

AVVIKELSER KVALITETSÅRET 2019/2020

Vård- och omsorgsnämnden
VOO 2020/0723

Innehållsförteckning

Sammanfattning med förslag till åtgärder	3
Synpunkter och klagomål	5
Synpunkter och klagomål efter typ	5
Svarstid för synpunkter och klagomål	5
Anmälare av synpunkter och klagomål	6
Analys och kommentarer	6
SoL- och LSS-avvikelser	7
SoL- och LSS-avvikelser efter typ	7
Analys och kommentarer	7
Lex Sarah-ärenden	9
Antal Lex Sarah efter typ	9
Analys och kommentarer	9
HSL-avvikelser	11
Antal HSL-avvikelser per avvikelsekategori	11
Läkemedelshantering	11
Analys och kommentarer	12

Sammanfattning med förslag till åtgärder

Alla avvikelser; synpunkter och klagomål, SoL- och LSS-avvikelser, lex Sarah-ärenden samt HSL-avvikelser som inträffat under perioden 1 oktober 2019 till 30 september 2020 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 11 669 avvikelser; synpunkter och klagomål, HSL-, SoL- och LSS-avvikelser samt lex Sarah-ärenden, en minskning med fem procent jämfört med föregående år.

Fördelningen av avvikelser har också förändrats, andelen SoL- och LSS-avvikelser har minskat (från 28% till 23%) och andelen HSL-avvikelser ökat (från 69% till 74%).

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.

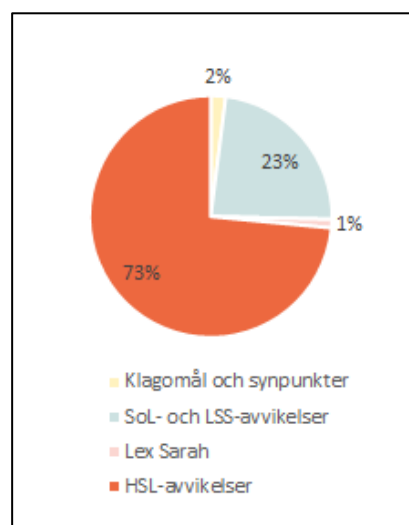
Verksamheterna har identifierat flera förbättringsområden och vidtagit en hel del åtgärder.

I årets uppföljning har fokus varit att fånga verksamheternas arbete med uppföljning av vidtagna åtgärder samt hur resultatet använts i det systematiska förbättringsarbetet.

Verksamheterna beskriver att de arbetar med avvikelser och med förutsättningarna för att skriva avvikelser. Genomgång och uppföljning av avvikelser uppges ske vid verksamheternas arbetsplatsträffar och vid ledningsgruppsmöten. Vilket resultat olika åtgärder lett till eller hur verksamheten arbetar med uppföljningen och vilka effekter som uppnåtts beskrivs sällan. En orsak till det kan ha att göra med hur anvisningar och frågeställningar i rapporten är formulerade.

Hur avvikelser används i det systematiska förbättringsarbetet beskrivs i varierande omfattning i verksamheternas rapporter. Tidigare års uppmärksammade brister har resulterat i att några verksamheter satt mål för år 2020 för att komma till rätta med bristerna.

Utifrån årets redovisningar finns fortsatt behov av att utveckla strukturer och analyser i det systematiska förbättringsarbetet. Hur förbättringsarbetet ska genomföras kommer att lyftas i samverkan med verksamhetschefer och kvalitetsutvecklare.



Åtgärdsförslag:

- Uppföljning av den nya rutinen att ta tillvara synpunkter och klagomål.
- Översyn av registrering och hantering av SoL- och LSS-avvikelse i verksamhetssystemet.
- Rutin och process för SoL- och LSS-avvikelse 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 .
- Införa krav på att vid varje delegering ska uppgift om vilka utbildningar medarbetaren genomgått anges i det digitala verktyget (APPVA).
- Prioritera fallförebyggande åtgärder.
- Säkerställa att avvikelserapportering kring trycksår tillämpas.

Synpunkter och klagomål

Hantering av synpunkter och klagomål 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.

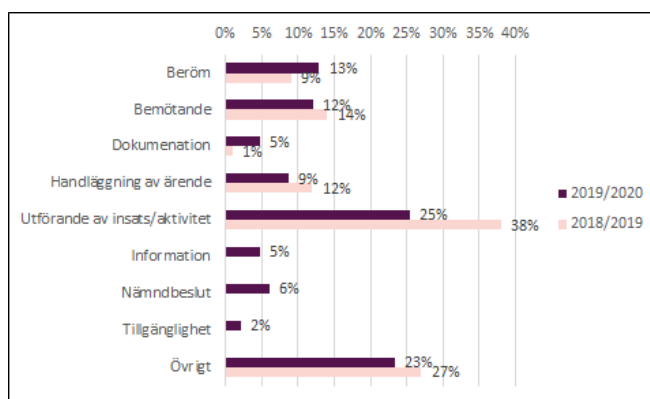
Till vård- och omsorgsförvaltningen framfördes totalt 232 synpunkter och klagomål, en minskning med två procent jämfört med föregående kvalitetsår.

Synpunkter och klagomål efter typ

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

Den procentuella fördelningen har förändrats en hel del jämfört med föregående kvalitetsår.

Under kvalitetsåret har typningen av synpunkter och klagomål förändrats med tillägg *information*, *nämndsbeslut* och *tillgänglighet*.



Tillägget av nya ärendetyper har spelat roll i fördelningen mellan klagomålen. Den största skillnaden syns i *utförandet av insatser/aktiviteter* som har minskat med tretton procentenheter.

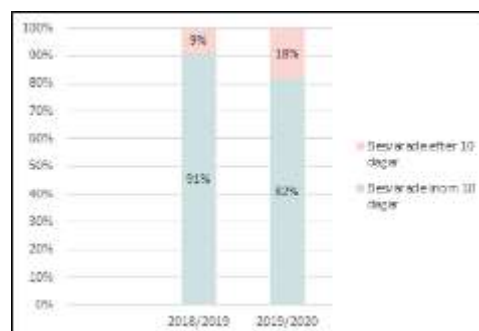
Andelen synpunkter som inkommer i form av *beröm* har ökat med fyra procentenheter jämfört med föregående kvalitetsår. Berömmen härleds i största delen till hemvården, intern och extern verksamhet.

Svarstid för synpunkter och klagomål

Diagrammet nedan visar svarstiden i jämförelse med föregående kvalitetsår.

Resultatet av uppföljningen visar att fler synpunkter och klagomål har haft längre svarstid.

Vad orsaken till att fler synpunkter och klagomål besvaras efter tio dagar går inte att utläsa ifrån verksamheternas redovisningar.



Anmälare av synpunkter och klagomål

56 procent av alla synpunkter och klagomål som inkom framfördes av närstående och legal företrädare, 28 procent av brukarna själva och 15 procent av annan. Jämfört med föregående år har färre synpunkter och klagomål kommit in från brukarna själva och andelen från anonyma och andra (annan) har ökat.



Analys och kommentarer

Under kvalitetsåret har flera frågor och synpunkter kopplade till beslut om abonnemangsavgift för hjälpmedel samt förvaltningens hantering av coronapandemin inkommit. Det ökade antalet frågor och synpunkter från allmänheten föranledde ett delvis förändrat arbetssätt. Inkomna frågor registrerades inte i ärendesystemet utan har besvarats och sparats i särskild ordning.

Andelen synpunkter och klagomål som avser *handläggning av ärende* har minskat med tre procentenheter. Större del av de inkomna klagomålen till myndighetens funktionen faller under typen handläggning. Då klagomålen innehåll varierar och är relativt få till antal är det svårt att göra analyser och se mönster.

Utförande av insats/aktivitet och ärendetypen *övrigt* är de vanligaste ärendetyperna för synpunkter och klagomål. Klagomålen inom Särskilt boende för äldre (SBÄ) kan i några fall härledas till besöksförbudet eller skyddsutrustning med anledning av covid-19. Totalt sett har färre synpunkter och klagomål tilldelats ärendetypen *övrigt*, vilket eventuellt kan härledas till införandet av nya ärendetyper från den 1 juli 2020. Förändringen av ärendetyper infördes som ett led i att försöka synliggöra och fånga upp de synpunkter och klagomål som fått ärendetypen *övrigt*. En analys om förändringen leder till en annan fördelning kan först göras vid nästa uppföljningstillfälle.

Andelen synpunkter och klagomål som handlar om *utförandet av insats/aktivitet* minskade med tretton procentenheter jämfört med föregående kvalitetsår. Orsaken till minskningen går inte att utläsa ur verksamheternas redogörelser. Däremot går det att konstatera att andelen SoL- och LSS-avvikelse gällande brister i utförandet av insatser/aktiviteter ökat, vilket kan tyda på att verksamheterna blivit bättre på att själv uppmärksamma bristerna och vidta åtgärder innan det blir ett klagomål.

Enheterna hanterar klagomålen enligt rutin och arbetar aktivt med att komma till rätta med bristerna individuellt 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 synpunkter och klagomål.

Uppdraget att se över synpunkts- och klagomålshanteringens har resulterat i att en ny rutin, process och broschyr har tagits fram och kommunicerats till verksamheterna och gäller från och med 1 juli 2020.

Utifrån årets redovisningar finns fortsatt behov av att utveckla strukturer och analyser i det systematiska förbättringsarbetet. Hur förbättringsarbetet ska genomföras kommer att lyftas i samverkan med verksamhetschefer och kvalitetsutvecklarna.

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 2 729 SoL- och LSS-avvikelser, en minskning med 20 procent jämfört med föregående år.

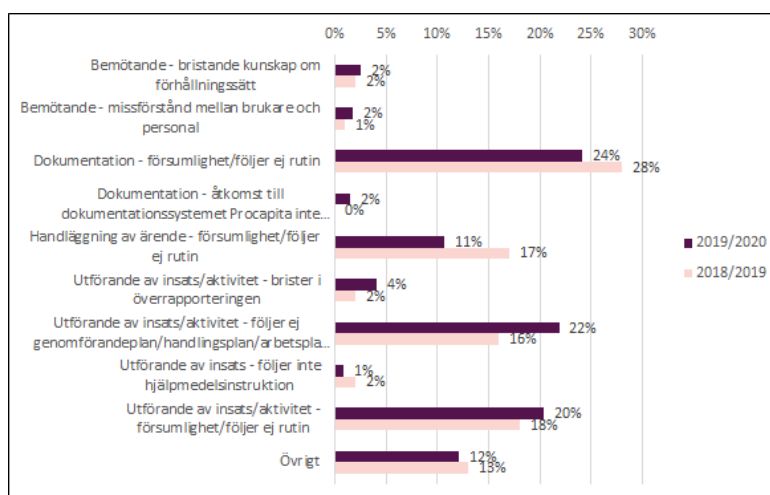
SoL- och LSS-avvikelser efter typ

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 brister inom *dokumentation och handläggning* har minskat.

En ökning har skett inom *utförandet av insats/aktivitet och i överrapporteringen*.



Uppgift om antal SoL- och LSS- avvikelser efter typ överensstämmer inte med uppgift efter konsekvens för brukare, en differens på 327 avvikelser. En förklaring kan vara att en och samma avvikelse typats med fler än ett alternativ.

Analys och kommentarer

Det finns en nedåtgående trend när det gäller antalet SoL- och LSS avvikelser. Jämfört med föregående år har det totala antalet avvikelser minskat. En anledning kan vara den pågående pandemin som fått ett stort fokus under året.

Det har även skett en förändring i den procentuella fördelningen efter typ av avvikelse, andelen avvikelser gällande utförande av insats har ökat. 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. Inom daglig verksamhet, både internt och externt, rapporteras det få avvikelser och här kan det vara betydelsefullt att göra löpande analyser och reflektioner i verksamheten för att säkerställa att underrapportering inte sker.

Verksamheterna beskriver att de arbetar med avvikelser och med förutsättningarna för att skriva avvikelser. Genomgång och uppföljning av avvikelser uppges ske vid verksamheternas arbetsplatsträffar och vid ledningsgruppsmöten. Vilket resultat olika åtgärder lett till eller hur verksamheten arbetar med uppföljningen och vilka effekter som uppnåtts beskrivs sällan. En orsak till det kan ha att göra med hur anvisningar och frågeställningar i rapporten är formulerade.

Av verksamheternas rapporter framgår att det finns ett fortsatt behov av att förenkla och förtydliga registreringen av avvikelser. Att hantera avvikelser när flera utförare är berörda är en svårighet till följd av systemets uppbyggnad, sökfunktion saknas för när på dygnet avvikelser inträffat för att kunna vidta åtgärder inom ansvarig enhet. En hel del avvikelser saknar även bedömning av konsekvens - ett strukturellt problem som uppmärksammades för ett par år sedan och som fortfarande inte åtgärdats.

Hur SoL- och LSS-avvikelser används i det systematiska förbättringsarbetet beskrivs i varierande omfattning i verksamheternas rapporter. Tidigare års uppmärksammade brister har resulterat i att några verksamheter satt mål för år 2020 för att komma till rätta med bristerna. Boende LSS konstaterar att det utifrån årets resultat går det att anta att åtgärderna (med mål i verksamhetsplanen) gett resultat då avvikelserna inom vissa ärendetyper har minskat. Myndighetsfunktionen har även kopplat egenkontroller till målen för att följa upp så att en förbättring skett.

Boende LSS och Stöd och aktivering beskriver ett strukturerat arbete med att finna orsaker till varför avvikelser inträffar. Verksamheterna har genomfört en kartläggning av insatser för att synliggöra brukarnas utökade behov. De konstaterar att dokumentationen av individens livsområden och mål behöver förtydligas och kopplas till syftet med insatsen. Genom dialog har verksamheterna skapat förståelse och samsyn för insatser utifrån brukarnas behov. Förhoppningsvis kommer denna samsyn att resultera i att antalet LSS-avvikelser minskar.

Myndighetsfunktionen konstaterar att det finns strukturella problem i hanteringen av avvikelser. Utvecklingsområde och strategi till nästa kvalitetsår 2020/2021 är att ytterligare utveckla och kvalitetssäkra arbetssätt och metoder kring avvikelser. Det arbetet har redan påbörjats.

Verksamheterna har identifierat flera förbättringsområden och vidtagit en hel del åtgärder, alla med syfte att komma till rätta med bristerna i avvikelshanteringen. Som exempel nämns:

- att utbildningsmaterial om avvikelser tagits fram,
- att tid avsatts på planeringsdag för att skapa förståelse för hur avvikelser kan bidra till förbättringar,
- att föra dialog och skapa samsyn i arbetsgruppen om arbetssätt kring den enskilde brukaren
- att förtydliga och synliggöra effekterna av förbättringsarbetet som genomförs i samband med avvikelser.
- utveckla det systematiska kvalitetsarbetet och bli en lärande verksamhet.

Utifrån verksamhetsområdenas redovisningar framgår det att det fortsatt finns ett behov av en översyn av 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.

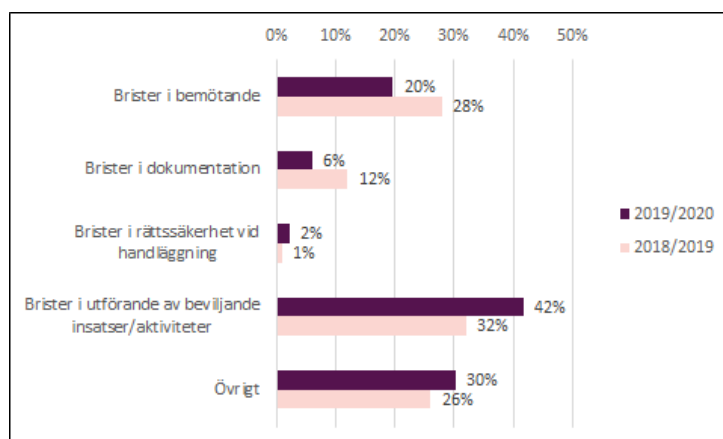
Bestämmelserna om lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten. Syftet med lex Sarah är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Om ett missförhållande ändå uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. Alla rapporter ska 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 132 missförhållanden eller risk för missförhållanden registrerats, utretts och avslutats enligt rutin för lex Sarah. 7 ärenden bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till IVO, jämfört med 13 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. *Brister i rättssäkerhet vid handläggning, i utförandet av beviljade insatser/aktiviteter* samt *övrigt* har ökat medan de andra typerna minskat.



Analys och kommentarer

Minskningen av antalet rapporterade lex Sarah går att se inom samtliga verksamhetsområden förutom inom Boende LSS där en ökning har skett med 22 ärenden. Materialet tyder på en fortsatt hög inrapportering av avvikelser men pekar samtidigt på att andelen lex Sarah-ärenden minskar, vilket kan tolkas som att brister upptäcks i ett tidigare skede och därmed kan åtgärdas innan missförhållanden eller risk för missförhållanden uppstår.

Ökningen inom Boende LSS avser brister i hanteringen av privata medel, vilket verksamhetsområdet fokuserat på att synliggöra. Arbetet har resulterat i att de bakomliggande orsakerna framträtt, vilket möjliggör att rätt åtgärder kan vidtas och leda till att önskade effekter uppnås. Verksamhetsområdets arbete visar på att ett tydligt systematiskt förbättringsarbete genomförts.

I verksamheternas sammanställningar framgår att lex Sarah-ärendena tas upp på arbetsplatsträffar och i andra forum för dialog. Ofta skapas det handlingsplaner för att förhindra att missförhållanden uppkommer igen. Några lex Sarah-utredningar har även lett till att händelsen utretts parallellt som ett personalärende.

Hur verksamheterna arbetar med uppföljning av åtgärder i samband med lex Sarah framgår enbart från LSS-verksamheterna. Enheterna inom Boende LSS uppger att de hanterar uppföljningar av åtgärder efter lex Sarah på arbetsplatsträffarna. Inget område har rapporterat att de använder uppföljningsblanketten som finns att tillgå som stöd, det gör däremot Stöd och aktivering.

Förvaltningens centrala forum för lex Sarah har under de senaste åren arbetat för att förbättra kvaliteten på de utredningar som görs, såväl i avgränsning av händelsen med koppling till missförhållande som kring identifiering av bakomliggande orsak. Särskilt fokus bör läggas på tydligare uppföljning av de åtgärder som utredningarna lett fram till.

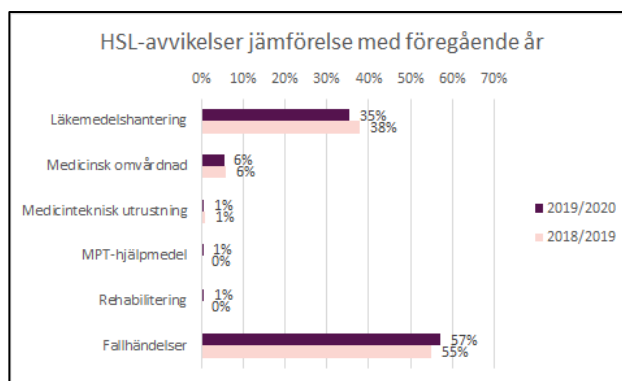
Utifrån vad som framkommit rekommenderas ett fortsatt arbete med att:

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

HSL-avvikelser

Antal HSL-avvikelser per avvikelsekategori

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet. I lagen avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. I detta syfte ska risk för vårdskada samt händelse rapporteras.



Under kvalitetsåret har totalt 8 576 HSL-avvikelser rapporterats, vilket är en liten ökning jämfört med föregående kvalitetsår.

Fallhändelser utgör fortsatt en betydande andel av verksamheternas rapporterade avvikelser. Mängden avvikelser har minskat något för läkemedelshantering, för övriga kategorier är andelen rapporterade avvikelser i stort identisk med föregående år.

Läkemedelshantering

Fråga	Totalt antal kvalitetsåret 2019/2020
Antal tillsvidareanställd personal inom enheten 2019-10-01 med delegering att överlämna läkemedel.	2 240
Hur många av dessa har genomgått webbutbildningen <i>Jobba säkert med läkemedel</i> under kvalitetsåret?	2 129

Vid delegering inom områdena läkemedelshantering och insulingivning ska medarbetare bland annat genomgå Svenskt demenscentrums webbutbildning *Jobba säkert med läkemedel* inför att delegering utfärdas, utbildningsbevis ska uppvisas.

I stort sätt har alla medarbetare inom Boende LSS genomgått utbildningen. Inom HRSS har resultatet förbättrats något jämfört med föregående år, men fortfarande behöver verksamhetsområdet säkerställa att medarbetare som ska delegeras har genomgått webbutbildningen. Särskilt boende och Stöd och aktivering uppvisar godkänt resultat.

De externa utförarna redovisar att samtliga anställda med delegering har genomgått webbutbildningen.

Digital signering har ett inbyggt system som ger möjlighet att ange vilka utbildningar medarbetaren har genomgått. Vid kontroll visar det sig att uppgiften sällan dokumenteras.

Åtgärd: Införa krav på att vid varje delegering ska uppgift om vilka utbildningar medarbetaren genomgått anges i det digitala verktyget (APPVA).

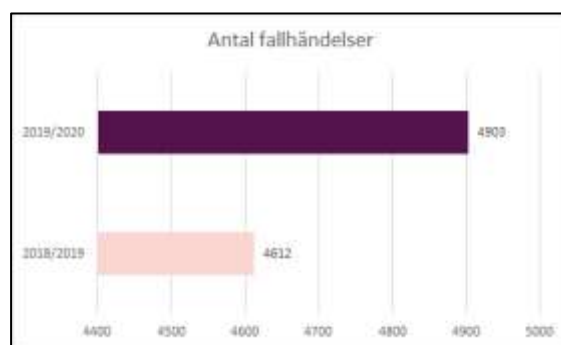
Analys och kommentarer

Fallhändelser

Fallhändelser utgör fortsatt en betydande andel av verksamheternas rapporterade avvikelser.

Att rapportera en fallhändelse fyller en viktig funktion i analys och ställningstagande till förebyggande åtgärder efter att ett fall har inträffat.

Det framkommer i verksamheternas analyser att det finns en okunskap om vilka fallhändelser som ska rapporteras som en HSL-avvikelse. En stor del av de rapporterade avvikelserna gäller brukare utan HSL-insatser och dessa avvikelser ska enligt rutin hanteras på annat sätt.



Orsak till att en person faller beror många gånger på en rad olika anledningar t.ex. medicinsk bakgrund, sociala faktorer och den enskildes hemmiljö. Det förebyggande arbete som verksamheterna arbetar med är inriktat på samarbete mellan yrkesfunktioner genom arbetet med Senior alert. Målsättning är att med systematisk hantering och analys av fallrapporter kunna minska antalet fallhändelser samt förebygga vårdskador till följd av falloolycka.

Hemvården arbetar med fallpreventiva hembesök. Vid hembesöket görs en översyn av tillgängligheten i hemmet (mattor, trösklar, möbler m.m.) och eventuellt behov av hjälpmedel. Det görs även en översyn av befintliga hjälpmedel.

Särskilt boende redovisar inom vissa verksamheter en minskning av rapporterade fall jämfört med föregående kvalitetsår. Verksamhetsområdet anger att vissa verksamheter har undersköterskor som i nära samarbete med rehabpersonal genomför träningar och balansövningar. Dessa undersköterskor kan följa brukaren och se förändringar på ett annat sätt än om det är olika personal varje gång. De har även tid att återkomma om brukaren är svårmotiverad till träning. Flera enheter uppger att arbetet kring fall har påverkats av att det varit vakanta tjänster inom rehabgruppen eller varit byte av rehabpersonal under kvalitetsåret. Det leder till färre träningsordinationer gällande balans och styrka, möjlighet till grupp gymnastik minskar och teamarbetet försvåras. Att pandemin påverkat möjligheter till grupp gymnastik anges också som en orsak till att träningarna minskat.

Inom Boende LSS upprättas handlingsplaner och man diskuterar åtgärder för att till exempel minska brukarens stress eller problem i bemötande.

Vidare anges från verksamheterna att i utredningen av fallhändelser uppmärksammar man bakomliggande orsaker till fall. Ofta ses en försämring i status på grund av sjukdom, yrsel och balanssvårigheter. Att rehabpersonalen är en väsentlig del i arbetet kring att förebygga fall anges av samtliga verksamheter.

Åtgärd: Verksamheterna måste till samtliga medarbetare upprepa vad som står i rutinen gällande rapportering så att uppgifterna går att använda till förbättringsarbete och vid jämförelser.

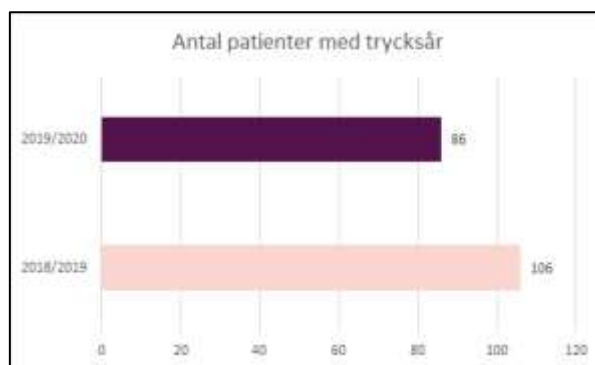
Fallförebyggande arbete ska vara en väl inarbetad metod som praktiseras dagligen hos de patienter som har behov av detta. Vidare måste arbetet med balans- och styrketräning få vara en inarbetad metod i våra verksamheter. Förebyggande arbete behöver prioriteras.

Trycksår

Andelen rapporterade trycksår är 19 procent färre än förra kvalitetsåret.

Verksamheterna rapporterar att de arbetar med förebyggande åtgärder för att minska risken för trycksador.

Merparten arbetar med Senior alert och dess arbetsmetoder och då uppmärksammas patienter i riskzonen.



Regelbunden kontroll av hudkostym, tryckavlastande hjälpmedel samt åtgärder för att förebygga undernäring sätts in i ett tidigt skede, effekterna av åtgärder utvärderas genom arbetet med Senior alert.

Det finns verksamheter som rapporterar att rutinen för att rapportera trycksår som en avvikelse fortfarande inte nått ut till alla.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med Senior alert och för de enheter där ännu inte rutinen för att rapportera trycksår nått ut, måste förnyad utbildning till medarbetare ske.