



STADSREVISIONEN
www.stockholm.se/revision

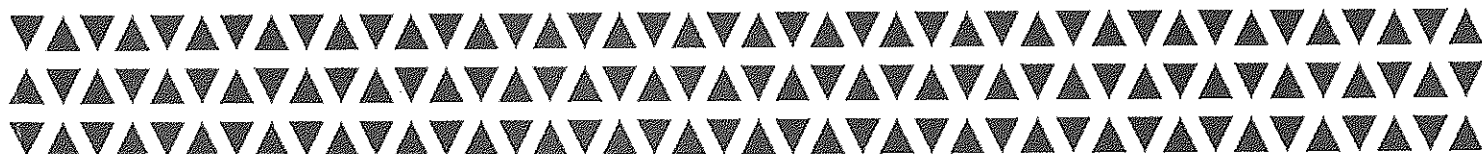
DNR 1.4./187-2013

Nr 5
Februari 2013
DNR 420-145/2012

Revisionsrapport



AVVIKELSEHANTERING INOM ÄLDREOMSORGEN





Till
Äldrenämnden
Farsta stadsdelsnämnd
Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Skärholmens stadsdelsnämnd

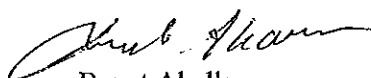
Avvikelsehantering inom äldreomsorgen

Revisorsgrupp 1 har den 19 februari 2013 behandlat bifogad revisionsrapport (nr 5/2013).

Granskningen visar att de granskade stadsdelsnämnderna saknar ett sammanhållet system för avvikelsehantering inom äldreomsorgen. Äldrenämnden behöver därför, i samverkan med stadsdelsnämnderna, klargöra hur avvikelser ska identifieras och sammanställas samt hur uppföljning ska ske av att de åtgärdas och tas tillvara i det förebyggande arbetet.

Revisorerna överlämnar rapporten till äldrenämnden samt till stadsdelsnämnderna Farsta, Rinkeby-Kista och Skärholmen för yttrande. Yttrandet ska ha kommit in till revisorsgrupp 1 senast den 24 maj 2013. Rapporten överlämnas även till de stadsdelsnämnder som inte ingått i granskningen för kännedom.

På revisorernas vägnar


Bengt Akalla
Ordförande


Stefan Rydberg
Sekreterare

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Stockholm granskar nämnders och styrelserns ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

I "årsrapporter" för nämnder och "granskningspromemorior" för styrelser sammanfattar Stadsrevisionen det gångna årets synpunkter på verksamheten. Särskilda granskningar som sker under året publiceras löpande som "revisionsrapporter" och i vissa fall som "promemorior".

Publikationerna finns på Stadsrevisionens hemsida. De kan också beställas från revisionskontoret.

STADSREVISIONEN
Revisionskontoret
www.stockholm.se/revision

Besöksadress: Hantverkargatan 3 D, 1 tr
Postadress: 105 35 Stockholm
Telefon: 08-508 29 000
Fax: 08-508 29 399



Sammanfattning

En granskning har genomförts av om nämnderna har system och rutiner för avvikelshantering inom äldreomsorgen som bidrar till att säkerställa en god kvalitet och en hög patientsäkerhet i de insatser som ges till de äldre.

Stadsdelsnämnderna ansvarar för att individer inom äldreomsorgen får en god, trygg och säker vård och omsorg. Om det trots allt uppstår fel och brister, s.k. avvikelser, är det viktigt att nämnden vidtar förebyggande åtgärder så att händelserna inte upprepas. Detta förutsätter att inträffade avvikelser är möjliga att identifiera, vilket inte är säkerställt enligt revisionskontorets uppfattning.

Granskningen visar att de granskade stadsdelsnämnderna saknar ett sammanhållet system för avvikelshantering inom äldreomsorgen. Nämnderna behöver därför klargöra med hjälp av vilka informationskanaler avvikelser ska identifieras, hur de ska sammanställas och hur uppföljning ska ske av att de åtgärdas och tas tillvara i det förebyggande arbetet.

I detta arbete behöver nämnderna stöd av ett ändamålsenligt IT-verktyg för att samla in och sammanställa uppgifter om avvikelser i form av fel och brister inom den del av äldreomsorgen som relaterar till social omsorg. Enligt revisionskontoret kan nämndernas behov inte tillgodoses med det befintliga dokumentationssystemet ParaSoL. Stadsdelsnämnderna i samverkan med äldreområdet bör ta ställning till hur behovet ska lösas.

Även avvikelser i form av klagomål och synpunkter bör på ett tydligare sätt integreras i nämndernas system för avvikelshantering. Det kan finnas anledning för stadsdelsnämnderna att undersöka hur dessa tas omhand av verksamheten i förebyggande syfte och i arbetet med att utveckla kvaliteten.

Nämnderna ska upprätta riskanalyser för att kunna identifiera negativa händelser som kan leda till konsekvenser för den enskilde. I detta arbete behöver stadsdelsnämnderna i större utsträckning utgå från de processer som bedömts vara väsentliga i ledningssystemet. Framförallt bör analysen omfatta helheten, dvs. både den del av verksamheten som hör till hälso- och sjukvård och den som hör till socialtjänst.

Vid sidan om riskanalyserna måste utföraren löpande utvärdera verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten för att förebygga avvikelser. Granskningen visar att nämndernas utförarenheter, med visst undantag av Skärholmen, inte



genomför någon formell, systematisk egenkontroll av den del av verksamheten som relaterar till social omsorg. Vidare saknas i stor utsträckning förvaltningsledningens verifiering av att de egna enheternas egenkontroll fungerar. Stadsdelsnämnderna bör ta ställning till hur de egna utförarnas egenkontroll ska utformas och hur genomförd egenkontroll ska verifieras. Vidare bör krav på de externa utförarna som bedriver socialtjänst att genomföra egenkontroll skrivas in i avtalet med utföraren. Här bör även klargöras hur utföraren ska styrka och verifiera sin genomförda egenkontroll gentemot beställaren. Äldrenämnden rekommenderas att se över förfrågningsunderlag och avtalstexter i dessa delar.

Samtliga granskade stadsdelsnämnder har rutiner för rapporter och anmälan enligt lex Sarah och lex Maria. Revisionskontorets genomgång av de rapporter och anmälningar som anmälts till nämnderna visar att antalet är få i förhållande till nämndernas totala antal vård- och omsorgstagare. Detta kan vara ett tecken på underrapportering. För att förebygga underrapportering är det bland annat angeläget att personalen har kunskap om och medvetenhet om innebörden i begreppet avvikelse, vilka avvikelser som ska uppmärksammas och i vissa fall även rapporteras. Granskningen har noterat att det finns riktlinjer och rutiner för avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården men att sådant inte finns i tillräcklig omfattning i den verksamhet som relaterar till social omsorg. Äldrenämnden rekommenderas därför att i samverkan med stadsdelsnämnderna utforma ett stadsövergripande underlag som stöd till personalen i detta arbete.

En av de bärande tankarna i Socialstyrelsens ledningssystem är att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska dra lärdom av avvikande händelser, och att denna lärdom ska leda till utveckling och säkring av kvaliteten. En genomgång av de granskade stadsdelsnämndernas dokumentation, t.ex. verksamhetsberättelser, visar att dessa i princip saknar redogörelser för arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i den sammantagna verksamheten för äldre. Till exempel saknas en redogörelse för hur risker har hanterats, hur utförarnas egenkontroll har verifierats samt i stor utsträckning även hur avvikelserapporter, klagomål och synpunkter har hanterats. Framförallt framgår inte hur den sammantagna erfarenheten från kvalitetssäkringsarbetet tagits till vara inom äldreomsorgen. Både äldrenämnden och stadsdelsnämnderna bör därför ta ställning till hur det samlade arbetet med att säkra kvaliteten inom äldreomsorgen ska dokumenteras. En strävan bör här vara att föra samman informationen om social omsorg och hälso- och sjukvård i ett och samma dokument.



Innehåll

sid

Avvikelsehantering inom äldreomsorgen	1
1 Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	1
1.3 Revisionskriterier	1
2 Granskningens resultat	2
2.1 Iakttagelser.....	2
2.1.1 Ledningssystem	2
2.1.1.1 Riskanalys.....	3
2.1.1.2 Egenkontroll	5
2.1.1.3 Avvikelsehantering	7
2.1.1.4 Klagomål och synpunkter	14
2.1.1.5 Ständiga förbättringar	16
3 Sammanfattande slutsatser och bedömning	17

Bilagor:

Bilaga 1 Revisionskriterier

Bilaga 2 Uppgiftslämnare

Bilaga 3 Begrepp

I Inledning

I.1 Bakgrund

Stadsdelsnämnderna ansvarar för att individer inom äldreomsorgen får en god, trygg och säker vård och omsorg. Om det trots allt uppstår fel och brister, s.k. avvikelser, är det viktigt att nämnden vidtar åtgärder för att förebygga så att inte samma fel och brister kan inträffa igen. Hanteringen av avvikelser är en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete och handlar bl.a. om att ta emot, utreda och åtgärda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Det finns också en rapporteringsskyldighet för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och för hälso- och sjukvårdspersonal (lex Sarah respektive lex Maria) när det gäller exempelvis missförhållanden och vårdskador. Vid behov ska åtgärder vidtas för att förbättra processer och rutiner.

I.2 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnderna har system och rutiner för avvikelshanteringen som bidrar till att säkerställa att äldre som är i behov av insatser ska få dessa med en god kvalitet och en hög patientsäkerhet. Granskningen ska ge svar på nedanstående frågor:

Har nämnden fungerande system och rutiner för:

- att identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten
- att identifiera, dokumentera och rapportera avvikande händelser i verksamheten
- att analysera och åtgärda rapporterade avvikelser
- att följa upp vidtagna åtgärder

Vidare ska granskningen visa på vilket sätt nämnden drar lärdom av avvikande händelser

Granskningen avgränsas till verksamheten inom äldreomsorgen och till stadsdelsnämnderna Farsta, Rinkeby-Kista samt Skärholmen. Även äldreomsorgens ansvar berörs.

I.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som är underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning framgår nedan. En precisering av kriterierna återfinns i bilaga 1.

- Socialtjänstlagen (3 kap. 3 §, 14 kap. 3 - 7 §, 14 kap. 3 - 7 §).
- Hälso- och sjukvårdslagen (2a, 2e§, 28 och 31§§)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah i socialtjänsten (SOSFS 2011:5)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:28)
- Patientsäkerhetslagen 2010:659, 1 kap. 1 §, 3 kap. 1 §, 9-10 §§

Granskningen har genomförts genom intervjuer och granskning av dokument samt statistik. De granskade dokumenten har bl.a. varit nämndernas uppföljningar av egna och externa utförarverksamheter varit rutiner/riktlinjer för avvikelshantering. Revisionskontorets har även tagit del av ett urval av nämndernas mottagna rapporter om avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria.

Intervjuade befattningshavare framgår av *bilaga 2*.

2 Granskningens resultat

2.1 Iakttagelser

2.1.1 Ledningssystem

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) började gälla från 1 januari 2012. Föreskriften är gemensam för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och LSS och är bindande för verksamheterna att följa.

Ledningssystemet ska säkerställa att verksamheten följer lagar etc. och på så sätt förebygga risker och fel som kan leda till skador för den enskilde. Vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att ta fram processer och rutiner för att säkra krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Dock måste krav på rutiner etc. i andra författningar beaktas, t.ex. föreskrifter om lex Sarah och lex Maria. I SOSFS 2011:9 finns inget utpekad ansvar för andra nivåer inom organisationen än för vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst när det gäller att upprätta ett ledningssystem¹.

Både Skärholmen och Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd har fastställt ett ledningssystem för kvalitetsutveckling. För Skärholmen finns dels ett ledningssystem med gemensamma processer och rutiner för hela verksamheten dels separata ledningssystem för de egna utförarverksamheterna inom äldreomsorgen. Ledningssystemet i Rinkeby-Kista är gemensamt för hela verksamheten. Enligt förvaltningen uppfyller inte ledningssystemet ännu kraven i föreskrifternas och de allmänna rådens intentioner. För detta krävs att respektive verksamhetsområde kompletterar ledningssystemet med

¹ Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), s.17.

verksamhetsspecifika processer, aktiviteter, rutiner, uppföljningsmetoder och ansvarsnivåer.

Farsta stadsdelsnämnd har ännu inte fastställt något ledningssystem för kvalitetsutveckling som uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter. Arbete pågår med att beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, och ett ledningssystem för hela socialtjänsten beräknas vara klart att fastställas av nämnden under 2013.

Enligt föreskrifterna ska den som bedriver verksamhet arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom *riskanalyser*, *egenkontroller* och *avvikelsehantering* ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Genom att arbeta förebyggande med riskanalyser kan vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser förhindras. Även egenkontrollen, dvs. en intern granskning av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet, har en viktig roll i kvalitetssäkringen. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Revisionskontorets bedömning:

Nämnderna är både beställare och producent av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Som beställare handlar nämnden upp tjänsterna av externa utförare. Ledningssystemet behöver därför beskriva hur kontroller ska ske inte bara av den egna verksamheten utan även av den verksamhet som handlas upp.

Ledningssystem är ett instrument för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Här utgör avvikelsehanteringen en viktig del. För att kunna säkra verksamhetens kvalitet måste först och främst inträffade avvikelser vara möjliga att identifiera. Nämndernas ledningssystem måste därför, enligt revisionskontorets mening, beskriva hur avvikelsehanteringen ska säkras. Det behöver klargöras med hjälp av vilka informationskanaler avvikelser ska identifieras, hur de ska sammanställas och hur uppföljning ska ske av att de åtgärdas m.m.

Farsta stadsdelsnämnd har ännu inte fastställt något ledningssystem för kvalitetsutveckling som uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9. Eftersom föreskriften är bindande, och började gälla 1 januari 2012, är det angeläget att nämnden fastställer ett sådant system.

2.1.1.1 Riskanalys

Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9. Riskanalyser ska genomföras löpande för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten

inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter samt beslut. Analysen ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Den kan också behöva göras vid förändringar i verksamheten, t.ex. vid omorganisationer och personalförändringar i anslutning till semesterperioder.

Samtliga nämnder genomför riskanalyser i enlighet med stadens ILS-system. Utgångspunkten för analysen är kommunfullmäktiges indikatorer samt nämndens väsentliga processer. I analysen ska nämnden bedöma risker och ta ställning till de konsekvenserna risken kan få. Allvarliga risker med väsentliga konsekvenser som nämnden inte åtgärdar ska ingå i internkontrollplanen. Revisionskontorets granskning visar att nämnderna i sina riskanalyser har upprättat en förteckning av riskfyllda processer inom respektive verksamhetsområde. Kopplingen mellan riskanalysen och de processer som nämnden förtecknat som nödvändiga för verksamheten framgår inte.

Samtliga granskade nämnders planer för intern kontroll 2012 innehåller kontroller i någon form av den egna verksamheten inom äldreomsorgen. Farstas plan innehåller kontroll av rutiner och tillämpning av anmälningar enligt lex Sarah. Kontrollen avser samtliga utförarenheter, dvs. både egna och externa. De andra två nämndernas planer innehåller inga kontroller som relaterar till avvikelshantering.

Revisionskontoret kan konstatera att det finns skillnader i arbetssätten mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst vad gäller strukturen i arbetet med att identifiera och analysera risker. Sannolikt har den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården medverkat till att sådan verksamhet fått en större vana och därmed mer utvecklad kompetens i riskhantering. Både i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i patientsäkerhetslagen finns en tydlig fokus på patientens säkerhet, det vill säga att åtgärder ska inriktas på att patienter inte drabbas av vårdskador. I socialtjänstlagen finns inte samma betoning på säkerheten för individen, utan här markeras andra värden t.ex. rättsäkerheten. Av den anledningen är riskanalysen inom den del av verksamheten som avser hälso- och sjukvård mer individinriktad, medan den som gäller socialtjänsten mer behandlar systemfrågor, t.ex. personalens kompetens, genomförandeplaner, rutiner för egna medel.

Fullmäktige har beslutat² att samtliga vård- och omsorgsboenden, servicehus och dagverksamheter för äldre inom Stockholms stad, oavsett vem som driver verksamheten ska delta i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Syftet med registreringen är bl.a. att utveckla nya förebyggande arbetssätt inom områdena fall, trycksår och undernäring. Förutom att information kan inhämtas om och analys göras av den egna verksamheten,

² 2011-11-07, § 18

finns det möjlighet att göra jämförelser med andra stadsdelar och kommuner. De intervjuer som genomförts i granskningen visar dock att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning används i det förebyggande arbetet. Enligt uppgift från äldreförvaltningen har samtliga stadsdelsnämnder anslutit sig till registrering i Senior alert. 45% av enheterna registrerar i Senior alert.

Revisionskontorets bedömning:

Risikanalyser görs i viss omfattning men kan utvecklas inom ramen för det samlade ledningssystemet. Analysen, som bör ha en tydlig koppling till de processer som identifierats som väsentliga i ledningssystemet, ska identifiera sannolika negativa händelser som kan leda till att verksamheten inte når krav och mål i författningar och beslut. Den bör omfatta helheten, dvs. fokusera risker både i den del av verksamheten som hör till hälso- och sjukvård och den som hör till socialtjänst. En viktig del i analysen är att identifiera de sannolika negativa händelser som kan leda till konsekvenser för den enskilde, t.ex. en vårdskada eller ett missförhållande.

Stadens nämnder deltar numera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert där registrerade uppgifter om de äldres vård i större utsträckning bör kunna utgöra underlag för bedömning av risker i verksamheten. För att driva på registreringen i kvalitetsregistren är det angeläget att förvaltningsledningen regelbundet efterfrågar resultat från registret.

2.1.1.2 Egenkontroll

En viktig del i det förebyggande arbetet med att förhindra avvikelser är egenkontrollerna. Egenkontroll innebär att den som bedriver verksamheten ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Här ingår en regelbunden granskning av att verksamheten når mål och ställda krav i de lagar, föreskrifter och riktlinjer som styr verksamheten. Det är upp till den som bedriver verksamheten att bedöma hur ofta och på vilket sätt kontrollen ska ske för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras.

Granskningen visar att nämndernas utförarenheter inte genomför någon formell, systematisk egenkontroll av sin verksamhet. Äldreomsorgsavdelningen inom Skärholmens stadsdelsnämnd genomför dock årliga kontroller av enhetschefernas stickprovskontroller som i vissa delar omfattar ledningssystemets väsentliga processer och rutiner. För övriga nämnder gäller att den kontroll som sker, sker inom ramen för nämndens generella interna kontroll, t.ex. kontroll av genomförandeplaner, och är inte någon kontroll av utförarens kontroll. Det är okänt i vilken utsträckning nämnderna kontrollerar att de externa utförarna, med vilka staden har avtal, genomför egenkontroller av sin verksamhet.

Man bör skilja på begreppen egenkontroll och uppföljning. Fullmäktige har fastställt en gemensam mall för uppföljning av äldreomsorgen. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. Här handlar det alltså inte om att kontrollera att utföraren har säkerställt kvaliteten i verksamheten genom egenkontroll utan i stället om utföraren har de rutiner och dokument som avtalet med utföraren kräver. Uppföljningen innefattar även en stickprovsgranskning av medicinska journaler respektive den sociala dokumentationen för vård-/omsorgsmottagarna. Under granskningen har revisionskontoret noterat risken för att den årliga uppföljningen, som den är konstruerad idag, inte fångar upp brister i rutiner etc. Detta kan exemplifieras av en hemtjänstenhet som bedrivs i egen regi som visserligen har en rutin för lex Sarah, men där rutinen bygger på inaktuella bestämmelser. Därmed uppstår risk för att missförhållande inte hanteras på ett tillfredsställande sätt, vilket kan få konsekvenser för både den drabbade och andra som kommer att ta emot liknande insatser.

Revisionskontoret har under granskningen noterat att stadens anvisningar till uppföljningsmodellen relaterar till tidigare ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11. Anvisningarna bör därför uppdateras så de utgår från aktuell lagstiftning (SOSFS 2011:9). Vidare framgår inte av anvisningarna hur utförarens avvikelshantering avseende SoL ska kontrolleras och bör därför förtydligas i denna del.

De egna utförare som bedriver hälso- och sjukvård kontrolleras av nämndens MAS utifrån uppdraget i HSL 24 § att säkra kvalitet och säkerhet i den verksamhet som nämnden bedriver som vårdgivare. MAS kan därmed sägas ha uppdraget att kontrollera utförarnas egenkontroll. I de entreprenördrivna vård- och omsorgsboendena ligger MAS-ansvaret på entreprenören. De externa vårdgivarnas MAS:ar informerar beställarens MAS om resultatet av sin kontroll.

I Skärholmen gör MAS även en årlig uppföljning av de egna verksamheternas hälso- och sjukvård enligt ett instrument som heter QUSTA (quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Instrumentet fokuserar på att berörd personal har kunskap om de riktlinjer och lokala rutiner som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården, och kan utgöra ett underlag för utförarens egenkontroll.

Varje vårdgivare ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Samtliga granskade stadsdelsnämnder upprättar patientsäkerhetsberättelser.

Revisionskontorets bedömning:

Enligt intervjuer genomför nämndernas utförarenheter inte någon formell, systematisk egenkontroll av sin verksamhet, som omfattar både hälso- och sjukvård och social omsorg. De egna utförarnas egenkontroller bör därför utvecklas. I vilken utsträckning de externa utförarna genomför egenkontroller är oklart eftersom stadens uppföljningsmodell inte omfattar en sådan granskning.

Inte heller de egna enheternas egenkontroll granskas av förvaltningsledningen på ett systematiskt sätt. I Skärholmen finns dock inslag av sådan kontroll. Undantag gäller även för den verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, vilka kontrolleras av nämndens MAS utifrån ett uppdrag i lagstiftning. Revisionskontorets uppfattning är att ledningens kontroller av utförarnas egenkontroller behöver utvecklas. Kontrollen ska bl.a. kunna visa om utförarens rutin för avvikelshantering fungerar som avsett.

Stadens årliga uppföljning bör även innefatta en genomgång av hur utföraren säkerställer att verksamheten arbetar enligt kvalitetsledningssystemet. Även detta kan ske inom ramen för utförarens egenkontroll. Krav på utföraren att kontrollera sitt ledningssystem kan skrivas in i avtalet med utföraren³. Det bör även klargöras hur utföraren ska verifiera sin egenkontroll. Kommunövergripande dokument såsom förfrågningsunderlag och uppföljningsmallar bör uppdateras så att de får en tydligare koppling till Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9.

2.1.1.3 Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är samlingsbegreppet för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Avvikelser som berör HSL-insatser kan rapporteras i ett lokalt avvikelshanteringssystem men kan också ligga till grund för en anmälan enligt lex Maria till Socialstyrelsen⁴. Exempel på avvikelser inom hälso- och sjukvården är fallskador, trycksår och brister i eller felaktig läkemedelshantering. Även för insatser som ges inom ramen för socialtjänsten förekommer olika avvikelser som ska hanteras. Vissa av dessa ska rapporteras enligt lex Sarah och eventuellt även anmälas till Socialstyrelsen⁵. Exempel på avvikelser är uteblivna insatser, stölder och övergrepp. Gemensamt för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst är att den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet⁶. Inkomna

³ Kammarkollegiet, Avtalsuppföljning av vård och omsorg 2012:6

⁴ Patientsäkerhetslagen, 3 kap

⁵ Socialtjänstlagen 14 kap, 3 §,

⁶ SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

rapporter, klagomål och synpunkter ska därefter sammanställas och analyseras för att den som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten⁷.

Missförhållanden och lex Sarah

En anställd vid verksamhet som bedriver social omsorg ska genast rapportera ett missförhållande eller risk för ett missförhållande som rör enskilda som får insatser inom verksamheten⁸. Den som bedriver verksamheten ska utreda det som rapporterats, och redogöra för hur liknande missförhållanden kan förhindras i framtiden. Om utredningen kommer fram till att det som rapporterats utgör ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande ska en anmälan enligt lex Sarah göras till Socialstyrelsen. Enskilt driven verksamhet är skyldig att informera den nämnd som har beslutat om insatsen för den enskilde om rapporter som tagits emot⁹ samt de anmälningar som har gjorts till Socialstyrelsen. En anhörig eller den enskilde kan inte göra en lex Sarah-anmälan till Socialstyrelsen.

Det finns även krav¹⁰ på utförare att fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden ska fullgöras. Äldrenämnden beslutade under 2012 om gemensamma riktlinjer för lex Sarah inom stadens verksamheter. I avvaktan på att fullmäktige ska fastställa riktlinjerna har varje stadsdelsnämnd beslutat om lokala preliminära rutiner.

Enligt föreskriften SOSF 2011:9 ska en rapport om ett missförhållande lämnas till den som bedriver verksamheten, d.v.s. nämnden vid en kommunal verksamhet och huvudmannen för en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet (bolag, stiftelse, kooperativ eller förening). Det ska finnas rutiner som anger vem som ska ta emot rapporterna inom organisationen.

Samtliga granskade stadsdelsnämnderna har utsett en lex Sarah-ansvarig, som bl.a. har till uppgift att ta emot rapporter om missförhållanden, att se till att åtgärder vidtas och att snarast utreda det som rapporterats. De externa utförarna informerar nämnden om rapporter som utföraren tagit emot och om anmälningar som har gjorts till Socialstyrelsen.

Utöver de missförhållanden enligt lex Sarah, som omfattas av bestämmelser i SoL och SOSFS 2011:9, förekommer andra typer av fel inom omsorgen, t.ex. avvikelser från beviljade insatser såsom uteblivna hemtjänsttimmar och kvalitetsbrister i de insatser som ges samt stölder. Det finns inga centrala anvisningar eller rutiner i staden för hur den här typen av avvikelser ska

⁷ SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §

⁸ SoL 14 kap. 2 §

⁹ SoL 14 kap. 5 §

¹⁰ SOSFS 2011:9

hanteras inom stadens egna verksamheter. När det gäller externa utförare anges i stadens förfrågningsunderlag för hemtjänstutförare att utföraren ska ha ett skriftligt dokumenterat system för hur *fel och brister* i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp och återföras. Det verkar därmed som om staden ställer högre krav på de externa utförarna än på de egna.

Vid sidan om ovan beskrivna krav ska utföraren ha skriftliga rutiner för att rapportera och utreda samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om lex Sarah. Skillnaden mellan vilken typ av avvikelser som omfattas av begreppen "Fel och brister" respektive "missförhållande" framgår inte. För att det inte ska råda olika uppfattningar om vilka krav som gäller är det viktigt att de begrepp som staden använder i t.ex. förfrågningsunderlag, riktlinjer, handledningar till personalen är definierade och entydiga.

Enligt förfrågningsunderlaget ska utföraren omedelbart informera beställande nämnd om inkommen rapport om missförhållande och om anmälan till Socialstyrelsen. Däremot finns inga krav i underlaget på att utföraren ska informera beställaren om avvikelser i verksamheten.

Förfrågningsunderlaget för vård- och omsorgsboende är något annorlunda formulerat. Utföraren ska informera beställande nämnd om anmälan enligt lex Sarah. Här nämns inte, till skillnad mot underlaget för hemtjänstutförarna, att beställande nämnd även ska få kännedom om inkommen rapport om missförhållande. Inte heller här finns krav angivna på att beställaren ska informeras om avvikelser.

Vårdskador och lex Maria

Även inom hälso- och sjukvården finns en lagstadgad rapporteringsskyldighet, lex Maria¹¹. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till verksamhetschefen för hälso- och sjukvård och till nämndens MAS (och i förekommande fall MAR). Vårdgivaren ska utreda det rapporterade för att bl.a. hindra att liknande händelser inträffar på nytt. Om vårdskadan är allvarlig ska vårdgivaren snarast anmäla den till Socialstyrelsen som en lex Maria. Ett antal MAS:ar inom staden har utarbetat gemensamma rutiner för hur avvikelser ska hanteras inom stadens egna verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård¹². Rutinerna innehåller bl.a. definitioner av vissa centrala begrepp

¹¹ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

¹² Framtaget av Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor inom stadsdelsförvaltningarna: Bromma, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten- Liljeholmen, Hässelby- Vällingby, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby-Kista, Skarpnäck, Skärholmen, Spånga-Tensta, Södermalm Älvsjö och Östermalm



som vårdskada, allvarlig vårdskada, avvikelse, negativ händelse och tillbud. Anvisningarna ger även exempel på vad som ska rapporteras som avvikelse. Samtliga utförare ska registrera avvikelser i systemet Vodok. Externa verksamheter är skyldiga att informera den nämnd som har beslutat om insatsen för den enskilde om de gör en anmälan enligt lex Maria till Socialstyrelsen.

I uppföljningsmallen för vård- och omsorgsboendenas hälso- och sjukvård efterfrågas om lokal rutin finns för avvikelsehantering, om rutiner finns för anmälan enligt lex Maria och om lokala rutiner finns för att placering nämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt lex Maria.

Registrering av avvikelser

Sociala system är ett samlingsnamn för de IT-stöd som Stockholms stad använder för bland annat dokumentation av hälso- och sjukvård respektive social omsorg inom verksamheter som bedriver äldreomsorg. I Vodok registreras uppgifter avseende hälso- och sjukvård och i ParaSoL registreras den sociala dokumentationen. De bägge systemen tillämpas av stadens egna utförarenheter men även av externt driven verksamhet som staden har avtal med.

Som stöd till utförarna finns användarhandledningar. I den som avser ParaSoL anges att utföraren ska dokumentera avvikelser i formen av journalanteckningar. Registreringen sker alltså som löpande text. Handledningen är oklar i informationen av vad som är en avvikelse. Avvikelse anges vara sådant som avviker från genomförandeplanen, t.ex. att den äldre får hjälp att resa sig upp från golvet efter att denne har ramlat eller att vårdpersonalen inte har utfört insatser enligt genomförandeplanen. Det framgår inte av handledningen att personalen ska skriva någon separat avvikelserapport. I journalanteckningarna kan även uppgifter registreras som rör hälso- och sjukvård och som beskriver den äldres hälsotillstånd. Som exempel anges att den äldre har ramlat och har ont och att vårdpersonalen har ringt till vårdcentralen och bett att de kommer. Inte heller i detta fall anges om avvikelse ska rapporteras och i vilket system.

En uppfattning som framförts i intervjuerna är att det inte kan säkerställas att de avvikelser som registreras i den sociala dokumentationen tas tillvara. Det är därför viktigt med kontroll av att dokumentationen är tydlig och följer en förutbestämd struktur. För att förbättra kvaliteten på dokumentationen har den s.k. paraplysamordnaren vid Skärholmens stadsdelsnämnd haft förvaltningsledningens uppdrag att utbilda personal från både egna och externa utförare i social dokumentation. Vidare har särskilda dokumentansvariga utsetts på alla enheter inom den egna verksamheten.

Granskningen ger en bild av att begreppet "avvikelse" inom socialtjänsten bör definieras ytterligare. Av intervjuerna framgår att det förekommer olika tolkningar bland de anställda av hur begreppet avvikelse ska tolkas och redovisas. Det saknas kriterier för vad som utgör en avvikelse, vilket sannolikt påverkar antalet rapporterade fall mellan olika utförarenheter. Detta gäller främst avvikelser inom socialtjänsten och har enligt intervjuerna bl.a. observerats vid journalgranskningar i samband med verksamhetsuppföljningar.

Till skillnad mot socialtjänsten är dokumentationen avseende hälso- och sjukvården¹³ mer detaljstyrd och därmed lättare att kontrollera. Uttalade krav finns på vårdgivaren att säkerställa att patientuppgifter så långt möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Intervjuerna visar att avvikelser som berör social omsorg respektive hälso- och sjukvård hanteras olika av nämndernas egna utförarenheter. Ingen av enheterna rapporterar sina avvikelser relaterade till social omsorg till central förvaltning. Det innebär att det saknas en samlad bild av totalt antal rapporterade avvikelser som omfattar både hälso- och sjukvård och social omsorg. Av intervjuerna framgår även att nämnderna inte genomför någon systematisk kontroll av utförarenheternas egenkontroll i den del som avser avvikelshantering inom social omsorg.

Avvikelsehanteringen inom de egna utförarenheterna har beskrivits i intervjuerna. Inom vård- och omsorgsboendena registrerar vårdpersonalen avvikande händelse som berör social omsorg i ParaSoL. Då ParaSoL inte anses kunna stödja det efterföljande informationsbehovet upprättar enheten manuella sammanställningar av antal avvikelser under en period som visar typ av avvikelse, åtgärd m.m. Sammanställningarna behandlas månadsvis i de särskilda kvalitetsgrupper/råd som finns vid respektive enhet. Här beslutas vilka åtgärder som ska genomföras för att reducera och förebygga fel och brister. Gruppen tar även ställning till om avvikelsen ska rapporteras som ett missförhållande och därmed överlämnas till nämndens lex Sarah-handläggare för utredning. Avvikelserna inkl. besluten dokumenteras och återförs sedan till övriga medarbetare vid kommande APT-möten. Klagomålen finns inte med i denna hantering. Utöver ev. rapporter om missförhållanden sker ingen överföring av informationen om avvikelserna till central förvaltning. Nämnden får en löpande redovisning av inkomna rapporter och anmälningar till Socialstyrelsen via lex Sarah-ansvarig.

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

Avvikelseerna som avser hälso- och sjukvård registreras löpande i stadens system Vodok. Även dessa avvikelser sammanställs och behandlas månatligen i vård- och omsorgsboendets kvalitetsråd/grupp. Nämndens MAS får löpande tillgång till uppgifter om avvikelser inom hälso- och sjukvården, oavsett utförare, från Vodok. MAS kvalitetssäkrar uppgifterna, och vid brister i dokumentationen återkopplar MAS till utförarenhetens verksamhetschef. MAS sammanställer statistik avseende avvikelser som årligen rapporteras till nämnden. MAS gör även en bedömning av om någon avvikelse borde föranleda en anmälan till Socialstyrelsen enligt lex Maria, och informerar nämnden i de fall anmälan görs. En sammanställning av samtliga avvikelser som berör den egna verksamhetens hälso- och sjukvård finns även i utförarenhetens eller i nämndens samlade patientsäkerhetsberättelse.

Även nämndernas egna hemtjänstenheter brukar ha ett kvalitetsråd eller motsvarande, som går igenom och fattar beslut om åtgärder avseende periodens rapporterade avvikelser. Kvalitetsrådet, som består av representanter för personalen, informerar enhetens chef om vilka avvikelser som tagits upp och behandlats på mötena. Informationen återförs till personalen vid APT-möten. Utöver eventuella rapporter om missförhållanden sker ingen överföring av informationen om avvikelserna till central förvaltning.

Risken för underrapportering av avvikelser är sannolikt störst inom hemtjänsten enligt de intervjuade. Anledningen till detta är att hemtjänsten tillämpar ett arbetssätt skilt från det vid vård- och omsorgsboendena, med större inslag av ensamarbete. Detta påverkar möjligheten att upptäcka avvikelser. Det förekommer att äldreomsorgens ledning får signaler om inträffade avvikelser från biståndshandläggare, anhöriga, distriktssköterska och som inte finns registrerade inom utförarenheten.

Information till nämnden

Revisionskontoret har gått igenom några av ärenden som diarieförts som rapporter enligt lex Sarah respektive lex Maria under 2012 vid de granskade nämnderna. Syftet har varit att undersöka om nämnderna har en likartad handläggning av ärendena.

Personer med någon form av äldreomsorg efter biståndsbeslutande stadsdelsnämnd och antalet lex Maria resp. lex Sarah-rapporter och anmälningar 2012¹⁴

Nämnd	Äldreomsorgstagare netto dec 2012	Antal lex Maria 2012 (ÄO)	Antal lex Sarah 2012 (ÄO)
Farsta	2 206	2	7
Rinkeby-Kista	1 081	0	1
Skärholmen	1 095	0	3

¹⁴ Statistik om Stockholm



Granskningen visar att antalet rapporter och anmälningar är relativt blygsamt, vilket indikerar en risk för underrapportering. Farsta och Skärholmens stadsdelsnämnd får rapporter och anmälningar avseende inträffade lex Sarah/Maria löpande medan Rinkeby-Kista får informationen två gånger per år. Samtliga ärenden behandlas som anmälningsärenden på nämndernas slutna del av sammanträdet. I de flesta ärendena fanns handlingar som redovisar händelseförloppet och vidtagna åtgärder samt utredarens bedömning och beslut. I ett fåtal ärenden redovisas även den enskildes eller dennes närståendes uppfattning om händelseförloppet.

I Rinkeby-Kista fanns ett ärende avseende lex Sarah där underlag saknades helt. Ärendet innehöll inte heller någon dokumenterad bedömning av att ärendet klassificerats som ett lex Sarah-ärende.

Eftersom en rapport om ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande som inkommer till nämnden är en allmän handling ska den registreras utan dröjsmål (5 kap. 1 § OSL). I granskningen har uppmärksamhets förekomsten av att rapporten diarieförts först efter det att utredningen har genomförts. Det är viktigt att den som är ansvarig för att ta emot rapporter om missförhållanden diarieför rapporten så fort den kommer in.

Revisionskontorets bedömning:

Samtliga granskade nämnder tillämpar de gemensamma riktlinjerna för avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Nämnderna har även fastställt preliminära lokala rutiner för rapportering av missförhållanden (lex Sarah) inom socialtjänsten i avvaktan på att fullmäktige ska fastställa en gemensam rutin för staden.

Nämnden får information om avvikelser inom hälso- och sjukvården genom MAS uppföljning. Motsvarande möjlighet till information avseende verksamhet med social omsorg finns inte. Detta beror på att det inte finns något ändamålsenligt system eller någon rutin för att samla och överföra information om avvikelser från utförarenheterna.

I likhet med vad som finns för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård bör gemensamma anvisningar utformas för avvikelshantering inom verksamhet som bedriver social omsorg. Anvisningarna bör bl.a. innehålla definitioner av vissa centrala begrepp som fel och brister, avvikelser och missförhållanden. Anvisningarna bör även innehålla exempel på vilka avvikelser som ska rapporteras som missförhållanden.



Registrerade uppgifter om avvikelser i Vodok kvalitetssäkras av nämndens MAS. En motsvarande kontroll av de avvikelser som registreras i ParaSoL saknas. Revisionskontorets uppfattning är att kontrollen bör stärkas för att informationen i ParaSoL ska vara tillförlitlig.

För att säkerställa att de egna enheternas avvikelshantering fungerar, och då i synnerhet inom hemtjänsten, bör löpande kontroller ske av att händelser rapporterats in, att det finns åtgärdsplaner, att åtgärder från tidigare månader implementerats samt att protokoll skrivs och görs tillgängliga för medarbetarna.

Nämndens MAS sammanställer statistik om avvikelser inom hälso- och sjukvården som information till nämnden. Det förekommer även att nämnden får ta del av resultatet från särskilda kvalitetsuppföljningar. Information om avvikelser inom den del som avser social omsorg ges framförallt som rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah. Informationen till nämnden är alltså inte enhetligt utformad och ges dessutom vid olika tillfällen. Det finns krav på att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten¹⁵. För att nå upp till det här kravet är det väsentligt att central förvaltning i större utsträckning arbetar tillsammans med den egna utförarverksamheten utifrån ett helhetsperspektiv. Rutiner bör tas fram för detta arbete.

Utöver de missförhållanden enligt lex Sarah, som omfattas av bestämmelser i SoL och SOSFS 2011:9, förekommer andra typer av fel inom omsorgen, t.ex. kvalitetsbrister i de insatser som ges. Det finns inga centrala anvisningar i staden för hur den här typen av avvikelser ska hanteras inom stadens egna verksamheter. När det gäller externa utförare anges i stadens förfrågningsunderlag för hemtjänstutförare att utföraren ska ha ett skriftligt dokumenterat system för hur *fel och brister* i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp och återföras. Staden verkar därmed ställa större krav på de externa utförarna.

För att nämnden ska ha en möjlighet att reagera på signaler om väsentliga eller återkommande fel och brister är det viktigt att beställaren även informeras löpande om inträffade avvikelser. Informationen bör innefatta fler händelser än lex Maria och lex Sarah. Informationsbehovet bör beaktas i kommande upphandlingar.

2.1.1.4 Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan framföras till den centrala stadsdelsförvaltningen, utförarenheten, äldreombudsmannen, servicenämndens "Äldre direkt" och via

¹⁵ SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §



stadens webbaserade funktion "Tyck till" samt till äldrenämndens inspektionseenhet.

Både Skärholmen och Rinkeby-Kista tillämpar en rutin där de klagomål och synpunkter som framförs till central förvaltning åtgärdas och samlas i nämndens centrala diarium. I Skärholmen diarieförs även de klagomål/synpunkter som framförts till utförarenheterna. I Farsta har funnits en förvaltningsgemensam rutin för klagomål och synpunkter där klagomål/synpunkter från samtliga nämndens enheter samlats in av respektive verksamhetsområde. Ett arbete har påbörjats under år 2012 med att fånga upp alla klagomål i nämndens diarium.

De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas¹⁶ och en bedömning göras av om det förekommit avvikelser i verksamheten. Med avvikelse menas att verksamheten inte når upp till de krav och mål som berör verksamheten. Det är nämndernas lex Sarah-ansvariga som går igenom klagomålen och bedömer om det finns klagomål som ska klassificeras som avvikelse och därmed föranleda en anmälan till Socialstyrelsen.

Informationen om inkomna synpunkter/klagomål sammanställs och redovisas för nämnden i samband med tertiärrapporter och verksamhetsberättelse. Revisionskontoret har tagit del av nämndernas sammanställda klagomål i verksamhetsberättelserna för 2012. Av sammanställningarna framgår att både i Skärholmen och i Farsta har ett av klagomålen inom äldreomsorgen resulterat i en Lex Sarah-rapport som utretts och anmälts till socialstyrelsen. Rinkeby-Kista redovisar inga sådana uppgifter. Det framgår dock inte i någon av nämndernas sammanställningar på vilket sätt klagomålen har använts i verksamhetens kvalitetsarbete.

För samtliga tre nämnder gäller att det inte genomförs någon systematisk kontroll av hur rutinen för klagomål och synpunkter efterlevs.

Äldreförvaltningen har under år 2012 påbörjat en kartläggning och översyn av hanteringen av synpunkter och klagomål inom stadens äldreomsorg. Arbetet kommer att redovisas under våren 2013. För äldreförvaltningens del genomförs för närvarande en pilotstudie med ett IT-verktyg för säker dokumentation, systematisering och uppfyllelse av synpunkter och klagomål.

Revisionskontorets bedömning:

Av nämndernas dokumentation kan man utläsa hur de enskilda klagomålen och synpunkterna har åtgärdats och bemötts. Det framgår dock inte om och hur klagomålen och synpunkterna har använts i arbetet med att utveckla och säkra

¹⁶ SOFS 2009:11

kvaliteten. Det kan finnas anledning för nämnderna att undersöka hur dessa tas omhand av verksamheten i förebyggande syfte och kvalitetsutveckling.

2.1.1.5 Ständiga förbättringar

Avvikelsehanteringen ska vara ett verktyg för nämndernas i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i den vård och omsorg som ges. Lagstiftningen för verksamhet inom hälso- och sjukvård ställer tydliga krav på verksamheten att upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver det systematiska patientsäkerhetsarbetet under året¹⁷. Motsvarande tydliga lagkrav på sådan dokumentation finns inte för verksamhet relaterad till social omsorg. Eftersom kvalitetsbegreppet inom ett vård- och omsorgsboende är vidare än att enbart arbeta med patientsäkerhet rekommenderar Socialstyrelsen¹⁸ att hela kvalitetsarbetet ska beskrivas i en kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen ska visa hur arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genomförts under året. Det finns inga hinder för en vårdgivare att upprätta sin kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument¹⁹.

Samtliga nämnder upprättar patientsäkerhetsberättelser för de verksamheter som nämnden är vårdgivare för. Däremot har revisionskontoret inte kunnat se att nämnderna upprättar kvalitetsberättelser som motsvarar Socialstyrelsens rekommendationer. En genomgång av de granskade nämndernas verksamhetsberättelser för 2012 visar att dessa i princip saknar redogörelser för hur nämnderna systematiskt utvecklat och säkrat kvaliteten i den sammantagna verksamheten för äldre. Till exempel saknas en redogörelse för hur risker har hanterats, hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats samt i stor utsträckning även hur avvikelserapporter, klagomål och synpunkter har hanterats. Framförallt framgår inte hur den sammantagna kunskapen från kvalitetssäkringsarbetet tagits till vara för att förbättra verksamheten inom äldreomsorgen.

Revisionskontorets bedömning:

Nämnderna bör på ett tydligare sätt redovisa hur den sammantagna kunskapen från kvalitetssäkringsarbetet tagits till vara för att förbättra verksamheten. En strävan bör vara att mer föra samman informationen om social omsorg och hälso- och sjukvård för att ge en samlad bild av verksamhetens kvalitet.

¹⁷ Patientsäkerhetslagen 3 kap 10 §

¹⁸ SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 §

¹⁹ Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete s. 37.

3 Sammanfattande slutsatser och bedömning

Sammanfattningsvis bedömer revisionskontoret att de granskade nämnderna saknar ett sammanhållet system för avvikelshantering som bidrar till att säkerställa att äldre som är i behov av insatser ska få dessa med en god kvalitet och en hög patientsäkerhet.

Avvikelsehanteringen har en central roll i ledningssystemet och utgör en av grunderna för en god kvalitet i insatsen till den äldre. För att kunna säkra kvaliteten krävs att avvikelser är möjliga att identifiera. Nämndernas ledningssystem måste därför, enligt revisionskontorets mening, tydligare beskriva hur processen för avvikelshantering ska säkras. Det behöver klargöras med hjälp av vilka informationskanaler avvikelser ska identifieras, hur de ska sammanställas och hur uppföljning ska ske av att de åtgärdas samt hur de ska tas tillvara i kvalitetsutvecklingen.

Samtliga granskade nämnder tillämpar gemensamma riktlinjer och rutiner för avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Rutinerna innehåller bl.a. definitioner av vissa centrala begrepp som vårdskada, allvarlig vårdskada, avvikelse, negativ händelse och tillbud. Anvisningarna ger även exempel på vad som ska rapporteras som avvikelse. Avvikelser inom hälso- och sjukvården registreras i IT-systemet "Vodok" som händelser av hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket innebär att uppgifterna kan summeras i kategorier och grupper vid informationsuttag. Uppgifterna för egna utförarenheter kvalitetssäkras genom den kommunala MAS:ens uppföljning.

Motsvarande möjligheter att identifiera avvikelser finns inte i den verksamhet som relaterar till social omsorg. En orsak är att det saknas ett ändamålsenligt system för att samla in och summera uppgifter om avvikelser. Dagens dokumentationssystem ParaSoL uppfyller inte kraven för ett sådant system då det bygger på löpande textinmatning. En annan orsak är att stödet till verksamheten om hur begreppet avvikelse ska tolkas är outvecklat. Det finns inte heller ett ändamålsenligt system eller rutin för att överföra en sammanställd information om avvikelser från utförarenheterna.

I likhet med vad som finns för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård bör gemensamma anvisningar utformas för avvikelshantering inom verksamhet som bedriver social omsorg. Anvisningarna bör bl.a. innehålla definitioner av vissa centrala begrepp som fel och brister, avvikelser och missförhållanden. Anvisningarna bör även innehålla exempel på vilka avvikelser som ska rapporteras som missförhållanden.

Samtliga granskade nämnder tillämpar stadens gemensamma rutiner finns för anmälan enligt lex Maria. Nämnderna har även fastställt preliminära lokala rutiner för anmälan enligt lex Sarah i avvaktan på att fullmäktige ska fastställa en gemensam rutin för staden. Rapporter om vårdskador och missförhållanden kommer in till nämnden från den egna verksamheten. De utreds av nämndens MAS resp. den särskilda lex Sarah-utredaren och anmäls i vissa fall till Socialstyrelsen. Revisionskontorets genomgång av de rapporter och anmälningar som anmälts till nämnderna visar att antalet är få i förhållande till nämndernas vård- och omsorgstagare. Detta kan vara ett tecken på underrapportering.

Även avvikelser i form av klagomål och synpunkter bör på ett tydligare sätt integreras i nämndernas system för avvikelshantering. Det kan finnas anledning för nämnderna att undersöka hur dessa tas omhand av verksamheten i förebyggande syfte och i arbetet med att utveckla kvaliteten.

Det finns krav på att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten²⁰. För att nå upp till kravet är det väsentligt att nämndernas centrala förvaltningar i större utsträckning arbetar fram underlag för kvalitetssäkring utifrån ett helhetsperspektiv tillsammans med de egna utförarenheterna. Rutiner bör tas fram för detta arbete.

I avtalen med externa utförare ställer staden krav på information om utförarens anmälningar enligt lex Sarah. För att nämnden ska ha en möjlighet att agera på signaler om väsentliga eller återkommande fel och brister är det viktigt att beställaren även informeras löpande om inträffade avvikelser. Kravet på information bör därför innefatta fler händelser än anmälningar enligt lex Sarah. Informationsbehovet bör beaktas i kommande upphandlingar.

Granskningen visar att nämnderna gör riskanalyser i viss omfattning men att de kan utvecklas. Analysen, som bör ha en tydlig koppling till de processer som identifierats som väsentliga i ledningssystemet för kvalitetsutveckling, ska identifiera sannolika negativa händelser som kan leda till att verksamheten inte når krav och mål i författningar och beslut. Den bör omfatta helheten, dvs. fokusera risker både i den del av verksamheten som hör till hälso- och sjukvård och den som hör till socialtjänst. En viktig del i analysen är att identifiera de sannolika negativa händelser som, om de inte förebyggs, kan leda till konsekvenser för den enskilde, t.ex. en vårdskada eller ett missförhållande.

²⁰ SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §

Stadens nämnder deltar numera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Av intervjuerna att döma används registret ännu inte i någon större utsträckning för löpande och systematisk uppföljning av vård- och omsorgsenheters resultat. Här har nämnderna en viktig roll i att stimulera till en ökad användning genom att i större utsträckning efterfråga statistik och resultat från registret.

Enligt intervjuer genomför nämndernas utförarenheter inte någon formell, systematisk egenkontroll av sin verksamhet, som omfattar både hälso- och sjukvård och social omsorg. De egna utförarnas egenkontroller bör därför utvecklas. I vilken utsträckning de externa utförarna genomför egenkontroller är oklart eftersom stadens uppföljningsmodell inte omfattar en sådan granskning.

De egna enheternas egenkontroll granskas inte av förvaltningsledningen på ett systematiskt sätt. I Skärholmen finns dock inslag av sådan kontroll. Undantag gäller även för den verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, då den kontrolleras av nämndens MAS utifrån ett uppdrag i lagstiftning. Revisionskontorets uppfattning är att ledningens granskning av utförarnas egenkontroller behöver utvecklas. Kontrollen ska bl.a. kunna visa om utförarens rutin för avvikelshantering fungerar som avsett.

Nämndernas årliga uppföljning av verksamheten inom äldreomsorgen bör även innefatta en genomgång av hur de externa utförarna säkerställer att verksamheten bedrivs enligt kvalitetsledningssystemet. Även detta kan ske genom granskning av utförarens egenkontroll. Krav på utföraren att kontrollera sitt ledningssystem kan skrivas in i avtalet med utföraren²¹. Här bör även klargöras hur utföraren ska verifiera sin egenkontroll.

En av de bärande tankarna i ledningssystemet är att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska dra lärdom av avvikande händelser, och att denna lärdom ska leda till utveckling och säkring av kvaliteten. En genomgång av de granskade nämndernas verksamhetsberättelser för 2012 visar att dessa i princip saknar redogörelser för årets arbete med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i den samlade verksamheten för äldre. Till exempel saknas en redogörelse för hur risker har hanterats, hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats samt i stor utsträckning även hur avvikelserapporter, klagomål och synpunkter har hanterats. Framförallt framgår inte hur den sammantagna kunskapen från kvalitetssäkringsarbetet tagits till vara för att förbättra verksamheten inom äldreomsorgen. Stadsdelsnämnderna rekommenderas att på ett tydligare sätt redovisa hur den sammantagna kunskapen från kvalitetssäkringsarbetet ska dokumenteras, t.ex. genom att upprätta en kvalitetsberättelse. Revisionskontoret har noterat möjligheten av att upprätta en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument.

²¹ Kammarkollegiet, Avtalsuppföljning av vård och omsorg 2012:6



Både Skärholmen och Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd har fastställt ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter som verktyg för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Granskningen har noterat att Farsta stadsdelsnämnd ännu inte har fastställt ett sådant. Eftersom föreskriften är bindande, och började gälla 1 januari 2012, är det angeläget att nämnden fastställer ett sådant.

Granskningen har även uppmärksammat att kommunövergripande dokument såsom förfrågningsunderlag och uppföljningsmallar behöver uppdateras så att de relaterar till Socialstyrelsens nya föreskrift SOFS 2011:09.

Rekommendationer

Utifrån ovanstående slutsatser och iakttagelser riktar revisionskontoret nedanstående rekommendationer till äldrenämnden samt de tre stadsdelsnämnderna:

Stadsdelsnämnderna behöver klargöra med hjälp av vilka informationskanaler avvikelser ska identifieras, hur de ska sammanställas och hur uppföljning ska ske av att de åtgärdas och tas tillvara i det förebyggande arbetet.

Stadsdelsnämnderna, i samverkan med äldrenämnden, rekommenderas att ta ställning till hur behovet av ett ändamålsenligt IT-verktyg för att samla in och sammanställa uppgifter om avvikelser ska lösas.

Stadsdelsnämnderna rekommenderas att ta ställning till hur de egna utförarnas egenkontroll ska utformas och hur genomförd egenkontroll ska verifieras.

Äldrenämnden rekommenderas att se över förfrågningsunderlag och avtalstexter avseende kraven på de externa utförarnas egenkontroll och hur utföraren ska styrka och verifiera sin genomförda egenkontroll gentemot beställaren. Vidare hur beställarens behov av information om avvikelser inom den sociala omsorgen ska beaktas i kommande upphandlingar.

Äldrenämnden rekommenderas att i samverkan med stadsdelsnämnderna utforma stadsövergripande anvisningar som stöd till personalens arbete med avvikelshantering inom den verksamhet som relaterar till social omsorg.

Både äldrenämnden och stadsdelsnämnderna rekommenderas att ta ställning till hur det samlade arbetet med att säkra kvaliteten inom äldreomsorgen ska dokumenteras. En strävan bör här vara att föra samman informationen om social omsorg och hälso- och sjukvård i ett och samma dokument.



STADSREVISIONEN
REVISIONSKONTORET

21(21)
2013-02-19

Farsta stadsdelsnämnd rekommenderas att fastställa ett ledningssystem för kvalitetsutveckling i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter 2011:9.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria L-P".

Maria Lindgren Persson
Samordnare

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Lövgren".

Maria Lövgren
Projektledare

Bilaga I Revisionskriterier

Socialtjänstlagen (3 kap. 3 §, 14 kap. 3 - 7 §, 14 kap. 3 - 7 §).

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till god kvalitet. Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande till den som bedriver verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen (2a, 2e§, 28 och 31§§)

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I Hälso- och sjukvårdslagstiftningen (HSL)stadgas att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematisk och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsens föreskrifter avseende Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen ska ha ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar. En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering.

Inom verksamheten ska det finnas rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna som inträffat. De vidtagna åtgärdernas effekt ska följas upp. Avvikelser ska sammanställas och återföras till verksamhetens medarbetare och andra berörda. Erfarenheterna från avvikelshanteringen ska användas i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och förslag och klagomål från patienter, närstående och personal ska tas till vara.

Det är fullt möjligt för en verksamhet att ha ett integrerat ledningssystem som uppfyller flera olika syften så länge kraven enligt SOSFS 2011:9 uppnås²².

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah i socialtjänsten (SOSFS 2011:5)

²² Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) s. 11.



Anställda ska genast rapportera missförhållanden till den som bedriver verksamheten. De anställda ska informeras om rapporteringsskyldigheten av den som bedriver verksamheten. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:28)

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Vårdgivaren har en skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

Patientsäkerhetslagen 2010:659, 1 kap. 1 §, 3 kap. 1 §, 9-10 §§

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I lagen finns bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, genom att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten ska vårdgivaren dokumentera. Senast 1 mars varje år ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse.



Bilaga 2 Uppgiftslämnare

Farsta stadsdelsnämnd

Avdelningschef äldreomsorgen
Enhetschef, biståndsenheten
Verksamhetscontroller äldreomsorg
Verksamhetsuppföljare, biståndsenheten
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Chefssekreterare, registrator.

Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd

Verksamhetsområdeschef
Enhetschef, beställarenheten
Enhetschef, utförarenheten för hemtjänst och VoB, egen regi
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Registrator och sekreterare sociala delegationen

Skärholmens stadsdelsnämnd

Avdelningschef, äldre och funktionshindrade
Avdelningschef, socialtjänst
Verksamhetscontroller äldreomsorg
Lex Sarah utredare och samordnare socialtjänst
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Chefssekreterare, registrator

Äldrenämnden

Projektledare, kartläggning, översyn av hanteringen av synpunkter och klagomål.

Bilaga 3 Begrepp

Nedanstående begrepp och förklaringar har hämtats från Socialstyrelsens termbank och respektive författningstext.

Allvarliga missförhållanden

Utförda handlingar samt handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra, som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysisk eller psykiska hälsa (SOSFS 2011:5).

Anmälningsskyldighet

Skyldighet enligt 14 kap. 7 § SoL, för bl.a. socialnämnd, att vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden anmäla till Socialstyrelsen (SOSFS 2011:5).

Avvikelsehantering

Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna

Egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (SOSFS 2011:9).

Händelseanalys

Systematisk identifiering av orsaker till negativ händelse.

Ledningssystem

System för att fastställa principer för ledning av verksamheten (SOSFS 2011:9).

Missförhållande

Utförda handlingar samt 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. (SOSFS 2011:5).

Rapporteringsskyldighet

Skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3 § SoL. Skyldigheten att rapportera gäller för den som är anställd, uppdragstagare,



praktikant/under utbildning eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program (SOSFS 2011:5).

Risk

Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa

Riskanalys

Systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Allvarlig vårdskada

Vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit