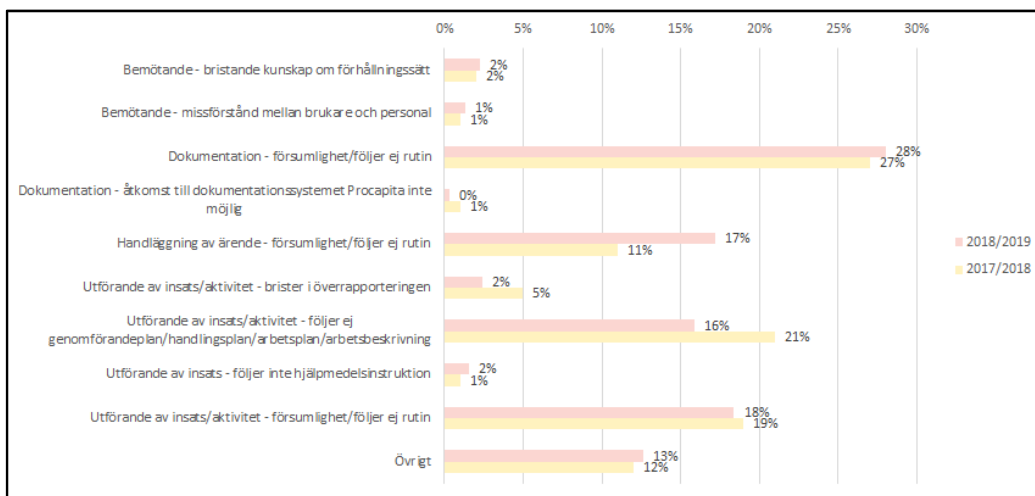
SoL- och LSS-avvikelser

En SoL- eller LSS-avvikelse ska dokumenteras i verksamhetssystemet Procapita så snart den upptäcks. Avvikelsedokumentationen ska tydligt beskriva typ av händelse, varför avvikelser inträffar, graden av konsekvens för brukaren, vidtagna åtgärder samt uppföljning.

Under kvalitetsåret registrerades totalt 3 415 SoL- och LSS-avvikelser, en ökning med 21 procent jämfört med föregående år.

SoL- och LSS-avvikelser efter typ

I samband med registrering av SoL- och LSS-avvikelser rapporteras också typ.



Den procentuella fördelningen efter typ av avvikelse har förändrats i förhållande till föregående år. Andelen avvikelser gällande *utförandet av insats/aktivitet* har minskat med samma procentsats (8 procentenheter) som för klagomålen. Utförarna har rapporterat färre avvikelser om *utförande av insats/aktivitet* vilket kan tyda på att medarbetarna arbetar i högre utsträckning enligt genomförandeplanen. *Handläggning av ärende* ökade med 8 procentenheter.

Uppgift om antal SoL- och LSS-avvikelser efter typ överensstämmer inte med uppgift efter konsekvens för brukaren, en differens på 110 avvikelser. En förklaring av kan vara att en och samma avvikelse typats med fler än ett alternativ.

Analys och kommentarer

Varför den procentuella fördelningen efter typ av avvikelse har förändrats framgår inte av verksamhetens redovisning. Analys av det samlade resultatet ur ett brukarperspektiv är inte så djupgående då rapporteringen handlar mer om strukturfel.

I verksamheternas redovisningar framkommer att det finns brister i hanteringen som härleds till verksamhetssystemets uppbyggnad och sökfunktion. Flera av de identifierade bristerna är kopplade till verksamhetssystemet (Procapita). Även om det pågår ett arbete inom förvaltningen inför upphandling av nytt verksamhetssystem är det betydelsefullt att åtgärda några av de systemfel som identifierats (i Procapita) – så att fokus i rapporteringen av avvikelser flyttas från brister i verksamhetssystemet till analys av det systematiska förbättringsarbetet.

Myndighetsfunktionen rapporterade att antalet avvikelser nästintill dubblerats i förhållande till föregående år. Det är framförallt inom *handläggning av ärende* som ökningen skett. Anledningen uppges vara flera; bristande introduktion i verksamhetssystemet för nyanställda samt dubbelrapporterade avvikelser till denna rapport. (En avvikelse tilldelas alltid chefen för utförarverksamheten och handläggarens chef i de fall handläggaren väljer detta. På så sätt kan en och samma avvikelse komma att sökas fram och rapporteras två gånger - både på myndigheten och hos utföraren.)

Verksamhetsområdena har i sina analyser kommenterat samma problematik, att avvikelser som avser myndighetsfunktionen kommer med i enhetens statistik, och därmed blir antalet avvikelser missvisande.

Ett annat strukturellt problem som finns är att typningen av avvikelser dels är för många och dels otydliga. Bedömningen blir godtycklig. Det finns ett behov av att förenkla och förtydliga registreringen av avvikelser. Flera verksamhetsområden pekar också på svårigheter att hantera avvikelser när flera utförare är berörda till följd av systemets uppbyggnad och att sökfunktion saknas för när på dygnet avvikelsen inträffat så att åtgärd vidtas inom ansvarig enhet.

Flera verksamhetsområden kommenterar att det finns en hel del avvikelser som saknar bedömning av konsekvens. Om avsaknaden av bedömning beror på att det missats i rapporteringen eller om det är kopplat till verksamhetssystemet går inte att utläsa. I de fall enhetschefen graderar att det inte blev någon konsekvens för brukaren och väljer *ingen konsekvens* tolkar systemet det som att inget val gjorts. Bedömningarna av konsekvenser blir subjektiva då det saknas beslutade kriterier för avgörande av allvarlighetsgrad. Problematiken uppmärksammades redan under föregående års rapportering.

En annan brist som Myndighetsfunktionen lyfter är att avvikelser har avslutats utan att några åtgärder dokumenterats. Det är en brist att avvikelser kan avslutas utan fullständig dokumentation.

De vanligaste åtgärderna enheterna vidtagit handlar om förändringar i arbetsstruktur och arbetssätt, genomgång av rutiner och uppdatering av genomförandeplaner samt utbildning i bemötande.

Utifrån verksamhetsområdenas redovisningar framgår det tydligt att det finns strukturella problem i hanteringen. Strukturen och processen för avvikelsehantering behöver därför förenklas och förtydligas. Översynen bör omfatta hela processen:

- registrering och hantering av SoL- och LSS-avvikelser i verksamhetssystemet
- revidering av rutin och process
- implementera arbetsmodellen PGSA-hjulet
- fortsätta utveckla det systematiska förbättringsarbetet

Lex Sarah-ärenden

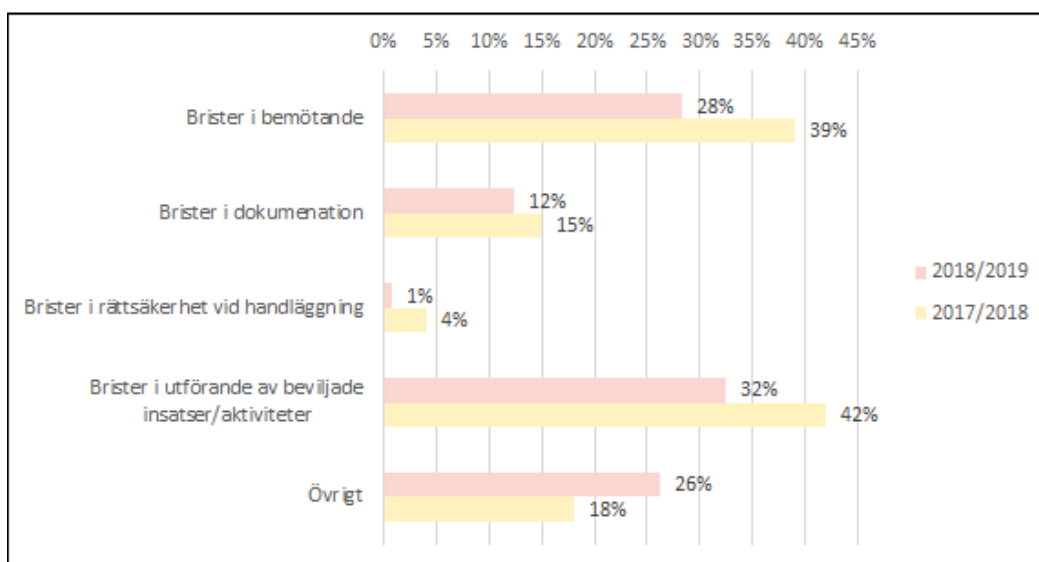
Lex Sarah styr skyldigheten att rapportera och utreda missförhållanden och risker för missförhållanden i en verksamhet. Om ett ärende bedöms vara allvarligt ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Bestämmelserna om lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten. Syftet med lex Sarah är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Om ett missförhållande ändå uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. Alla rapporter ska tas emot och utredas. En utredning ska identifiera bakomliggande orsak till missförhållandet på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation och inte till person.

Under kvalitetsåret har totalt 145 missförhållanden eller risk för missförhållanden registrerats, utretts och avslutats enligt rutin för lex Sarah. 13 ärenden bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till IVO, jämfört med 14 ärenden föregående år.

Antal Lex Sarah efter typ

Diagrammet nedan visar andelen lex Sarah-ärenden efter typ i jämförelse med föregående kvalitetsår.



Även här har fördelningen efter typ förändrats i förhållande till föregående år. *Övrigt* har ökat medan de andra typerna minskat. Misstänka stölder av läkemedel, smycken och pengar står för en stor del av ökningen.

Analys och kommentarer

Lex Sarah-ärendena har hanterats på ett professionellt sätt. Rutin och handbok för tillämpning av lex Sarah är till stor hjälp vid handläggningen.

Åtgärder som vidtagits inom myndighetsfunktionen i samband med lex Sarah-ärenden har varit dialog i olika forum; med berörd handläggare, vid metodmöten och handläggareträffar samt vid kollegiegranskning av dokumentation av lex Sarah-ärenden. För att säkerställa att alla ärenden som inkommer till myndighetsfunktionen handläggs utan dröjsmål har medarbetarna indelats i grupper om fyra för att svara för varandra vid frånvaro.

De vanligaste åtgärderna inom verksamhetsområdena är arbetsrättsliga åtgärder, förbättringar eller nya rutiner samt dialoger i olika forum. Samtal med medarbetare har ökat förståelsen för rapporteringsskyldigheten. Detta brister dock fortfarande på vissa enheter där det finns en rädsla att rapportera av olika skäl.

Verksamheterna har tagit lärdom av de händelser som inträffat tidigare kvalitetsår och arbetat fram ett årligt utbildningsmaterial för samtliga medarbetare och en blankett för uppföljning av åtgärder för chefer. Materialet har inte implementerats i verksamheten fullt ut.

Boende LSS har skapat ett avvikelseforum för enhetschefer där syftet är att alla typer av avvikelser ska tas upp. Under det gångna året har det varit lex Sarah som har kollegiegranskats och diskuterats. Detta i syfte att vara en lärande organisation och sprida åtgärder, erfarenheter så att det inte händer igen tillsammans med nya diskussioner för åtgärder. En lokal rutin för lex Sarah-rapportering gällande brister i hanteringen av privata medel har tagits fram.

Syftet med lex Sarah är att missförhållanden i verksamheten ska rättas till och att verksamheten ska förhindra att missförhållanden uppkommer igen. Avsikten med lagstiftningen är inte att alla fel och brister i verksamheten ska rapporteras enligt lex Sarah. Brister som inte innebär ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande ska istället rapporteras som en avvikelse. Att skriva lex Sarah-rapporter om *alla brister* vid hantering av privata medel oavsett allvarlighetsgrad är inte förenligt med gällande lagstiftning.

Förvaltningens centrala forum för dialog och aktgranskning av lex Sarah-ärenden är en bra arena för att lyfta ovanstående frågeställning innan ny lokal rutin införs.

Utifrån vad som framkommit rekommenderas ett fortsatt arbete med att:

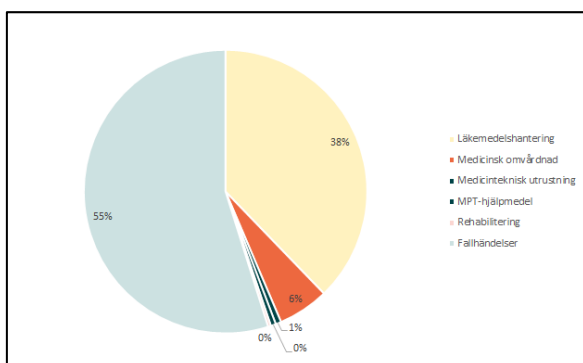
- implementera arbetsmodellen PGSA-hjulet
- implementera blanketten för uppföljning av åtgärder
- utveckla och sprida avvikelseforum till samtliga verksamheter.

HSL-avvikelser

Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att såväl legitimerad personal som medarbetare med delegering är skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. I detta syfte ska risker för vårdskador samt händelser rapporteras. Det finns en rutin och en handbok för att underlätta rapporteringsarbetet. En utredning av händelsen ska identifiera bakomliggande orsak på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation, produkt och inte till person.

Under kvalitetsåret har totalt 8 408 HSL-avvikelser rapporterats, vilket är en ökning med 1,5 procent.

Antal HSL-avvikelser per avvikelsekategori



Tabellen visar en procentuell fördelning av avvikelsekategorier.

Mängden avvikelser har ökat något för läkemedelshantering och medicinsk omvårdnad medan fallhändelser har minskat. Merparten av avvikelser avseende läkemedelshantering är att medarbetare glömmer ge medicinen. Förväxling och överdosering förekommer, men i mindre skala. Under våren togs möjligheten att delegera administrering av narkotikaklassat läkemedelsplåster bort och får nu endast hanteras av sjuksköterska. Detta gjorde att avvikelserna kring felaktig hantering av narkotikaklassade läkemedelsplåster som orsakade överdosering minskade.

Merparten av fallhändelserna ger inga allvarliga skador, men det förekommer att fallhändelser orsakar olika typer av frakturer. Men oavsett skada är fall ett område som måste tas på största allvar då det är ett stort riskområde som ger konsekvenser för den enskilde.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har anmält två händelser enligt lex Maria till IVO. Båda händelserna avsåg medicinsk omvårdnad.

Läkemedelshantering

MAS har krav på att medarbetare som ska delegeras för läkemedelshantering ska genomföra webbutbildningen *Jobba säkert med läkemedel*. Alla medarbetare inom LSS-verksamheten har genomgått utbildningen. Inom HRSS och SBÄ har resultaten försämrats jämfört med föregående år, vilket innebär att MAS rutiner inte följts och är något som verksamheterna bör arbeta vidare med.

Medicinsk omvårdnad

Fråga/typ	Utfall
Antal patienter med trycksår	106

Tryckskada eller trycksår är att beteckna som en vårdskada eftersom de orsakar fysiskt lidande och ett ökat behandlingsbehov. Gradering av tryckskadans svårighetsgrad görs enligt fyra olika kategorier beroende på skadans utseende. Enligt MAS rutin från 2018 ska en tryckskada och trycksår rapporteras som en avvikelse. Resultatet av rapporteringen visar att rutinen inte implementerats fullt ut i verksamheterna.

Analys och kommentarer

Fallhändelser

Inom samtliga verksamhetsområde bortsett från Boende LSS, är det fallhändelser som rapporterats mest frekvent, men antalet rapporterade fall har totalt sett minskat. Förekomsten av fall skiljer sig mycket mellan hemvårdsområdena men även mellan boendeenheterna. Flera enheter anger att arbetet kring fall har påverkats av att det varit vakanta tjänster inom rehabgruppen eller att det varit byte av rehabpersonal under kvalitetsåret. Detta har lett till färre träningsordinationer gällande balans och styrka, möjlighet till grupp gymnastik har minskat och teamarbetet har försvårats. Rehabpersonalen är en väsentlig del i arbetet med fallprevention.

Alla fall kan inte förebyggas och det finns medicinska aspekter som t.ex. pågående infektion, medicinändring, risk för undernäring och demenssjukdom som påverkar.

Samtliga verksamhetsområden anger att de på olika sätt arbetar intensivt med preventiva åtgärder, bland annat nämns:

- Arbeta enligt Senior alert
- Fallpreventiva hembesök, vid hembesöket görs en översyn av tillgängligheten i hemmet (mattor, trösklar, möbler mm) och eventuellt behov av hjälpmedel. Det görs även en översyn av befintliga hjälpmedel.
- En boendeenhet har börjat använda Snubblometer som genom algoritmer fångar upp rörelse- och balansmönster.
- På en enhet arbetar två undersköterskor i nära samarbete med sjukgymnast och tre dagar/vecka genomförs träning och balansövningar för de boende i dialog med sjukgymnasten. Undersköterskorna kan följa den boende och se förändringar på ett annat sätt än om det är olika personal varje gång. De har även tid att återkomma om patienten är svår motiverad till träning.
- En framgångsfaktor som en enhet anger är att läkare och sjuksköterska gör läkemedelsgranskning och provar att sätta ut vissa olämpliga läkemedel vilket kan leda till minskning av fall. Enheten utför också bedömning av den boendes förflyttningsförmåga, har balansträning och anpassad gymnastik. Möbleringen i lägenheterna kontrolleras av arbetsterapeut som ger förslag på säkrare boendemiljö och bättre belysning.

Trycksår

Sammanställningen visar att risken att drabbas av trycksår ökar med åldern och merparten (57%) har rapporterats från särskilt boende. Inom Särskilt boende arbetar samtliga enheter med riskbedömningar och omvårdnadsåtgärder. Att regelbundet inspektera patientens hudkostym är en åtgärd som är effektiv. Inom HRSS arbetar flertalet enheter med Senior alert för att förhindra trycksår. Vid risk för eller uppkomst av trycksår vidtas åtgärder i form av tryckavlastande madrass, lägesändringar, såromläggningar, översyn av nutrition mm. Inom hemvård för yngre och LOV-företagen förekommer inga trycksår och inom Boende LSS har det endast vid ett tillfälle rapporterats om trycksår.

Trycksår är att beteckna som en vårdskada vilket ska rapporteras som en avvikelse. Inom hemvård är rutinen känd på flertalet enheter. Två enheter anger att rutinen tagits upp på APT/teammöte för att alla medarbetarna ska få kännedom. Ytterligare tre enheter anger att rutinen inte har implementerats och att de inte kommit igång med arbetet.

Att rapportera att en patient drabbats av trycksår ska göras och de enheter som inte kommit igång behöver arbeta vidare för att göra rutinen känd. För en djupare analys av de trycksår som förekommer t.ex. svårighetsgrad, kommer frågan utvecklas till nästa års.