

www.avesta.se



Avesta kommun
Kommunrevisionen

2021-11-16

Till:
Kommunfullmäktige

För kännedom:
Omsorgsstyrelsen

Revisionsrapport – Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

KPMG har på uppdrag av Avesta kommuns revisorer genomfört en granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2021.

Efter genomförd granskning är vår sammantagna bedömning att omsorgsstyrelsens i tillräcklig utsträckning har säkerställt att avvikelser inom äldreomsorgen rapporteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

Det bedöms finnas en tillräcklig formell styrning som ger goda förutsättningar för att hantera avvikelserapporter, synpunkter och klagomål på ett ändamålsenligt sätt. Det finns en tydlighet kring roller och ansvar, styrdokument finns tillgängliga för alla (även om det kan stärkas ytterligare) och det finns en samstämmighet mellan styrdokument och praktik vad gäller rapportering, utredning och vidtagande av åtgärder. Styrelsen erhåller en kontinuerlig information avseende inkomna avvikelserapporter och utvecklingen inom området och bedöms därmed ha möjligheter att vidta åtgärder vid behov.

Inom ramen för granskningen har vi dock identifierat ett antal förbättringsområden som styrelsen bör hantera för att säkerställa en än mer ändamålsenlig hantering inom området.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi omsorgsstyrelsen att:

- Säkerställa att all personal (inkl. behovsanställda) får information om rapporteringsskyldigheten och vad den innebär, såväl i samband med anställning som kontinuerligt under den tid de arbetar i verksamheten.
- Tillse att information om nya/gällande styrdokument ges systematiskt till arbetsgrupperna för att säkerställa att all personal känner till dem samt att personalen vet var de går att finna.
- Tillse att arbetet med sammanställning och analys utvecklas för att säkerställa att det är möjligt att analysera resultatet på olika nivåer, och därmed identifiera rätt åtgärder på rätt nivå.
- Se över hur och vilken återföring som sker till medarbetarna, för att säkerställa att de dels ges möjlighet att identifiera åtgärder, dels får information om vilka resultat/effekter vidtagna åtgärder fått.

Vid sidan om rapportens bedömning och rekommendationer vill revisorerna även uppmana omsorgsstyrelsen att:

- Säkerställa att det i verksamheten finns en tillräcklig dokumentation av vidtagna åtgärder som regelbundet följs upp för att säkerställa att dessa lett till förbättringar för den enskilde.

Revisionen rekommenderar fullmäktige att begära in ett yttrande över bifogad revisionsrapport från omsorgsstyrelsen till fullmäktiges sammanträde 2022-03-28.

Yttrandet bör även lämnas till revisionen för kännedom.

För de förtroendevalda revisorerna i Avesta kommun

Mats Myrén
Ordförande i kommunrevisionen



Granskning av avvikelsehantering inom äldreomsorgen

Rapport

Avesta kommun

KPMG AB

2021-11-16

Antal sidor 16

Antal bilagor 1



Avesta kommun

Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	3
2.1	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	3
2.2	Revisionskriterier	4
2.3	Metod	4
3	Nyckeltal och jämförelser	5
3.1	Nyckeltal hemtjänst	5
3.2	Nyckeltal särskilt boende	6
4	Resultat av granskningen	8
4.1	Organisation och styrning	8
4.2	Hantering av avvikelser	12
4.3	Återrapportering till styrelsen	14
5	Slutsats och rekommendationer	16
	Bilaga 1. Nyckeltal, hemtjänst och särskilt boende	17
	Nyckeltal hemtjänst	17
	Nyckeltal särskilt boende	19

1 Sammanfattning

Vi har av Avesta kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunens rutiner kring avvikelshantering inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2021.

Syftet med granskningen är att bedöma om omsorgsstyrelsen har säkerställt att avvikelser inom äldreomsorgen rapporteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att omsorgsstyrelsen i tillräcklig utsträckning har säkerställt att avvikelser inom äldreomsorgen rapporteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

Det bedöms finnas en tillräcklig formell styrning som ger goda förutsättningar för att hantera avvikelserapporter, synpunkter och klagomål på ett ändamålsenligt sätt. Därtill bedöms hanteringen av avvikelser i huvudsak ske i enlighet med gällande styrdokument. Det finns en tydlighet kring roller och ansvar, styrdokument finns tillgängliga för alla (även om det kan stärkas ytterligare) och det finns en samstämmighet mellan styrdokument och praktik vad gäller rapportering, utredning och vidtagande av åtgärder. Styrelsen erhåller en kontinuerlig information avseende inkomna avvikelserapporter och utvecklingen inom området och bedöms därmed ha möjligheter att vidta åtgärder vid behov.

Inom ramen för granskningen har vi dock identifierat ett antal förbättringsområden som styrelsen bör hantera för att säkerställa en än mer ändamålsenlig hantering inom området.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi omsorgsstyrelsen att:

- Säkerställa att all personal (inkl. behovsanställda) får information om rapporteringsskyldigheten och vad den innebär, såväl i samband med anställning som kontinuerligt under den tid de arbetar i verksamheten.
- Tillse att information om nya/gällande styrdokument ges systematiskt till arbetsgrupperna för att säkerställa att all personal känner till dem samt att personalen vet var de går att finna.
- Tillse att arbetet med sammanställning och analys utvecklas för att säkerställa att det är möjligt att analysera resultatet på olika nivåer, och därmed identifiera rätt åtgärder på rätt nivå.
- Se över hur och vilken återföring som sker till medarbetarna, för att säkerställa att de dels ges möjlighet att identifiera åtgärder, dels får information om vilka resultat/effekter vidtagna åtgärder fått.

2 Bakgrund

Vi har av Avesta kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunens rutiner kring avvikelshantering inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2021.

I Avesta kommun är det omsorgsstyrelsen som ansvarar för den vård och omsorg som ges till äldre. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar vårdgivare och huvudmän för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. En viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet är det systematiska förbättringsarbete som ska ske i verksamheten. I detta ingår att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För att säkra verksamhetens kvalitet ska egenkontroll göras. Därtill ska klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet tas emot och utredas. Utöver detta finns det även en rapporteringskyldighet för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, enligt LSS och för hälso- och sjukvårdspersonal (lex Sarah och lex Maria) när det gäller missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållande samt händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer in ska sammanställas och analyseras för att utifrån det kunna identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån resultatet av ovan nämnda aktiviteter (riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser) ska sedan åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Revisorerna bedömer att det finns en risk att avvikelser och rapporter enligt lex Sarah och lex Maria inte hanteras på ett ändamålsenligt sätt och har utifrån sin riskanalys beslutat att genomföra en granskning av omsorgsstyrelsens rutiner för avvikelshantering.

2.1 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Granskningen syftar till att bedöma om omsorgsstyrelsen har säkerställt att avvikelser inom äldreomsorgen rapporteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt att det finns fungerande system och rutiner för att:
 - Identifiera, dokumentera och rapportera avvikande händelser¹ i verksamheten?
 - Analysera och åtgärda rapporterade avvikelser?
 - Följa upp vidtagna åtgärder?
- Är riktlinjer och rutiner kända i organisationen?

¹ Med avvikande händelser avses här rapporter enligt lex Sarah och lex Maria, synpunkts- och klagomålshantering och övriga avvikelser

- Sammanställs och analyseras rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål på ett ändamålsenligt sätt?
- Vidtas åtgärder utifrån resultatet av avvikelshanteringens för att säkra verksamhetens kvalitet?
- Vilken återrapportering sker till styrelsen?

Granskningen är avgränsad till att granska och bedöma huruvida avvikelshanteringens sker på ett ändamålsenligt sätt inom äldreomsorgen (särskilt boende och hemtjänst).

2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § samt 14 kap. 2–7 §§
- Patientsäkerhetslagen 3 kap.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (2011:5)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer/avstämningar med berörda tjänstemän och politiker.

- Dokumentstudier av gällande styrdokument såsom styrelsens ledningssystem, rutiner och anvisningar, verksamhetsplan och verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse m.m.
- Intervjuer har genomförts med omsorgsstyrelsens presidium, förvaltningschef, vård- och omsorgschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer (hemtjänst och särskilt boende), medarbetare (hemtjänst och särskilt boende) samt fackliga representanter. Totalt har 16 personer deltagit i intervjuerna.

Granskningen omfattar även analys och jämförelse med liknande kommuner avseende relevanta nyckeltal/indikatorer från Öppna Jämförelser 2020 samt Socialstyrelsens enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2020.

Samtliga berörda har getts möjlighet att faktakontrollera rapporten.

3 Nyckeltal och jämförelser

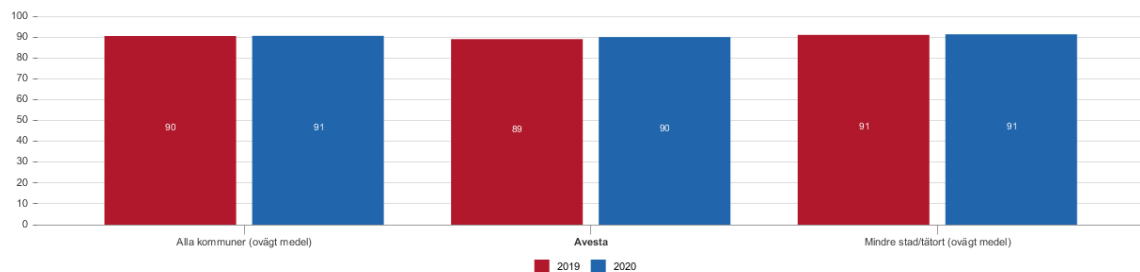
Ett av målen i perspektivet stöd och omsorg är att ”ha en god och kvalitativ omsorg och alla kommunala boenden ska vara trygga och tillgängliga”. Två av indikatorerna kopplade till detta mål är ”Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg, helhetssyn, andel (%)” samt ”Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg, helhetssyn, andel (%)”. Av mål- och budgetdokumentet framgår att målnivån uppnåddes 2019 avseende hemtjänst men inte för särskilt boende.

Nedan har vi tittat närmare på de nyckeltal som detta baseras på och valt att lyfta fram de nyckeltal där Avesta kommun tillhör de bästa 33 % samt de sämsta 33 % (i jämförelse med andra kommuner, enligt den bedömning som görs i Kolada). Därtill har vi även tittat på nyckeltalet ”möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål”, där Avesta kommun tillhör de mittersta 33 %. Jämförelser av utvalda nyckeltal har gjorts mot såväl riket som den kommungrupp som Avesta kommun tillhör (enligt kommungruppsindelning 2017). En fullständig sammanställning över de nyckeltal vi tittat närmare på återfinns i bilaga 1.

3.1 Nyckeltal hemtjänst

3.1.1 Övergripande

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)



Avesta kommun ligger något lägre i den samlade bedömningen avseende helhetssynen på hemtjänst. Jämfört med övriga kommuner så är resultatet för Avesta i paritet med de mittersta 33 %.

3.1.2 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de sämsta 33 % (jämfört med andra kommuner)

Vi har tittat närmare på de nyckeltal där brukarbedömningen tillhör bland de sämsta 33 %, jämfört med övriga kommuner. De nyckeltal som tillhör denna kategori är:

- Förtroende för personalen
- Möjlighet att påverka tider
- Personalen kommer på avtalad tid
- Personalkontinuitet – antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar

Avesta kommun

Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Resultatet för alla nyckeltalen är att Avesta kommun är sämre jämfört med både liknande kommuner som riket.

3.1.3 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de bästa 33 % (jämfört med andra kommuner)

Vi har tittat närmare på de nyckeltal där brukarbedömningen tillhör bland de bästa 33 %, jämfört med övriga kommuner. De nyckeltal som tillhör denna kategori är:

- Besväras ofta av ensamhet
- Hälsotillstånd

Resultatet för båda nyckeltalen är att Avesta kommun är bättre jämfört med både liknande kommuner som riket

3.1.4 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de mittersta 33 % (jämfört med andra kommuner)

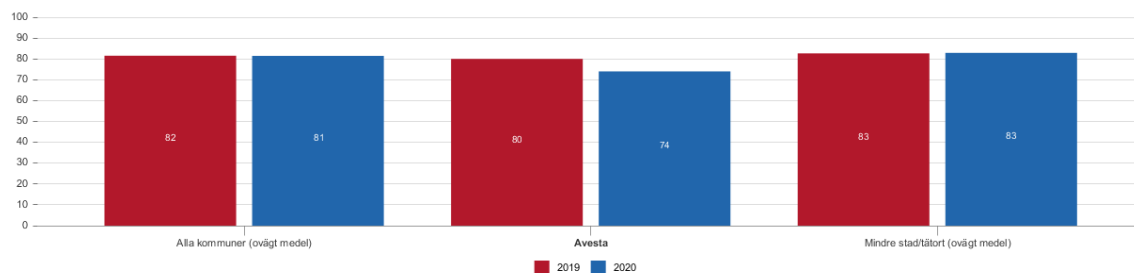
Då granskningen omfattar hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål har vi även valt att titta på brukarbedömningen avseende deras möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål. Jämfört med övriga kommuner tillhör Avesta kommuner de mittersta 33 % vilket också återspeglar sig i jämförelsen mot andra liknande kommuner och riket.

Resultatet för Avesta kommun är något bättre än jämförelsegrupperna.

3.2 Nyckeltal särskilt boende

3.2.1 Övergripande

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)



Avesta kommun ligger lägre i den samlade bedömningen avseende helhetssynen på hemtjänst. Jämfört med övriga kommuner så är resultatet för Avesta i paritet med de sämsta 33 %.

3.2.2 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de sämsta 33 % (jämfört med andra kommuner)

- Sociala aktiviteter
- Tillgång till sjuksköterska

Avesta kommun

Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

- Besvärar ofta av ensamhet
- Förtroende för personalen
- Plats på äldreboende
- Trivs med rum/lägenhet
- Trivsamma gemensamma utrymmen

Resultatet för alla nyckeltalen är att Avesta kommun är sämre jämfört med både liknande kommuner som riket.

3.2.3 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de bästa 33 % (jämfört med andra kommuner)

Vi har tittat närmare på de nyckeltal där brukarbedömningen tillhör bland de bästa 33 %, jämfört med övriga kommuner. Det nyckeltal som tillhör denna kategori är bedömningen avseende huruvida det är trivsamt utomhus, där resultatet för Avesta kommun är bättre jämfört med både liknande kommuner som riket.

3.2.4 Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de mittersta 33 % (jämfört med andra kommuner)

Då granskningen omfattar hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål har vi även valt att titta på brukarbedömningen avseende deras möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål. Jämfört med övriga kommuner tillhör Avesta kommun de mittersta 33 % vilket också återspeglar sig i jämförelsen mot andra liknande kommuner och riket. Resultatet för Avesta kommun är något sämre än jämförelsegrupperna.

4 Resultat av granskningen

4.1 Organisation och styrning

4.1.1 Styrdokument

Det finns en rad styrdokument som beskriver hur verksamheten ska hantera avvikelser. Av styrdokumenterna framgår också hur ansvaret är fördelat i organisationen vad gäller att identifiera, rapportera, utreda och åtgärda avvikelser.

4.1.1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Omsorgsstyrelsen har fastställt ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (rev. 2021-05-28). Ledningssystemet beskriver bland annat det systematiska förbättringsarbetet, där rapporteringsskyldigheten (hantering av avvikelser och lex Sarah/lex Maria) är en del i det. I det avsnitt där detta berörs anges vad Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) fastslår vad gäller utredning av avvikelser, det vill säga avseende klagomål och synpunkter, rapporteringsskyldighet samt sammanställning och analys. För respektive del anges också kortfattat hur detta arbete bedrivs i Avesta kommun samt vilka styrdokument som finns som reglerar detta.

Nedan anges de styrdokument som finns framtagna som beskriver processen och vad anställda/chefer har att förhålla sig till gällande utredning av avvikelser.

4.1.1.2 Avvikelseprocess inom Omsorgsförvaltningen (2019)

2019 togs en processkarta fram som på en övergripande nivå beskriver hur avvikelseprocessen ser ut samt vilka delar som ingår i denna. Av intervjuer har framkommit att det pågår ett arbete med att ta fram en ny processkarta i samband med planerad upphandling av nytt verksamhetssystem.

4.1.1.3 Avvikelse – patientsäkerhet, god kvalitet (2018-03-01)

Denna rutinbeskrivning beskriver övergripande vem som ansvarar för vad gällande avvikelshantering. Här framgår att rapporter ska skickas till enhetschef som utreder och åtgärdar avvikelser. Om det rör sig om en hälso- och sjukvårdsavvikelse sker utredning och åtgärd tillsammans med OAS (områdesansvarig sjuksköterska), MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) eller MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Om det rör sig om en omvårdnadsavvikelse skickas utredningen till MAS för vidare hantering när utredningen påbörjats. MAS tar därefter kontakt med berörda om det finns behov av komplettering.

MAS sammanställer alla avvikelser och rapporterar detta kvartalsvis till omsorgsstyrelsen och till facklig samverkan.

Enhetschefer tar upp inkomna avvikelser månadsvis på APT för lärande diskussion.

Vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada eller allvarligt missförhållande anmäler MAS till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) efter information till styrelsen.

Av denna rutinbeskrivning framgår också att syftet med avvikelserapportering är att:

- Fokusera på händelsen som inträffat, vilka konsekvenser den fick, och inte på vem som gjort fel eller misstag.
- Inte skuldbelägga utan skapa ett öppet klimat där det är tillåtet att avslöja sina egna misstag, fel och brister.
- Få alla medarbetare att delta.
- Diskutera och klargöra vad som är en avvikelse – ett avsteg från fastställd rutin, en vårdrelaterad infektion, bristande vård-/omsorgsinformation, missad läkemedelshantering, bristande omvårdnadsinsats, bristande bemötande etc.
- Att kunna skriva en enkel avvikelse på en blankett.
- Återföra erfarenheter från händelser till personalgruppen på APT.
- Förändra rutiner eller genomföra andra åtgärder som förhindrar nya avvikelser.

4.1.1.4 Rutin för rapporterings-/anmälningsskyldighet (2018-03-12)

Rutinen, framtagen av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och SAS (socialt ansvarig samordnare), beskriver rapporterings- och anmälningsskyldigheten enligt såväl lex Sarah som lex Maria.

Rapporterings-/anmälningsskyldighet, lex Sarah

Här framgår att alla anställda, uppdragstagare, elever, praktikanter, studenter samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program inom Omsorgsförvaltningen omfattas av bestämmelserna i lex Sarah. Detta innebär en skyldighet att vaka över samt en skyldighet att genast rapportera om hen uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör en eller flera enskilda som får insatser i verksamheten. Här framgår också när en anmälan ska göras till IVO samt vad det innebär att "vaka över" och ett förtydligande kring vad som ska rapporteras (vilket också exemplifieras).

Rapporterings-/anmälningsskyldighet, lex Maria

Vad gäller lex Maria så framgår det, likt ovan, att all hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada. Personal och elever som utför delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift räknas till hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare framgår att enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska en utredning göras av händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada samt att enligt 5 § samma kapitel ska anmälan till IVO göras vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Patienten ska informeras. Anmälan görs på speciell blankett. Här framgår också vad som är att ses som en vårdskada, vilket också exemplifieras.

2021-11-16

Rapportering

Av rutinen framgår att rapportering ska ske skriftligt, på rapporterings-/anmälningsblankett, och att den ska undertecknas av den som lämnar rapporten. Rapporten lämnas till närmaste chef, eller till den chef som har beredskap om det rör sig om ett allvarligt missförhållande/vårdskada som inträffar på en helg.

Utredning

Närmaste chef ansvarar för att påbörja utredning utifrån den beskrivna händelsen. Detta ska ske enligt framtagna åtgärdsmanualer för brukare respektive personal. Närmaste chef ansvarar också för att ta ställning till i vilken omfattning och hur den brukare som rapporten avser ska ges stöd, informeras om rapport och utredning, beslut samt vidtagna och planerade åtgärder. Likaså att ta ställning till i vilken omfattning och hur den personal som berörs av en rapport ska ges stöd och informeras om anmälan, utredningen, beslutet samt vidtagna och planerade åtgärder.

Om närmaste chef själv berörs av innehållet i rapporten ska den lämnas till resultatenhetschef.

Efter att utredning har påbörjats ska en kontakt tas med MAS som ansvarar för vidare utredning enligt utredningsmanualen. Det är också MAS som bedömer om händelsen är ett allvarligt missförhållande/allvarlig vårdskada som ska rapporteras till styrelsen och eventuellt anmälas till IVO.

Utredningsmanual

Rutinerna innehåller även en manual för hur utredningar ska hanteras om det rör sig om rapporter, där utredning inleds enligt bestämmelserna om lex Sarah och lex Maria. Sådana rapporter ska diarieföras och registreras och om det är en allvarlig händelse ska omsorgsstyrelsens ordförande informeras skyndsamt. Likaså ska utredning inledas skyndsamt efter att rapporten tagits emot. Vidare framgår hur dokumentation av utredningen ska ske, samt vad den ska innehålla. Här framgår också att personalenheten ska involveras i utredningen om rapporten gäller personal. Om den enskilde vill ska även fackliga företrädare involveras.

Omsorgsstyrelsens beredningsgrupp ska informeras om rapport, utredning, polisanmälan och anmälan till IVO.

Information om rapporteringsskyldigheten

Respektive enhetschef ansvarar för att informera anställda, uppdragstagare, elever, praktikanter, studenter samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria samt om rutinerna för handläggning av allvarliga missförhållanden och allvarlig vårdskada.

Informationen ska ges muntligt och skriftligt i samband med påbörjad anställning, uppdrag eller praktikperiod. Informationen ska ges till samtlig personal en gång per år.

4.1.1.5 Hantering av synpunkter och klagomål

Det finns en framtagen rutin avseende hantering av synpunkter och klagomål – ”Dina åsikter – Ett gyllene tillfälle för förbättring”. Denna rutinbeskrivning riktar sig främst till brukare och närstående/anhöriga. Av rutinen framgår vart man kan vända sig om man har en synpunkt eller ett klagomål, det finns också en hänvisning till en blankett som kan fyllas i digitalt. Här framgår att om man fyller i blanketten så kommer återkoppling att ske inom 10 dagar, med information om hur och vem som kommer att hantera den inkomna synpunkten/klagomålet.

Av intervjuer framkommer att merparten av de klagomål och synpunkter som förs fram hanteras på plats av närvarande personal, och dokumenteras då inte. Om det är synpunkter och klagomål som lämnas in på en blankett, alternativt lämnas muntligt direkt till enhetschef, så hanteras de genom att enhetschef dokumenterar dem samt kontaktar MAS som ansvarar för utredning och återkoppling till den som lämnat synpunkten/klagomålet. Rapportering sker kvartalsvis till omsorgsstyrelsen, i samband med redovisning av avvikelserapporter.

4.1.2 Tillgänglighet och information avseende styrdokument och stödmaterial

Alla styrdokument och stödmaterial i form av blanketter och mallar uppges finnas tillgängliga för alla på intranätet. Det finns också samlat i rutinpärmar på respektive enhet för att de ska finnas lättillgängliga för medarbetarna. Sökbarheten på intranätet uppges dock vara låg i vissa avseenden då dokumentnamnen inte alltid återspeglar innehållet, i den mening som medarbetarna känner till dem.

Enstaka enheter har också skapat ett system för att kunna dela styrdokument och information så att medarbetarna har det tillgängligt även via mobilerna. Det är dock inte en hantering som är utbredd i förvaltningen.

Information om nya/gällande styrdokument ges på APT. Det sker dock inte systematiskt, vilket uppges kunna förbättras då det av intervjuer framgår att det är viktigt att information om nya/uppdaterade styrdokument inte endast sker via intranätet.

4.1.3 Roll- och ansvarsfördelning

Av styrdokumentet som beskrivs i avsnitt 4.1.1. framgår hur roller och ansvar är fördelade i organisationen vad gäller att identifiera, rapportera, utreda och åtgärda avvikelser. Av intervjuer har det även bekräftats att detta är den roll- och ansvarsfördelning som gäller i praktiken.

4.1.4 Utbildning och information

Som nämns i avsnitt 4.1.1.4 så är respektive enhetschef ansvarig för att tillse att all personal har kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria samt om rutinerna för handläggning av allvarliga missförhållanden och allvarlig vårdskada. Av intervjuer framgår det att information ges i samband med introduktion/påbörjande av anställning för samtlig personal som anställs av enhetscheferna. Behovsanställd personal (timvikarier) anställs inte av enhetscheferna

och de svarar då inte för att denna personalgrupp får motsvarande information/introduktion.

Det uppges inte finnas något årshjul eller motsvarande som tydliggör när information avseende rapporteringsskyldigheten ska ges, för att säkerställa att den sker kontinuerligt en gång per år. Samtliga intervjuade anger dock att detta behandlas månadsvis på APT i samband med att avvikelserapporter lyfts och diskuteras i arbetsgrupperna.

Utöver informationen som ges enligt ovan uppges det inte genomföras några ytterligare utbildningstillfällen där rapportering av avvikelser lyfts upp. Av intervjuer har det framkommit att det sannolikt finns ett behov av ytterligare utbildning för att säkerställa att informationen som medarbetarna har är uppdaterad och aktuell.

4.1.5 Bedömning

Omsorgsstyrelsen bedöms ha säkerställt att det finns en tillräcklig formell styrning, genom ledningssystem och rutinbeskrivningar, som ger goda förutsättningar för att hantera avvikelserapporter, synpunkter och klagomål på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer dock att styrelsen inte säkerställt att samtlig personal som är rapporteringsskyldiga får information om detta. För att säkerställa att all personal har kännedom om rapporteringsskyldigheten och vad den innebär bör styrelsen tillse att även behovsanställd personal ges rätt information, såväl i samband med anställning som kontinuerligt under den tid de arbetar i verksamheten. Styrelsen bör också tillse att information om nya/gällande styrdokument ges systematiskt till arbetsgrupperna för att dels säkerställa att all personal känner till dem, dels säkerställa att personalen vet var de går att finna. Det finns även andra områden som kan utvecklas och stärkas för en än mer ändamålsenlig hantering, se avsnitt 3.2.5.

4.2 Hantering av avvikelser

4.2.1 Rapportering

All personal har en skyldighet att identifiera och rapportera inträffade avvikelser. De intervjuade uppger att all personal, med vissa undantag (se ovan ang. behovsanställda), har vetskap om skyldigheten. Det uppges också fungera förhållandevis väl i de flesta enheter, men det kan finnas variationer där några enheter rapporterar in många avvikelser medan andra enheter rapporterar in färre. Om det beror på att det de facto är fler avvikelser på vissa enheter, eller att personalen på dessa enheter rapporterar in avvikelser mer frekvent har inte analyserats ytterligare.

Rapportering av avvikelser sker på fysiska pappersblanketter som lämnas till närmaste chef (alt. chef i beredskap om det är något som behöver hanteras skyndsamt). Det är samma blankett som används oavsett om det är en avvikelserapport (kvalitetsavvikelse) eller om det är en rapport enligt lex Sarah eller lex Maria. Detta är ett förfarande som omsorgsstyrelsen valt för att underlätta för medarbetarna att rapportera in avvikelser, utan att behöva ta ställning till hur den ska klassificeras. Detta då man bedömt att det fanns risk att medarbetarna valde att inte skriva rapporter om det uppstod en osäkerhet kring hur de skulle klassificeras. Om en medarbetare skulle

vilja ange att det är en rapport som ska hanteras i enlighet med bestämmelserna enligt lex Sarah eller lex Maria uppges det vara möjligt att notera detta i blanketten, vilket också uppges ha skett vid några tillfällen. Av intervjuer framgår att även medarbetarna anser att detta är ett bra och enkelt sätt, som underlättar och ökar sannolikheten att rapporter skrivs.

4.2.2 Hantering av avvikelser

När ansvarig chef tar del av avvikelser så hanteras dem i enlighet med vad som är beskrivet i avsnitt 4.1.1.2–5. Det vill säga, om det rör omvårdnadsavvikelser så påbörjas en utredning samt att rapporten skickas till MAS. MAS registrerar avvikelserna och bedömer om ytterligare utredning behövs samt om det är en rapport enligt bestämmelserna om lex Sarah eller lex Maria, som därmed ska hanteras enligt gällande ordning. Om det rör sig om hälso- och sjukvårdsavvikelser sker utredning och åtgärder tillsammans med OAS, MAS eller MAR. Även här är det MAS som ansvarar för bedömning om anmälan ska ske till IVO.

På varje APT har enhetscheferna en punkt där de informerar om inkomna avvikelser sedan föregående möte. Hur detaljerad informationen är och i vilken omfattning medarbetarna blir involverade i analys och åtgärder förefaller skilja sig mellan enheterna. De intervjuade har dock bekräftat att information och diskussion sker på varje APT och att medarbetarna i stor utsträckning är involverade i diskussioner och förslag till hantering och åtgärder. Därefter uppges det dock inte ske någon formaliserad återkoppling kring vad resultatet/effekterna blev av eventuella vidtagna åtgärder.

4.2.3 Sammanställning och analys

Samtliga avvikelserapporter skickas till MAS som sammanställer dessa och rapporterar till omsorgsstyrelsen och till facklig samverkan kvartalsvis. Sammanställningarna görs på förvaltningsövergripande nivå och enhetscheferna får inte del av någon enhetsspecifik sammanställning eller analys för den egna enheten. Av intervjuer framkommer att enhetscheferna inte själva sammanställer de avvikelser som inkommer till dem. Den analys som de gör för att kunna identifiera ev. mönster och trender baseras därmed på att de har en övergripande kännedom om de avvikelserapporter som inkommit.

Om MAS identifierar mönster eller trender så hanteras detta genom kontakt med ansvarig enhetschef, men den initiala analysen görs inte på enhetsnivå. Det uppges inte heller göras några gemensamma analyser i ledningsgrupp eller andra forum, där enhetschefer tillsammans kan analysera inkomna avvikelserapporter och se om det finns några gemensamma utvecklingsområden (ex. kompetensutveckling, behov av att stärka rutiner etc.)

4.2.4 Systemstöd

Som nämnts i avsnitten ovan så hanteras idag avvikelserapporter manuellt, genom att de rapporteras på pappersblanketter och sammanställs av MAS i ett excelark. Att detta hanteras manuellt och inte i verksamhetssystemet är enligt intervjuer ett aktivt val som

har gjorts. Detta för att den tidigare bedömningen var att den digitala mognaden inte var så hög i organisationen vilket skulle kunna medföra att antalet avvikelser minskade om de skulle rapporteras i systemet. Därmed valdes en manuell hantering. Idag uppges läget vara annorlunda och detta är en fråga som hanteras inom ramen för upphandling av nytt verksamhetssystem.

Medarbetarna uppger att den manuella hanteringen fungerar bra och är ett enkelt sätt att rapportera in avvikelser. Övrig intervjuade menar att en digital hantering skulle underlätta arbetet med att såväl hantera som att sammanställa och analysera avvikelserapporterna.

4.2.5 Bedömning

Vi bedömer att hanteringen av avvikelser i huvudsak sker i enlighet med gällande styrdokument. Det finns en tydlighet kring roller och ansvar, styrdokument finns tillgängliga för alla (även om det kan stärkas ytterligare) och det finns en samstämmighet mellan styrdokument och praktik vad gäller rapportering, utredning och vidtagande av åtgärder. Bedömningen baseras på genomförd dokumentanalys och intervjuer, och har inte granskats djupare genom ex. stickprovskontroller eller aktgranskning.

Vi har noterat att inkomna avvikelser lyfts på varje APT för information och diskussion. Formerna för detta kan skilja sig åt mellan enheterna. För att säkerställa medarbetarnas delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet bör styrelsen se över hur och vilken återföring som sker till medarbetarna, för att säkerställa att de dels ges möjlighet att identifiera åtgärder, dels får information om vilka resultat/effekter vidtagna åtgärder fått.

Vi bedömer vidare att det finns behov av att stärka arbetet med sammanställning och analys av avvikelser. Då enhetschefer inte skapat några egna system för att sammanställa och analysera inkomna avvikelser i den egna enheten, och inte heller erhåller en sådan sammanställning från MAS, så försvåras arbetet med att identifiera mönster och trender som kan ge indikation på eventuella brister i verksamhetens kvalitet. Den analys som görs är således på övergripande nivå, vilket kan medföra att analysen inte fångar upp enhetsspecifika förutsättningar eller faktorer som kan ha påverkan på resultatet. En digital hantering skulle sannolikt underlätta för enheterna att få en tydlig sammanställning och underlag för analys, men det är viktigt att det finns en struktur för ett sådant arbete oavsett om hanteringen sker manuellt eller digitalt. Styrelsen bör därför tillse att arbetet med sammanställning och analys utvecklas för att säkerställa att det är möjligt att analysera resultatet på olika nivåer, och därmed identifiera rätt åtgärder på rätt nivå.

4.3 Återrapportering till styrelsen

Styrelsen får information om inkomna avvikelser kvartalsvis. MAS redovisar då inkomna avvikelser (både hälso- och sjukvårdsavvikelser och omvårdnadsavvikelser), inklusive eventuella rapporter enligt lex Sarah eller lex Maria. Av redovisningen framgår antal avvikelser och vad de avser. Här rapporteras även inkomna klagomål. I



Avesta kommun

Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

redovisningen görs jämförelser med motsvarande kvartal föregående år, för att ge en indikation på utvecklingen.

Årligen upprättas också en patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under året, bland annat med koppling till de mål och strategier som sattes upp i föregående års patientsäkerhetsberättelse.

Presidiet uppger att styrelsen får tillräcklig information, det vill säga att den håller hög kvalitet och att den ges med tillräcklig frekvens, för att kunna följa trender och utvecklingen i verksamheten. Styrelsen har möjlighet att vidta åtgärder, vilket också sker, om de identifierar avvikelser som behöver hanteras på politisk nivå.

4.3.1 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen erhåller en kontinuerlig information avseende inkomna avvikelserapporter och utvecklingen inom området, genom de rapporter som de får kvartalsvis och vid årets slut. Styrelsen bedöms utifrån det ha goda förutsättningar att vidta eventuella åtgärder vid behov.

5 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att omsorgsstyrelsen i tillräcklig utsträckning har säkerställt att avvikelser inom äldreomsorgen rapporteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

Det bedöms finnas en tillräcklig formell styrning som ger goda förutsättningar för att hantera avvikelserapporter, synpunkter och klagomål på ett ändamålsenligt sätt. Därtill bedöms hanteringen av avvikelser i huvudsak ske i enlighet med gällande styrdokument. Det finns en tydlighet kring roller och ansvar, styrdokument finns tillgängliga för alla (även om det kan stärkas ytterligare) och det finns en samstämmighet mellan styrdokument och praktik vad gäller rapportering, utredning och vidtagande av åtgärder. Styrelsen erhåller en kontinuerlig information avseende inkomna avvikelserapporter och utvecklingen inom området och bedöms därmed ha möjligheter att vidta åtgärder vid behov.

Inom ramen för granskningen har vi dock identifierat ett antal förbättringsområden som styrelsen bör hantera för att säkerställa en än mer ändamålsenlig hantering inom området.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi omsorgsstyrelsen att:

- Säkerställa att all personal (inkl. behovsanställda) får information om rapporteringsskyldigheten och vad den innebär, såväl i samband med anställning som kontinuerligt under den tid de arbetar i verksamheten.
- Tillse att information om nya/gällande styrdokument ges systematiskt till arbetsgrupperna för att säkerställa att all personal känner till dem samt att personalen vet var de går att finna.
- Tillse att arbetet med sammanställning och analys utvecklas för att säkerställa att det är möjligt att analysera resultatet på olika nivåer, och därmed identifiera rätt åtgärder på rätt nivå.
- Se över hur och vilken återföring som sker till medarbetarna, för att säkerställa att de dels ges möjlighet att identifiera åtgärder, dels får information om vilka resultat/effekter vidtagna åtgärder fått.

Datum som ovan

KPMG AB

Liz Gard

Certifierad kommunal revisor

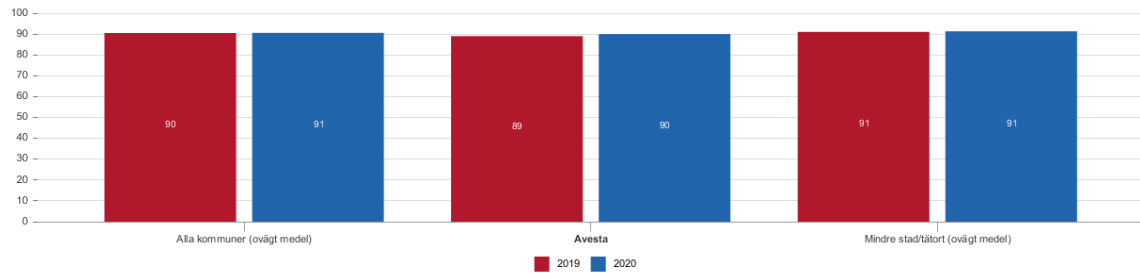
Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Bilaga 1. Nyckeltal, hemtjänst och särskilt boende

Nyckeltal hemtjänst

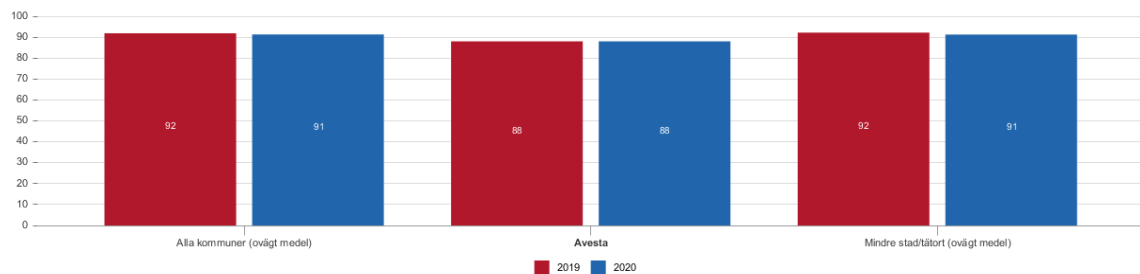
Övergripande

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

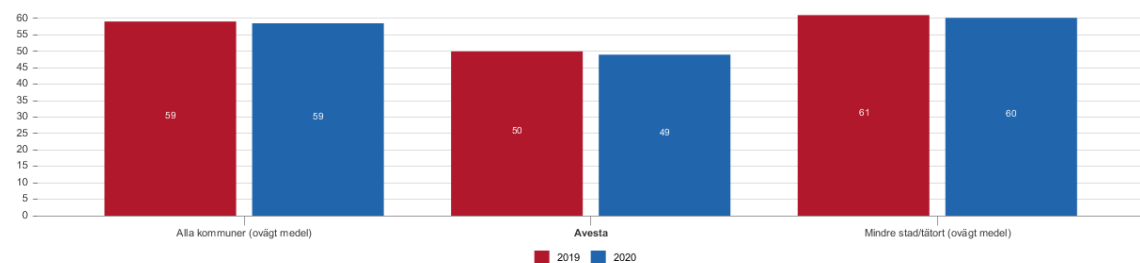


Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de sämsta 33 % (jämfört med andra kommuner)

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)



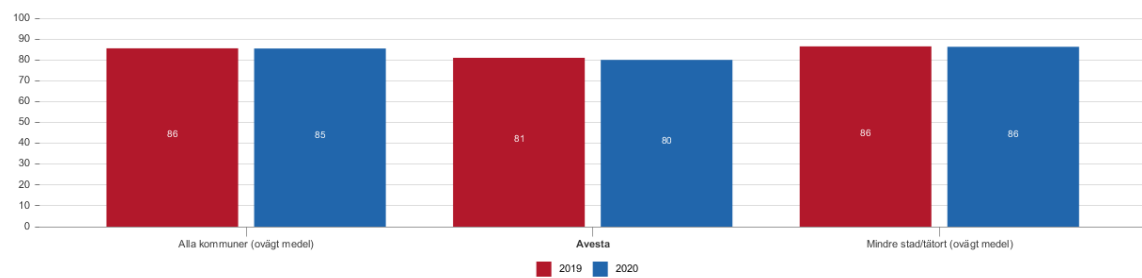
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)



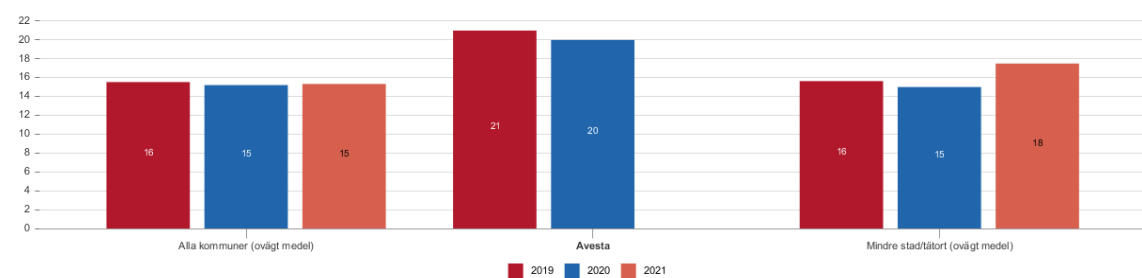
Avesta kommun
Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen kommer på avtalad tid, andel (%)

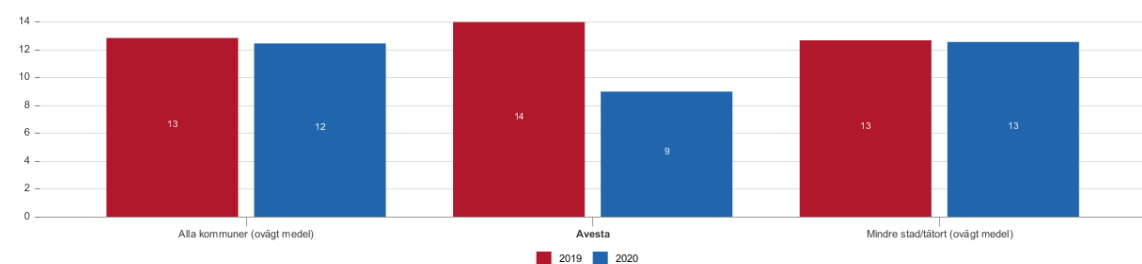


Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde

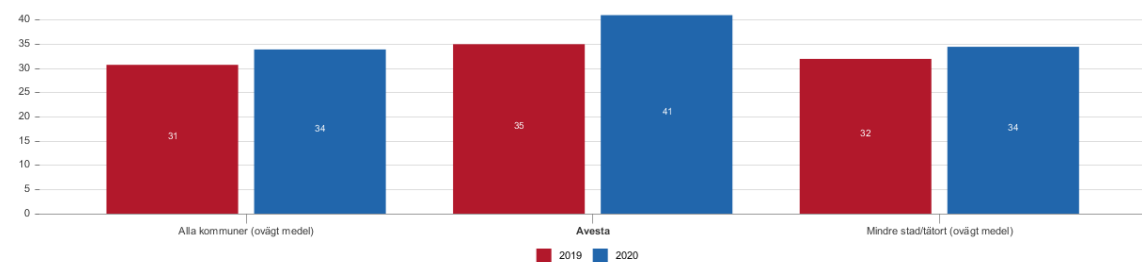


Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de bästa 33 % (jämfört med andra kommuner)

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)



Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)



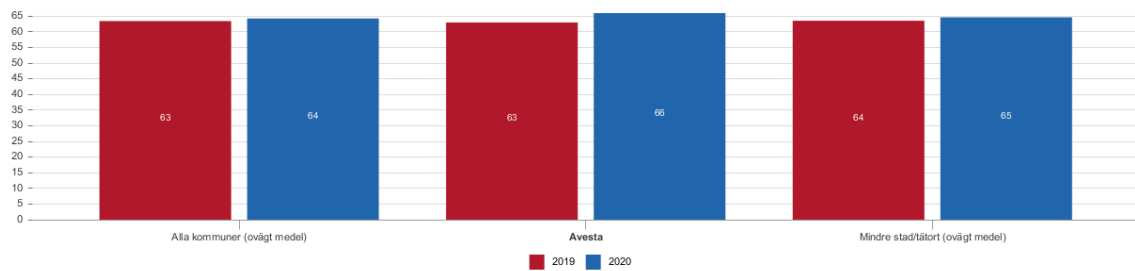
Avesta kommun

Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de mittersta 33 % (jämfört med andra kommuner)

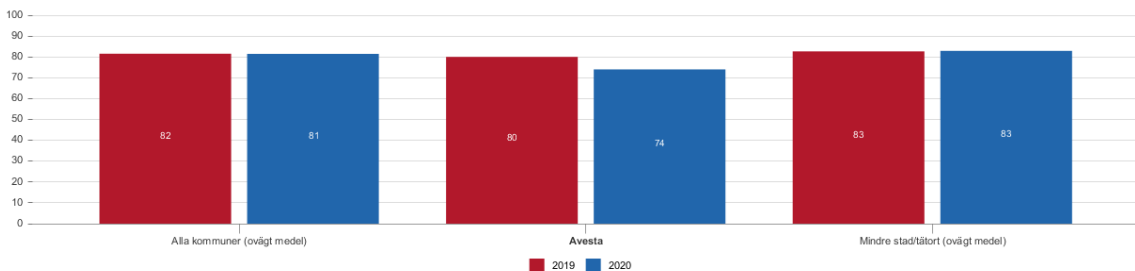
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)



Nyckeltal särskilt boende

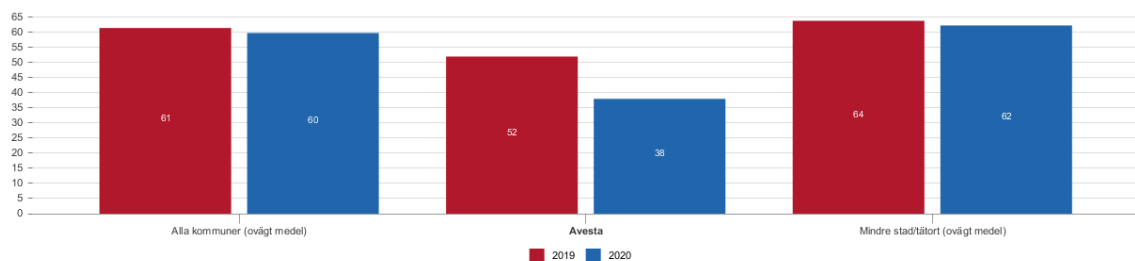
Övergripande

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)



Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de sämsta 33 % (jämfört med andra kommuner)

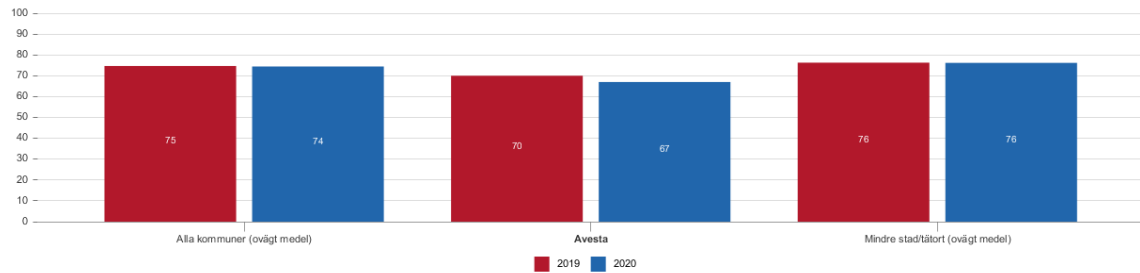
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)



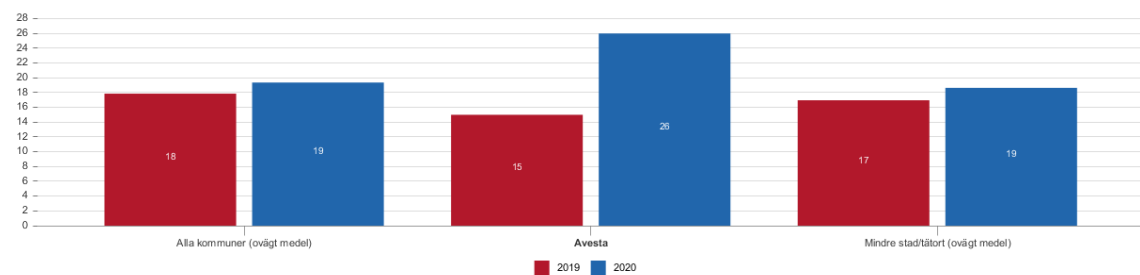
Avesta kommun
Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

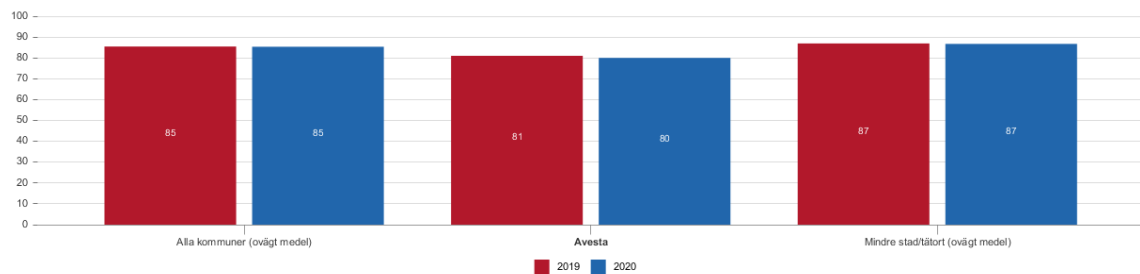
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)



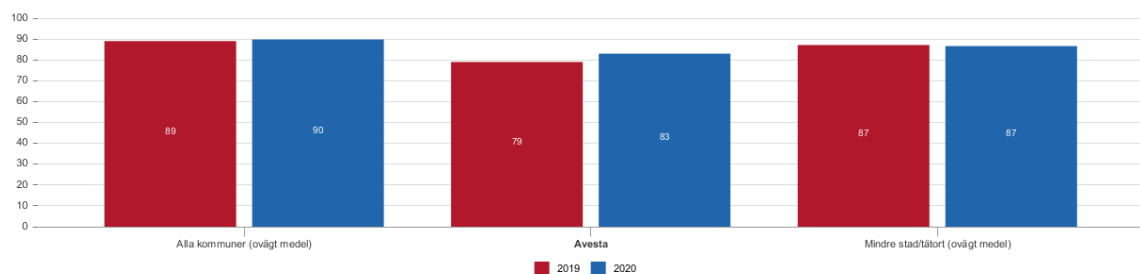
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)



Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)



Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - plats på äldreboende, andel (%)

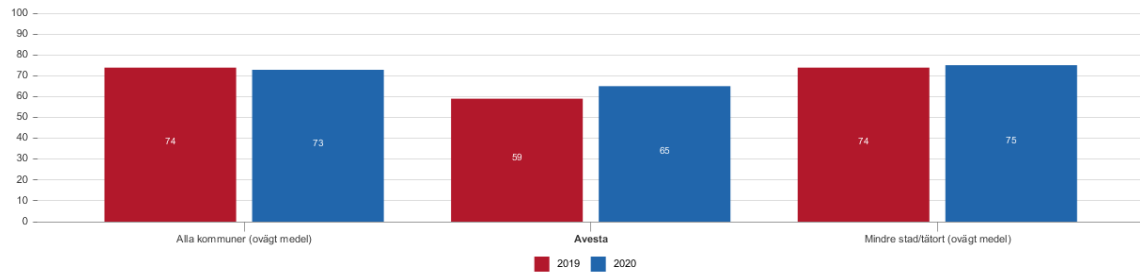


Avesta kommun

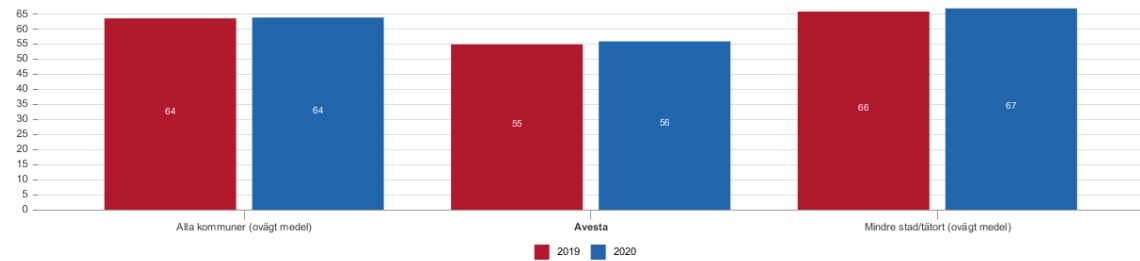
Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)

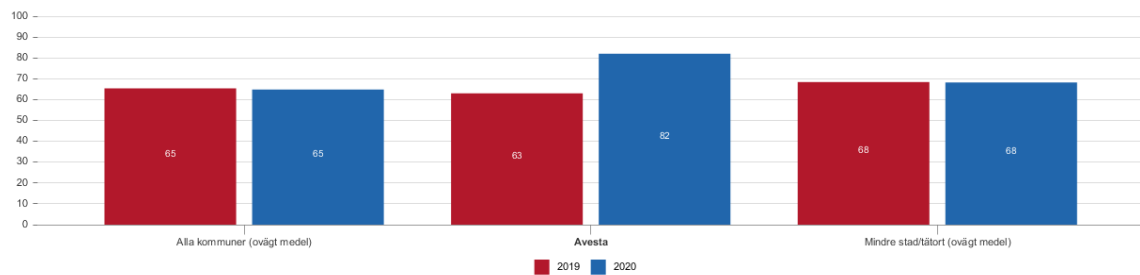


Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)



Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de bästa 33 % (jämfört med andra kommuner)

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)



Avesta kommun
Granskning av avvikelshantering inom äldreomsorgen

2021-11-16

Nyckeltal där Avesta kommun tillhör de mittersta 33 % (jämfört med andra kommuner)

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)

