

DIARIENUMMER: 102/2021

FASTSTÄLLD: 2021-09-28

DOKUMENTANSVAR:

MAS/Kvalitetssamordnare

SAS/Kvalitetssamordnare

# Halvårsrapport

## *Avvikelser 2021*

Socialnämnden

# Innehåll

## **Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2021.....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 sjukvård .....4**

Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet..... 4

Fall..... 4

Läkemedelshantering..... 6

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård ..... 8

Externa avvikelser ..... 9

## **Avvikelser enligt SoL och LSS ..... 10**

Rapporterade avvikelser från verksamheter ..... 11

Typ av händelse Avvikelse enligt SoL och LSS totalt ..... 13

Klagomål och synpunkter..... 14

Lex Sarah..... 15

# Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2021

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 förebyggande arbete.

### *Avvikelseprocessen*

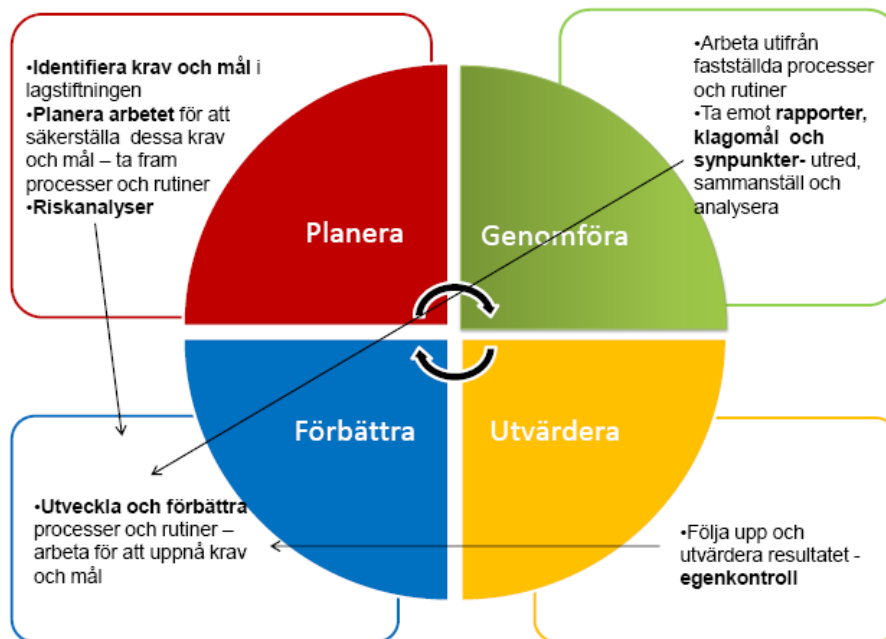
Att arbeta med avvikelshantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

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 kan leda till vårdskada. 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, t ex för att bedöma om åtgärder haft effekt. För att kunna bedöma detta behöver avvikelserapporter följas upp, t ex 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

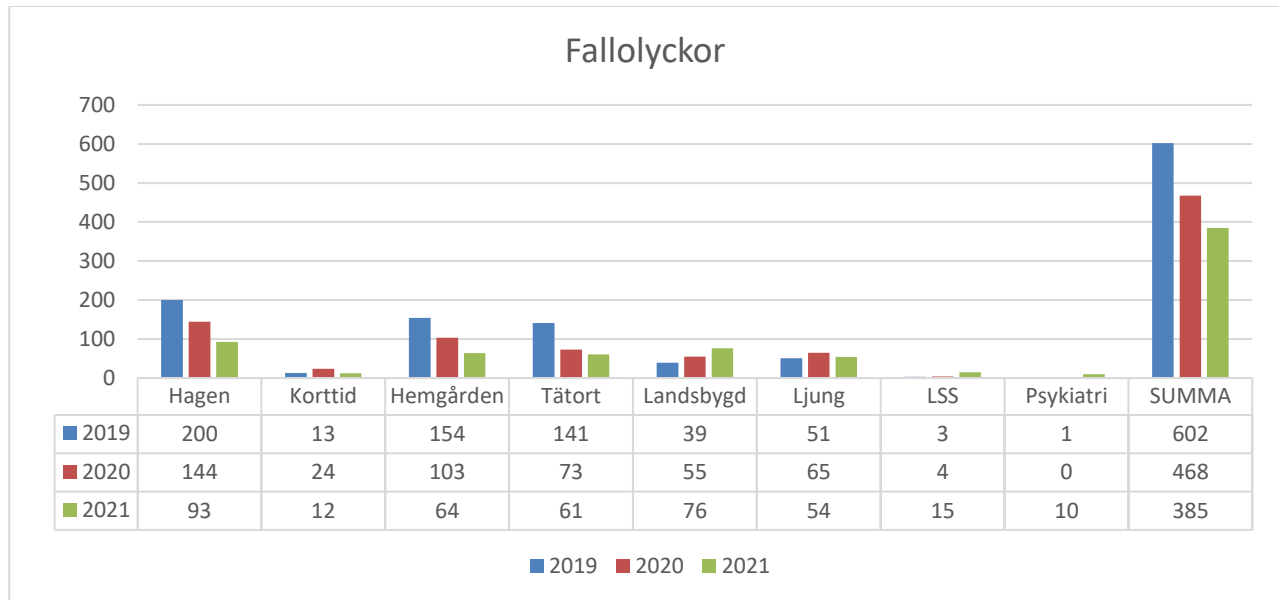
Varje fallolycka registreras i kommunens verksamhetssystem VIVA. Fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Det innebär att det inte bara är att någon snubblar eller halkar som avses med fall, utan även när någon rullat 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 enligt Senior alert i första hand ligger till grund för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för fallskadeprevention för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp kan leda till fall/fallolycka.

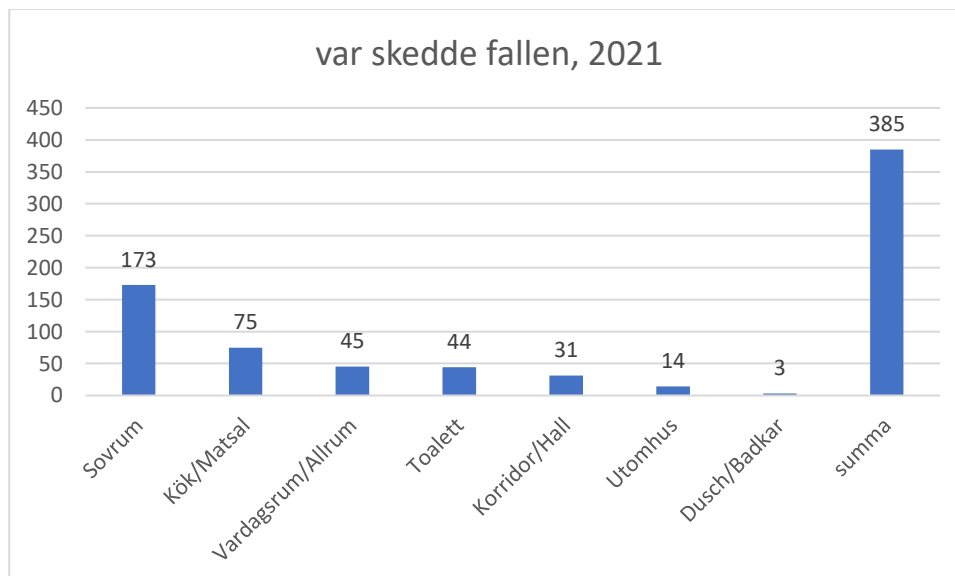
Syftet med rapporteringen är att vid varje fallolycka utföra en fallrisk-utredning vilket är en kort utredning/analys av det som inträffat samt förebygga att det inte händer igen på individnivå. På områdesnivå/enhetsnivå är syftet att registrera avvikelser på fall som en del i det systematiska förbättringsarbetet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

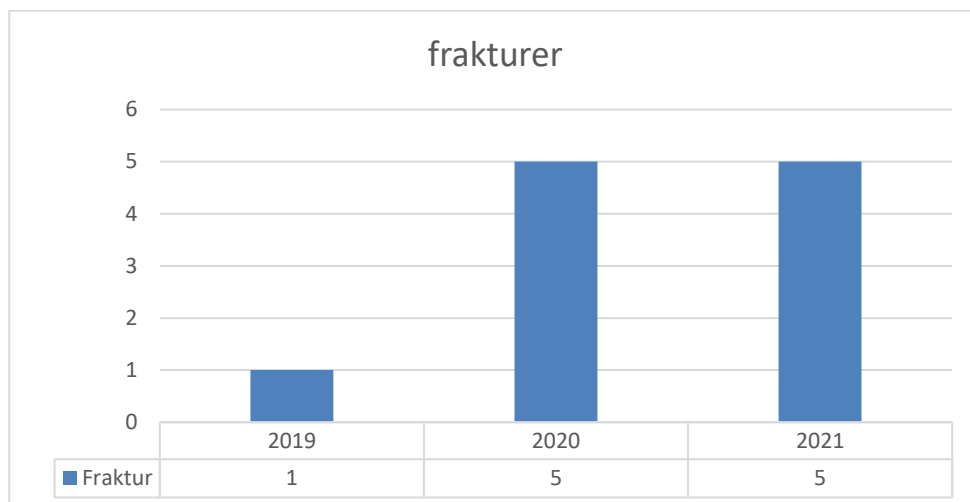
Enhetschef på respektive enhet ansvarar för att fallförebyggande arbete genomförs, samt att rutin för rapportering av fallolyckor är känd och används av all personal. Ansvarig kontaktman genomför fallprevention hos sina patienter för att minimera risken för att falla. Patienter och närstående informeras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

Inrapporterade fallolyckor 2021 samt jämförtal 2019 samt 2020



Fakta avvikelser fall/fallolycka första halvåret 2021:





- Under första halvåret 2021 registrerades 385 fallolyckor. Här ser vi en minskning med 84 dokumenterade avvikelser av fallolyckor vid samma tidsperiod 2020. Förebyggande arbete för att minska antalet fallolyckor återspeglas i sjunkande antal avvikelser under de senaste åren.
- Antal olika patienter som registrerades för fall under första halvåret var 121 stycken. Detta innebär att en patient faller mer än en gång.
- Vid samtliga fall (385 stycken) var det endast vid sju av incidenterna som patienten använde höftbyxa (polstrad trosa/kalsong som ger skydd för höftpartiet vid fall).
- Av de 385 registrerade fallavvikelserna uppgav 125 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 rutiner 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 avvikelserna skickas den till berörd enhetschef.

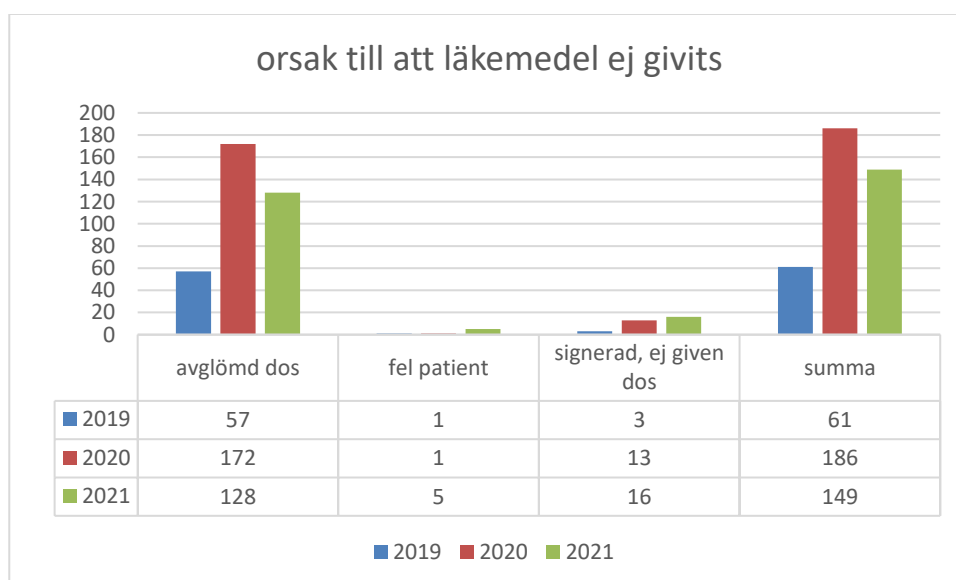
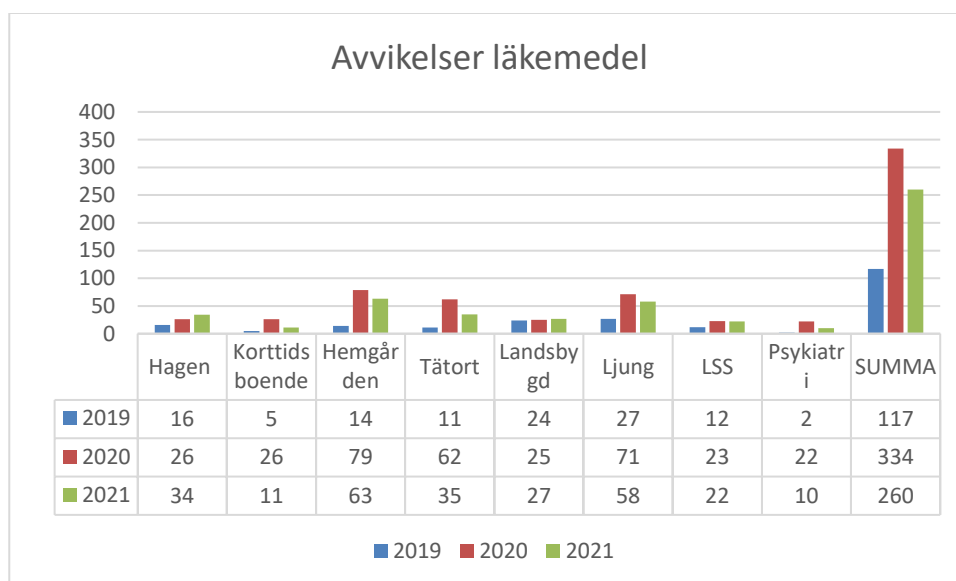
Sjuksköterskan kontaktas snarast av personal och analyserar och ger en bedömning ur ett medicinskt perspektiv. Vidtagna åtgärder återkopplas till personal samt samtal kring hur liknande händelse kan förhindras framöver. Resultat återkopplas även till enhetschef som återkopplar till enhetens personal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

## Fakta avvikelser läkemedel

Antal registrerade avvikelser läkemedel under första halvåret 2021 var 260 stycken, en minskning med 74 stycken avvikelser enligt samma tidsperiod föregående år. Minskningen härleds till införandet av digitala signeringslistor, april 2021.

## Läkemedelsavvikelser

Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel första halvåret enhetsvis samt jämförelsetal 2019 samt 2020.



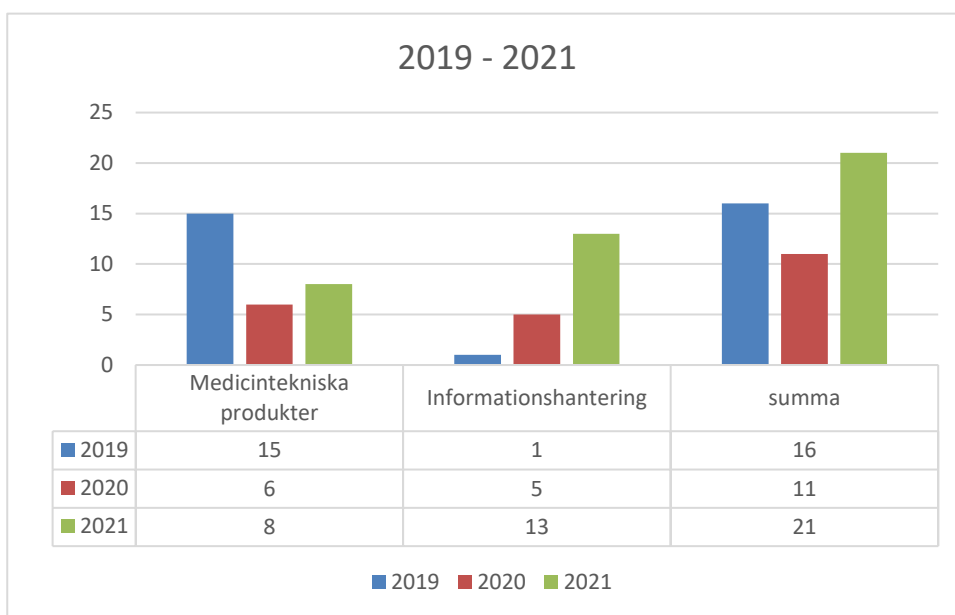
Typ av läkemedel som glömts bort att distribueras:  
smärtstillande läkemedel, blodförtunnande läkemedel, insulin.



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 minskat sedan föregående år. Med digitala signeringslistor blir personal påmind om att läkemedel ej givits till patient. Vilket gör att patienten får sina ordinerade läkemedel när påminnelse kommer. Tidigare upptäcktes det vid nästa tillfälle för överlämnande av läkemedel.

## Övriga avvikelser Hälsa- och sjukvård



### *Medicinteknisk produkt/Rehab*

Åtta avvikelser har registrerats under första halvåret. Orsak ej fungerande/slitet/trasigt, ej utförd insats, bristande övervakning.

### *Informationshantering internt*

Avvikelse rörande informationshantering internt har rapporterats i 13 avvikelser. Samtliga avvikelser är bristande kommunikation/bristande information/bristande dokumentation.

### *Inkomna klagomål/synpunkter*

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

Inga inkomna klagomål/synpunkter under första halvåret 2021.

### *Lex Maria*

Ingen Lex Maria-anmälan till IVO har gjorts under första halvåret 2021. Två utredningar har gjorts, dessa ledde inte fram till anmälan

## Externa avvikelser

Externa avvikelser som rapporteras är avvikelser i närvårdssamverkan mellan vårdgivare. 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.

### *Avvikelser från Herrljunga kommun*

Under första halvåret 2021 har HSV Herrljunga kommun sänt avvikelser till:

Borås	sju stycken
Alingsås Lasarett	fem stycken

Skickade externa avvikelser handlar om bristande kommunikation/bristande dokumentation

### *Avvikelse till Herrljunga kommun*

Under första halvåret 2021 har 12 avvikelser sänds till Herrljunga HSV från annan vårdgivare.

Inkomna externa avvikelser handlar om bristande kommunikation/felaktiga läkemedelslistor/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 APT” etc.

Enheterna behöver göra en ordentlig analys vid inkomna avvikelser samt att avvikelsen/utredning leder till förändring och förbättring i verksamheten.

För att få rätt effekt på avvikelshanteringen behövs det utbildning till de som skriver avvikelser, hur man skriver, vad är en närvårdsavvikelse etc. Detsamma gäller vid de svar vi ger på inkomna avvikelser.

Antalet avvikelser inkomna och skickade har ökat marginellt.

Berith Källerklint  
MAS/Kvalitetssamordnare

# Avvikelser enligt SoL<sup>1</sup> och LSS<sup>2</sup>

## *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, 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.

## *Resultat*

Antalet dokumenterade avvikelser SoL, LSS, klagomål och synpunkter samt lex Sarah har i jämförelse med halvåret 2020 totalt ökat, dock i en liten omfattning. I samtal med enhetschefer framkommer att avvikelser/händelser enligt SoL, LSS kan för omsorgspersonalen vara svårare att förstå än tydligheten som finns i t.ex. läkemedelsavvikelser. Det är en brist och chefer behöver följa upp i dialog med sina medarbetare, är förklaringar kunskapsbrist, tidsbrist eller annat. Att det faktiskt har skett fler avvikande händelser som inte rapporterats är ett faktum. Hur många avvikelser som kan sägas vara rimligt på ett år är svårt. Ett antal om ca 350–400 avvikelser enligt SoL, LSS kan vara rimligt i en socialförvaltning i Herrljunga storlek och enligt tidigare resultat genom åren.

Finns det en osäkerhet generellt eller i enskild händelse kan dialog föras med SAS/Kvalitetssamordnare som kan ge råd och stöd.

I september påbörjas en utbildningsserie gällande Dokumentationsansvar och Verksamhetssystem riktat till enhetschefer, dokumentationsombud och övrig personal inom vård- och omsorg samt socialt stöd.

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.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlag

<sup>2</sup> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

## Översikt

Typ	Helår 2017	Helår 2018	Helår 2019	Halvår 2020	Helår 2020	Halvår 2021
Avvikelser enl. SoL, LSS	308	303	295	138	307	161
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	55	24	19	23	21	11
Lex Sarah	14	6	9	5	7	3*
<b>Totalt</b>	<b>377</b>	<b>333</b>	<b>323</b>	<b>166</b>	<b>335</b>	<b>175</b>

\* tre rapporter varav två händelser bedöms ej som missförhållande enligt lex Sarah. Se avsnitt Lex Sarah

## 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 liten ökning av avvikelser har skett i jämförelse med halvåret 2020.

En politisk målkvalitetsarbete (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 men kommer att tas omhand. Har tagits upp på kvalitetsmöte med SAS/MAS.

### **Vård och omsorg**

#### *Boende*

Äldreomsorgen svarar för den större andelen av de rapporterade avvikelserna (81%). Varav boendena har den största delen rapporterade avvikelser och hemtjänsten en betydligt mindre del. Vilket är en förskjutning de senaste åren, från att hemtjänsten har rapporterat de större antalen händelser och boende de mindre kvantiteterna. Händelser *Bristar i omsorg* är den största delen, rapporterades på Hagen. En stor del av dessa avvikelser handlar om boende som agerar utåt mot medboende och som kan upplevas hotfullt och som skapar otrygghet bland de övriga, vilket har pågått under första halvåret, det är ”lugnare” i nuläget.

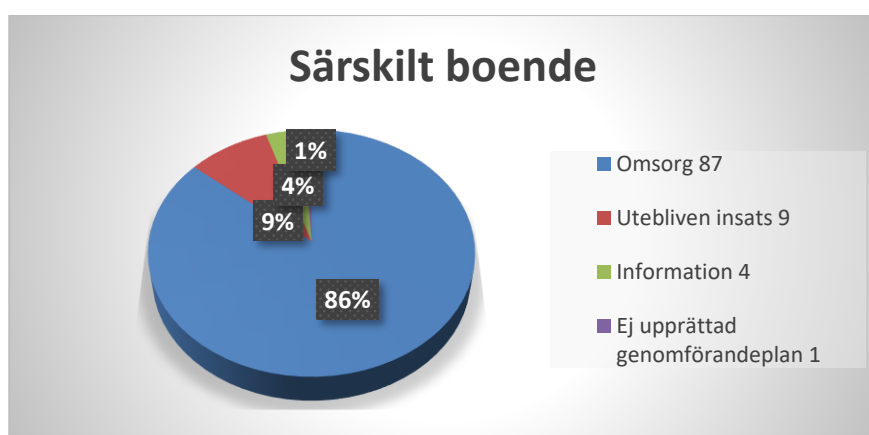
Extra personal har satts in och med installerade så kallade hotellås bedöms vissa händelser av detta slag att minska, då boende inte kommer att kunna gå in i medboendes lägenheter ovälkomna.

För att förtydliga för personalen vid rapportering av den typen av händelser samt att underlätta och tydliggöra vid uppföljning och analys har ny typ av händelse införts i Viva avvikelshantering.

Avvikelser som rapporterats på Hemgården handlar om olika typer av händelser t.ex. att individuella rörelselarm inte har aktiverats, nattpersonal ej hunnit tillsynsbesök och har själva gjort prioriteringar, ej följt rutiner vid städ misstänkt magsjuka.

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. Införandet av hotellås på Hagen och Hemgården kan komma att skapa en ökad trygghet genom att medboende/obehöriga inte kan komma in i de boendes lägenheter.

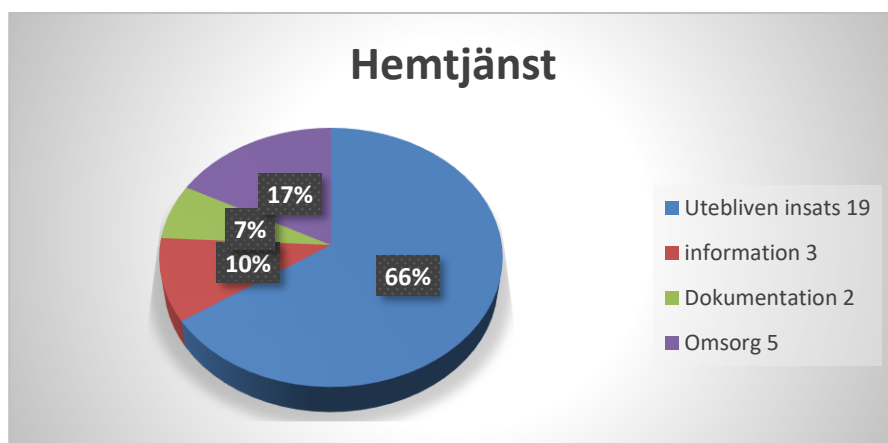
Brister i omsorg kan dels vara i själva utförandet, insatsen blir inte genomfört enligt behov och överenskommelse, dels kvalitetsmässigt. Det kan gälla såväl serviceinsatser städ och tvätt, som personlig omsorg att brukare inte har fått de basala behoven tillgodosedda t.ex. mat och hygien men också insatser såsom tillsyn eller insatser av ”social” karaktär såsom aktiviteter, umgänge etc.



#### Hemtjänst

Hemtjänsten har totalt 29 rapporterade avvikelser, Ljung något fler än övriga hemtjänstområden. Övervägande, 66 %, handlar avvikelserna om utebliven insats/ej genomfört enligt genomförandeplan och flertalet av dessa gäller nattinsatser. På grund av larm, mycket att göra så har nattpatrullen behövt prioritera utifrån t.ex. hur många besök en brukare har, om läget var lugnt vid första besöket och i övrigt utifrån den kännedom som finns. Nattpatrullen har i nuläget ca 15 personer med insatsen tillsynsbesök och mellan 30–40 inplanerade tillsynsbesök per natt.

En politisk målkameras indikator är att antalet nattkameror inom hemtjänsten ska öka. Vid kvalitetsmötet med SAS/MAS ställs frågan hur verksamheten arbetar för en ökning av nattkameror och det framkommer att information ges till brukare men att frågan har lyfts med förvaltningsledningen.



## **IFO**

I verksamhet myndighet barn och unga, har nio avvikelser rapporterats. Fem av dessa gäller brister i information/informationsöverföring främst på grund av att t.ex. överklagan, orosanmälningar som inkommit men inte har vidarebefordrats i tid för hantering, inga konsekvenser för brukar har kunnat noteras. En av åtgärderna är att IFO nu har fått egen funktionsbrevlåda. Det är dock viktigt att det finns tydliga rutiner på att funktionsbrevlådan också tas om hand/läses vilket har brustit men åtgärdats genom en utökning till att flera funktioner i verksamheten hanterar.

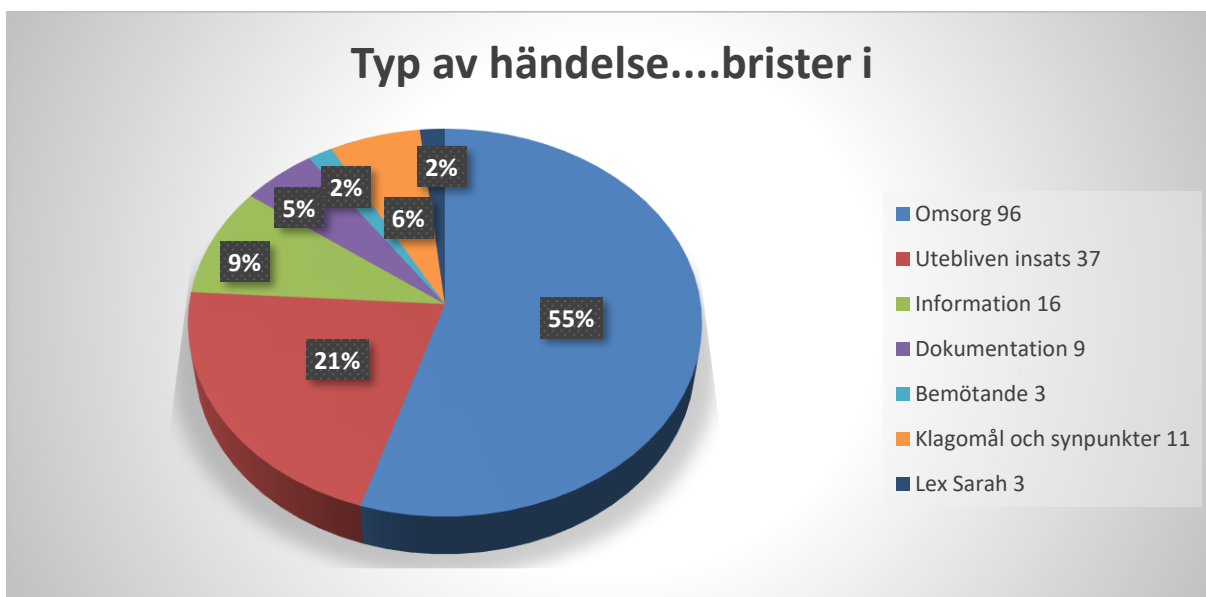
Några avvikelser gäller brister i dokumentation, det saknas underlag och beslut vilket försvårat vid uppföljning. Verkställighet har skett utan gällande beslut.

Enligt uppgift saknas ca 10 avvikelser som verksamheten inte har hunnit med att dokumentera vilket är en brist. Dessa händelser/avvikelser kommer att dokumenteras nu i efterhand.

## **Socialt stöd**

Inom LSS, personlig assistans, boende samt daglig verksamhet är det upprättat 21 avvikelserapporter. Ca 41 procent av avvikelserna handlar om utebliven insats och orsaken är övervägande att det inte finns personal på plats, brukare har då inte fått sin dusch, städ, aktivitet, träning eller omsorg enligt genomförandeplan. Andra orsaker till rapportering är bl.a. brister i informationsöverföring och dokumentation vilket medfört extra aktiviteter för att missförstånd och oro ska rättas till.

## Typ av händelse Avvikelse enligt SoL och LSS totalt



I brister i omsorg finns en stor andel händelser som skapar otrygghet i boendet på grund av agerande och uppträdande hos boende gentemot medboende. Utebliven insats uppstår oftast på grund av resursbrist, att det inte finns personal i tjänst på grund av t.ex. sjukdom, svårigheter att få in vikarier, hög arbetsbelastning – bortprioritering.

## Klagomål och synpunkter

Under följande stycke redovisas de klagomål och synpunkter som dels inkommit direkt från enskild till förvaltningen, dels som inkommit från IVO där enskild skickat sitt klagomål direkt till tillsynsmyndigheten. Vanligtvis är det enskilda inom verksamhet IFO som skickar klagomål direkt till tillsynsmyndigheten.

Ansvarig chef ska enligt avvikelserutinen, senast inom tio dagar från inkommet klagomål/synpunkt, så även inkommet via IVO, återkoppla till den klagande i de fall där kontaktuppgifter har lämnats. Bedömningen är att det finns en efterlevnad av rutinen. Återkopplingarna kan ske skriftlig eller muntligt och handla om t.ex. verksamhetens fortsatta hantering av det som klagomålet gäller, att rutiner ska ses över eller andra åtgärder.

### *Vård och omsorg*

Totalt fem klagomål och synpunkter har inkommit till hemtjänst och boendena. Dessa har handlat om att personal inte kommer på planerade tider, många olika personal, frukost ej iordningställd, ej fått hjälp vid larm, önskar parkeringsplatser närmare entré på Hemgården. Personalkontinuiteten mäts i perioder om 14 dagar vid flertal tillfällen under hela året 2021 för uppföljning och vidare analys av enhetschefer.

### *IFO*

Ett klagomål har inkommit direkt från den klagande till kommunen gällande, ett för brukaren negativt beslut.

Inom myndighet har fem klagomål från enskild lämnats direkt till IVO. Inget av dessa har lett till tillsyn. De fem klagomålen har lämnats in av tre olika personer. Klagomålen handlar om umgängesplanering vid LVU, handläggning, informationsbrist. En klagande har även skickat till Riksdagens ombudsmän, JO som begärt ut handlingar i ärendet, inget beslut i ärendet har inkommit.

### *Socialt stöd*

Inom verksamheter, Socialt stöd har tre noterade klagomål och synpunkter inkommit. Analys och åtgärder har skett. Ett klagomål handlar om oskäligt lång tid för utlämnande av begärda journalanteckningar vilket kan konstateras. Det behövs också en samordning när, som i detta fall en begäran avser fler verksamhetsområden, rutiner ska förtydligas. Ett klagomål gäller den information som förvaltningen varit brukaren behjälplig med, i samtal med Försäkringskassan, gällande brukarens behov av stöd. Dialog har skett i arbetsgrupper om hur förfrågningar och informationer ska tas om hand och ges t.ex. till andra myndigheter samt hur personal ska hänvisa och vidarebefordra till närmaste chef. Inkommet klagomål gällande ej verkställt beslut har inneburit att se över beslut, formuleringar i beslut för vissa insatser och att anställa ytterligare personal för att trygga verkställigheten. Möten och samtal har skett med de klagande.

## Lex Sarah

Tre rapporterade händelser/missförhållanden enligt lex Sarah har upprättats första halvåret. Av dessa har en, 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.

De övriga två händelserna bedöms inte vara ett missförhållande enligt lex Sarah. Berörd personal kring händelserna har agerat på ett rätt sätt i situationerna, ej heller har några organisatoriska brister framkommit. Analyser görs och åtgärder sätts in utifrån de inträffade händelserna.

Olika lång tid efter att ärendena har avslutats gör SAS/Kvalitetssamordnare 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.

Anm*	Verksamhet	Händelsen	Åtgärder bl.a.
Ja	LSS	Fall från hygienstol, frakturer. I samband med att sätta sig tillrätta i hygienstolen. Ny vikarie arbetar ensam	Dubbelbemanning vid lyft. Rekrytering personal/vikarie. Uppdatering av checklista för introduktion, handledning. Genomgång med personalgrupp
Ej lex Sarah**	Hemtjänst	Icke fungerande larm upptäcks när brukare ska larma. Inga felrapporter som indikerar avbrott. Brukaren har haft flera dagliga besök, helt enligt genomförandeplan	Byte av larm. Kontroll på listor. Uppföljning med leverantör/larmmottagning
Ej lex Sarah**	Hemgården	Boende avlider i samband med måltid. Sätter i halsen vilket medför luftvägsstopp	Ringer 112, tillkallar ambulans, kontaktar tjänstgörande sjuksköterska och påkallar hjälp från annan enhet medan hjärt- och lungräddning/och så kallad buktöt pågår

\*Anmälan, /ja avslutad hos IVO

\*\*Ej missförhållande – inga brister (enl. lex Sarah) på verksamhet/organisatorisk nivå

### 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 *yttersta* 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 kan inträffa.



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?

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

2021-09-08

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare