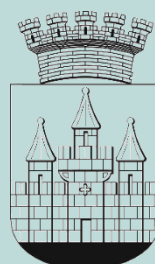


Avvikelser kvalitetsåret 2021/2022

Vård- och omsorgsnämnden

Diarienummer

VOO 2022/0560



**LUNDS
KOMMUN**

Innehållsförteckning

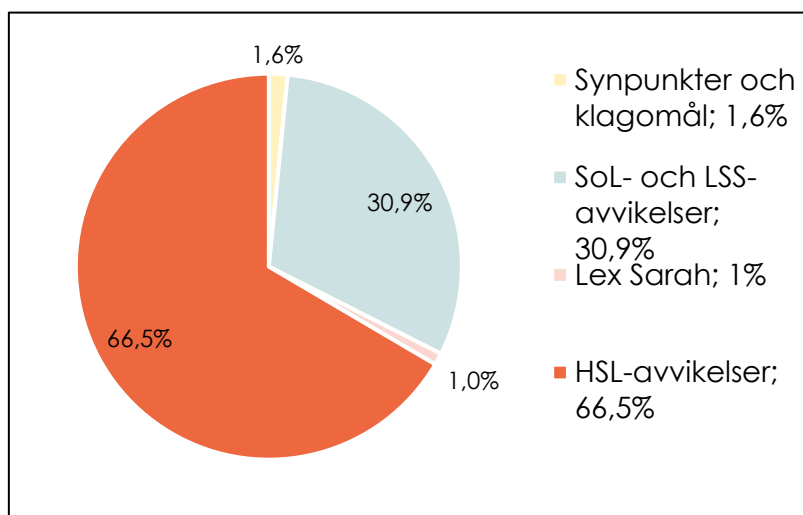
Sammanfattning med förslag till åtgärder	3
Förändrat arbetssätt utifrån tidigare resultat och synpunkter	4
Krav på sammanställning och analys.....	4
Avvikelser efter typ	5
Synpunkter och klagomål	5
SoL/LSS-avvikelser	6
Lex Sarah	7
HSL-avvikelser	8
Lex Maria.....	9
Analys och kommentarer	10
HSL.....	17
Patientens delaktighet i avvikelsearbetet.....	17
Avslutande kommentar	18

Sammanfattning med förslag till åtgärder

Alla avvikelser; synpunkter och klagomål, SoL/LSS-avvikelse, lex Sarah-ärenden samt HSL-avvikelse som inträffat under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022 i intern och extern verksamhet har sammanställts, granskats och analyserats på enhets-, verksamhets- och på nämndsnivå.

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 12 378 avvikelser; synpunkter och klagomål, HSL- och SoL/LSS-avvikelse samt lex Sarah-ärenden, en ökning med 16 procent jämfört med föregående år. Fördelningen av avvikelser har också förändrats, andelen SoL/LSS-avvikelse har ökat (från 26% till 30,9%)



och andelen HSL-avvikelse minskat (från 71% till 66,5%). Vilket antal som är " normalt" eller önskvärt går inte att ange, det handlar mer om att försöka bedöma om det sker en över- eller underrapportering och agera utifrån detta med utbildning och information.

Syftet med den årliga uppföljningen är att ge en samlad bild inom vilka områden som det kan finnas brister. Uppföljningen ger cheferna i verksamheten ett verktyg att använda i det systematiska förbättringsarbetet. Fokus i årets rapportering har varit att identifiera bakomliggande orsaker till kvalitetsbrister samt lyfta och beskriva åtgärder.

Den samlade analysen visar fyra gemensamma områden som behöver utvecklas:

- förbättra teamarbetet kopplat till fallhändelser och läkemedelshantering. Hur och mellan vilka professioner samverkan bör förbättras ser lite olika ut mellan verksamhetsområdena.
- öka samverkan mellan verksamhet och myndighetsfunktionen för att skapa en större förståelse för varandras uppdrag. Från myndighetsfunktionen lyfts behov av samverkan för att minska återupprepadet av avvikelser. Utförarsidan lyfter behov av samverkan i att förenkla i dokumentationsarbetet samt i arbetet kopplat till individuppföljningar.
- dialog och samsyn om vad som är avvikelser och när händelser ska rapporteras.
- säkerställa att rutiner är uppdaterade och att verksamhetssystemet stödjer arbetet (när analysarbetet genomfördes och rapporterna i verksamheten skrevs var avtalet om ett nytt verksamhetssystem inte undertecknat).

Utifrån verksamheternas analyser bör åtgärder vidtas på för komma till rätta med de brister som identifierats inom ovanstående fyra områden.

Förändrat arbetssätt utifrån tidigare resultat och synpunkter

Inför årets samlade uppföljning av avvikelser för kvalitetsåret 2021/2022 har det pågått ett arbete med att förenkla, förbättra och utveckla uppföljningen för enhets- och verksamhetschefer/myndighetschef. Utgångspunkten för förenklings- och förbättringsarbetet består dels av de resultat som framkom vid uppföljningen 2020/2021 i den nämndsövergripande avvikelserapporten, dels synpunkter som framförts i det administrativa tidstjuvsarbetet, där framför allt statistikinhämtningen upplevdes som ett administrativt och tidskrävande arbete. Verksamheterna (både på enhets- och verksamhetsområdesnivå) har även tidigare år rapporterat att antalet avvikelser per enhet är för få eller att relevant information sakas i utredningarna för att kunna göra en samlad analys för att identifiera mönster och trender.

Förändringar har genomförts av arbetssättet för uppföljningen av avvikelser kvalitetsåret 2021/2022 efter att ha lyssnat in och lärt av verksamheternas behov samt utifrån tidigare års resultat och framförda synpunkter.

Det förändrade arbetssättet har bestått i att sammanställnings- och analysarbetet skett i gemensam dialog i respektive verksamhets ledningsgrupp under perioden slutet av september till början av november. Myndighetsfunktionen valde att genomföra analysarbetet på egen hand medan övrig verksamhet bjudit in kvalitetsstrateger att hålla ihop dialogerna. Syftet med dialogerna har varit att gemensamt utveckla analysarbetet och fokusera på bakomliggande orsaker och åtgärder på organisations- och systemnivå. Statistiken har utgjort en fortsatt viktig del i analysarbetet men där inhämtningen flyttats från enhetsnivån till verksamhetsnivån vilket medfört ett större underlag till analysen.

Krav på sammanställning och analys

Verksamheten har en skyldighet, enligt författningen om systematiskt kvalitetsarbete, att sammanställa och analysera inkomna rapporter, synpunkter och klagomål för att kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Genom att analysera inkomna avvikelser samlat kan mönster och trender som inte framkommit i utredningen av en enskild händelse upptäckas. Att enbart utreda varje avvikelse för sig kan leda till att brister som finns i verksamhetens styrning inte uppmärksammas fullt ut. Ibland kan en enskild avvikelse, ett enskild klagomål på verksamhetens kvalitet upplevas som mindre allvarig än vad som framkommer vid en sammanställning. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten se över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Avvikelsehantering är av grundläggande betydelse för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Vi strävar efter att ge en vård och omsorg av god kvalitet men ibland blir det fel. Då är det viktigt att vi lär oss av det inträffade och på så sätt förhindra att händelserna upprepas. Därför ska avvikelser rapporteras, dokumenteras, sammanställas och analyseras.

Avvikelser efter typ

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål är värdefulla och en tillgång för att förbättra och utveckla verksamheten. En professionell hantering av synpunkter och klagomål har två syften: att snabbt rätta till problem som uppstått samt att vara ett verktyg för lärande och förbättring av kvaliteten i verksamheten.

Till vård- och omsorgsförvaltningen framfördes totalt 194 synpunkter och klagomål, vilket är en minskning med 11 procent jämfört med föregående år. Antalet registrerade synpunkter och klagomål minskar för andra året på rad.

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



Den tydligaste förändringen i förhållande till föregående kvalitetsår är att andelen synpunkter och klagomål gällande *dokumentation*, *handläggning av ärende*, *utförande av insats/aktivitet* och *tillgänglighet* ökar.

I föregående kvalitetsårs rapport visade analysen att det fanns ett behov av att arbeta med avvikelser utifrån ett helhetsperspektiv. En förändring av analysarbetet och uppföljningen av kvalitetsårets samlade avvikelser genomfördes vilket var en åtgärd efter föregående års analys. Det förändrade analysarbetet har medfört att statistikinhämtningen för synpunkter och klagomål inte varit lika omfattande för kvalitetsåret 2021/2022 som i tidigare års rapporter. För verksamheten har det inneburit en minskning av det administrativa arbetet och medfört tid för fokus på analys.

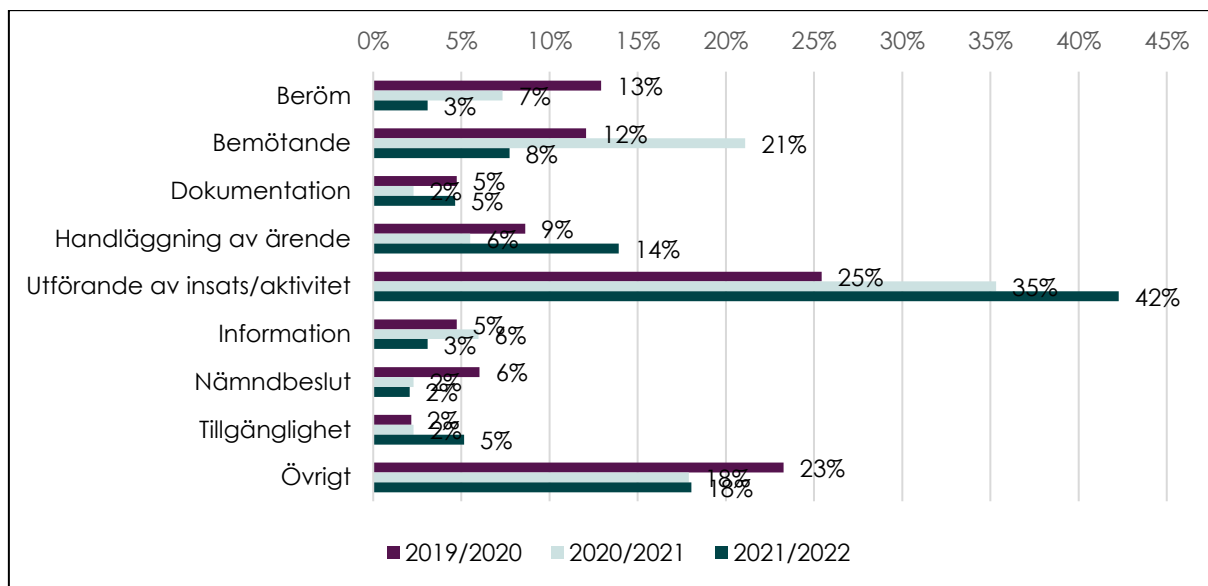
En genomgång av registrerade synpunkter och klagomål visade att antalet registrerade utredningar i dokument- och ärendehanteringssystemet är få i förhållandet till antalet registrerade synpunkter och klagomål. Genomgången visar att det finns brister i följsamheten till rutinen. Översynen av rutinen för synpunkter och klagomål har inväntat arbetet med att se över möjligheterna för ett omtag och uppföljning av avvikelser totalt sett.

SoL/LSS-avvikelser

En SoL/LSS-avvikelse ska rapporteras och åtgärdas så snart den upptäcks. Dokumentation av avvikelsen i verksamhetssystemet ska tydligt beskriva typ av händelse, varför avvikelsen inträffar, konsekvens för brukaren, vidtagna åtgärder samt uppföljning.

Under kvalitetsåret registrerades totalt 3 823 SoL/LSS-avvikelser, en ökning med 38 procent jämfört med föregående år.

I samband med registrering av SoL/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, handläggning av ärende* och *utförande av insats - följer ej genomförandeplan/handlingsplan/arbetsplan/arbetsbeskrivning* har ökat marginellt.

Utifrån att SoL/LSS-avvikelser utgör den näst största andelen av det totala antalet avvikelser visade föregående års uppföljning att det fanns ett behov av att utveckla analysarbetet och dokumentera åtgärderna på ett systematiskt sätt. För det arbetet bedömdes ett behov av mer dialog och ett förändrat stöd till verksamheten och därav blev det ett förändrat arbetssätt för uppföljningen av avvikelser för kvalitetsåret 2021/2022.

Åtgärden från föregående års rapport med att revidera rutinen för SoL/LSS-avvikelser kvarstår och är ett fortsatt pågående arbete.

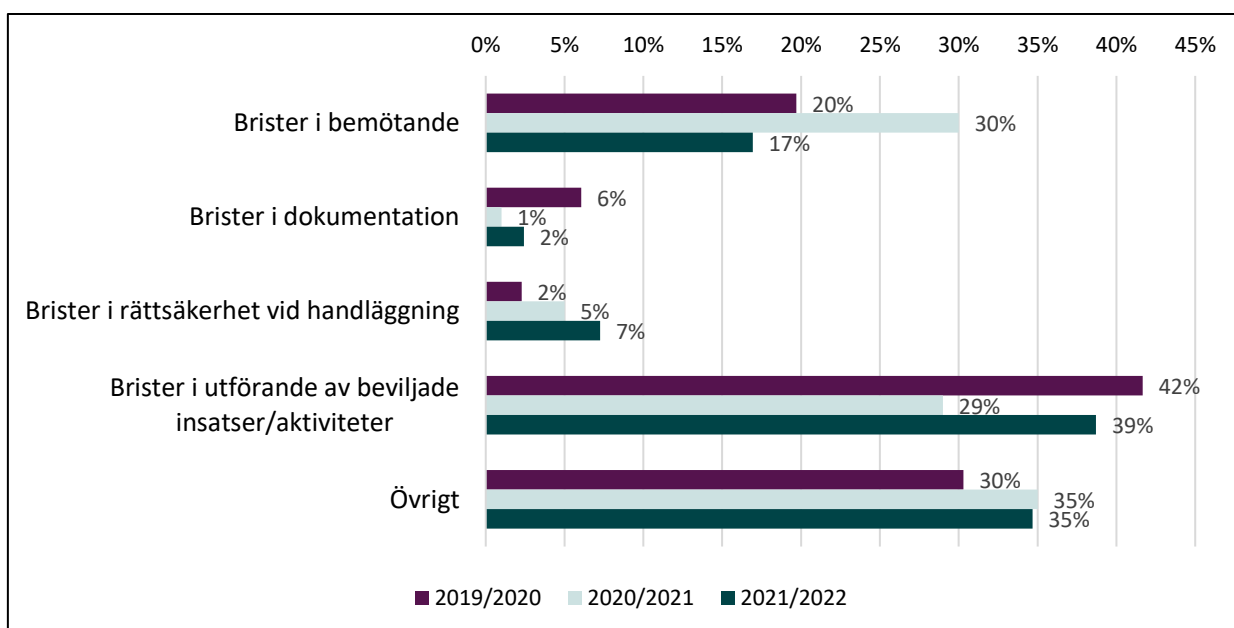
Lex Sarah

Föreskriften om 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 124 rapporter registrerats, utretts och avslutats enligt rutin för lex Sarah. Sex ärenden bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till IVO (jämfört med tio ärenden föregående år). IVO har avslutat samtliga ärenden utan att vidta ytterligare åtgärder och bedömt att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet.

I samband med utredning av lex Sarah-ärenden rapporterar utredaren också typ. Ett lex Sarah-ärende kan typas med fler än en typning.



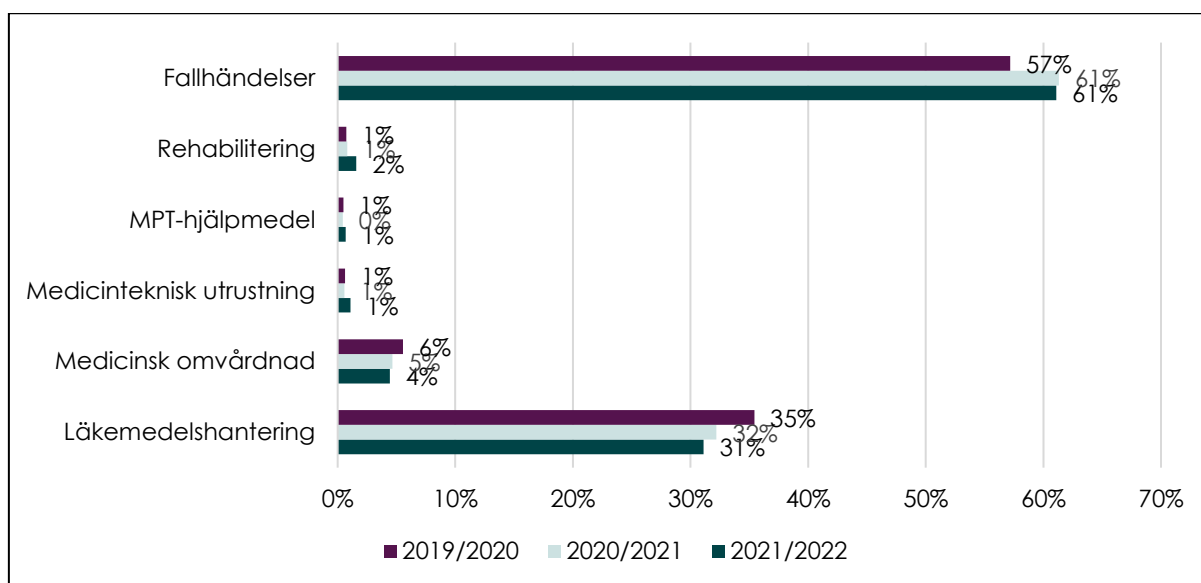
Även för arbetet med lex Sarah bedömdes det förra året vara av vikt att få till ett helhetsperspektiv i analysarbetet och att på övergripande nivå identifiera mönster och trender och se samband som inkluderar alla delar i avvikelseprocessen. Detta för att fånga upp och vidta nödvändiga åtgärder, ett arbets sätt som implementerades för kvalitetsåret 2021/2022.

HSL-avvikelser

En avvikelse på hälso- och sjukvårdsinsats eller medicinteknisk produkt är en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada för en patient. Om en avvikelse uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. En utredning ska identifiera bakomliggande orsak till avvikelserna på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation eller produkt och inte till person.

Det totala antalet avvikelser har ökat med knappt tio procent i förhållande till föregående kvalitetsår. Totalt rapporterades 8 237 HSL-avvikelser.

I samband med rapportering av HSL-avvikelse kategoriseras avvikelsen.



Att antalet HSL-avvikelser har ökat jämfört med föregående år kan bero på flera orsaker. Exempelvis kan man misstänka underrapportering under kvalitetsåret 2020/2021 på grund av den ansträngda situationen under pandemin.

Fördelningen mellan avvikelsetyperna följer tidigare år. Fall är den vanligaste avvikelsetypen och också den som är svårast att förebygga. Patienter inom kommunal hälso- och sjukvård är på grund av nedsatt funktionsförmåga och/eller kognitiv svikt en grupp som har hög fallrisk. Trots denna utmaning är det av största vikt att förhindra de fall som går att förebygga. I samband med analysarbetet framkom att man rapporterar in fall hos brukare utan HSL-insatser trots att dessa inte kan räknas som vårdskador då personen de facto inte haft hälso- och sjukvårdsinsatser och är okända personer för legitimerad personal. Denna överrapportering påverkar statistiken.

Läkemedelshantering är den näst största gruppen. Införandet av digital signering med larmfunktion bör ha minskat förekomsten av läkemedelsavvikelser. Den vanligast förekommande avvikelserna är utebliven dos och det digitala systemet larmar ut till personal om en patient inte fått sitt läkemedel inom angiven tid.

Inom grupperna rehabilitering och medicinsk omvårdnad förekommer en underrapportering. Anledning till detta kan vara att det är mindre konkreta händelser än att en patient fallit eller att patientens läkemedel ligger kvar. Dock är det viktiga kategorier då rehabiliterande insatser förebygger fall och därför bör avvikelser uppräntas oftare när insatser ej utförs.

Lex Maria

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom. Med vårdskada avses enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 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. Allvarlig vårdskada innebär att patienten fått bestående skada eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Inga anmälningar enligt Lex Maria har upprättats under kvalitetsåret.

Analys och kommentarer

Genomförandet av uppföljningsarbetet samt resultat

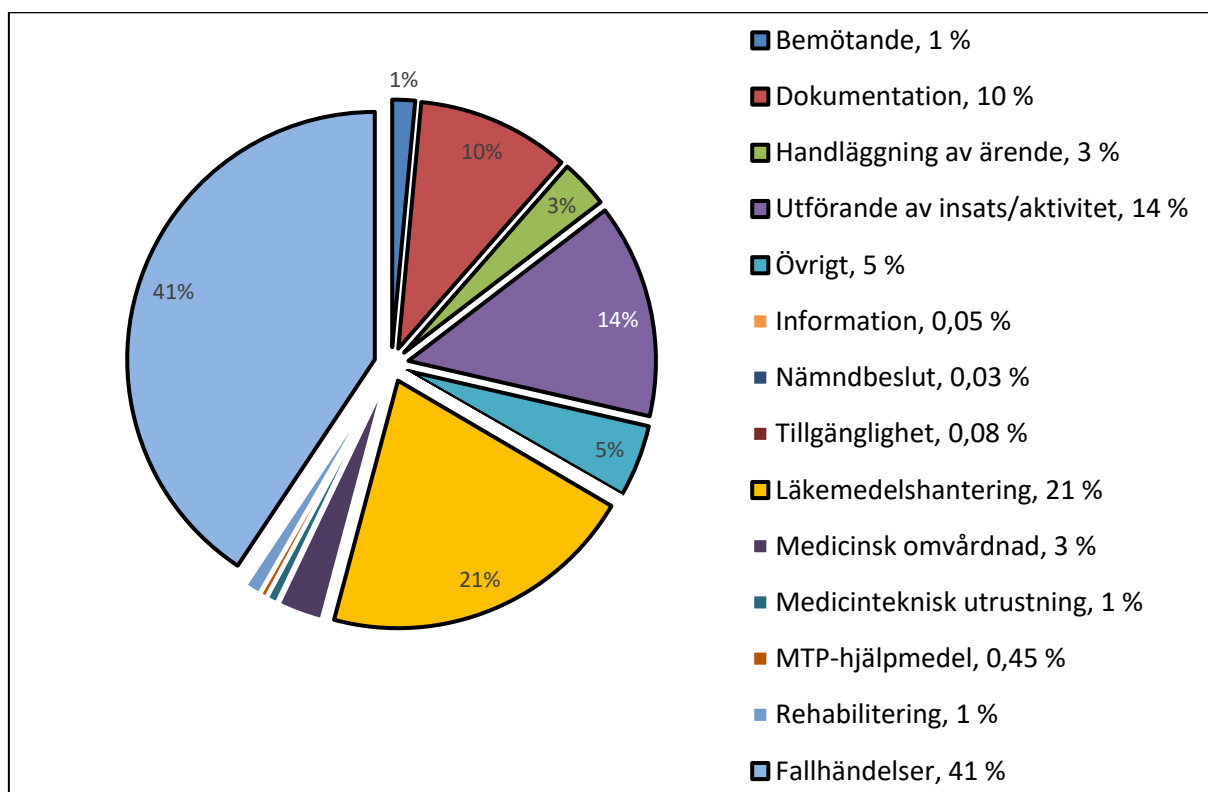
Genomförandet av uppföljningsarbetet i extern regi har genomförts av respektive utförare. I intern regi fick enhetscheferna inom respektive verksamhetsområde och inom myndighetsfunktionen i uppgift att gå igenom sina samlade avvikelser för kvalitetsåret 2021/2022 och identifiera bakomliggande orsaker till de fyra avvikelse typer/avvikelsekategorier med flest antal registrerade avvikelser. I en förenklad avvikelse rapport i IT-ledningsstödet skulle de bakomliggande orsakerna tillsammans med eventuella planerade eller vidtagna åtgärder dokumenteras. De förenklade rapporterna utgjorde sedan ett arbetsmaterial och underlag till den gemensamma analysen på myndighets- respektive verksamhetsområdesnivån.

Till analysgenomgångarna hade även kvalitetsutvecklarna SoL/LSS samt HSL inhämtat statistikuppgifter för samtliga avvikelser, det vill säga synpunkter och klagomål, avvikelser enligt SoL/LSS/HSL samt lex Sarah och lex Maria.

Alla avvikelser; synpunkter och klagomål, avvikelser enligt SoL/LSS/HSL samt lex Sarah och lex Maria som inträffat under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022 ingick i den samlade statistiken för verksamheten.

I samband med registrering eller vid utredning av synpunkter och klagomål samt avvikelser enligt SoL/LSS samt lex Sarah rapporteras också ärendetyp. Vid rapporter/utredning av avvikelser enligt HSL och lex Maria anges en avvikelsekategori.

Inför analystillfällena hade statistiken sammanställts utifrån avvikelseernas gemensamma typning eller kategorisering. För vård- och omsorgsnämnden såg fördelningen av avvikelse typer och avvikelsekategorier ut enligt nedanstående diagram.



Fokus vid analystillfällena har varit de typningar/kategoriseringar med flest antal registrerade avvikelser för respektive verksamhet. Inom intern regi fördelar sig de registrerade avvikelserna enligt följande:

Myndighetsfunktion	Hemvård, rehabilitering och service för seniorer	Särskilt boende för äldre	Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning	Boende LSS
Handläggning av ärende (156 st; 77%)	Fallhändelser (2 828 st; 50%)	Fallhändelser (1 496 st; 52%)	Dokumentation (210 st; 38%)	Läkemedelshantering (508 st; 30%)
Dokumentation (27 st; 13%)	Läkemedelshantering (1 027 st; 18%)	Läkemedelshantering (679 st; 23%)	Utförande av insats (139 st; 25%)	Utförande av insats (491 st; 29%)
	Utförande av insats (742 st; 13%)	Utförande av insats (199 st; 7%)	Övrigt (112 st; 20%)	Dokumentation (270 st; 16%)
	Dokumentation (413 st; 7%)	Dokumentation (177 st; 6%)	Bemötande (31 st; 6%)	Fallhändelser (164 st; 10%)

Denna rapport kommer att redovisa en samlad analys för bakomliggande orsaker samt åtgärder för samtliga typningar/kategoriseringar som varit fokus vid analystillfällena i de olika verksamheterna.

Steg 1 i analysarbetet: bakomliggande orsak

För att kunna välja rätt förbättringsåtgärd kopplad till avvikelserna måste orsakerna till kvalitetsproblemen vara tydliga. Val av åtgärder ska baseras på fakta. I arbetet med att identifiera bakomliggande orsaker till kvalitetsproblemen kan frågetekniken "Fem varför"¹ användas.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande fallhändelser

Fallhändelser är den avvikelsekategori med flest antal registrerade avvikelser, totalt 41 procent. Ett av verksamhetsområdena lyfter att det finns en osäkerhet i statistiken kopplat till fall då fallavvikelser skrivs även om brukare inte har hemsjukvård.

Enhetscheferna beskriver att medarbetarna inte har tillgång till HSL-journalen och därmed kan de inte se om en brukare har hemsjukvård. Det medför att det finns en risk för att sekretessgränser bryts när legitimerad personal får kännedom om brukare som inte har hemsjukvård. Vidare framkom det att medarbetare får olika information om när en fallavvikelse ska rapporteras.

Andra bakomliggande orsaker som framkommit under analysdialogerna är att:

- det fallförebyggande arbetet blivit otillräcklig till följd av personalbrist, till exempel har det tidvis förekommit uppehåll i arbetet med riskbedömningar i Senior Alert.
- det saknas en strukturerad samverkan mellan fysioterapeuter, sjuksköterskor och enhetschef SoL.
- teamarbetet brister kopplat till arbetet med Senior Alert. Det finns ingen tradition av att involvera alla professioner och arbeta gemensamt.
- medarbetare i verksamheten har bristande kännedom om konsekvenskedjor och av förståelsen för "hela arbetet" runt brukaren.

¹ Systematiskt förbättringsarbete, handbok, sidan 5; Dnr VOO 2021/0510

Identifierade bakomliggande orsaker gällande läkemedelshantering

I analysarbetet framkom att de bakomliggande orsakerna gällande brister i läkemedelshantering består av:

- Personal- och tidsbrist
- Begränsat antal medarbetare med delegering
- Hög personalomsättning
- Att information missas på grund av stora informationsmängder i signeringsverktyget Appva

Verksamheten beskriver att en av orsakerna är brist på personal samt att de sjuksköterskor som finns i verksamheten har en hög arbetsbelastning vilket gör att arbetsuppgifter inte hinns med i den takt som behövs i verksamheten. Inom LSS-verksamheten är flertalet medarbetare inte undersköterskor och saknar utbildning i omvårdnad och det är inte alltid lätt att rekrytera medarbetare med efterfrågad kompetens.

Att det inte finns tillräckligt många medarbetare som har delegering för överlämning av läkemedel är en annan orsak som lyfts av enhetscheferna. I analysdialogerna framkom att:

- medarbetarnas upplevelser av delegeringsutbildningen är att frågornas utformningar är krångliga och innehåller kuggfrågor.
- personalomsättningen har lett till att delegeringar eller uppföljningar inte genomförts.
- antalet platser för delegeringsutbildningar är begränsat (framför allt under sommaren).

I analysarbetet framkom vidare att signeringsverktyget Appva innehåller stora mängder information som inte nödvändigtvis behöver finnas inskriven där. Med en stor informationsmängd finns en ökad risk för att information missas samt att medarbetarna inte läser patienters läkemedelslista. Informationsmängderna kan vara en utmaning bland annat för medarbetare med annat modersmål eller medarbetare med läs- och skrivsvårigheter.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande utförande av insats

De bakomliggande orsaker som lyftes gällande brister i utförandet av insatser/aktiviteter handlade om att arbetet kopplat till genomförandeplanen upplevs som avancerat av medarbetarna. Genomförandeplanerna följs inte alltid på grund av att det är svårt att hitta rätt information och att det finns en risk att stödet till brukaren inte utförs på rätt sätt. Det framkom i dialogerna att medarbetarnas upplevelse är att genomförandeplanen är mer av en teknisk produkt än en arbetsplan.

Det finns en risk att volymerna gällande avvikelser som typats med *brister i utförandet av insats/aktivitet* inte alltid stämmer överens med kvalitetsbrister i verksamheten. I analysdialogerna framkom att det dels finns en osäkerhet kring vilka händelser som bör rapporteras, dels ett inkonsekvent användande av typningen vilket försvårar analysen.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande dokumentation

Myndighetsfunktionen och utförarna har identifierat olika bakomliggande orsaker till brister i dokumentationen. För myndighetsfunktionen visade analysen att orsakerna beror på att rutinerna för dokumentation i journal och beställning är kända men att de inte följts. Den mänskliga faktorn har också medfört att vissa moment glömts bort, till exempel på grund av att medarbetare blivit avbrutna i sitt arbete.

Utförarnas analys visade att dokumentationsarbetet och systemet upplevs som avancerat av medarbetarna och framför allt för de medarbetarna med annat modersmål eller med läs- och skrivsvårigheter. Dokumentationen tar administrativ tid ifrån arbetet med brukarna då verksamhetssystemet inte stödjer eller underlättar dokumentationsarbetet.

Orsaker till brister i dokumentation hos utförarna är kopplade till upprättandet av genomförandeplan. Utförarna beskriver att beställningar kan innehålla stora mängder information och att informationen behöver föras över manuellt till genomförandeplanen, vilket kan göra att information missas när genomförandeplanen upprättas. Förändringar i beställningarna kan ske med ett kort intervall vilket gör att kontaktmännen inte alltid uppmärksammar att det är en ny beställning som inkommit vilket medför en risk för fel vid upprättandet samt att tilläggsinformation missas att skrivas in.

Det ställs höga krav på dokumentation utan att medarbetarna fått en utbildning i hur de faktiskt ska dokumentera. Det finns en avsaknad av gemensamma dokumentationsutbildningar.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande övrigt

Analysdialogen kom inte att fokusera på bakomliggande orsak till de rapporterade avvikelserna utan på orsaken till att avvikelser typats med övrigt. Det framkom följande förklaringar:

- det finns inte någon typning som passar in på den inträffade händelsen
- om medarbetarna inte kan avgöra vilken typning det ska vara så väljs *övrigt*
- ordvalet "brist" gör att medarbetarna väljer *övrigt* då upplevelsen inte är att det varit en brist i utförandet av insats eller att någon medarbetare brustit
- flera avvikelser under *övrigt* handlar om arbetsmiljörelaterade händelser som kanske egentligen enbart skulle rapporteras som tillbud eller arbetsskador och som i brukarnas journal snarare skulle dokumenterats under händelse av vikt

När en avvikelse är typad i verksamhetssystemet går det inte att förändra typningen även om utredningen visar att det egentligen handlade om något annat.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande handläggning av ärende

Analysen av de avvikelser som typats med *handläggning av ärende* visade att majoriteten handlade om att beställning till utförare saknats, att handläggare i samband med omval av utförare missat att ändra organisation vid beställningar av insatsen trygghetslarm samt att individuppföljningar inte genomförts årligen.

Följande bakomliggande orsaker framkom i analysen:

- Oplanerad frånvaro, så som sjukdom, vilket lett till att vissa moment i handlägningsförfarandet missats.
- Vakanta tjänster har medfört att handläggarna inte har haft möjlighet att årligen genomföra individuppföljningar i samtliga individärenden.
- Verksamhetssystem och mänsklig faktor har identifierats som orsaken till att beställningar inte skickats.

Identifierade bakomliggande orsaker gällande bemötande

Avvikelse gällande bemötande utgör *en* procent av det totala antalet rapporterade avvikelser. I en av analysdialogerna gjordes en reflektion om vikten av ett bra bemötande i arbetet med brukarna och hur bristande bemötande kan uppmärksammas. Att rapportera avvikelser gällande bemötande kräver mod hos medarbetarna och frågan lyftes om hur verksamheten kan arbeta med att förändra avvikelsekulturen.

I det verksamhetsområde där avvikelser gällande bemötande var en av avvikelse typerna som analyserades framkom det att en bakomliggande orsak är att det saknas information och/eller förståelse för brukarens utvecklingsnivå. Avsaknaden av information och/eller förståelse kan leda till att medarbetarna ställer för höga krav på brukaren eller att arbets sättet och bemötandet kan bli mer uppfostrande än stöttande.

Cheferna lyfte svårigheter i att rekrytera medarbetare med rätt kompetens som en annan bakomliggande orsak. Det finns en svårighet i att möta verksamhetens behov med de sökande kandidaternas kompetens.

Steg 2 i analysarbetet: åtgärder

När de bakomliggande orsakerna identifierats blir nästa steg att vidta och planera för åtgärder för att komma till rätta med kvalitetsbristerna. Nedan följer identifierade övergripande åtgärder kopplat till de bakomliggande orsakerna.

Åtgärder kopplade till fallhändelser

En åtgärd som lyfts av flera verksamhetsområden är behovet av att utveckla teamarbetet och involvera hela teamet i det fallförebyggande arbetet. Det finns ett behov av att skapa en tydlig systematik i samverkan för att få de olika professionerna att arbeta mer tillsammans och utifrån arbets sättet enligt Senior Alert. En annan åtgärd som lyfts inom hemvården handlar om att tydliggöra SoL-chefernas ansvar i det operativa arbetet på enheterna där legitimerad personal ingår som en del i det gemensamma arbetet kring brukaren/patienten, oberoende av vem som är arbetsmiljöansvarig chef. Gemensamma planeringsdagar och fikastunder utgör en viktig del i att bygga upp en större gemenskap.

För att komma till rätta med bristande kännedom om konsekvenskedjor och förståelsen för "hela arbetet" runt brukaren föreslås att det tas fram material för att kunna genomföra workshops i verksamheten.

Åtgärder kopplade till läkemedelshantering

En av de bakomliggande orsakerna som lyftes ovan handlade om personalbrist. Rekrytering är en övergripande utmaning och ett pågående arbete i hela verksamheten. Utöver åtgärder kopplat till rekrytering lyftes behov av följande åtgärder:

- Se över och utveckla delgeringsutbildningen. Vård- och omsorgsförvaltningen har idag en egen framtagen delegeringsutbildning. Utifrån analysen bör utbildningens utformning utvärderas och jämföras med motsvarande utbildningar som finns tillgängliga på marknaden. Det har också framkommit önskemål om att möjliggöra så att utbildningen kan genomföras på plats ute på enheterna.
- Utveckla samverkan för att skapa en bild över hur det ser ut med delegeringar på enheterna för att inte riskera att stå utan delegerade medarbetare när medarbetare slutar eller av olika anledningar är frånvarande. Mellan vilka professioner/funktioner som samverkan behöver utvecklas ser olika ut inom

verksamheterna. Det handlar dels om utvecklad samverkan mellan enhetschefer och sjuksköterskor dels mellan samordnare och sjuksköterskor. Cheferna påtalade att arbets sättet inom äldreomsorgen inte rakt av är applicerbart i LSS-verksamheten. Förslagsvis byggs den systematiska samverkan inom LSS upp utifrån erfarenheterna från enheter som har ett fungerande arbets sätt med legitimerad personal.

- Se över vad som läggs in i Appva så att informationsmängden i systemet minskar. Medarbetare behöver också uppmärksammas på att det finns två system; ett för planeringen av utförandet och ett för signeringen för överlämnandet av läkemedlet. MAS betonar problematiken med utebliven signering och vad konsekvenserna kan bli om delegerade uppgifter inte genomförs.

Åtgärder kopplade till utförande av insats

Den främsta åtgärden som lyfts handlar om att se över genomförandeplanens utformning och förenkla den så att det på ett enkelt sätt går att ta del av innehållet. Genomförandeplanen behöver utformas till att bli ett redskap i utförandet av insatser och inte en pappersprodukt.

En annan åtgärd handlar om att säkerställa så att information inte kan missas i överföring från beställningen till genomförandeplanen i verksamhetssystemet.

Det framkom även behov av åtgärder i form av att utöka dialogen dels inom verksamheterna, dels mellan verksamhet och myndighetsfunktion för att skapa en samsyn kring vad som ska rapporteras som avvikelser. Utbildningsmaterial behöver ses över då materialet främst innehåller "enkla" exempel; behovet i verksamheten består i att diskutera mer komplexa händelser.

Åtgärder kopplade till dokumentation

Åtgärder kopplat till dokumentation för myndighetsfunktionen handlar om att gå igenom och diskutera rutiner på metodmöten och handläggartreffar. Andra åtgärder består av att ha:

- workshop om dokumentation i social journal på enhetsnivå
- tema social dokumentation på en kollegierefleksion under 2023
- egenkontroll social dokumentation med granskning av utredning, beställning och social journal två gånger om året, en övergripande på våren och en per enhet under hösten
- individuell handledning av metod- och utvecklingsledare.

För utförarna visar analysen att åtgärder behövs i form av att förenkla arbetet med att upprätta en genomförandeplan för att minska osäkerheten i dokumentationsarbetet. Genomförandeplanen behöver bli mer lik en arbetsplan för att få bort eventuella parallella sammanfattningar som förekommer idag.

Åtgärder kopplade till övrigt

För att komma till rätta med orsakerna till att medarbetare "felaktigt" väljer att typa avvikelser med *övrigt* behövs ett förändrat tankesätt och avdramatisering av arbetet med avvikelser – att brister inte är kopplat till person utan till organisation. Arbetet behöver också tydliggöra skillnaderna i vad som är avvikelser kopplade till bristande kvalitet för brukaren och vad som räknas som arbetsmiljörelaterade tillbud och/eller arbetsskador.

I samband med implementering av ett nytt verksamhetssystem behöver arbetet med avvikelser ses över för att möta verksamhetens behov av avvikelse typer.

Åtgärder kopplade till handläggning av ärende

För att arbeta med de brister som identifierats kring avvikelsekategorin *Handläggning av ärende* har följande åtgärder vidtagits, är pågående och/eller planeras att vidtas:

- handläggare ska följa prioriteringsordning vid vakanser och oplanerad frånvaro,
- genomgång och förankring av rutin för överlämning av individärenden vid frånvaro och avslut samt att skapa stödmaterial,
- enheterna har ett pågående arbete där handläggarna är indelade i "fyragrupper" och hjälps åt med bland annat omfördelning och prioritering av individärenden och uppföljningar,
- upphandling av nytt verksamhetssystem avslutades under hösten 2022 och förväntas medföra ett mer användarvänligt system som kan leda till färre misstag,
- samverkan med utförare för att minska återupprepande av avvikelser,
- metod- och utvecklingsledare genomför månadsvisa egenkontroller samt håller i individuell handledning.

Åtgärder kopplade till bemötande

I det verksamhetsområde där bemötande var en av avvikelse typerna som analyserades framkom följande behov av åtgärder för att komma till rätta med de bakomliggande orsakerna till avvikelserna:

- där det finns behov arbeta för att tydliggöra så att brukarnas utvecklingsnivå ställs i relation till utformningen av stöd,
- ta fram ett gemensamt underlag som kan användas vid riskbedömningar kopplat till brukare,
- arbeta med att öka kunskapen om skyddsåtgärder,
- fortsätta med kompetenshöjande aktiviteter kopplat till lågaffektivt bemötande.

Vidare framkom behov av åtgärder kopplat till den förvaltningsgemensamma rekryteringsutmaningen för att kunna möta verksamhetens behov med de sökande kandidaternas kompetens.

HSL

Patientens delaktighet i avvikelsearbetet

Av verksamheternas analysunderlag framgår det att patienter kan vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt beroende på vilken typ av avvikelse som inträffat. Hur omfattande delaktigheten är varierar mellan de olika verksamheterna och enheterna.

I nedanstående beskrivningar lyfts exempel på hur patienter involveras i arbetet i samband med utredning av avvikelser:

- Vid allvarliga avvikelser brukar sjuksköterska kontakta patienter och/eller anhöriga för att informera om händelsen och erbjuda eventuellt stöd.
- Om en patient inte fått sin ordinerade läkemedelsdos eller fått fel dos informeras patienten om detta. Sjuksköterska stämmer av med patienten om avvikelsen lett till exempelvis ökad smärta eller andra kroppsliga symtom. Omvårdnadspersonalen ombeds ha lite extra koll på patienten vid läkemedelsavvikelser.
- Samtal mellan patient och medarbetare om vad som orsakat avvikelserna och hur arbetet kan bedrivas framåt för att undvika att samma avvikelser inträffar igen. Patienten ges möjlighet att själv komma med förslag på arbetets utformning.
- När det gäller fallavvikelserna kan fysioterapeut och arbetsterapeut besöka patienten för dialog om hur patienten ska undvika att falla.

Det händer att patient eller närstående inte involveras i utredning av avvikelser i de fall som avvikelsen/händelsen inte påverkat patientens hälsa eller om avvikelsen inkommit som en synpunkt eller klagomål. Andra orsaker som uppges till varför patienter inte involveras är patientens kognitiva förmåga att delta och ta adekvata beslut eller att medverkan kan skapa oro för patienten.

Patientens delaktighet i utredningen av avvikelser verkar i dagsläget främst vara en dialog om möjliga åtgärder. Det finns ett behov av att inom verksamheten arbeta med åtgärder och utveckling av delaktigheten i patientsäkerhetsarbetet i samband med utredning av avvikelser.

Avslutande kommentar

I analysarbetet har det varit fokus på att skapa dialog utifrån ett helhetsperspektiv och identifiera mönster och trender som indikerar på brister i kvaliteten. Utöver redovisade bakomliggande orsaker och åtgärder gjordes det några reflektioner i ledningsgrupperna i samband med analysarbetet:

- Är alla avvikelser som rapporteras egentligen avvikelser? Medarbetare vill rapportera händelser men vet inte alltid när det är en avvikelse eller ej. Alla händelser betyder inte att en avvikelse har inträffat.
- Avvikelsearbetet kan tidvis uppfattas som administrativt tungt och det finns en risk för att avvikelser som är "viktiga" för kvaliteten för brukaren missas.
- Hur används avvikelser i det systematiska förbättringsarbetet? I analyserna beskrivs det att avvikelser skrivs till andra verksamheter än den egna.
- Det finns ett behov av att kunna dokumentera arbetet med analys i verksamhetssystemet. I nuvarande system ligger fokus på själva rapporteringen.
- Utifrån analyserna konstateras att de vanligaste avvikelserna inte alltid är de som är mest betydande och som har haft störst vikt för kvalitetsarbetet. De vanligaste avvikelserna har nödvändigtvis inte heller varit de som enheterna har arbetat mest aktivt med.
- Antalet avvikelser gällande bemötande är förhållandevis få inom vissa LSS-verksamheter. I arbetet med brukarna är bemötandet viktigt; hur upptäcks bristande bemötande och hur kan vi arbeta med avvikelsekulturen gällande bemötande?

Utifrån ovanstående punkter är det av vikt att fortsätta dialogen kring arbetet med avvikelser. Två spår har identifierats:

1. **Arbetsätt:** Hur arbetar vi med avvikelser från rapportering till uppföljning av åtgärder samt hur skapar vi förståelse för vikten av att rapportera händelser som kan vara brister i kvaliteten? Idag har vi olika rutiner för de olika avvikelserna, kan vi arbeta för att skapa ett enhetligt och gemensamt arbetsätt oavsett lagrum? Vi behöver arbeta för att förenkla rapportering, utredning, analys och uppföljning.
2. **Kultur och lärande:** I FOU-rapporten "*Att lära av det som fungerar*" finns intressanta tankar och uppslag och skulle utgöra ett inspirationsmaterial i dialogerna kring att förändra kulturen och utveckla lärandet i organisationen.