



För kännedom

Kommunstyrelsen

Fullmäktiges presidium

Partiernas gruppledare

Socialnämnden

Granskning av avvikelshantering och förbättringsarbete inom äldreomsorgen

Vi har i egenskap av förtroendevalda revisorer i Kiruna kommun genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering inklusive förbättringsarbete utifrån upprättade avvikelser. I granskningen har vi biträtt av sakkunniga från PwC.

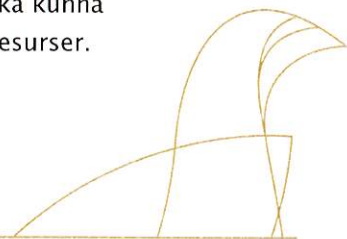
Följande områden har granskats:

- Vidtagna åtgärder utifrån tidigare granskning av kvalitetsledningssystemet
- Tillämpning av rutiner och system för hantering av avvikelser och Lex Sarah
- Visstidsanställdas möjlighet att upprätta avvikelser
- Analys av avvikelser och Lex Sarah
- Avvikelser som en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet

Vår sammantagna revisionella bedömning att Socialnämnden i **begränsad utsträckning** har säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering inklusive förbättringsarbete utifrån upprättade avvikelser. Bedömningen av respektive kontrollmål samt huvudsakliga iakttagelser som ligger till grund för dessa framgår av den bilagda rapporten.

För att utveckla kvalitetsarbetet inom socialnämnden och dess verksamheter vill vi lämna följande rekommendationer:

- Att nämnden säkerställer att tillräckliga åtgärder vidtas för att ett kvalitetsledningssystem, utifrån gällande föreskrifter, fortsatt utvecklas och implementeras inom socialnämndens verksamheter.
- Att nämnden tillser att förutsättningar finns för att åtgärder avseende kvalitetsledningssystemets utveckling och implementering ska kunna genomföras, exempelvis genom att avsätta tillräckligt med resurser.
- Att nämnden säkerställer att avvikelser upprättas i tillräcklig utsträckning på samtliga särskilda boenden



- Att nämnden följer upp tillämpningen av de rutiner och system som finns avseende avvikelshantering
- Att nämnden säkerställer att de rutiner och system som finns för Lex Sarah är kända och tillämpas av samtliga som berörs av dem
- Att nämnden säkerställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på enhetsnivå avseende avvikelser och anmälningar enligt Lex Sarah
- Att nämnden tillser att analyserna utvecklas för att i större utsträckning ge en förklaring och beskrivning till utfallet/resultatet av så väl avvikelser som anmälningar enligt Lex Sarah.
- Att nämnden säkerställer att avvikelser används på ett systematiskt sätt som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet på samtliga nivåer.

För Kiruna kommuns revisorer



Sören Sidér, vice ordförande



Irma Rinne

Bilaga: Revisionsrapport "Avvikelsehantering och förbättringsarbete inom äldreomsorgen", PwC, oktober 2017.

Avvikelsehantering och förbättringsarbete inom äldreomsorgen

Kiruna kommun

Jenny Krispinsson
Cert. kommunal revisor

Jonas Wallin
Revisionskonsult

Oktober 2017

Innehåll

1.	Sammanfattande bedömning och rekommendationer	2
1.1.	Sammanfattande revisionell bedömning	2
1.2.	Rekommendationer.....	2
2.	Inledning	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Revisionsfråga	4
2.3.	Kontrollmål	4
2.4.	Revisionskriterier	5
2.5.	Metod och avgränsning	5
3.	Iakttagelser och bedömningar	6
3.1.	Åtgärder sedan granskning 2016	6
3.1.1.	Iakttagelser	6
3.1.2.	Bedömning.....	6
3.2.	Tillämpning av rutiner och system för avvikelsehantering.....	7
3.2.1.	Iakttagelser	7
3.2.2.	Bedömning.....	8
3.3.	Tillämpning av rutiner och system för Lex Sarah	9
3.3.1.	Iakttagelser	9
3.3.2.	Rutiner	9
3.3.3.	Bedömning.....	10
3.4.	Visstidsanställdas möjligheter att upprätta avvikelser	10
3.4.1.	Iakttagelser	10
3.4.2.	Bedömning.....	11
3.5.	Analys av avvikelser och Lex Sarah	11
3.5.1.	Iakttagelser	11
3.5.2.	Bedömning.....	12
3.6.	Avvikelser i det kontinuerliga förbättringsarbetet.....	13
3.6.1.	Iakttagelser	13
3.6.2.	Bedömning.....	14

1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

På uppdrag av revisorerna i Kiruna kommun har PwC genomfört en granskning av arbetet med avvikelsehantering och förbättringsarbete inom äldreomsorgen i kommunen. Uppdraget har varit att granska om socialnämnden (Sn) säkerställt en ändamålsenlig avvikelsehantering inklusive ett förbättringsarbete utifrån upprättade avvikelser.

Följande områden har granskats:

- Vidtagna åtgärder utifrån tidigare granskning av kvalitetsledningssystemet
- Tillämpning av rutiner och system för hantering av avvikelser och Lex Sarah
- Visstidsanställdas möjlighet att upprätta avvikelser
- Analys av avvikelser och Lex Sarah
- Avvikelser som en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet

1.1. Sammanfattande revisionell bedömning

Utifrån genomförd granskning är vår sammantagna revisionella bedömning att Socialnämnden i begränsad utsträckning har säkerställt en ändamålsenlig avvikelsehantering inklusive förbättringsarbete utifrån upprättade avvikelser.

Bedömningen av respektive kontrollmål samt huvudsakliga iakttagelser som ligger till grund för dessa framgår av rapportens olika delar under kapitel 3 - Iakttagelser och bedömningar.

1.2. Rekommendationer

Med anledning av granskningens iakttagelser vill vi lämna följande rekommendationer till Socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att tillräckliga åtgärder vidtas för att ett kvalitetsledningssystem, utifrån gällande föreskrifter, fortsatt utvecklas och implementeras inom socialnämndens verksamheter.
- Att nämnden tillser att förutsättningar finns för att åtgärder avseende kvalitetsledningssystemets utveckling och implementering ska kunna genomföras, exempelvis genom att avsätta tillräckligt med resurser.
- Att nämnden säkerställer att avvikelser upprättas i tillräcklig utsträckning på *samtliga* särskilda boenden
- Att nämnden följer upp tillämpningen av de rutiner och system som finns avseende avvikelsehantering
- Att nämnden säkerställer att de rutiner och system som finns för Lex Sarah är kända och tillämpas av samtliga som berörs av dem

- Att nämnden säkerställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på enhetsnivå avseende avvikelser och anmälningar enligt Lex Sarah
- Att nämnden tillses att analyserna utvecklas för att i större utsträckning ge en förklaring och beskrivning till utfallet/resultatet av såväl avvikelser som anmälningar enligt Lex Sarah.
- Att nämnden säkerställer att avvikelser används på ett systematiskt sätt som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet på samtliga nivåer.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt den lagstiftning och regelverk i övrigt som reglerar socialnämnden ska verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kommunen har enligt socialtjänstlagen (SoL) ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I begreppet inryms bl.a. rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vård och omsorg ska vara lättillgänglig.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Föreskrifterna fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Här anges också att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Under våren 2016 genomförde revisorerna i Kiruna kommun en granskning av kvalitetsarbetet inom socialnämndens verksamheter med fokus på styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet. Granskningen visade bland annat att det fanns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Tillämpningen av dessa rutiner och system var däremot inte säkerställd i tillräcklig utsträckning inom de verksamheter som granskades. Till exempel var kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse och vad en anmälning enligt Lex Sarah innebär inte tillräckligt god. Utifrån detta bedömdes att det fanns en betydande risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Det var heller inte säkerställt att berörd personal fick tillräcklig återkoppling avseende de avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet.

Utifrån detta har kommunens revisorer i 2017 års revisionsplan beslutat att genomföra en fördjupad granskning avseende avvikelsehantering och förbättringsarbete inom äldreomsorgen. Valet av granskningsinsats har skett utifrån en bedömning av väsentlighet och risk

2.2. Revisionsfråga

Har socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig avvikelsehantering inklusive förbättringsarbete utifrån upprättade avvikelser.

2.3. Kontrollmål

Följande revisionsfrågor har varit styrande för granskningen:

- ✓ Vilka åtgärder har vidtagits utifrån resultatet av 2016 års granskning av kvalitetsledningsarbetet?
- ✓ Tillämpas de rutiner och system som finns för avvikelsehantering?
- ✓ Tillämpas de rutiner och system som finns för anmälningar enligt Lex Sarah?
- ✓ Hur säkerställs att visstidsanställd personal har möjlighet att upprätta avvikelser?
- ✓ Hur sker analys av upprättade avvikelser och anmälningar enligt Lex Sarah?

- ✓ Hur används avvikelser i det kontinuerliga förbättringsarbetet och på vilka nivåer i organisationen?

2.4. Revisionskriterier

- ✓ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ✓ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.5. Metod och avgränsning

Revisionsobjekt i granskningen har varit socialnämnden (Sn).

Granskningen är avgränsad till Sn särskilda boenden för äldre. Följande boenden har varit föremål för granskningen;

- ✓ Blomstergården, en avdelning
- ✓ Movägen, två avdelningar
- ✓ Solbacken, en avdelning
- ✓ Rosengården, en avdelning

Metoderna i denna granskning har varit intervjuer och analyser av relevanta dokument. Intervjuer har genomförts med enhetschefer och personal från respektive boende, handläggare på utredningsenheten, samt att avstämningssamtal har genomförts med avdelningschef och socialchef. Dokumentgranskningen har omfattat sammanträdesprotokoll, rutiner, handlingsplan kvalitetsledningsarbetet, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, tidigare genomförd granskning på området.

I bedömningen av revisionsfrågan och kontrollmål har en fyrgradig skala använts enligt nedan:

Bedömningsskala för revisionsfråga och kontrollmål

- **inte** uppnått målnivån
- **i begränsad utsträckning** uppnått målnivån
- **till övervägande del** uppnått målnivån
- **ja**, uppnått målnivån

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Åtgärder sedan granskning 2016

3.1.1. Iakttagelser

Socialnämnden (Sn) beslutade i maj 2016 att uppdra till förvaltningen att ta fram en handlingsplan utifrån den granskning som genomfördes av kvalitetsledningssystemet 2016 och iakttagelserna ifrån den (Sn 2016-06-21 § 239). I oktober 2016 antog nämnden den framarbetade planen (Sn 2016-10-18 § 356). Av beslutet i oktober framgår att handlingsplanen avser att genomföras under 2017.

Följande åtgärder har vidtagits sedan granskningen 2016:

- ✓ Prioriteringslista över aktiviteter som behöver genomföras har arbetats fram.
- ✓ Inventering av befintliga rutiner har skett på förvaltningens planeringsdag.
- ✓ De rutiner som saknas har sammanställts i lista.
- ✓ Handlingsplan har arbetats fram.

Nämndsekreteraren har fungerat som samordnare, vilket har inneburit att denna har sammankallat nyckelpersoner i arbetet med att inventera/kartlägga behovet av åtgärder och aktiviteter. Kontakt med andra kommuner har även skett i syfte att få del av hur de arbetar med kvalitetsledningsarbetet.

Av intervju framgår att det inte finns avsatt någon särskild resurs i form av riktade medel eller personal för att arbeta med att säkerställa såväl framtagande som implementering av ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem.

Av granskningen framgår att det vid granskningstillfället fortfarande kvarstod arbete med att identifiera och beskriva processer inom ett flertal av socialnämndens verksamhetsområden.

3.1.2. Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden i begränsad utsträckning har vidtagit tillräckligt med åtgärder, utifrån 2016 års granskning av kvalitetsledningsarbetet, för att säkerställa ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem. Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Nämnden har antagit en handlingsplan för arbetet med kvalitetsledningssystemet.*
- *De åtgärder som vidtagits handlar om att inventera och kartlägga behovet, vilket vi ser som positivt och bör ge förutsättningar för det fortsatta arbetet med att säkerställa ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem.*
- *Inga ytterligare åtgärder har vidtagits utöver att inventera och kartlägga behovet.*

- *Inga särskilda resurser har avsatts i arbetet med att säkerställa ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem inom socialnämndens verksamhetsområden.*

Med anledning av iakttagelserna avseende kontrollmålet har vi identifierat följande utvecklingsområden för nämnden:

- ✓ Att socialnämnden säkerställer att tillräckliga åtgärder vidtas för att ett kvalitetsledningssystem, utifrån gällande föreskrifter, fortsatt utvecklas och implementeras inom socialnämndens verksamheter.
- ✓ Att socialnämnden tillser att förutsättningar finns för att åtgärder avseende kvalitetsledningssystemets utveckling och implementering ska kunna genomföras, exempelvis genom att avsätta tillräckligt med resurser.

3.2. Tillämpning av rutiner och system för avvikelshantering

3.2.1. Iakttagelser

På en del av kommunens särskilda boenden för äldre finns rutiner avseende avvikelser utskrivna och placerade i pärmar medan andra boenden har valt att inte skriva ut dessa utan hänvisar till intranätet eller mapp, K: där rutiner finns sparade. Kännedomen om hur registrering av avvikelser ska gå till uppges av de intervjuade vara god. Vidare framhålls att vid osäkerhet stöttar personalen varandra i upprättandet av avvikelser. Det finns även möjlighet att vända sig till enhetschef och/eller sjuksköterskan. På ett boende finns det även tillgång till särskilt IT-stöd som kan vara behjälplig vid osäkerhet om hur upprättande av avvikelser görs i systemet.

Följande rutin finns för avvikelshantering:

- *Rutin för avvikelser SoL, LSS/Lex Sarah.* Rutinen innehåller definition om vad som är en avvikelse, ansvar för registrering av avvikelse, hur handläggningen ska gå till och vem som ansvarar för vad samt den vidare hanteringen av ärendet. Rutinen hänvisar till bilaga 1 som innehåller information om de olika typer av avvikelser som finns.

3.2.1.1. Tillämpning

Av intervjuerna framgår att upprättandet/registrering av avvikelser ska göras digitalt i en modul i verksamhetssystemet Procapita och att detta ska göras av samtlig personal vid de särskilda boendena. Vid registreringen av avvikelser styrs vem som ska få del av avvikelserna där normalt sjuksköterskan samt enhetschef får del av den upprättade avvikelserna. Avser avvikelser ett fall inkluderas även exempelvis arbetsterapeut, rehabiliteringshandläggare, fysioterapeut och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Upprättandet av avvikelserna görs normalt av den som upptäcker avvikelserna. Vid en läkemedelsavvikelse, t.ex. att personal missat att ge läkemedel till en brukare, finns en rutin på ett av de boendena som ingått i granskningen att det är den som orsakat läkemedelsavvikelsen som även ska upprätta avvikelserna. Det finns även vissa skillnader mellan boendena i hur *händelser av särskild betydelse* dokumenteras. Normalt sett ska

dessa händelser dokumenteras i Procapita. Inom några verksamheter uppges sådan dokumentation ske på annat sätt, vilket inte är enligt gällande rutin.

Generellt är upplevelsen att avvikelser upprättas och registreras i varierande grad på de boenden som ingått i granskningen. På en del boenden finns ett stort fokus på vikten av att upprätta avvikelser, medan andra boenden har behov av att fortsatt arbeta med dessa frågor för att säkerställa att avvikelser alltid upprättas. Orsaker som skulle kunna leda till att inte avvikelser upprättas uppges vara;

- ✓ rädsla för vem som kommer läsa den upprättade avvikelserna
- ✓ att personal inte har tillgång till systemet, främst vikarier. Dock uppges under intervju att ordinarie personal stöttar vikarierna vid behov

Det har genomförts utbildningar avseende *Social dokumentation* under 2017 för personal på kommunens särskilda boenden för äldre och denna utbildning omfattade avvikelser, händelser av betydelse samt Lex Sarah. Utbildningen riktade sig främst till ordinarie personal. Till hösten 2017 kommer även en uppföljande utbildning att genomföras för de som behöver uppdatera sig och/eller få mer information kring social dokumentation/-händelser av betydelse.

Skillnader finns även mellan boendena i säkerställandet av att rutiner och riktlinjer på området tillämpas. Det finns enhetschefer som använder de individuella samtalen som hålls med medarbetaren, exempelvis medarbetarsamtal, som ett forum för att informera och föra diskussion kring avvikelser samt personalens skyldighet att upprätta avvikelser.

3.2.2. *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns rutiner och system för avvikelshantering. Vidare bedömer vi att det finns en variation avseende tillämpningen av dessa rutiner och system på de boenden som ingått i granskningen. Detta medför att vår samlade bedömning av kontrollmålet är att tillämpning av rutiner och system sker i begränsad utsträckning. Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Det finns rutiner för upprättandet av avvikelser, registrering av avvikelser sker i systemet Procapita.*
- *Kännedomen uppges överlag vara god samt att det finns rutiner och arbetssätt för att stötta varandra i det vardagliga arbetet kring avvikelser.*
- *Tillämpningen av de system och rutiner som finns avseende avvikelser varierar mellan boendena.*

Med anledning av iakttagelserna i kontrollmålet har vi identifierat följande utvecklingsområden för nämnden:

- ✓ Att nämnden säkerställer att avvikelser upprättas i tillräcklig utsträckning på *samtliga* särskilda boenden
- ✓ Att nämnden följer upp tillämpningen av de rutiner och system som finns avseende avvikelshantering

3.3. Tillämpning av rutiner och system för Lex Sarah

3.3.1. Iakttagelser

3.3.2. Rutiner

Följande rutiner finns framarbetade för Lex Sarah.

- *Rutin kring skyldigheten att rapportera missförhållande/risk för missförhållande.* Rutinen innehåller bl a definition om vad som är missförhållanden, information kring rapporteringsskyldighet och handläggningen av anmälan om det aktuella missförhållandet.
- *Rutin – Handläggning av inkommen Lex Sarah rapport.* Innehåller information om hur utredningen av Lex Sarah ska gå till.

Rutiner avseende Lex Sarah fanns vid granskningstillfället inte publicerade på intranätet eller i någon mapp, exempelvis K:. Den information som finns på intranätet avseende Lex Sarah omfattas av blanketter samt definitioner om vad Lex Sarah är, enligt intervju.

Ansvar för att utreda Lex Sarah åligger utredningsenheten som finns placerade som en egen enhet centralt inom socialförvaltningen.

Av granskningen framgår att det finns två olika varianter för hur anmälningar avseende Lex Sarah upprättas. Antingen upprättas anmälan via personal från boendet och går sedan vidare till utredaren på utredningsenheten och efter det kopplas enhetschefen in i utredningsskedet. Slutligen landar ärendet hos utredaren igen som dokumenterar ärendet i verksamhetssystemet. I den andra varianten upprättar enhetschefen en anmälan till utredningsenheten efter indikationer från personalen att något inträffat/kunnat inträffa. Upprättande av Lex Sarah har inte gjorts på alla de boenden som ingått i granskningen med förklaringen att det inte uppstått någon situation där anmälan enligt Lex Sarah varit aktuell. På boenden där anmälan enligt Lex Sarah varit aktuell uppges att anmälan från boendet till utredningsenheten har gjorts på pappersblankett. Dock finns en viss osäkerhet kring hur anmälan ska göras – digitalt eller på papper, på de boenden där anmälan enligt Lex Sarah hittills inte har upprättats.

Enhetschef för diskussioner med personalen kring Lex Sarah under året. I den utbildning som genomförts under året avseende social dokumentation har Lex Sarah varit en av de delar som går igenom.

Av granskningen framgår att det finns osäkerhet kring i vilken utsträckning Lex Sarah upprättas. Upplevelsen är att uppenbara ärenden blir registrerade, men att det kan finnas ärenden som ligger i en "gråzon" mellan avvikelser, händelse av betydelse och Lex Sarah och därför inte alltid resulterar i en Lex Sarah, trots att det kanske borde ha anmälts. Genom intervjuer framgår att kännedomen om vad som ska resultera i en anmälan enligt Lex Sarah varierar mellan boendena. Trots utbildningsinsatser är kännedomen om Lex Sarah låg hos en del av de granskade verksamheterna. Av granskningen framgår även att det finns en viss osäkerhet avseende hur personal ska gå till väga om deras enhetschef föranlett en Lex Sarah.

Utredarna på utredningsenheten ses som ett stöd i information kring Lex Sarah-anmälan.

3.3.3. Bedömning

Vår bedömning är att det finns rutiner och system för anmälning enligt Lex Sarah. Vi bedömer vidare att tillämpningen av dessa system och rutiner sker i begränsad utsträckning. Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Rutiner och system finns för upprättande av Lex Sarah. Organisation finns för att hantera och utreda de Lex Sarah som inkommer.*
- *Det finns osäkerhet kring hur gränsdragningen mellan avvikelser, händelse av betydelse och anmälningar enligt Lex Sarah ser ut.*
- *Kännedomen om vad Lex Sarah är och innebär varierar mellan granskade verksamheter. Inom en del verksamheter är kännedomen låg.*

Med anledning av iakttagelserna i kontrollmålet har vi identifierat följande utvecklingsområden för nämnden:

- ✓ Att nämnden säkerställer att de rutiner och system som finns för Lex Sarah är kända och tillämpas av samtliga som berörs av dem

3.4. Visstidsanställdas möjligheter att upprätta avvikelser

3.4.1. Iakttagelser

Genom intervjuer beskrivs att visstidsanställd personal generellt sett har möjlighet att registrera avvikelser i verksamhetssystemet. I undantagsfall kan det hända att korttidsvikarier inte har tillgång till inloggning i systemet, vilket medför att ordinarie personal får stötta i upprättande av avvikelser. Utbildning i form av introduktionsveckor genomförs av personalkontoret och MAS för den visstidsanställda personalen för att säkerställa att de har kunskaper avseende bland annat skyldighet att upprätta avvikelser.

Av granskningen framgår att personalen försöker stötta varandra i arbetet med avvikelser och händelser av betydelse, och det gäller även den visstidsanställda personalen. Samarbetet i personalgrupperna kring arbetet med upprättandet av avvikelser beskrivs som bra och fungerande. En nyanställd vikarie går normalt vid sidan av ordinarie personal på boendet för att lära sig arbetet, rutiner m.m. Hur länge nyanställda går bredvid ordinarie personal avgörs från fall till fall, men varierar vanligen mellan 2-3 dagar och en vecka. Finns behov av längre introduktion så försöker EC ordna detta.

Genom att enhetschefen, via verksamhetssystemet, kan följa upp vem i personalgruppen som upprättar avvikelser ges denna möjlighet att skapa sig en bild av i vilken utsträckning såväl ordinarie personal som visstidsanställd personal upprättar avvikelser. Detta möjliggör för enhetschefen att se om någon av personalen verkar ha behov av ytterligare information och kunskap om avvikelsehantering.

3.4.2. *Bedömning*

Vår bedömning är att visstidsanställd personal till övervägande del har möjlighet att upprätta avvikelser i det verksamhetssystem som finns. Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Visstidsanställd personal har till övervägande del tillgång till det verksamhetssystem som finns och där avvikelser registreras.*
- *Introduktionsutbildningen som de visstidsanställda får del av innehåller ett avsnitt om att upprätta avvikelser.*
- *Ordinarie personal stöttar den visstidsanställda personalen i det vardagliga arbetet samt vid behov avseende upprättande av avvikelser*
- *Enhetschefens ges genom verksamhetssystemet insikt i vem som kan vara i behov av ytterligare information och kunskap kring avvikelsehanteringen.*

3.5. *Analys av avvikelser och Lex Sarah*

3.5.1. *Iakttagelser*

Analys av avseende registrerade avvikelser på enhetsnivå sker normalt i dialog mellan enhetschef, sjuksköterska och berörd personal. Avvikelserna hanteras för den enskilda brukaren och åtgärder sätts in utifrån de analyser som genomförts. Handlingsplaner arbetas fram vid behov, exempelvis plan för att undvika fall hos brukare.

För majoriteten av de särskilda boendena sker en samlad analys av de avvikelser som kommer in. Som exempel lyfts analyser utifrån fall där detta kan leda till generella åtgärder som inte bara är riktade mot en enskild brukare. Dock är det inte alla boenden som genomför en samlad analys av registrerade avvikelser utan den analys som genomförs avser endast enskilda brukare. Den medicinskt ansvariga sköterskan sammanställer statistik avseende avvikelser som sedan presenteras för arbetsgrupper på de olika enheterna.

De upprättade avvikelserna hanteras vid olika forum där bl. a. analyser och åtgärder arbetas fram. Följande forum finns där avvikelserna hanteras:

Enhetsnivå

- ✓ *Teamträff* – vid återkommande avvikelser, normalt fall, som avser en och samma brukare sätts ett team samman för att arbeta vidare med detta och utifrån teamets slutsatser sätts sedan åtgärder in.
- ✓ *Veckoträff/sittning* – i detta forum diskuteras alla de avvikelser som inkommit och utifrån det sätts olika åtgärder in.
- ✓ *Arbetsplatsträffar (APT)* – här behandlas statistik och liknande kring avvikelser som upprättas, exempelvis typ, antal m.m, dock omfattar inte alla boendens APT denna typ av genomgång av avvikelser och Lex Sarah.
- ✓ Utöver dessa forum sker det även daglig överlämning mellan personalen mellan de olika skiften och arbetspassen.

Nämnd och förvaltning

- ✓ *Planeringsdag* – i detta forum delges en sammanställning över avvikelser under året.
- ✓ *Nämndsmöten i samband med behandling av patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.*

Det finns inga forum där erfarenheter, åtgärder och/eller slutsatser/analyser av upprättade avvikelser från andra enheter än den egna lyfts upp.

Vi noterar att det finns skillnader i vilket fokus som finns från chefsnivån på de olika boenden avseende arbetet med avvikelser. I detta sammanhang vill vi särskilt lyfta fram arbetssättet som sker på Movägen. För den enskilda medarbetaren är återkoppling kring avvikelser en del i de forum som anges ovan, men även en del av de medarbetar- och lönesamtal som genomförs. Utöver detta sker det även en kontinuerlig dialog kring vikten av att skriva avvikelser. Vidare bör det lyftas fram att det finns boenden där fokus har legat på att genomföra det vardagliga arbetet och att den rent systematiska delen i att utveckla så väl medarbetare som rutiner avseende avvikelsehanteringen inte fått samma fokus. En förklaring till detta uppges vara omsättning av chefer.

Nämnden får till sig sammanställningar årligen av avvikelser i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen, enligt intervju. Vidare framgår att avvikelser hanteras även under den planeringsdag som årligen genomförs med nämnden och personal.

Vad gäller enskilda Lex Sarah-anmälningar så uppges att återkopplingen till personal inom berörd verksamhet varit god. Däremot framkommer att återkoppling till övrig personal och andra verksamheter tidigare har varit bristfällig, vilket medfört svårigheter att lära av varandra och av andra verksamheter. Upplevelsen hos flera av de intervjuade är dock att det kommer att bli bättre nu i och med att utredningar av Lex Sarah-anmälningar koncentrerats till utredningsenheten inom socialförvaltningen.

Av kvalitetsberättelsen framgår att boendeavdelningen har 33 inkomna rapporteringar enligt Lex Sarah under 2016. I avsnittet analys kopplat till Lex Sarah redogörs för antal rapporteringar per verksamhet samt en slutsats om att dessa beräknas öka med anledning av att arbetsgrupperna fått information på området. Analysen är deskriptiv till sin karaktär och det saknas förklaringar/bakomliggande faktorer till utfallet/resultatet.

3.5.2. Bedömning

Vår bedömning är att det i begränsad utsträckning sker analyser avseende avvikelser och anmälningar enligt Lex Sarah. Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Det sker analyser utifrån enskilda upprättade avvikelser och Lex Sarah på brukarnivå.*
- *Det är inte alla boenden som genomför en samlad analys över upprättade avvikelser.*
- *Forum finns för att återkoppling till personalen av analyser och resultat avseende så väl Lex Sarah som avvikelse, även om detta sker i varierande utsträckning på de olika boendena.*

- *Analyserna av Lex Sarah är deskriptiva och omfattar inte förklaringar/bakomliggande faktorer till utfallet eller resultatet.*

Med anledning av iakttagelserna i kontrollmålet har vi identifierat följande utvecklingsområden för nämnden:

- ✓ Att socialnämnden säkerställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på enhetsnivå avseende avvikelser och anmälningar enligt Lex Sarah
- ✓ Att socialnämnden tillser att analyserna utvecklas för att i större utsträckning ge en förklaring och beskrivning till utfallet/resultatet av så väl avvikelser som anmälningar enligt Lex Sarah.

3.6. Avvikelser i det kontinuerliga förbättringsarbetet

3.6.1. Iakttagelser

Som noterats i avsnitt ovan så vidtas åtgärder till övervägande del utifrån de avvikelser som upprättats och de anmälningar enligt Lex Sarah som inkommit. Dessa åtgärder avser insatser till den enskilda brukaren.

På enhetsnivå finns det variation över i vilken utsträckning det sker sammanställningar av avvikelser avseende exempelvis antal inkomna avvikelser. En del av boendena sammanställer avvikelserna och delger personalen på enheten resultaten av detta.

Av intervjuer framgår att det vanligtvis är enhetschef och sjuksköterska som leder arbetet med förbättringar och åtgärder utifrån de analyser som sker avseende avvikelser. Arbetet kan exempelvis leda till nya och/eller reviderade rutiner. På de boenden där en sammanställning av avvikelser inte sker koncentreras förbättringsarbetet och åtgärder till insatser kopplat mot den enskilda brukaren. En risk med att inte arbeta systematiskt med analys och åtgärder kopplade till statistik avseende avvikelser är att systemfel kanske inte upptäcks.

På nämnds- och förvaltningsnivå får nämnden till sig sammanställning av avvikelser för förvaltningen på den planeringsdag som hålls en gång per år. På denna dag deltar hela förvaltningen samt nämnden. Planeringsdagen är bl. a. ett underlag för nämnden i det fortsatta arbetet med målstyrning och liknande.

Nämnden får del av en sammanställning på övergripande nivå över de avvikelser som upprättats på enheterna i *kvalitetsberättelsen* och *patientsäkerhetsberättelsen* som nämnden får del av en gång per år.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller bl. a. följande:

- ✓ Antalet avvikelser från 2014, 2015 och 2016 uppdelade i olika kategorier.
- ✓ Läkemedelsavvikelser – kategoriserade i orsaker.
- ✓ Fall – totalt antal och fördelade i typ av fallskada.
- ✓ Trycksår – totalt antal.
- ✓ Vårdrelaterade infektioner – totalt antal.

- ✓ Fokusområden kommande år i form av tre punkter. Bland annat utbildning avseende patientsäkerhet/avvikelser och i dokumentation.

Av sammanträdesprotokollen framgår inte att nämnden fattat några särskilda beslut om åtgärder med anledning av patientsäkerhetsberättelsen för 2016 (Sn 2017-04-25 § 211).

Kvalitetsberättelsen innehåller bl. a. följande:

- ✓ Antalet inkomna Lex Sarah rapporteringar

Kvalitetsberättelsen godkändes och lades till handlingarna i april 2017 (Sn 2017-04-25 § 212). Av sammanträdesprotokollet framgår inte att något beslut om åtgärder har vidtagits med anledning av kvalitetsberättelsen.

3.6.2. Bedömning

Vår bedömning är att avvikelser i begränsad utsträckning används som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet inom nämnden och de granskade verksamheterna.

Bedömningen baseras framförallt på följande iakttagelser:

- *Arbetet med avvikelser kopplat till enskilda brukare leder till beslut om åtgärder, exempelvis vid fall eller andra avvikelser.*
- *På enhetsnivå varierar i vilken utsträckning sammanställning av avvikelser används som underlag till det kontinuerliga förbättringsarbetet.*
- *På nämnds- och förvaltningsnivå sammanställs statistik avseende avvikelser, dock kan analyserna i patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen utvecklas från att vara deskriptiv till att vara mer förklarande till resultatet/utfallet.*
- *Det är inte tydligt hur analys av avvikelser ska användas i det kontinuerliga förbättringsarbetet inom nämnden och av granskningen berörda verksamheter.*

Med anledning av iakttagelserna i kontrollmålet har vi identifierat följande utvecklingsområden för nämnden:

- ✓ Att nämnden säkerställer att avvikelser används på ett systematiskt sätt som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet på samtliga nivåer.

2017-10-06

Andreas Jönsson

Uppdragsledare

Jenny Krispinsson

Projektledare