

DIARIENUMMER: 94/2022

FASTSTÄLLD: 2022-09-27

DOKUMENTANSVAR:

MAS/Kvalitetssamordnare

SAS/Kvalitetssamordnare

Halvårsrapport

Avvikelser 2022

Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2022.....2

Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen, SoL, Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS samt Hälso- och sjukvård, HSL 2

Avvikelsehantering – en del i det systematiska kvalitetsarbetet 2

Avvikelser inom hälso- och sjukvård4

Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet..... 4

Fall..... 4

Läkemedelshantering..... 6

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård 8

Externa avvikelser 9

Avvikelser enligt SoL och LSS 11

Rapporterade avvikelser från verksamheter 12

Klagomål och synpunkter..... 15

Lex Sarah..... 16

Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2022

Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen, SoL, Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS samt Hälso- och sjukvård, HSL

Rutiner och riktlinjer för avvikelserapportering finns upprättade vilka ger information om hur avvikelser skall hanteras i verksamheten, dokument ligger i Handboken på kommunens intranät. I hanteringen av avvikelser ingår skyldigheten att utreda och rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden inom socialtjänsten (lex Sarah) samt skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom Hälso- och sjukvård (lex Maria).

Avvikelsehantering – en del i det systematiska kvalitetsarbetet

Personal som arbetar inom verksamheter enligt SoL, LSS och HSL har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna förslag på förbättringar.

Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Om verksamheten inte uppfyller dessa krav föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera.

Syftet med att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitén dvs. avvikelser är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet. Huvudsyftet är att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner, inte att peka ut enskilda medarbetare. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen, till verksamhetens medarbetare och andra berörda samt att använda erfarenheterna i det förebyggande arbetet.

Avvikelseprocessen

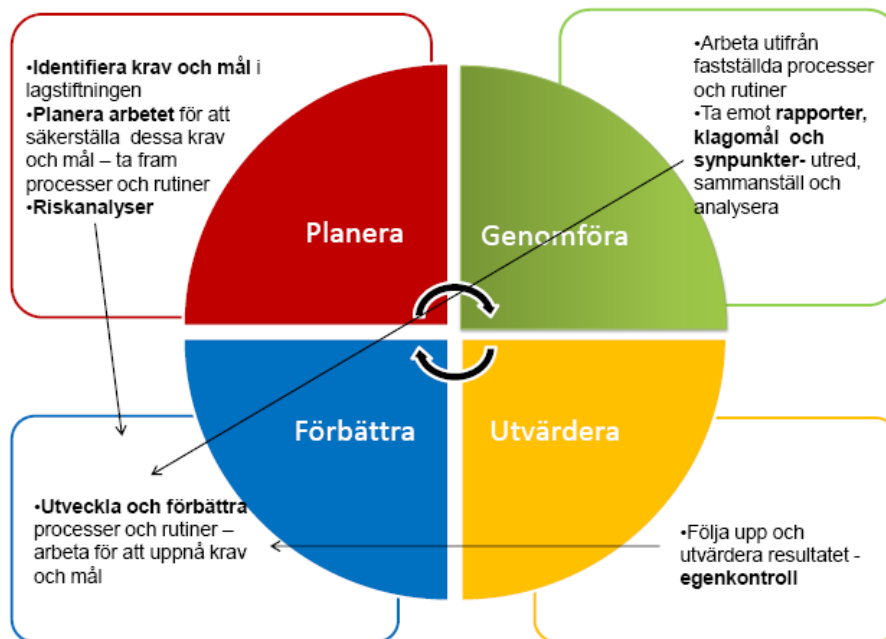
Att arbeta med avvikelshantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

All personal ska rapportera händelser av betydelse för brukare/patientens säkerhet. Avvikelsen ska rapporteras i avvikelssystemet omgående efter upptäckt.

Händelse

1. en händelse som leder till att avvikelse upptäcks
2. den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt enligt avvikelshanteringen
3. berörd ansvarig chef, ska bedöma och vidta åtgärder samt dokumentera i journal och avvikelssystem
4. berörd ansvarig chef analyserar avvikelsen
5. ansvarig chef ska tillsammans med berörd personal följa upp händelsen och vidta åtgärder för att förhindra återupprepning
6. avvikelsen återkopplas till berörd personal/arbetsgrupp av ansvarig chef.

Förbättringshjulet



Avvikelser inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen definierar begreppet avvikelse enligt följande:

”En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunnat medföra någon typ av skada för en patient, och som inte är förväntad utifrån patientens tillstånd eller vårdens karaktär”.

Rapportering av avvikelser gäller för samtliga patienter för vilka Herrljunga kommun har Hälso- och sjukvårdsansvar för. De personal som utför Hälso- och sjukvårdsinsatser har skyldighet att medverka till god kvalitet uppnås och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

En avvikelse skrivs när en händelse som avviker från förväntat förlopp och som har lett till, eller risk förvårdskada. Genom att rapportera avvikande händelser kan brister och systemfel synliggöras. Syftet med avvikelser är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller systemfel i verksamheten samt utifrån analys och sammanställning skapa underlag för arbete med kvalitetsförbättring.

Antal rapporter ger en vägledning inom vilka kategorier det finns störst behov av åtgärder. Avsaknad av eller ett lågt antal rapporter bör inte tolkas som avsaknad av problem eftersom antalet rapporterade avvikelser inte bara påvisar om det finns ett problem utan också på den enskilda individens möjlighet och kunskap att skriva en avvikelserapport. Av samma skäl bör antalet avvikelser inte användas som ett jämförande mått, till exempel för att bedöma om åtgärder haft effekt. För att kunna bedöma detta behöver avvikelserapporter följas upp, till exempel genom egengranskning och noggranna händelseanalyser.

För att kunna få ut bättre information från skrivna avvikelser bör vi arbeta fram en tydligare avvikelserapport, dels som är lätt att skriva samt att det ges möjlighet till att plocka ut användbar statistik och fakta.

I verksamheterna finns en hög medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser och man har god följsamhet till att rapportera.

Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

I processen att utreda avvikelser ingår att bedöma allvarlighet, och sannolikhet för att en händelse skulle kunna inträffa igen. Det är en viktig del i avvikelshanteringen för att förstå vilka händelser som är allvarliga och om det finns risk för att de upprepas och patienter därmed riskerar att drabbas av vårdskada.

Fall

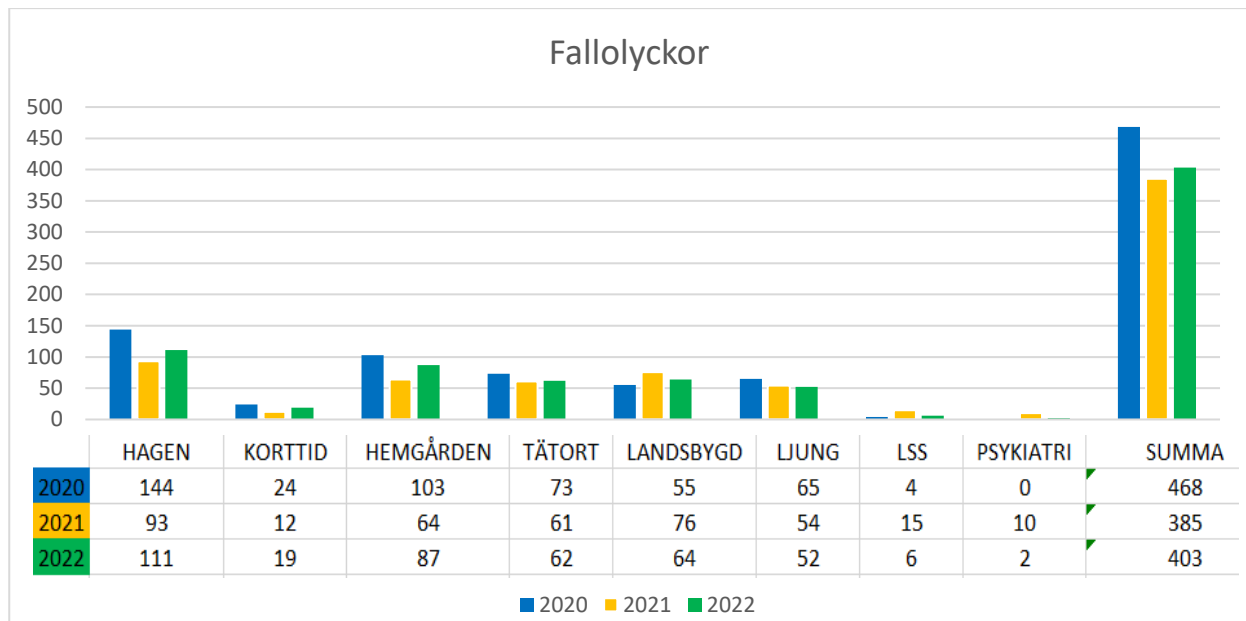
Varje fallolycka registreras i kommunens verksamhetssystem VIVA. Fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Det innebär att det inte bara är att någon snubblar eller halkar som avses med fall, utan även när någon rullat eller glider ur sängen eller glider ner på golvet från en rullstol/stol. En fallskada är en fysisk och psykisk konsekvens som uppstår vid fallolycka.

Legitimerad personal: sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i team tillsammans med enhetschef och vård- och omsorgspersonal där riskbedömningar utförs med hjälp av bedömningsinstrument i Senior alert och VIVA. Resultaten ligger i första hand till grund för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för fallskadeprevention för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp kan leda till fall/fallolycka.

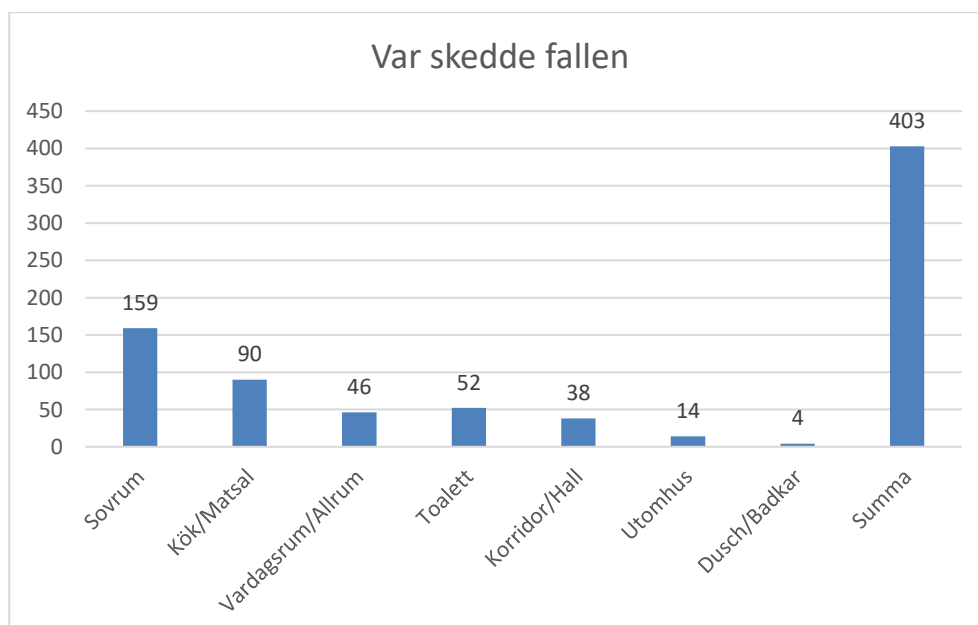
Syftet med rapporteringen är att vid varje fallolycka utföra en fallrisk-utredning vilket är en kort utredning/analys av det som inträffat samt förebygga att det inte händer igen på individnivå. På områdesnivå/enhetsnivå är syftet att registrera avvikelser på fall som en del i det systematiska förbättringsarbetet för att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner för att verksamhetens kvalitét ska utvecklas och säkras.

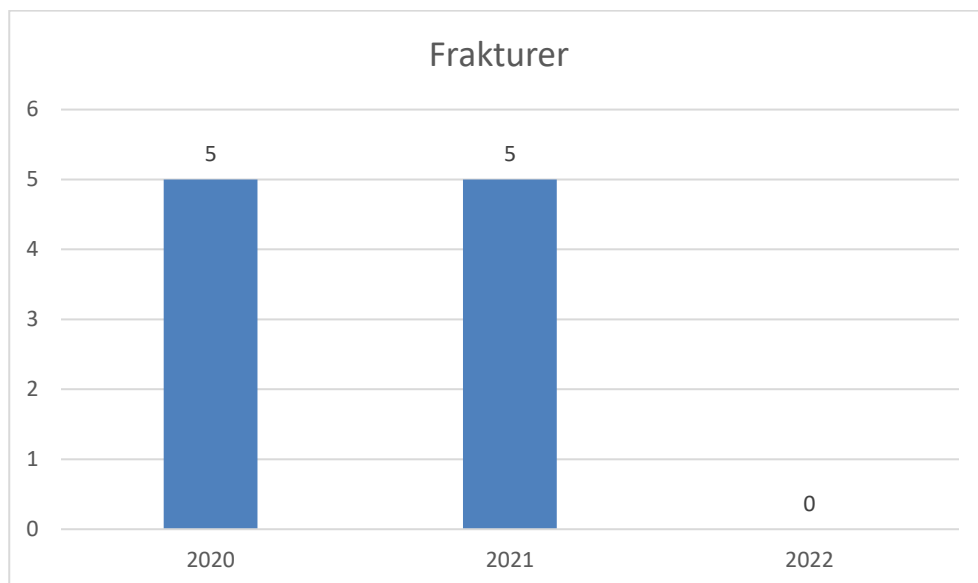
Enhetschef på respektive enhet ansvarar för att fallförebyggande arbete genomförs, samt att rutin för rapportering av fallolyckor är känd och används av all personal. Ansvarig kontaktman genomför fallprevention hos sina patienter för att minimera risken för att falla. Patienter och närstående informeras om betydelsen av att förebygga fall och eventuella skador.

Inrapporterade fallolyckor 2022 samt jämförtal 2020 samt 2021



Fakta avvikelser fall/fallolycka första halvåret 2022





- Under första halvåret 2022 registrerades 403 fallolyckor. Här ser vi en liten ökning med 18 dokumenterade avvikelser av fallolyckor jämfört med samma tidsperiod 2021. Det finns inga dokumenterade frakturer i samband med själva fallet. Förebyggande arbete för att minska antalet fallolyckor med riskbedömningar utförs regelbundet i VIVA och i kvalitetsregistret Senior alert.
- Antal unika patienter som registrerades för fall under första halvåret var 126 stycken. Detta innebär att en patient faller mer än en gång.
- Vid samtliga fall (403 stycken) var det 27 stycken av incidenterna som patienten använde höftbyxa (polstrad trosa/kalsong som ger skydd för höftpartiet vid fall).
- Av de 403 registrerade fallavvikelseerna uppgav 139 patienter att de använt gånghjälpmedel vid fallet.

Läkemedelshantering

Iordningsställande av läkemedel, det vill säga uppdelning av läkemedel till enskild patient sker via dosdispensering (= maskinellt eller manuellt iordningsställande av läkemedel i patientdoser, en upphandlad tjänst av Västra Götalandsregionen) alternativt att sjuksköterska delar patientens dosett veckovis ur läkemedlets originalförpackning. Administrering av läkemedel, överlämnande av en iordningsställd läkemedelsdos till patient, utförs till största del av delegerad vård- och omsorgspersonal. Delegerad vård- och omsorgspersonal kan även administrera läkemedel till patient ut originalförpackning.

De framarbetade rutinerna för läkemedelshantering som finns är lika för hela förvaltningen. Varje patient har en pärm med ordinationshandling i sitt boende. Läkemedlen förvaras i den enskildes bostad. En stor del av patienterna har läsbara läkemedelsskåp. I enstaka fall förvaras läkemedel hos hemtjänstpersonalen där det inte är möjligt att ha en säker hantering i det ordinära boendet.

Avvikelse läkemedel registreras direkt i kommunens verksamhetssystem VIVA och skickas till enhetschef där händelsen inträffat. Denne utreder händelsen och om annan enhetschef bör informeras eller överta avvikelsen skickas den vidare till berörd enhetschef.

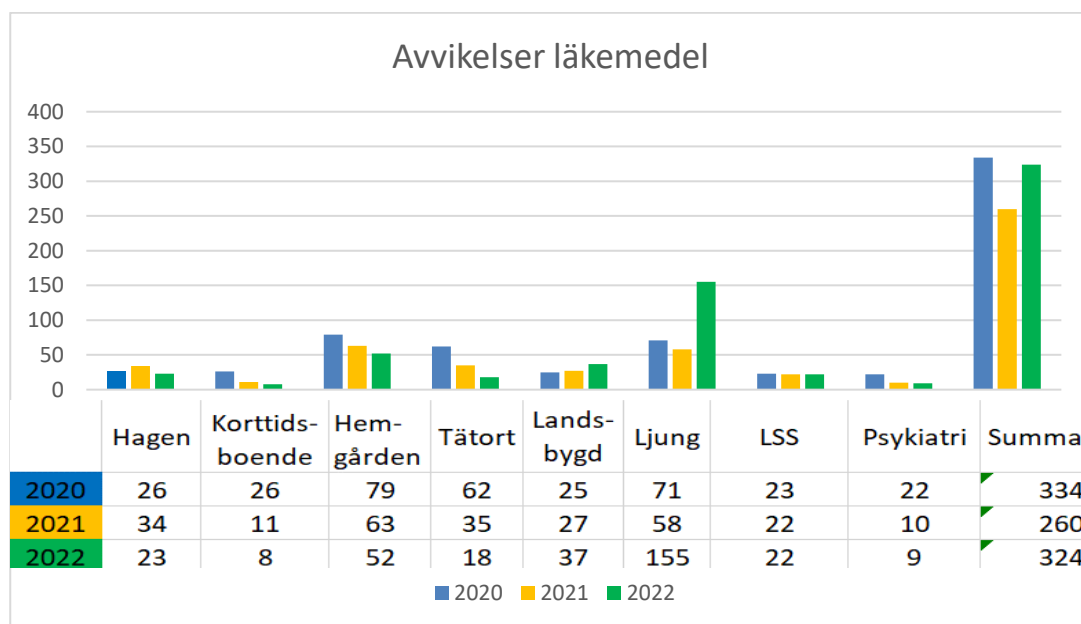
Sjuksköterskan kontaktas snarast av personal och analyserar och ger en bedömning ur ett medicinskt perspektiv. Vidtagna åtgärder återkopplas till personal samt samtal kring hur liknande händelse kan förhindras framöver. Resultat återkopplas även till enhetschef som återkopplar till enhetens personal på APT för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

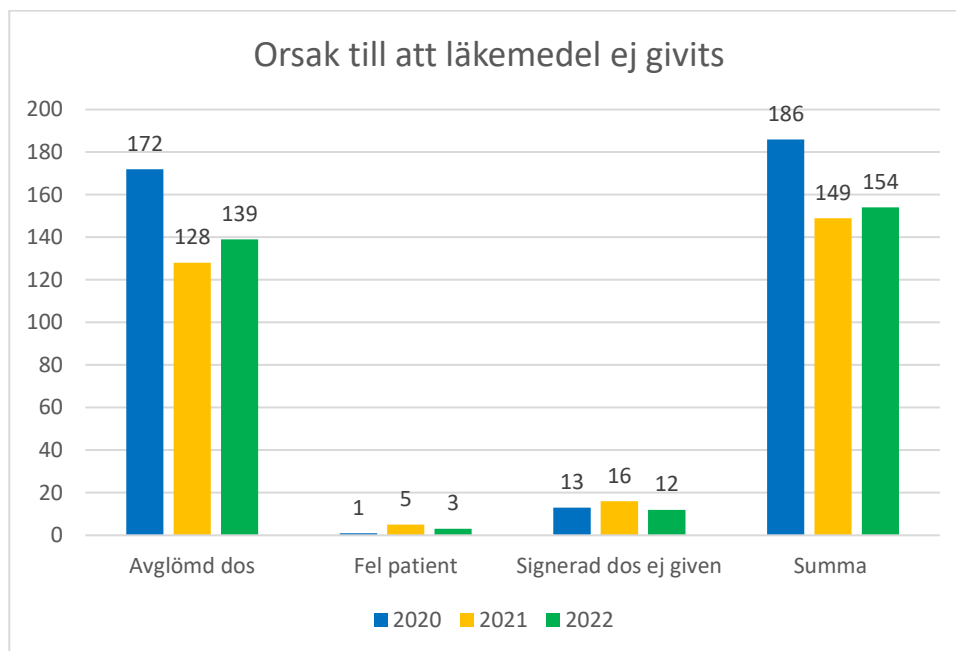
Fakta avvikelser läkemedel

Antal registrerade avvikelser läkemedel under första halvåret 2022 var 327 stycken, en ökning med 67 stycken avvikelser jämfört med samma tidsperiod föregående år. Enhet Ljung har en ökning av antalet avvikelser, flertalet gäller saknade signeringar. Dålig mobiltäckning är en orsakerna då signering sker i mobilappen Appva. Upphandling gällande kommunens telefoni pågår där vi kräver en högre kvalitet på mobiltäckning. Upphandlingen beräknas vara klar i slutet av 2022 med driftsättning första kvartalet 2023.

Läkemedelsavvikelser

Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel första halvåret 2022 enhetsvis samt jämförelsetal 2020 samt 2021.



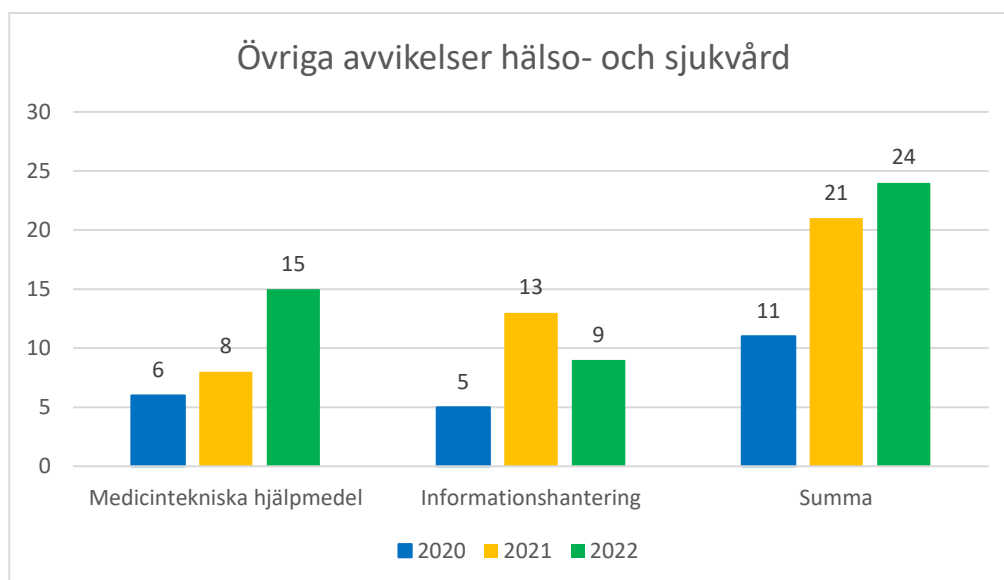


Typ av läkemedel som glömts bort att distribueras är smärtstillande läkemedel, blodförtunnande läkemedel och insulin.

Utfallet i halvårsrapporten utgör ett underlag för verksamhetsutveckling och ett ständigt pågående förbättringsarbete gällande läkemedelshantering. Alla är informerade om att det är viktigt att rapportera negativa händelser/avvikelser.

Antalet avglömd dos har ökat något sedan föregående år. Med digitala signeringslistor blir personal påmind om att läkemedel ej givits till patient. Tidigare upptäcktes det vid nästa tillfälle för överlämnande av läkemedel.

Övriga avvikelser Hälsa- och sjukvård



Medicinteknisk produkt/Rehab

15 avvikelser har registrerats under första halvåret 2022. Orsaker är främst bristande dokumentation och kommunikation.

Informationshantering internt

Avvikelse rörande informationshantering internt har rapporterats i 9 avvikelser. Samtliga avvikelser gäller bristande kommunikation och dokumentation.

Inkomna klagomål/synpunkter

Klagomål inkommer från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter, klagomål rör brister i verksamhetens kvalitet.

Ett klagomål/synpunkt har inkommit under första halvåret 2022.

Lex Maria

En Lex Maria-anmälan till IVO har gjorts under första halvåret 2022, avvikelse inträffade i december 2021. Utredningen visar på allvarlig vårdskada/risk för vårdskada.

Externa avvikelser

Externa avvikelser som rapporteras är avvikelser i närvårdssamverkan mellan vårdgivare. Avvikelse rapporteras i IT-stödet Med Control PRO. Oftast handlar det om informationsöverföring vårdgivare emellan. Syftet är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet samt stärka patientsäkerheten.

Avvikelse från Herrljunga kommun

Under första halvåret 2022 har HSV Herrljunga kommun sänt avvikelser till:

Skaraborgs sjukhus	1st
Alingsås Lasarett	2st
SU	1st

Skickade externa avvikelser handlar främst om bristande kommunikation och dokumentation.

Avvikelse till Herrljunga kommun

Under första halvåret 2022 har 4st avvikelser sänds till Herrljunga HSV från annan vårdgivare.

Inkomna externa avvikelser handlar om bristande kommunikation, felaktiga läkemedelslistor och bemötande.

Skickade och inkomna avvikelser i Närvårdssamverkan är i ämne återkommande årligen, till exempel bristande kommunikation. Inkomna svar från både Herrljunga kommun och från SÄS respektive Alingsås lasarett är också samma, ”vi har tagit upp detta på arbetsplatsträff” etc.

Enheterna gör alltid en analys vid inkomna avvikelser samt att avvikelserna/utredning leder till förändring och förbättring i verksamheten. På individuella kvalitetsmöten med enhetschefer går vi igenom avvikelser och halvårsrapport för respektive enhet.

Mattias Olerot
MAS/Kvalitetssamordnare

Avvikelser enligt SoL¹ och LSS²

Avvikelser

Begreppet avvikelser innefattar:

- avvikelse enligt SoL, LSS
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Avvikelser ska dokumenteras i de fall där verksamheten av någon anledning inte kunnat fullfölja/utföra insatser som den enskilde är berättigad till eller där verksamheter direkt eller indirekt orsakar de händelser som sker.

Avvikelser är inte när enskild själv tackar nej, avbokar sina beviljade insatser eller inte finns hemma på överenskommen tid. Vid sådana händelser ska det dokumenteras i den enskildes journal och en bedömning göras, om genomförandet av insatser behöver göras på annat sätt, ändringar i tid etc. eller i övrigt följas upp.

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande avvikelser för vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom delar av socialt stöd samt IFO och administration dokumenteras avvikelser i lexmodul i Viva. Avvikelsehantering med rapportering, analys och åtgärder är återkommande på kvalitetsmöten med enhetschefer och förvaltningsledning. Synpunkter och klagomål är en del i avvikelsehantering, dessa kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering. Synpunkter och klagomål som inkommer diarieförs i kommunens diarie- och handläggningssystem.

Resultat

Antalet dokumenterade avvikelser SoL, LSS, klagomål och synpunkter samt lex Sarah har i jämförelse med halvåret 2021 ökat. Äldreomsorgen står för den större delen av rapporterade händelser ungefär lika fördelat på särskilt boende och på hemtjänst. Skillnader finns dock mellan olika boendeenheter och olika hemtjänstgrupper. Att det faktiskt har skett fler avvikande händelser i vissa verksamheter, men som inte rapporterats är ett faktum. Hur många avvikelser som kan sägas vara rimligt på ett år är svårt att bedöma. Ett antal om ca 350–400 avvikelser enligt SoL, LSS kan kanske vara rimligt i en socialförvaltning i Herrljunga storlek och enligt tidigare resultat genom åren.

Finns det en osäkerhet generellt om avvikelsehantering eller i enskild händelse kan dialog föras med socialt ansvarig samordnare, SAS som kan ge råd och stöd.

Den utbildningsserie om dokumentationsskyldighet och verksamhetssystemet, som påbörjades hösten 2021 har fortsatt under våren 2022 men är nu avslutad. De olika avsnitten kan dock ses om igen, dessa är tillgängliga för personal och chefer på KomNet.

Det är viktigt att lagstiftning och föreskrifter kring kvalitetsarbete finns med i introduktionen av nya medarbetare och chefer. Det är viktigt att i verksamheterna föra dialog kring avvikelser, göra analys om vad, hur och varför händelser sker samt vilka åtgärder som behöver vidtas. Systematiskt kvalitetsarbete är ett ständigt pågående arbete.

¹ Socialtjänstlag

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Översikt

Typ	Helår 2018	Helår 2019	Helår 2020	Halvår 2021	Helår 2021	Halvår 2022
Avvikelser enl. SoL, LSS	303	295	307	161	309	204
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	24	19	21	11	31	29
Lex Sarah	6	9	7	3	5	3
Totalt	333	323	335	175	345	236

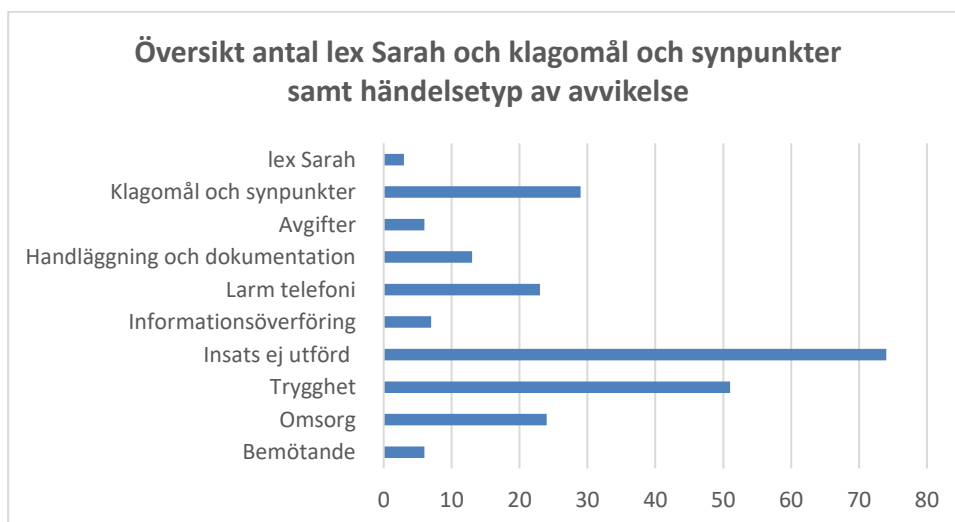
Rapporterade avvikelser från verksamheter

Att verksamheter har många rapporterade avvikelser eller få rapporteringar är inte alltid detsamma som att det är en dåligt fungerande verksamhet med många händelser eller en väl fungerande verksamhet utan händelser. Det kan bero på hur aktivt och medvetet eller inte aktivt verksamheten arbetar med avvikande händelser där det uppstått konsekvenser för brukare eller där det finns en risk för negativa konsekvenser. Det är viktigt att det råder ett öppet klimat och att en dialog sker på arbetsplatsen när händelser inträffar om vad som är orsaken till det inträffade och vilka förändringar/åtgärder som behöver göras för att samma typ av händelse inte ska ske på nytt. Det är viktigt att arbeta med ständiga förbättringar och ta lärdom av händelser, dels i den egna verksamheten, dels mellan verksamheter då erfarenheter kan vara till nytta även i annan verksamhet, i ett förebyggande arbete. Syftet med avvikelshantering är att utveckla verksamhet och kvalitet, inte att finna ”syndabocker” bland den personal som berörs i händelsen.

En politisk indikator är att öka antalet registrerade avvikelser i syfte att skapa ett underlag för ett utökat systematiskt kvalitetsarbete (analys och uppföljning). Några verksamheter står för den större delen av avvikelserna medan andra verksamheter har ett fåtal avvikelser av ovanstående slag. Att uppmärksamma avvikelser, rapportera, analysera, åtgärda och förbättra är en viktig del i ett aktivt, systematiskt kvalitetsarbete. En verksamhet där chef och personal är uppmärksam på avvikelshantering, vet ansvaret och syftet med rapportering är en viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Upprepade händelser av samma slag är en brist och kan leda till en utredning och anmälan enligt lex Sarah.

Avvikelse följs upp på arbetsplatsträffar genom dialog i arbetsgruppen, orsak till händelser och åtgärder för att förhindra att samma typ av händelse ska upprepas. Dokumenterade uppföljningar av enhetschef släpar efter i några verksamheter bl.a. på grund av chefer som slutat och vakanser i chefsgruppen. Det blir svårt för nya chefer att i efterhand kunna följa upp. Avvikelse är en del av det som tas med till kvalitetsmöten med enhetscheferna.



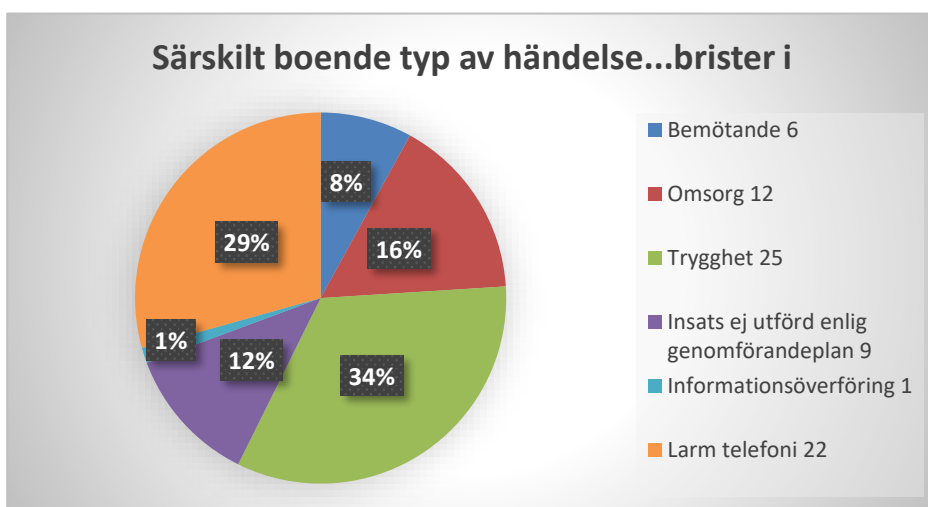
Vård och omsorg

Boende

Den enhet på särskilt boende som är korttidsboendet Furuhaugen, har rapporterat två avvikelser enligt SoL under första halvåret 2022. Verksamhetens följsamhet (enligt nämndens mål) till avvikelserutiner bedöms vara tveksamt. Det finns anledning för enhetschef tillsammans med sin personal att ha en dialog om avvikelserapportering. I information framkommer att det finns händelser som inte rapporterats t.ex. utebliven insats, brukare avviker från enhet utan att personalen uppmärksammar, då är bedömningen att det är rimligt att antalet avvikelser skulle vara ett högre antal det gångna halvåret.

Inom Hagens särskilda boende har 34 avvikelser rapporterats varav 19 av dessa handlar om brister i trygghet för de boende. Det handlar om boende som agerar utåt mot medboende vilket kan upplevas hotfullt och som skapar otrygghet bland de medboende. Sådana situationer kan variera över tid, kan vara svåra att kunna förebygga över dygnets alla timmar, speciellt på ett boende med inriktning för personer med kognitiv svikt. Vid behov sätts extra personal in och det måste få vara så, att behovet hos brukarna får styra vilka resurser som behövs. Behovet kan variera över tid.

Inom Hemgårdens särskilda boende har 39 avvikelser rapporterats varav 21 av dessa registrerats inom händelser brister i larm och telefoni. Ungefär jämnt fördelat av dessa handlar det om att dels går larm inte fram till personalen, dels handlar det om att rörelselarm inte har ställts fram/aktiverats och det senare kan snarare tolkas som orutin, informationsbrist etc. Den återkoppling som framkommit från cheferna är att det ökade vård- och omsorgsbehovet som sker bl.a. innebär för personalen mer arbete, mera insatser, mer att komma ihåg, stress vilket kan innebära en risk att glömma eller inte hinna med. Åtgärder avvikelser generellt tas upp på alla teamträffar, nya rutiner prövas. Det är viktigt att enhetscheferna tillsammans med berörda medarbetare analyserar orsaken till att just dessa avvikelser händer och tillsammans kommer fram till olika åtgärder som prövas för att komma tillrätta med avvikelser med händelsetyp larm och telefoni.



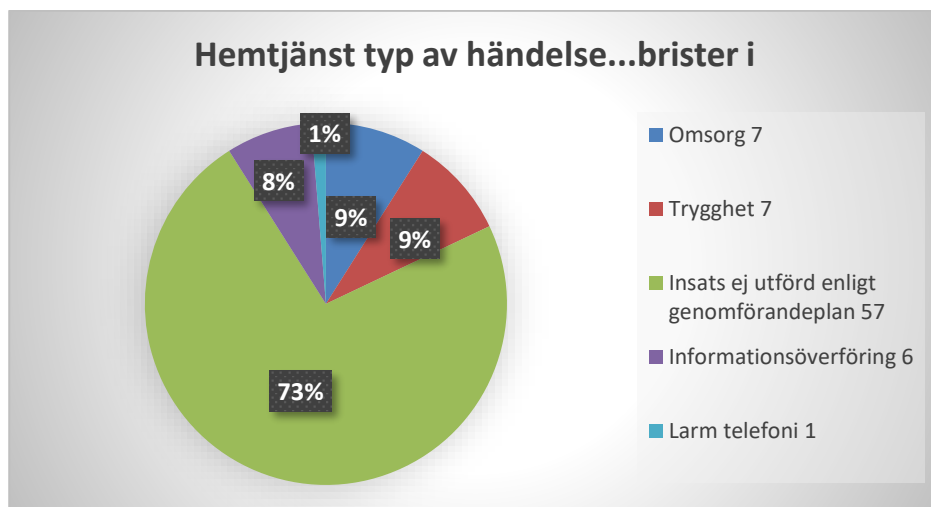
Bedömningen är att det bör vara av största vikt att åstadkomma trygghet för de brukare som bor på särskilt boende. Det är den enskildes egna hem där det måste kunna få råda lugn och trygghet. Tekniska lösningar kan vara ett komplement till personalbemanning men då måste också kunskap och rutiner finnas om när och hur dessa ska användas. Tekniska lösningar kan dock inte ersätta personal.

Hemtjänst

Hemtjänsten totalt har 78 rapporterade avvikelser, Ljung sju, Tätort nio och Landsbygd har 62 avvikelser vilket är betydligt fler rapporterade avvikelser än övriga hemtjänstområden.

Över 50 % av de rapporterade avvikelserna handlar om att dubbelbemanning inte har genomförts hos de brukare där det bedöms ska vara dubbelbemanning. I stort sett så är det på område Landsbygd som detta har rapporterats. Orsaken som anges i avvikelserna är personalbrist och mycket att göra, har inte hunnit möta upp kollega, som då har utfört förflyttningar på egen hand. Återkoppling från chef säger att Landsbygd har många brukare med behov av dubbelbemanning i nuläget. När dubbelbemanning har

frångåtts så är det ordinarie, van personal som känner brukaren väl, som har tagit beslut om att kunna göra förflyttning på egen hand. Rutiner och vad som ska gälla kommer att lyftas på APT i höst.



Dubbelbemanning kan behövas dels för att säkerställa tryggheten för brukaren vid omsorgsarbetet t.ex. i samband med förflyttning, dels ur arbetsmiljösynpunkt. Det förefaller vara otydligt vilken funktion som fattar beslutet om dubbelbemanning, dubbelbemanning ska framkomma i genomförandeplan om det är beslutat så. Enligt uppgift så är det enhetschef som beslutar när det gäller personalens arbetsmiljö i annat fall, ur brukarens säkerhet konsulteras legitimerad personal på rehab. Om personal på eget initiativ bortser från dubbelbemanning så kan det vara med stor risk, med stora konsekvenser, om en brukare faller till golvet i samband en förflyttning. Bedömningen är att enhetschefen tillsammans med medarbetare behöver göra en analys av dessa avvikelser när och var inträffar det, finns det beslutat att det ska vara dubbelbemanning, finns dubbelbemanning planerat i dessa avvikelser eller inte etc.

IFO

I verksamhet myndighet har totalt nio avvikelser rapporterats. Typ av händelse i dessa nio rapporter är: sex avvikelser gällande avgifter och ersättningar såsom felaktigt utbetald ersättning, men flera som ej fått rätt ersättning eller betalt för utlägg i samband med inköp, de som berörts av dessa avvikelser är familjehem och kontaktperson.

Vidare en avvikelserapport av vardera händelsen, som gäller fattat beslut utan delegation, felaktigt utlämnad uppgift som skulle vara sekretessmarkerad samt brister i handläggning inget beslut har upprättats. Gällande det sistnämnda så har eventuellt muntlig kommunikation förekommit, men i övrigt oklart vad som hänt i ärendet då det saknas dokumentation, denna brist skedde juli 2021 men uppdagades i januari 2022, insatsen hade inte kommit i gång, den gäller insatsen kontaktfamilj. Åtgärder som noterats är att samtal har skett men berörda brukare/handläggare och att en ändrad arbetsplanering har skett, men inte något tydligare beskrivet.

I Kvalitetsberättelsen 2021 under avsnittet *Förbättringsplan* finns upptaget att bl.a. en översyn av administrativa arbetet kring bl.a. arvoden och ersättningar är en av inriktningarna. En granskning och kontroll av vilka förbättringar och åtgärder som vidtagits, kommer att ske under året.

Bedömningen är att det inte upprättas avvikelser i den omfattning som ska göras. Det har framkommit att det finns händelser som borde rapporterats såsom brister/avsaknad av dokumentation, beslut/förlängningar saknas, uppföljningar av insatser har inte skett innan utgången av ett beslut. Det är viktigt att avvikelser dokumenteras för att synliggöra för chefer de brister som sker och att på så vis kunna arbeta med analys och förbättringsarbete.

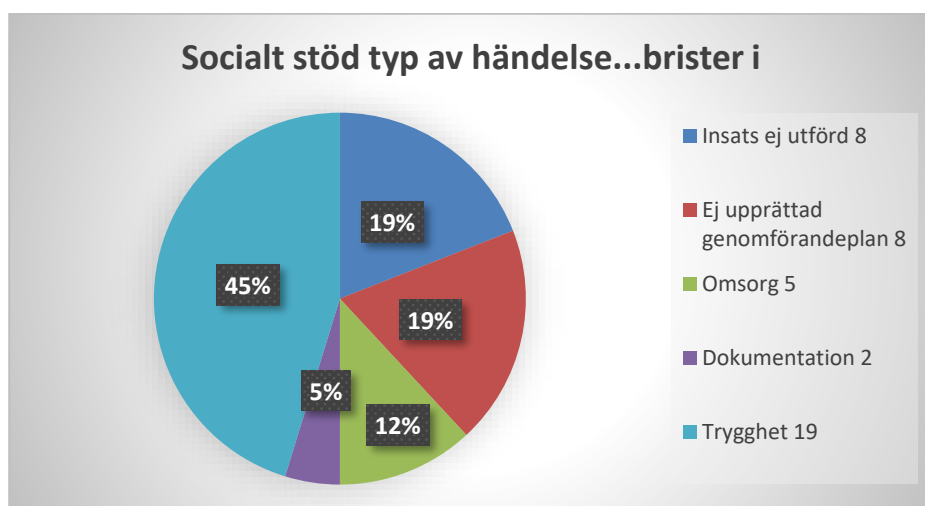
I början av hösten kommer ett möte att bokas in med respektive enhetschef och personalgrupp. Där ges information om dokumentation och även hur vissa moment ska göras i verksamhetssystemet. SAS och en systemförvaltare håller dessa möten.

Ytterligare en enhetschefstjänst är nu tillsatt vilket innebär mindre arbetsgrupper med personal och större möjligheter att vara närvarande sina medarbetare. Två av dessa nu tre chefer är nyanställda efter sommaren och kan inte förväntas känna till avvikelserna som varit eller om/vilka åtgärder som vidtagits. Avstämning och genomgång sker vid dels introduktion med SAS, dels kommande kvalitetsmöten med respektive chef.

Rapporter upprättade i efterhand, efter den 30 juni 2022 är inte medräknade i denna rapport, ett par avvikelser till. Dessa kommer med i Kvalitetsberättelsen 2022. Ansvariga enhetschefer uppmärksammas dock på det rapporterade och åtgärder görs utifrån vad bristen gäller t.ex. har insatser dokumenterats som verkställda när dessa inte är verkställda.

Socialt stöd

Inom LSS, personlig assistans, boende, avlösarservice, boendestöd, daglig verksamhet samt ledsagning har det upprättats 42 avvikelserrapporter. De rapporter som upprättats utifrån inkomna klagomål och synpunkter, redogörs under rubriken klagomål och synpunkter. Verksamheter inom socialt stöd har fördubblat antalet rapporterade avvikelser i jämförelse med 2021 års halvårsrapport. Bedömningen har varit under tidigare år att det inte upprättas avvikelserrapporter i den omfattning som skulle vara. Därför får det anses vara positivt att allt fler brister rapporteras och på så sätt synliggörs, vilket möjliggör förbättringsarbete.



Det som avvikelserna handlar om är flera olika händelsetyper men brister i trygghet utgör den större delen och i dessa händelser är det övervägande utebliven habiliteringsersättning som felat och bidragit till oro och otrygghet hos brukaren. Den identifierade felande länken ligger på ekonomienheten. Den aktuella verksamheten inom Socialt stöd följer noga rutiner kring att månadsvis lämna uppgifter till ekonomienheten, om ersättningar som ska betalas ut.

En annan typ av händelser som rapporterats är brister i dokumentation, inga upprättade och/eller aktuella genomförandeplaner finns. Här pågår åtgärder under hösten, gemensamma genomgångar med personalgrupper och dokumentationsombud, lättläst bok om dokumentation i verkställighet till personalgrupper att läsa och ha dialog kring.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma på flera olika sätt, via hemsidan, muntligt eller i pappersform. Klagomål kan även ha lämnats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO som därefter skickar till nämnden med hänvisning till huvudmannens skyldighet att utreda klagomålet.

Under första halvåret 2022 har 29 klagomål och synpunkter inkommit spridda över nämndens olika verksamheter. Inom Socialt stöd handlar det om bl.a. utebliven habiliteringsersättning, oron vid utebliven dubbelbemanning, bemötande, brister i personlig omsorg. Inom hemtjänsten bl.a. en synpunkt, generellt på hemtjänstens organisation, kompetens och tidsplanering. Vidare klagomål gällande brister i anhörigavlösning, bristande städ. På särskilt boende ett klagomål som handlar om brister i bemötande.

Två klagomål har inkommit via IVO, ett gäller bristande information i samband med utredning inom IFO samt ett gällande boendes otrygghet och rädsla för medboende. Åtgärder sker i form av bl.a. samtal med personal när det gäller förhållningssätt och bemötande eller att förändrade arbetsätt, upprättande av rutiner som saknas eller extra tillsyn till brukare.

Vissa klagomål som inkommer kan beröra olika lagrum, två av här redovisade klagomål handlar om både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utredning av dessa klagomål sker oftast tillsammans olika professioner, såsom enhetschef och legitimerad personal.

Alla klagomål och synpunkter ska hanteras det vill säga utredas, åtgärdas efter behov och en återkoppling till den klagande i de fall det finns kontaktuppgifter. Bedömningen är att återkoppling sker till den klagande och att åtgärder vidtas i någon form. Det finns dock vissa brister i dokumentationen.

En utredning ska ske vid varje enskilt klagomål och synpunkt. En utredning kan vara kortare eller mera omfattande beroende på klagomålets omfattning och innehåll. En särskild mall som stöd vid utredning finns framtagna och ska användas vilket inte alltid görs. Information har getts på nytt till enhetschefer och i samband med introduktion med SAS har nya cheferna fått information om den delen i nämndens systematiska förbättringsarbete.

Inom socialförvaltningen ska en positiv inställning till klagomål och synpunkter finnas, att lyssna och ta emot samt att hantera, enligt gällande rutiner och den lagstadgade skyldigheten nämnden har att ta om hand och utreda klagomål.

Lex Sarah

Tre rapporterade händelser/missförhållanden enligt lex Sarah har upprättats första halvåret. Den första utredningen omfattar två olika ärenden, där det saknades dokumentation, vilket också sträckte sig tillbaka i tiden. De enskilda brukarna har dock haft sin omsorg på ett bra sätt.

En händelse har efter utredning bedömts som så allvarliga att det har gått till anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Beslut i ärendet har inte inkommit från IVO. En rapport enligt lex Sarah är under utredning och ingen bedömning har ännu gjorts gällande allvarlighetsgrad och en anmälan till IVO eller ej.

Olika lång tid efter att ärendena har avslutats gör SAS en uppföljande granskning om de redovisade, planerad åtgärderna har genomförts om så inte är fallet tas en dialog med berörd chef.

Rapportering av missförhållanden har kommit från olika verksamheter enligt tabell.

Anmälan*	Verksamhet	Händelsen	Åtgärder bl.a.
	LSS, personlig assistans	Brister i utförandedokumentation, avsaknad av genomförandeplaner och journalanteckningar	Genomgång av samtliga ärenden, utbildningar och uppdatering av genomförandeplaner
Anmälan. Ej avslutad hos IVO	Hemgården	Brister i bemötande och förhållningssätt	Samtal med personal, dialog om förhållningssätt och bemötande gentemot brukare. Arbetsrättsliga åtgärder
	Hagen korttidsboende	Brister i bemötande och förhållningssätt	

*Anmälan till IVO

Lex Sarah – kort beskrivning

Såväl *utförda handlingar* som handlingar som någon av *försummelse* eller av annat skäl har underlåtit att utföra som innebär eller har inneburit hot eller medfört konsekvenser för enskild och som har inträffat i egna verksamheten.

Den *yttre* gränsen för den egna verksamheten går vid den egna nämnden, för att utredare behöver ha tillgång till uppgifter samt att det finns möjlighet och befogenhet att vidta de åtgärder som behövs. Egna verksamheten, mera lokalt och som ligger närmast tillhands, är där medarbetare arbetar. Där det finns kännedom om situationer och där upptäckter görs.

Viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på *systemnivå*. Bakomliggande orsaker till ett missförhållande är orsaker som finns på så kallad systemnivå: något som är relaterat till organisationen i sig, ledningen och styrningen av en verksamhet och därför bidrar till varför ett missförhållande inträffat.

Syftet med att rapportera missförhållanden eller vad som ska framkomma i utredningen är alltså inte att peka ut en enskild anställd som syndabock, utan att förstå varför missförhållandet kunde inträffa i verksamheten. På så sätt kan verksamheten förhindra att något liknande inträffar igen.

1. Har missförhållandet inträffat i den egna verksamheten?
2. Berör missförhållandet någon som får eller kan komma i fråga för insatser inom den egna verksamheten?
3. Har någon utfört handlingar eller genom försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra handlingar?

Om utredningen visar att det inte var ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande enligt lex Sarah kan det ändå vara uppgifter, som den som bedriver verksamheten ska ta hand om, inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet.

2022-09-06

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare