



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-13

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Omsorgsnämnden

Äldreomsorgsnämnden

Yttrande avseende revisionsrapport nr 6/2016 - Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

Dnr: SN 16/086, OMS 16/085, ÄON 16/082

Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

I rapporten konstateras det att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns en risk för underrapportering av avvikelser. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheterna.

Granskningen visar också att det saknas en fastställd rutin för hanteringen av lex Maria.

Kommentar: Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshanteringen och hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Det konstateras i rapporten att det föreligger en risk för underrapportering av avvikelser, vilket kontoret även sedan tidigare identifierat som ett problem. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur och för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av det utvecklingsarbetet.

Att utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska vara långsiktigt och hållbart. För att uppnå detta måste verksamheterna arbeta med att utveckla en organisationskultur där rapportering, hantering och analys av avvikelser ses som en naturlig del i det ständiga förbättringsarbetet.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden antar skrivelsen ”yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria” daterad 2017-01-12 som sitt svar till revisionen.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-01-13

Revisionskrivelse, daterad 2016-11-03

Revisionsrapport 6/2016

Yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hanteringar av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria”, daterad 2017-01-12

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden antar skrivelsen ”yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hanteringar av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria” daterad 2017-01-12 som sitt svar till revisionen.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Lenita Granlund
Socialdirektör

Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare
Staben
Telefon (direkt): 08-523 03 592
E-post: tove.bergek@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Revisorerna

SKRIVELSE

2017-01-12

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Äldreomsorgsnämnden

Omsorgsnämnden

Yttrande över revisionsrapport - Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

Dnr: SN 16/086, OMS 16/085, ÄON 16/082

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. **Denna skrivelse innehåller kommentarer till de förslag som revisionen har lämnat och utgör nämndens svar till revisionen.**

I rapporten konstateras det att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns en risk för underrapportering av avvikelser. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheterna.

Granskningen visar också att det saknas en fastställd rutin för hanteringen av lex Maria.

Revisionsrapporten utmynnar i en rad konkreta förbättringsförslag när det gäller hanteringen av lex Sarah och lex Maria.

Här följer en redovisning av de förslag som ges i rapporten samt av det förbättringsarbete avseende hanteringen av avvikelser, lex Sarah och lex Maria, som planeras under 2017.

- Förslag: Fastställ en ändamålsenlig rutin för hanteringen av Lex Maria.

Kommentar: Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor kommer under 2017 att ta fram en rutin för denna hantering.

- Förslag: Komplettera rutinen för avvikelser enligt SoL och LSS med underrättelse till enskild, återkommande information till personal och analys av avvikelser. Säkerställ i rutiner för avvikelshantering att det tydligt framgår hur avvikelser ska användas för att utveckla och förbättra verksamheten.

Kommentar: Under 2017 är arbetet med avvikelser ett prioriterat utvecklingsområde. I detta utvecklingsarbete ingår översyn av de rutiner som idag finns för hantering av avvikelser.

- Förslag: Nämnderna bör ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen.

Kommentar: Då arbetet med avvikelser är ett prioriterat utvecklingsområde under 2017 bör nämnden ge social- och omsorgskontoret i uppdrag att återkomma med rapportering av hur arbetet med avvikelshantering utvecklas under året. En väl fungerade rapportering av avvikelshantering säkerställer kvalitet i verksamheterna och är viktigt del av kontroll och styrning för nämndera.

- Förslag: Följ inom ramen för egenkontrollen upp att information om rapporteringsskyldigheten ges till personalen.

Svar: I kvalitetsberättelsen följs detta upp och resultatet redovisas årligen till nämnderna. Verksamheternas ansvar för att själva, inom ramen för egenkontrollen, följa upp att detta görs bör dock förtydligas.

- Förslag: Överväg att införa IT-stöd för avvikelser i förhållande till SoL och LSS.

Svar: Under 2017 kommer social- och omsorgskontoret att undersöka möjligheterna att införa IT-stöd för avvikelshantering.

Sammanfattande kommentar: Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshantering och hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Det konstateras i rapporten att det föreligger en risk för underrapportering av avvikelser, vilket kontoret även sedan tidigare identifierat som ett problem. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur och för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av det utvecklingsarbetet.

Att utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska vara långsiktigt och hållbart. För att uppnå detta måste verksamheterna arbeta med att utveckla en organisationskultur där rapportering, hantering och analys av avvikelser ses som en naturlig del i det ständiga förbättringsarbetet.

.

Södertälje kommun
Revisorerna

SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och försörjningskontoret	
2016 -11- 04	
OTS	
Dnr: 16/085	4827

Revisionskrivelse
2016-11-03

Till: Omsorgsnämnden, Socialnämnden, Äldreomsorgsnämnden
För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

På vårt uppdrag har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Inledningsvis konstateras i rapporten att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns risk för en underrapportering av avvikelser.

Av granskningen framgår att det finns en fastlagd rutin för Lex Sarah som i stort motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:5. För att helt motsvara föreskrifternas krav behöver vissa delar av rutinen kompletteras och tydliggöras. Däremot finns i dagsläget ingen fastställd rutin för anmälan enligt Lex Maria.

Revisionsrapporten utmynnar i ett antal konkreta förslag till förbättringar när det gäller hanteringen av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

Vi önskar kommentarer från omsorgsnämnden, socialnämnden och äldreomsorgsnämnden på de noteringar och rekommendationer som framgår av rapporten. Svar lämnas senast den 30 januari 2017.

För revisorerna i Södertälje kommun


Christer Björk


Sören Lekberg

Bilaga: Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och omsorgskontoret	
2016-11-04	
CMS	
Om	Sk. nr
16085	4826

Södertälje kommun

Granskning av kommunens hantering av anmälningar
utifrån Lex Sarah och Lex Maria



Innehåll

1	Sammanfattning	2
2	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte	4
2.3	Avgränsningar	4
2.4	Ansvariga nämnder	4
2.5	Revisionskriterier	4
2.6	Metod	5
2.7	Kvalitetssäkring	5
3	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	6
3.1	Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	6
3.2	Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)	6
3.3	Föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)	7
4	Nämndernas ansvarsområden och organisation	8
4.1	Nämndernas ansvarsområden	8
4.2	Social- och omsorgskontoret	8
4.3	Organisation av kommunens hälso- och sjukvård	9
5	Ledningssystem och rutiner	9
5.1	Avvikelsehanteringen	10
5.2	Styrdokument för rapportering av missförhållande	11
5.3	Rapportering avvikelse enligt SoL och LSS	12
5.4	Styrdokument för avvikelserapportering enligt HSL	12
5.5	Tillämpning	13
5.6	Utbildning	13
6	Statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål	14
6.1	Avvikelser och anmälningsärenden enligt lex Sarah och lex Maria	14
6.2	Nämndernas vidtagna åtgärder med utgångspunkt i avvikelserna	15
6.3	Bedömning	16
7	Svar på revisionsfrågorna	18
	Bilaga 1 Källförteckning	1
	Bilaga 2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)	2
	Bilaga 3 Processbeskrivning avvikelse enligt SoL och LSS	1
	Bilaga 4 Processbeskrivning avvikelse enligt HSL	2

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

När det gäller avvikelser som har bedömts som missförhållanden enligt Lex Sarah är slutsatsen att de är relativt få samtidigt som trenden är att de minskar. Under 2014 gjordes ingen anmälan enligt Lex Sarah. Allvarliga missförhållanden ska anmälas till IVO. År 2015 gjordes en anmälan per nämnd och hittills under 2016 två anmälningar inom äldreomsorgsnämndens ansvarsområde. Avvikelse som avser misstanke om vårdskador förekommer i än mer begränsad utsträckning. Sedan 2014, då två ärenden förekom, har det inte förekommit någon anmälan till IVO enligt Lex Maria.

För verksamhet som bedrivs i enlighet med SoL, LSS och HSL finns krav på att de ska omfattas av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett syfte med ledningssystemet är att det ska bidra till att säkerställa att verksamheterna kan leva upp till de kvalitetskrav som följer av lagstiftning och föreskrifter, vilket bl.a. innebär att förhindra att avvikelser inträffar genom att rätt saker görs på rätt sätt.

När det faktiskt inträffar avvikelser blir hanteringen av dessa avgörande för att skapa en effektiv och säker verksamhet. Bristar i hanteringen av avvikelser kan leda till att allvarliga kvalitetsbrister eller risker för kvalitetsbrister inte identifieras och hanteras. Av den anledningen är det en grundläggande förutsättning att faktiska avvikelser blir rapporterade. Enligt vår bedömning bör därför ansvariga nämnder ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen i syfte att bidra till att öka verksamhetens benägenhet att rapportera avvikelser. Vi har dock inte noterat att det finns en sådan uttalad målsättning hos nämnderna. Hantering av avvikelser bör vara ett viktigt medel för nämndernas interna styrning och kontroll. En väl fungerande bruttorapportering av avvikelser inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och enligt HSL ökar möjligheten att också identifiera avvikelser som ska leda till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Enligt vad som har framgått av nämndernas egna kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser så finns det en risk att det finns en underrapportering av avvikelser. Omsorgsnämnden respektive socialnämnden hade inom hälso- och sjukvårdsverksamheten 2015 förutom rapporteringen av läkemedelsavvikelser ingen avvikelseravseende verksamhet enligt HSL i övrigt. Vår bedömning är därför att ledningssystemet inte till fullo säkerställer att personalen agerar i enlighet med processer och rutiner för hantering av avvikelser generellt och enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Nämnderna har fastställt ett ledningssystem enligt socialstyrelsens föreskrifter. För hanteringen av avvikelser hänvisas i ledningssystemet till riktlinjer, rutiner, checklista och blanketter som finns på intranätet. Enligt vår bedömning så har en rutin för Lex Sarah fastställts som i stort motsvarar kraven enligt SOSF 2011:5.

Avseende hantering av anmälan enligt Lex Maria så finns för närvarande en checklista och en processkarta men ingen rutinbeskrivning. Jämfört med rutinen för Lex Sarah finns utifrån checklista och processkarta för Lex Maria vissa oklarheter i hanteringen.

- ▶ I jämförelse med kvalitetsutvecklarens roll och ansvar avseende Lex Sarah anges inte hur medicinsk sjuksköterska ska återkoppla eller föreslå eventuella förbättringsförslag till verksamheten.

- ▶ Resultatombudschef ansvar för uppföljning av att vidtagna åtgärder är i jämförelse med rutin för lex Sarah inte definierad.
- ▶ Det är otydligt vilken resultatombudschef som är mottagare av avvikelserapporten beroende på vilken legitimerad personal som anmäler.

Bedömningen är att en rutin för anmälan enligt Lex Maria behöver dokumenteras och fastställas. Av rutinen bör framgå ansvar och roller, tillvägagångssätt för den interna utredningen, information till patient eller närstående, vad anmälan ska innehålla, åtgärder m.m.

Ett syfte med en anmälan enligt Lex Maria, men också enligt Lex Sarah, är att identifiera eventuella systemfel i verksamheten samt att kontinuerligt utvärdera och lära för att undvika upprepningar av den inträffade händelsen. Därför bör det också av rutinerna för Lex Sarah och Lex Maria tydligt framgå hur detta syfte ska säkerställas.

Ytterligare skillnad gäller användande av IT-stöd i rapporteringen. Registrering och dokumentering av vårdavvikelser görs i verksamhetssystemet Procapita vilket underlättar uppföljningen, som är av grundläggande betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet. Vår bedömning är att det bör övervägas att, även för avvikelser i förhållande till SoL och LSS, införa ett IT-stöd för rapportering.

De intervjuade är förtrogna med rutiner, checklistor, blanketter etc. för hanteringen av avvikelser och vårdavvikelser. Enligt uppgift ges också information till personal vid anställning men också återkommande. Huruvida personalen faktiskt har kunskap om när och hur en anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria ska göras kan inte verifieras i denna granskning. Vi noterar dock att det inte har framgått av riktlinjer eller andra dokument, som vi tagit del av, att information till personalen ska ges när det gäller rapportering av vårdavvikelser. Inom ramen för egenkontrollen har det inte heller gjorts någon uppföljning av om information om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah faktiskt ges till personalen. Av omsorgsnämndens respektive socialnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har framgått att ca hälften av medarbetarna fått information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.

Mot bakgrund av vad som har framkommit i granskningen föreslås:

- ▶ Fastställ en ändamålsenlig rutin för hantering av ärenden enligt Lex Maria.
- ▶ Komplettera rutinen för avvikelse enligt SoL och LSS med underrättelse till enskild, återkommande information till personal och analys av avvikelser.
- ▶ Nämnderna bör ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen.
- ▶ Säkerställ i rutiner för avvikelsehantering att det tydligt framgår hur avvikelse ska användas för att utveckla och förbättra verksamheten.
- ▶ Följ inom ramen för egenkontrollen upp att information om rapporteringsskyldigheten ges till personalen.
- ▶ Överväg att införa IT-stöd för avvikelser i förhållande till SoL och LSS.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

I socialtjänstlagens 14 kap. 2-7 § och 7 kap. 6 § finns bestämmelser som anger att verksamheter ska bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Motsvarande bestämmelser finns i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 24 a-g §§ och 23 e §. Verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra sin kvalitet. Även i hälso- och sjukvårdslagen finns sådana bestämmelser. Av 31 § HSL framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt föreskriften SOSFS 2011:9 om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kap 5 ska vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Avvikelseberapportering och hantering av allvarliga händelser enligt lex Maria, (SOSFS 2005:28) och lex Sarah (SOSFS 2011:5) ger anvisningar om hur kvalitetsbrister, som inneburit eller skulle kunnat medföra vårdskada eller missförhållanden, i verksamheten ska hanteras.

2.2 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns och tillämpas rutiner för hantering av anmälningsärenden?
- ▶ Finns det en kunskap i organisationen om när anmälan till Lex Sarah eller Lex Maria ska ske?
- ▶ Har nämnderna säkerställt att hanteringen av anmälningsärenden sker i enlighet med föreskrifter?
- ▶ På vilket sätt utnyttjas anmälningsärenden i utvecklingssyfte tillsammans med övrig avvikelshantering?
- ▶ I vilken mån vidtas åtgärder utifrån den information som anmälningsärendena ger och IVO:s förelägganden?

2.3 Avgränsningar

Granskningen avser inte övrig avvikelshantering mer än när det gäller utvecklingsarbetet.

2.4 Ansvariga nämnder

Socialnämnden, Omsorgsnämnden och Äldreomsorgsnämnden.

2.5 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

2.6 Metod

Granskningen grundas på studier av relevanta dokument samt intervjuer med befattningshavare på social- och omsorgskontoret. Intervjuade befattningshavare och granskade dokument framgår av källförteckningen.

2.7 Kvalitetssäkring

Utöver vår interna kvalitetssäkring har samtliga intervjuade fått möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet. Detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden.

3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

3.1 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Systemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska nämnden planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra dess kvalitet. Till processerna ska rutiner utarbetas och fastställas vilka dels ska beskriva hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs inom den egna verksamheten och mellan andra verksamheter, vårdgivare och myndigheter. Att personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet ska säkerställas.

I det systematiska förbättringsarbetet ska riskanalyser göras fortlöpande. Även egenkontroll ska bedrivas för att löpande kunna följa upp och säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska klagomål och synpunkter på verksamheten tas emot och utredas. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsarbetet bör dokumenteras och sammanställas i en kvalitetsberättelse. Enligt patientsäkerhetslagen ska det systematiska patientsäkerhetsarbetet även dokumenteras och sammanställas i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

3.2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Bestämmelser om lex Sarah finns i SoL¹ och LSS² samt i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

Anställda, uppdragstagare, praktikant eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldiga att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Information om rapporteringsskyldigheten ska ges i samband med anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Information om vem som är utsedd mottagare av rapporter ska också ges vid anställning samt vid förändrad mottagare. Det allmänna rådet är att informationen bör ges både muntligt och skriftligt minst en gång per år.

I socialstyrelsens föreskrift nämns "missförhållanden" och "allvarliga missförhållanden". Med missförhållanden avses "såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa". Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, ska avses att det är en fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

¹ 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL

² 24 b-24 g §§ och 23 e § LSS

Med allvarliga missförhållanden avses "såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykisk hälsa".

En påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, som också ska anmälas, gäller en fråga om en uppenbar och konkret risk för ett allvarligt missförhållande.

Rapporterat missförhållande ska utredas och åtgärder ska vidtas. Föreskrifterna specificerar dels vad utredningen ska innehålla, dels dokumentering av vidtagna åtgärder. Utredningen ska utvisa om det rapporterade missförhållandet är en avvikelse eller en allvarlig eller påtaglig risk för missförhållande som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälan ska göras på en särskild blankett³.

Rutiner för bland annat rapportering, utredning och undanröjning av missförhållanden och risker ska vara fastställda och dokumenterade⁴. Rutinerna ska även omfatta anmälan om allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden.

Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat. Anmälande nämnd bör informera den nämnden som beslutat om insatsen ifall anmälan har gjorts.

3.3 Föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria hänvisar till 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen som fastslår att anmälan till IVO ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Händelser som bör föranleda anmälan är t.ex. fallskador, förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar, läkemedelshantering, felaktigt utförd vård och sådana som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter.

Anmälan ska göras på en särskilt framtagen blankett som ska ha inkommit till IVO inom två månader från det att händelsen inträffade. Om det av patientsäkerhetsskäl är angeläget att händelsen snabbt kommer till IVO:s kännedom, ska anmälan göras dit omedelbart.

Anmälan ska innehålla en intern utredning som ska innefatta bland annat händelseförloppet, omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder, identifierade orsaker till händelsen, riskbedömning och riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt i riskbedömningen.

Anmälan ska göras av den eller de befattningshavare som vårdgivaren utsett. Den anmälningskyldige bör vara en befattningshavare som har möjlighet att göra jämförelser mellan anmälningsfall, och delta i patientsäkerhetsarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet. Den utsedda befattningshavaren bör inte ha personalansvar.

Patienten ska underrättas om att en händelse som medfört en vårdskada föranlett en lex Maria-anmälan. Möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse ska ges patienten. Vid gjord lex-Maria ska en anteckning i patientjournalen göras.

³ Är en bilaga till föreskrifterna.

⁴ I bilaga 2 beskriver vi närmare vad rutinerna och utredningen bör innehålla.

Vårdgivaren ska tillse att tid och resurser avsätts för arbetet med anmälningar enligt lex Maria.

Socialstyrelsen kommer att under hösten 2016 remittera förslag på nya föreskrifter till aktuella remissinstanser. De nya föreskrifterna beräknas börja gälla vid halvårsskiftet 2017.

4 Nämndernas ansvarsområden och organisation

4.1 Nämndernas ansvarsområden

4.1.1 Omsorgsnämnden

Omsorgsnämndens verksamhetsområde omfattar verksamhet för funktionshindrade. Nämnden ansvarar för kommunens verksamhet enligt LSS och fullgör de uppgifter som ankommer på kommunen för funktionshindrade enligt SoL, med undantag av den uppgift som avser insatser till personer med demensdiagnos. Nämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte enligt 24 § HSL⁵.

4.1.2 Socialnämnden

Socialnämndens verksamhetsområde är individ- och familjeomsorg och andra sociala frågor. Nämnden fullgör de uppgifter som enligt lag åligger socialnämnd med undantag för de uppgifter som åligger arbetslivsnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden. Även socialnämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte enligt 24 § HSL.

4.1.3 Äldreomsorgsnämnden

Äldreomsorgsnämnden fullgör vissa av kommunens uppgifter enligt SoL till personer över 65 år. Nämnden ansvarar för insatser enligt SoL för personer som har fastställd demensdiagnos oavsett ålder. Ansvar för uppgifterna rör inte personer boende inom kommundelsnämndernas geografiska ansvarsområde.

Äldreomsorgsnämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården i nämndens egen verksamhet och fullgör kommunens uppgifter enligt 24 § HSL även för de verksamheter som bedrivs av andra nämnder. Anmälning enligt lex Maria ska göras till berörd verksamhetsansvarig nämnd.

4.2 Social- och omsorgskontoret

Nämndernas verksamhet bedrivs av social- och omsorgskontoret som är organiserad i fyra myndighetsutövande resultatområden. Övriga tre resultatområden utgör utförarorganisationen i kommunens egenregiverksamhet. Resultatområdena, som leds av en resultatområdeschef, är i sin tur organiserade i resultatenheter med resultatenhetschef som ansvarig. Denne är organisatoriskt inordnad direkt under resultatområdeschef.

Inom social- och omsorgskontorets stab finns bland annat kvalitets- och uppdragsenhet och två medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Kvalitets- och uppdragsenheten består bland annat av 4 kvalitetsutvecklare som har uppdraget att samordna och stödja det övergripande kvalitetsarbetet. Uppdraget innebär bland annat kvalitetssäkring av rutiner och processer. Enheten ger även stöd i löpande frågor på verksamheternas uppdrag. Enligt rutin för lex

⁵ 24 § HSL: Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Sarah (se avsnitt 5.2) utreds händelse eller missförhållande av kvalitetsutvecklare som utses av kvalitets- och uppdragschef.

De två medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) ansvarar enligt 24 § HSL för att kontoret har system som säkrar en hög patientsäkerhet samt en god och säker vård. Dessa två ansvarar även för att det finns system för lex Maria-anmälningar och hantering av vårdavvikelser. De planerar och genomför kvalitetsuppföljningar och ansvarar därför för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatsen, som sammanställs i nämndernas patientsäkerhetsberättelser. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har ingen underställd personal.

4.3 Organisation av kommunens hälso- och sjukvård

Kommunen hälso- och sjukvårdsansvar är upp till sjuksköterskenivå och innefattar vård/omvårdnad, rehabilitering, habilitering⁶ och hjälpmedel. Ansvaret omfattar personer som får bostadsbehovet tillgodosett enligt SoL eller LSS samt daglig verksamhet enligt LSS.

På särskilda boenden inom äldreomsorgen är sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar dagtid anställda på respektive enhet och svarar därmed för hälso- och sjukvården på dagtid. Övrig tid svarar hälso- och sjukvårdspersonal anställda på Hälso- och sjukvårdsenheten för hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Hälso- och sjukvårdsenheten är organiserad i tre team:

- ▶ Socialpsykiatri/LSS: Områdesansvariga sjuksköterskor med patientansvar som på dagtid ger sjukvård och planerad sjukvård på boendet och i daglig verksamhet.
- ▶ Kvälls- och nattpatrull: Består av ca tre sjuksköterskor som under kvällar och nätter är ansvariga för patientens omvårdnad och följer den vårdplan som omvårdnadsansvarig dagsjuksköterska har upprättat i samråd med patienten. Teamet utgår från Artursbergs korttidsboende och arbetar mot de olika enheterna.
- ▶ Demensteam: Består av fyra demensutvecklare som handleder och utbildar vård- och omsorgspersonal om demenssjukdomar. Informerar även anhöriga om demenssjukdomar.

Organiseringen innebär att legitimerad personal anställda på Hälso- och sjukvårdsenheten har "två" resultatenhetschefer att rapportera till: resultatenhetschef för boendet/daglig verksamhet och hälso- och sjukvårdsenhetens resultatenhetschef.

5 Ledningssystem och rutiner

De tre nämnderna har fastställt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". I ledningssystemet sammanfattas gemensamma utgångspunkter, den organisation och de övergripande riktlinjer som gäller för det systematiska kvalitetsarbetet. Ledningssystemet med process- och rutinbeskrivningar, riskanalyser och rutiner för hantering av avvikelser har digitaliserats och finns tillgängligt för medarbetaren i systemet Ensolution.

Ledningssystemet utgår ifrån kvalitetsbestämmelser för verksamhet enligt SoL, LSS och HSL. Systemet har följande struktur:

- ▶ Kommunens värdegrund och värdegrundsprinciper

⁶ För personer som har varaktiga funktionsnedsättningar ansvarar landstinget för rehabilitering, både behandling och råd och stöd.

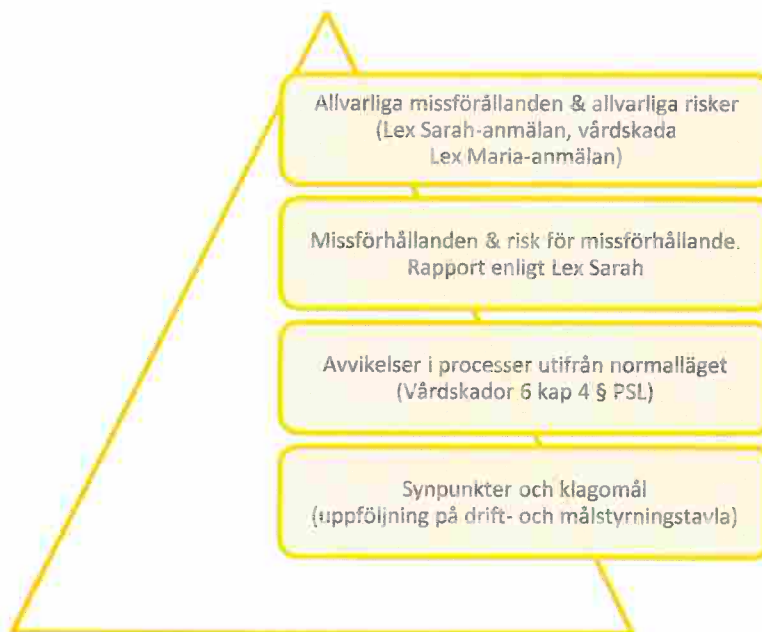
- ▶ Ledning för kvalitet
 - ▶ Kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens styrning
 - ▶ Kommunens styrprocess
 - ▶ Kvalitetsarbetets ansvarsfördelning
- ▶ Kvalitetsarbetets innehåll
 - ▶ Processer och rutiner
 - ▶ Samverkan
 - ▶ Synpunkter från brukare, KPR, KHR och intresseorganisationer
 - ▶ Riskanalys
 - ▶ Egenkontroll
 - ▶ Uppföljning på individnivå och övergripande nivå
 - ▶ Avvikelsehantering
 - ▶ Förbättringsarbete med växthuset
 - ▶ Dokumentation av kvalitetsarbetet

Inom ramen för granskningen har vi valt att fokusera på avvikelsehanteringen.

5.1 Avvikelsehanteringen

I ledningssystemet beskrivs typerna av avvikande händelser utifrån allvarlighetsgrad, d.v.s. klagomål och synpunkter, avvikelser, missförhållanden och allvarliga missförhållanden kan beskrivas i nedanstående figur.

Figur 1 - Typ avvikelse



Registrering av avvikelser görs både manuellt och elektroniskt beroende på avvikelseyp. Rapportering av avvikelser enligt SoL och LSS görs genom ifyllnad av avsedda blanketter medan rapportering av vårdskada enligt Lex Maria sker i en avvikelsemodul i verksamhetssystemet Procapita. Brukaren kan lämna synpunkter och klagomål via en e-tjänst på kommunens webbplats eller via en blankett som lämnas till personalen.

5.1.1 Kvalitetsredovisning och patientsäkerhetsberättelse – Rapportering av avvikelser

Av nämndernas kvalitetsredovisningar för 2015 framgår att det systematiska arbetet med avvikelshantering avseende SoL och LSS varierar mellan verksamheterna. Det innebär att verksamheterna har kommit olika långt i sitt arbete med att rapportera, dokumentera samt analysera klagomål, synpunkter och avvikelser.

Det framgår vidare att avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten. Personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till lämpliga åtgärder att vidta. Analys på aggregerad nivå bör också göras för att se om det finns frekvent återkommande avvikelser som behöver riskanalyseras. Utbildningsinsatser behövs för att skapa förståelse för vikten av avvikelsearbetet som en bas i det systematiska förbättringsarbetet i sin helhet.

I omsorgsnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 anges att verksamheterna behöver stöd med struktur och verktyg för att på ett enklare sätt kunna hantera avvikelser mer systematiskt och kunna avgöra skillnaden mellan en avvikelse och missförhållande.

I nämndernas patientsäkerhetsberättelser för 2015 beskrivs att verksamheterna behöver fortsätta bli bättre på att rapportera vårdavvikelser och se detta som en viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet. Ifall verksamheterna går från en individsyn till systemsyn samt fokuserar mera på att kunna identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser inträffar ökar patientsäkerheten.

Enligt två av intervjupersonerna har fokus varit på hanteringen av avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria och säkerställande att dessa processer fungerar, istället för avvikelshantering som helhet.

5.2 Styrdokument för rapportering av missförhållande

5.2.1 Rutin för rapportering av missförhållande

För rapportering av missförhållanden har en rutin tagits fram med syfte att beskriva aktiviteterna från rapport om missförhållanden till utredning och beslut. Ytterligare ett syfte med rutinen är att informera alla medarbetare om vad rapporteringsskyldigheten innebär. Rutinen gäller för alla medarbetare i Södertälje kommun som utför uppgifter inom socialtjänsten samt i verksamhet enligt LSS.

De kategorier av missförhållanden som ska rapporteras är: fysiska övergrepp, sexuella övergrepp, psykiska övergrepp, brister i bemötande av anställda m.fl. brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, brister i utförande av insatser (felaktigt utförda eller inte alls), brister i fysisk miljö, utrustning och teknik och ekonomiska övergrepp. Händelser som inte är att beakta som ett missförhållande enligt lex Sarah ska rapporteras som synpunkt/klagomål, HSL-avvikelse eller som arbetsmiljöutbud.

Rutinerna klagör linje- och verksamhetsansvaret mellan involverade befattningshavare i rapporteringen. Resultatombudschef eller resultatombudschef är skyldig att informera personal/uppslagslag om rapporteringsskyldigheten och att hantera inkomna rapporter. Resultatombudschefs ansvar är att akuta åtgärder till följd av händelsen vidtas och att de åtgärder som genomförs i utredningen av det befarade missförhållandet genomförs. Kvalitets- och uppslagslag ska utse kvalitetsutvecklare som utreder den inkomna rapporten. Kvalitetsutvecklaren har på delegation från nämnderna att besluta om att inleda och avsluta utredning, samt ifall anmälan till IVO ska göras.

5.3 Rapportering avvikelse enligt SoL och LSS

I rutinen⁷ beskrivs processen från upptäckt av ett missförhållande till beslut. Utöver själva rutinbeskrivningen finns en processkarta som redovisar de aktiviteter som ingår i hanteringen av avvikelse enligt SoL och LSS (se bilaga 3). Av processkartan framgår vem som är ansvarig för samt vilka som involveras i att utföra en viss aktivitet i hanteringen av synpunkter och klagomål samt missförhållanden.

Rutinbeskrivningen kan sammanfattas i följande steg: upptäckt och rapportering, mottagning av rapport, utredning och beslut. Medarbetaren ska vid upptäckt av missförhållande eller risk för missförhållande/händelse rapportera detta omgående. För rapporteringen ska en särskild avsedd blankett användas. Resultatenhetschef som mottar rapporten ska säkerställa att akuta åtgärder vidtas och utreda händelsen.

För utredningen ska kvalitetsutvecklaren använda en särskilt framtagen utredningsmall. I utredningen ska händelseförlopp och analys samt bedömning av händelsen beskrivas. Utredningen ska även innehålla förslag på åtgärder samt när uppföljning ska ske och vem som är ansvarig för det. Kvalitetstutvecklaren beslutar på delegation av berörd nämnd om händelsen ska bedömas som:

- ▶ Missförhållande
- ▶ Påtaglig risk för missförhållande
- ▶ Allvarligt missförhållande
- ▶ Påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Händelsen ska även rubriceras enligt de tidigare nämnda kategorierna. Vid ett allvarligt eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande ska kvalitetsutvecklaren snarast göra en anmälan på avsedd blankett till IVO. Utredning ska skickas till IVO så snart den är klar, dock senast 2 månader efter att anmälan gjordes.

5.4 Styrdokument för avvikelserapportering enligt HSL

5.4.1 Riktlinje för rapportering av avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård

Enligt riktlinjen är syftet med avvikelshanteringen att öka patientsäkerheten genom att på ett systematiskt sätt registrera, åtgärda och följa upp. Rapporteringen av avvikande händelser ska vara ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat, inte vem som är inblandad. Vidare anges att alla som upptäcker en avvikelse har skyldighet att rapportera den. Avvikelser kan förekomma i samband med utförandet av hälso- och sjukvårdsuppgift, brukaren faller, vid läkemedelshantering, informationsöverföring och i samverkan mellan organisationer.

Riktlinjerna innehåller även en checklista med aktiviteter som ska utföras i hanteringen av en avvikelse inom kommunens hälso- och sjukvård.

5.4.2 Checklista för rapportering av avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård och lex Maria anmälan

I nuläget finns ingen framtagen rutin för hanteringen av lex Maria-anmälan, utan MAS ansvarar för att anmäla och utreda enligt delegationsordningar. Även ska en särskild

⁷ Rutinen är giltig mellan 2014-09-01 och 2016-12-31 och reviderades 2015-11-25.

checklista tillämpas. Processkartan för vårdavvikelse vård- och omsorgsboende respektive vårdavvikelse LSS boende och boenden socialpsykiatri anger vilka som är involverade och de aktiviteter som ska utföras vid en vårdavvikelse.

Vid inträffad vårdavvikelse ska legitimerad personal åtgärda avvikelsen samt registrera händelsen i avvikelsemodulen och dokumentera händelsen i patientjournalen. Av processkartan för vårdavvikelse LSS framgår inte att avvikelsen ska registreras i avvikelsemodulen. Överlag ska avvikelsemodulen användas för dokumentering i fler aktiviteter enligt processkarta vårdavvikelse vård- och omsorgsboende i jämförelse med den andra processkartan.

Resultatenhetschefen mottar avvikelsen i avvikelsemodulen vilket inte framgår av processkartan för vårdavvikelse LSS. Enligt resultatområdeschef Utförare av äldreomsorg i egenregiverksamheten så är mottagande resultatenhetschef varierande beroende på den anmälande legitimerade personalen. Dokumentering och eventuellt vidtagna åtgärder ska enligt checklistan och processkarta vårdavvikelse vård- och omsorgsboende göras.

Vid en allvarlig vårdavvikelse bedömer resultatenhetschef i samråd med legitimerad personal om den ska skickas vidare till MAS för vidare handläggning. Vid oklarheter skickas vårdavvikelsen alltid vidare till MAS. Ifall vårdavvikelsen bedöms som allvarlig startar MAS en utredning om lex Maria-anmälan till IVO, vilket denne har på delegation.

Enligt checklistan ska alla avvikelser rapporteras på verksamhetens målstyrningstavla. När alla åtgärder är klara avslutar resultatenhetschefen avvikelsen i avvikelsemodulen. Då avvikelsen enligt processkarta vårdavvikelse LSS inte rapporteras in i avvikelsemodulen avslutas den heller inte i modulen.

5.5 Tillämpning

Samtliga av de intervjuade uppger att deras verksamheter är förtroga med styrdokumentet för rapportering av avvikelse enligt lex Sarah respektive lex Maria.

Av intervjuerna framkommer att behörigheter till ledningssystemet och verksamhetssystemet Procapita varierar mellan personalkategorierna. Tillsvidareanställda har full behörighet till båda systemen medan till exempel timanställda saknar behörighet. Detta begränsar möjligheten att ta ut exempelvis blanketter från ledningssystemet. Enligt resultatområdeschef för äldreomsorg i egen regi ska medel i äldreomsorgsnämndens kommande budget för 2017 avsättas för inköp av fler licenser till ledningssystemet och Procapita.

I de verksamheter där kommunen bedriver verksamhet tillsammans med Stockholms läns landsting görs avvikelserapporteringen till landstinget som även utreder avvikelserna. Resultatombudet Utförare funktionsnedsättning upplever att återkopplingen från landstingets sida är svag.

5.6 Utbildning

Enligt rutin för rapportering av missförhållanden ansvarar resultatenhetschefen för att tillse att medarbetarna får relevant information om anmälningsärenden. Det kan ske genom att chefen själv informerar eller att en kvalitetsutvecklare informerar. Ett samstämt mönster från intervjuerna är att medarbetare får minst en gång per år information om lex Sarah och lex Maria. Informationen ges vanligtvis i samband med APT-möten. Information om anmälningsärenden ges även vid nyanställning.

Enligt omsorgsnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har kvalitetsutvecklarna under våren kommit ut till samtliga ledningsgrupper för verksamheter i egen regi och informerat om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser och hur arbetet måste systematiseras och analyseras i större utsträckning.

Av nämndernas kvalitetsredovisningar per augusti 2016 framgår att ca hälften av omsorgsnämndens verksamheter informerat sin personal om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah medan ca 55 % av socialnämndens medarbetare informerats om rapporteringsskyldigheten. Flera medarbetare inom äldreomsorgsnämndens verksamheter har genomgått webbutbildning om lex Sarah. Det framgår inte av kvalitetsredovisningarna vad siffrorna baseras på.

Resultatområdeschef Utförare av hemtjänst i egenregi upplever att hög chefsomsättning kan påverka att personalen inte får tillräcklig kunskap om anmälningsärenden.

Av kvalitetsredovisningarna för 2015 framgår att utbildningsinsatser är nödvändiga för att skapa förståelse för vilken roll avvikelsearbetet har i det systematiska förbättringsarbetet som helhet. Vidare anges att avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten och personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta.

6 Statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål

I tabellen nedan redovisas det totala antalet avvikelser, synpunkter och klagomål avseende nämndernas verksamhet enligt SoL och LSS.

Tabell 1 – Avvikelser 2015

Nämnd	2015
Omsorgsnämnden	428
Socialnämnden	163
Äldreomsorgsnämnden ⁸	615

När det gäller vårdavvikelser som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen 2015 så framgår för omsorgsnämnden att alla verksamheter inte har rapporterat in sammanställning av de inträffade avvikelserna. Inrapporterade avvikelser avser uteslutande läkemedelshantering. Antalet avvikelser redovisas i diagramform varför det exakta antalet läkemedelsavvikelser inte direkt kan avläsas. Uppskattningsvis kan det röra sig om ca 450 läkemedelsavvikelser.

Av socialnämndens patientsäkerhetsberättelse 2015 framgår 1 190 avvikelser vid läkemedelshantering. Av dessa avser 755 ett boende med 8 platser. Inga vårdavvikelser för andra hälso- och sjukvårdsprocesser har rapporterats under året.

Äldreomsorgsnämnden hade 2015, enligt patientsäkerhetsberättelsen, 232 vårdavvikelser varav 162 läkemedelsavvikelser.

6.1 Avvikelser och anmälningsärenden enligt lex Sarah och lex Maria

Tabellen nedan visar rapporterade avvikelser enligt lex Sarah respektive lex Maria mellan 2014 och första oktober 2016.

⁸ I patientsäkerhetsberättelsen redovisas äldreomsorgsnämndens och kommunalnämndernas inrapporterade avvikelser tillsammans.

Tabell 2 – Anmälningssärenden under perioden 2014-2016-10-01

	Avvikelse som ej bedömts som missförhållande	Missförhållanden	Allvarliga missförhållanden	Misstanke om vårdskador eller klagomål	Lex Maria anmälningar till IVO
Omsorgsnämnden					
2014	19	16	0	-	-
2015	18	10	1	4	0
2016	17	6	0	1	0
Totalt	54	32	1	5	0
Socialnämnden					
2014	3	1	0	0	0
2015	2	2	1	0	0
2016	3	0	0	1	0
Totalt	8	3	1	1	0
Äldreomsorgsnämnden					
2014	3	10	0	2	2
2015	9	8	1	3	0
2016	2	3	2	4 ⁹	0
Totalt	14	21	3	9	2

Statistiken visar att flest rapporteringar enligt lex Sarah görs inom omsorgsnämndens verksamheter. Sett till varje nämnd har antalet rapporter som bedömts som avvikelser legat på en jämn nivå. Bedömda missförhållanden har dock minskat för varje år.

Antalet allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO har varit någon enstaka anmälan per nämnd och år. Äldreomsorgsnämnden har hittills i år gjort två anmälningar i jämförelse med en anmälan tidigare år.

Flest misstankar om vårdskador eller klagomål rapporteras inom äldreomsorgsnämndens verksamheter. Statistiken visar en gradvis ökning. Inom omsorgsnämnden har antalet rapporteringar minskat och socialnämndens rapporteringar legat på en konstant nivå.

Senaste lex Maria-anmälningarna till IVO gjordes av äldreomsorgsnämnden 2014. Övriga nämnder har inte gjort någon lex Maria-anmälan under perioden.

6.2 Nämndernas vidtagna åtgärder med utgångspunkt i avvikelserna

Med utgångspunkt i nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser för 2015 och per augusti 2016 beskriver vi de åtgärder som respektive nämnds verksamhet har vidtagit.

6.2.1 Omsorgsnämnden

Med utgångspunkt i bedömda missförhållanden som avsåg kategorierna brister i utförande, ekonomiska övergrepp, brister i fysisk miljö och brister i rättssäkerhet har 13 förbättringsåtgärder vidtagits. Åtgärderna är kopplad till var och en av dessa kategorier. Generella åtgärder vid konstaterade missförhållanden är att riskbedömningar görs, rutiner ses över och handlingsplaner upprättas.

⁹ När rapporten skrivs pågår en utredning där bedömning inte är färdig.

Förbättringsåtgärderna har dels riktats mot arbetsmetoder och rutiner, dels för individen. En förändrad arbetsmetod och nya rutiner kring brukare har införts och värdegrund samt krav och förväntningar på personal har kommunicerats ut. Åtgärder för att undvika ekonomiska missförhållanden har varit bland annat att rutiner för kvittokontroll skärpts och rutiner för redovisning av brukares privata medel har gått igenom. Vidare har personalåtgärder som varning och avsked vidtagits.

De åtgärder som vidtagits till följd av anmälan till IVO har varit uppföljning samt omplacering av brukare till annat boende och prioriterat arbetet med uppföljning av insatser.

IVO har efter anmälan dragit in tillståndet för den verksamhet som brukaren tidigare var placerad i.

Genomförda åtgärder under första halvåret 2016 har överlag varit att verksamheterna reviderat och säkerställt att befintliga rutiner är kända och används av arbetsgruppen. En ökad medvetenhet om risker mellan brukare och planering har lyfts på regelbundna möten i verksamheterna. Vidare pågår ett arbete med att implementera metoder i verksamheten som ska skapa struktur, tydlighet och förutsägbarhet. En omorganisation där tre korttidsboenden ska bli två har genomförts.

6.2.2 Socialnämnden

Bedömda missförhållanden under 2015 gällde brist i informationsöverföring mellan två verksamheter, bristande rutiner för hembesök och brister i samverkan och rättssäker handläggning. De åtgärder som vidtagits rör arbetssätt och återkoppling till klienten. Nya rutiner har även tagits fram. Behovsbilden av samverkan inom resultatområdet och mellan nämndens resultatområden har klargjorts och ett arbete med att förstärka samverkan anges pågå.

6.2.3 Äldreomsorgsnämndens vidtagna åtgärder

Bedömda missförhållanden rörde i stor utsträckning brister i utförandet; försummelse som felaktigt utförda insatser och brister i samverkan med andra enheter både internt och externt. Lex Sarah-anmälningarna har föranlett att 13 förbättringsåtgärder vidtagits. Exempel på dessa är rutinutveckling och rutinförankring, kompetenshöjande åtgärder, samverkan med primärvården, personalåtgärder, information om vikten av snabb avvikelserapportering och genomgång av delegationsordning på APT.

Under halvåret 2016 har de verksamheter som rapporterat avvikelser enligt lex Sarah vidtagit adekvata förbättringsåtgärder. Vidare har personalåtgärder som avsked vidtagits.

6.3 Bedömning

I alla verksamheter inträffar händelser som kan medföra eller medför brister i kvaliteten. Dessa händelser eller avvikelser kan i vissa fall leda till missförhållanden/allvarliga missförhållanden (SoL/LSS) eller vårdskador/allvarliga vårdskador (HSL). För verksamhet som bedrivs i enlighet med SoL, LSS och HSL finns krav på att de ska omfattas av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett syfte med ledningssystemet är att det ska bidra till att säkerställa att verksamheterna kan leva upp till de kvalitetskrav som följer av lagstiftning och föreskrifter, vilket bl.a. innebär att förhindra att avvikelser inträffar genom att rätt saker görs på rätt sätt.

När det faktiskt inträffar avvikelser blir hanteringen av dessa avgörande för att skapa en effektiv och säker verksamhet. Brister hanteringen av avvikelser kan det leda till att allvarliga

kvalitetsbrister eller risker för kvalitetsbrister inte identifieras och hanteras. Av den anledningen är det en grundläggande förutsättning att faktiska avvikelser blir rapporterade. Enligt vår bedömning bör därför ansvariga nämnder ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen i syfte att bidra till att öka verksamhetens benägenhet att rapportera avvikelser. Vi har dock inte noterat att det finns en sådan uttalad målsättning hos nämnderna. Hantering av avvikelser bör vara ett viktigt medel för nämndernas interna styrning och kontroll. En väl fungerande bruttorapportering av avvikelser inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och enligt HSL ökar möjligheten att också identifiera avvikelser som ska leda till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Enligt vad som har framgått av nämndernas egna kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser så finns det en risk att det finns en underrapportering av avvikelser. Omsorgsnämnden respektive socialnämnden hade inom hälso- och sjukvårdsverksamheten 2015, förutom rapporteringen av läkemedelsavvikelser, ingen avvikelse avseende verksamhet enligt HSL i övrigt. När det gäller avvikelser som har bedömts som missförhållanden enligt Lex Sarah är slutsatsen att de är relativt få samtidigt som trenden är att de minskar. Sedan 2014 har det inte förekommit någon anmälan enligt Lex Maria. Vår bedömning är därför att ledningssystemet inte till fullo säkerställer att personalen agerar i enlighet med processer och rutiner för hanteringar av avvikelser generellt och i enlighet med Lex Sarah och Lex Maria.

Nämnderna har fastställt ett ledningssystem enligt socialstyrelsens föreskrifter. För hanteringen av avvikelser hänvisas i ledningssystemet till riktlinjer, rutiner, checklista och blanketter som finns på intranätet. Enligt vår bedömning så har en rutin för Lex Sarah fastställts som i stort motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:5. Det som inte framgår av rutinbeskrivningen är att den enskilde som berörs alltid bör underrättas om ett missförhållande som har inträffat och om en anmälan har gjorts till IVO om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Det bör framgå av rutinerna vem som ska ta ställning till om och hur den enskilde som berörs ska informeras om rapporten och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den. Av rapporteringsblanketten framgår dock en fråga om den enskilde har underrättats om att missförhållandet/händelsen rapporteras.

Enligt rutinen för Lex Sarah är resultatombudschefer och resultatansvariga skyldiga att informera personal/uppdragstagare om rapporteringsskyldigheten. Det framgår dock inte av rutinen när information ska ges och att den ska ges återkommande.

Ytterligare en aspekt som inte framgår av rutinen är att analys av avvikelser ska göras på aggregerad nivå med syftet att se exempelvis mönster och trender.

Avseende hantering av anmälan enligt Lex Maria så finns för närvarande en checklista och en processkarta men ingen rutinbeskrivning. Jämfört med rutinen för Lex Sarah utifrån checklista och processkarta för Lex Maria framgår vissa skillnader i hanteringen.

Våra iakttagna otydligheter är följande:

- ▶ I jämförelse med kvalitetsutvecklarens roll och ansvar avseende Lex Sarah anges inte hur medicinsk sjuksköterska ska återkoppla eller föreslå eventuella förbättringsförslag till verksamheten.
- ▶ Resultatombudschefs ansvar för uppföljning av vidtagna åtgärder är i jämförelse med rutin för Lex Sarah inte definierad.

- Det är otydligt vilken resultatenhetschef som är mottagare av avvikelserapporten beroende på vilken legitimerad personal som anmäler.

Bedömningen är att en rutin för anmälan enligt Lex Maria behöver fastställas. Av rutinen bör framgå: ansvar och roller, tillvägagångssätt för den interna utredningen, information till patient eller närstående, vad anmälan ska innehålla, åtgärder m.m.

Det yttersta syftet med en anmälan enligt Lex Maria men också enligt Lex Sarah är att identifiera eventuella systemfel i verksamheten samt att kontinuerligt utvärdera och lära för att undvika upprepningar av den inträffade händelsen. Därför bör det också av rutinen tydligt framgå hur detta syfte ska säkerställas.

Ytterligare skillnad gäller användande av IT-stöd i rapporteringen. Registrering och dokumentering av vårdavvikelser görs i verksamhetssystemet Procapita vilket underlättar uppföljningen, som är av grundläggande betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet. Vår bedömning är att det bör övervägas att även för avvikelser i förhållande till SoL och LSS införa ett IT-stöd för rapportering.

De intervjuade är förtrogna med rutiner, checklistor, blanketter etc. för hanteringen av avvikelser och vårdavvikelser. Enligt uppgift ges också information till personal vid anställning men också återkommande. Huruvida personalen faktiskt har kunskap om när och hur en anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria ska göras kan inte verifieras i denna granskning. För att besvara denna fråga krävs enligt vår bedömning att en enkätundersökning görs, riktad till personalen. Vi noterar dock att det inte har framgått av riktlinjer eller andra dokument, som vi tagit del av, att information till personalen ska ges när det gäller rapportering av vårdavvikelser. Inom ramen för egenkontrollen har det inte heller gjorts någon uppföljning av om information avseende rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah faktiskt ges till personalen. Av omsorgsnämndens respektive socialnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har framgått att ca hälften av medarbetarna fått information om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

7 Svar på revisionsfrågorna

Nedan beskrivs i sammanfattande form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga.

Delfråga	Svar
1 Finns och tillämpas rutiner för hantering av anmälningsärenden?	<p>Delvis. Det finns en fastställd rutin för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah tillsammans med en definierad processkarta. För Lex Maria-anmälan finns inte en motsvarande rutin fastställd.</p> <p>Av nämndernas kvalitetsredovisningar framgår att avvikelserapporteringen varierar mellan nämndernas verksamheter och att det totalt sett sannolikt finns en underrapportering. En notering är att det förekommer relativt få Lex Sarah rapporter samt relativt få rapporterade vårdavvikelser vid sidan om läkemedelsrelaterade avvikelser. Detta indikerar att alla avvikelser inte rapporteras samt att styrdokumentet inte tillämpas fullt ut.</p>

Delfråga	Svar
<p>2 Finns det en kunskap i organisationen om när anmälan till Lex Sarah eller Lex Maria ska ske?</p>	<p>Delvis. De personer som intervjuats (med verksamhets- eller ansvar för anmälan) uppger att de är förtrogna med de styrdokument som avser anmälningsärenden. Det framgår av rutinen för rapportering av Lex Sarah att resultatområdeschefer och resultatenhetschefer är skyldig att informera personal/uppdragstagare om rapporteringsskyldigheten. Vi har dock inte noterat att det finns motsvarande reglering av informationsansvaret för vårdavvikelser. Då det framgår i kvalitetsredovisningarna att underrapportering av avvikelser förekommer och att det finns behov av utbildningsinsatser, vilket sammantaget indikerar att kunskapen om anmälan är helt tillräcklig. Enligt vår bedömning bör det inom ramen för ledningssystemet finns en egenkontroll av att personal faktiskt ges tillräcklig och återkommande information om avvikelserapportering i allmänhet och om Lex Sarah och Lex Maria i synnerhet.</p>
<p>3 Har nämnderna säkerställt att hanteringen av anmälningsärenden sker i enlighet med föreskrifter?</p>	<p>Delvis. Det finns en definierad rutin tillsammans med en processkarta för Lex Sarah anmälan som i huvudsak lever upp till gällande föreskrift. För anmälan enligt Lex Maria finns inte en fastställd rutin. Däremot finns en riktlinje och en checklista för avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård och Lex Maria anmälan samt en processkarta.</p>
<p>4 På vilket sätt utnyttjas anmälningsärenden i utvecklings- syfte tillsammans med övrig avvikelshantering?</p>	<p>Anmälningsärenden och övrig avvikelshantering ingår enligt uppgift som en del i verksamhetens utvecklings och förbättringsarbete. Händelseanalys och förslag på olika förbättringsåtgärder i anmälningsärenden är ett verktyg för verksamheten att arbeta med. Avvikelsehantering följs upp och analyseras och redovisas i olika forum till personalen. Resultatet blir många gånger att rutiner ändras eller att nya rutiner tas fram.</p>
<p>5 I vilken mån vidtas åtgärder utifrån den information som anmälningsärendena ger och IVO:s förelägganden?</p>	<p>I ärenden enligt Lex Sarah ansvarar resultatenhetschefen dels för att akuta åtgärder vidtas, dels för att de åtgärder som föreslås i utredningen genomförs. I nämndernas kvalitetsredovisningar redovisas vidtagna åtgärder. IVO har under 2015 inte lämnat något föreläggande till nämnderna avseende anmälningar enligt Lex Maria eller Lex Sarah.</p>

Södertälje den 3 november 2016

Gunnar Uhlin
Verksamhetsrevisor

Andreas Halvarsson
Verksamhetsrevisor

Bilaga 1 Källförteckning

Intervjuade befattningshavare

- Kvalitets- och uppdragschef
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Resultatområdeschef barn och ungdom
- Resultatområdeschef Vuxenenheten
- Resultatområdeschef Funktionsnedsättning/Äldreomsorg
- Resultatområdeschef Utförare funktionsnedsättning
- Resultatområdeschef Utförare Boende Äldreomsorg
- Resultatområdeschef Utförare Hemtjänst Äldreomsorg
- Kvalitetsutvecklare Försörjningsstöd
- Resultatenhetschef Försörjningsstöd/Mottagning och utredningsenheten

Granskade dokument

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)
- Reglemente för omsorgsnämnden (antaget 14 december 2010, § 91, senast ändrat 30 september 2013, § 143)
- Reglemente för socialnämnden (antaget 14 december 2010, § 91, senast ändrat 26 november 2012 § 259)
- Reglemente för äldreomsorgsnämnden (antaget den 25 september 2000, § 262, senast ändrat 28 november 2011, § 308)
- Checklista för hantering av hälso- och sjukvård (beslutad 2014-08-21)
- Lex Sarah – Rutin för rapportering av missförhållanden (daterad 2015-11-25)
- Processbild hantera avvikelser enligt SoL
- Processbild vårdavvikelse LSS boende och boenden socialpsykiatri
- Processbild vårdavvikelse vård- och omsorgsboende
- Riktlinje för rapportering av – Avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård (daterad 2013-11-22)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (daterad 2015-07-23)

Bilaga 2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

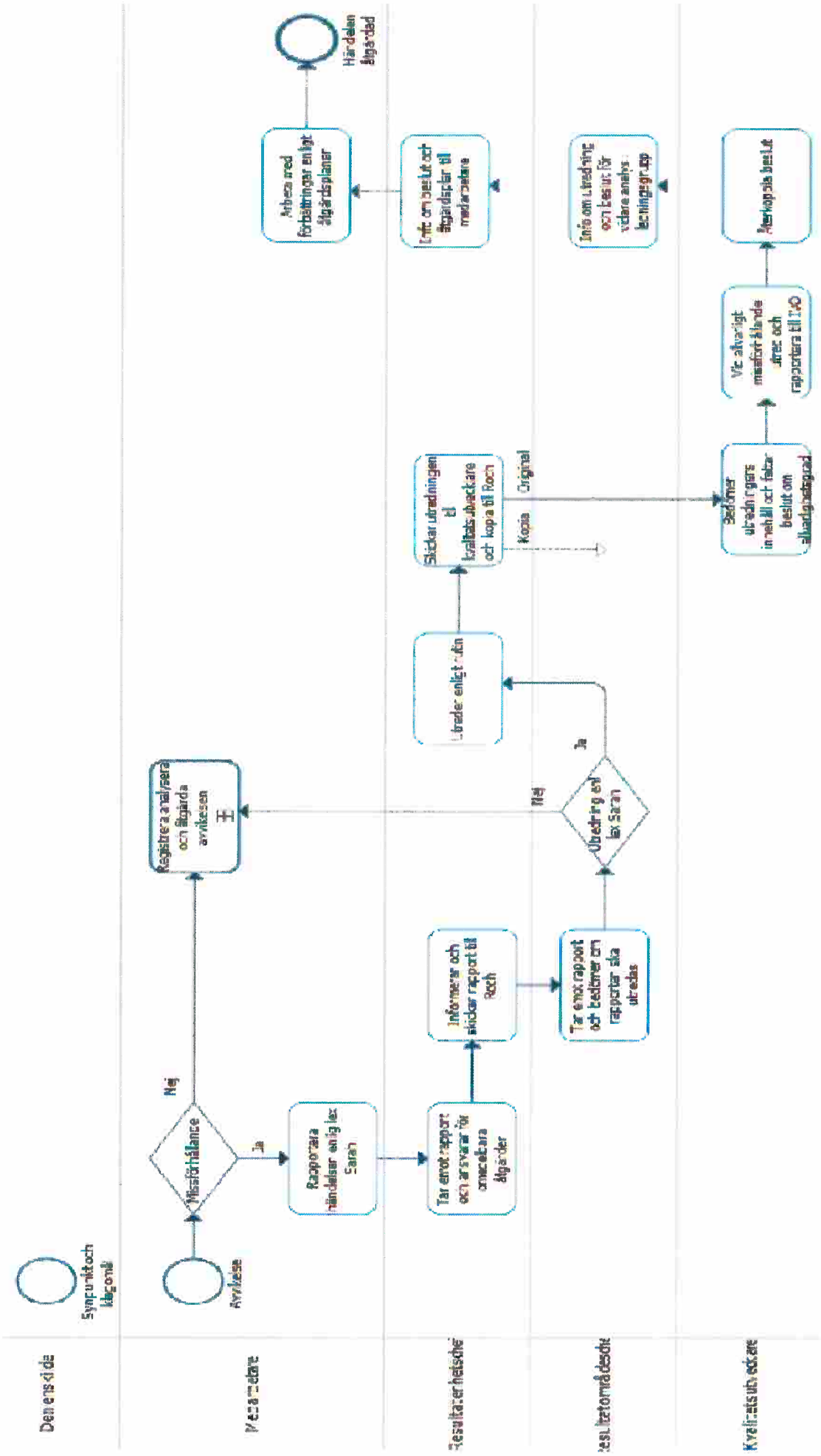
Enligt allmänna råden bör rutinerna innehålla följande:

- ▶ Vem som ska informera de rapporteringsskyldiga om deras skyldighet.
- ▶ Vem rapporteringen ska göras till och hur rapporteringen ska göras.
- ▶ Utvisa vem som ska ansvara för att åtgärder vidtas för att utan dröjsmål undanröja eller avhjälpa det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande.
- ▶ Vilka personer i verksamheten som ska informeras och hur de ska informeras om en rapport och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den samt om och hur berörd personal ska ges stöd.
- ▶ Framgå vem som ska ta ställning till om och hur den enskilde som berörs ska ges stöd och informeras om rapporten och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den.
- ▶ Vem som ska ansvara för bedömningen av om en anmälan till Socialstyrelsen ska göras och vem som ska ansvara för att anmälan till Socialstyrelsen.

Rutinerna för utredningen bör utvisa

- ▶ Vem som ska ansvar för att det som har rapporterats utreds,
- ▶ Vad en utredning ska innehålla och vem som ska avsluta utredningen med ett beslut eller ett ställningstagande.

Bilaga 3 Processbeskrivning avvikelse enligt SoL och LSS





Building a better working world

Bilaga 4 Processbeskrivning avvikelser enligt HSL

