

Att lära av det som fungerar

En studie av rapporter om avvikelser
från förväntad kvalitet

Petra Björne och Ingrid Runesson

FoU-rapport 2021:1
ISBN 978-91-984693-2-5
Funktionsstödsförvaltningen



Förord

Alla som arbetar inom LSS har uppdraget att aktivt bidra till att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Ett viktigt redskap är att uppmärksamma och rapportera avvikelser från förväntad kvalitet. Forskning om avvikelserapporter, liksom Socialstyrelsens och IVOs årliga rapporter visar emellertid att avvikelserapporterna inte används för kvalitetsutveckling på det sätt som varit avsikten. Denna FoU-rapport använder sig av ett teoretiskt ramverk utvecklat av Erik Hollnagel med kollegor för att resonera kring anledningen till att så är fallet, och argumentera för ett nytt sätt att tänka kring och hantera avvikelserapporter.

Det finns troligen flera skäl till att rapporter inte bidrar som tänkt till det systematiska kvalitetsarbetet. En anledning kan vara att ett fokus på det som gått fel inte nödvändigtvis ger underlag för att veta vad som bidrar till god kvalitet. En händelse som utgör en avvikelse från förväntad kvalitet ger en ögonblicksbild av verksamheten. En verksamhet av god kvalitet förutsätter långsiktighet och kan också bara mätas över tid. Med fokus på enstaka händelser blir åtgärderna inte sällan riktade mot att förebygga att samma eller liknande händelser inträffar igen. Det riskerar att utveckla en reaktiv organisation som saknar möjligheter till den långsiktiga utvecklingen av verksamheter av god kvalitet.

Vidare antas händelser ha en enskild, identifierbar orsak. I komplexa organisationer är det sällan fallet. Därför är det väsentligt att förstå det sammanhang där en avvikelse sker. Samma faktorer som samverkar för god kvalitet kan bidra till att det ibland inträffar negativa händelser. Genom att förstå hur arbetet utförs i vardagen, där mycket går väl och fungerar som det ska, kan dessa faktorer identifieras och ledas.

Denna FoU-rapport utgör ett intressant underlag för att utveckla hur avvikelserapporter kan integreras i ett vidare sammanhang. Fokus bör vara att få så mycket som möjligt att gå väl, snarare än att undvika att det går fel.

Carina Tempel
Tf förvaltningsdirektör

Malmö 5 juli, 2021

Innehållsförteckning

Inledning	5
Begrepp	6
Beteenden som utmanar	6
Avvikelser	6
Syfte och frågeställningar	8
Etikprovning	9
Metod	10
Empiri	10
Analys	11
Disposition	12
Avvikelse rapporter: resultat	13
Hot och våld mellan brukare	14
Avsaknad av kognitiva och kommunikativa hjälpmedel.....	14
Avsaknad av rapporter om tvångs- och begränsningsåtgärder	15
Avsaknad av rapporter om självskadebeteende.....	15
Orsaker.....	16
Egenskaper hos brukare	16
Avsaknad av att identifiera strukturella orsaker	17
Åtgärdsområde.....	17
Granskning av rapporterna	19
Förändring 2018 till 2020	19
Begränsningar i den empiriska studien.....	20
Forskning om avvikelser rapporter	21
Det svårfångade kvalitetsbegreppet	21
Ursprung till säkerhets- och kvalitetsarbete	22
Komplexa system innebär variabilitet	24
Tolka kvalitet inom Safety-I och Safety-II	25
Exempel	26
Systemfel eller ”den mänskliga faktorn”	28
Diskussion	31
Kontinuerligt kvalitetsarbete	32
Systemet för avvikelshantering	34
Hot och våld mellan brukare	35
Självskadebeteende	35
Beteende riktat mot personal.....	36
Avvikelse rapporters två syften	36
Dynamisk anpassning.....	37
Vad är det som egentligen har hänt? Analysera händelsen	38
Vems bristande kompetens?	38
Avvikelser i en kontext	39
Livsupplevelser som skadar.....	40
Rekommendationer	42
Slutsats	43
Tack	43
Referenser	44

Sammanfattning

Ett systematiskt kvalitetsarbete ska genomsyra de verksamheter som erbjuder stöd och service. En viktig del i att utveckla kvalitet innebär att de som har uppdrag i en LSS-verksamhet uppmärksammar och rapporterar avvikelser från den förväntade kvaliteten. Emellertid har myndigheter och forskning visat att avvikelserrapportering inte används för det systematiska kvalitetsarbetet på det sätt som varit avsikten.

I denna FoU-rapport redovisas resultat från ett forskningsprojekt som analyserar innehållet i avvikelserrapporter som rör händelser som beskriver beteenden som utmanar. Resultaten visar att det ofta saknas viktig information. Analyser och åtgärder ofta stannar på en lokal nivå och inkluderar inte de strukturella förutsättningarna för kvalitet, vilket försvårar möjligheten att på ett systematiskt sätt följa upp effekterna av åtgärder som vidtas.

FoU-rapporten sammanfattar också forskning om avvikelserrapportering. Sådan forskning visar att det är vanligt att anta att det finns en identifierbar orsak som är linjärt kopplad till en händelse, att mindre händelser inte uppmärksammas, och att avvikelser inte sätts in i sitt sammanhang. Detta leder till att verksamheter fokuserar på att undvika att göra fel, snarare än att utveckla möjligheten att göra rätt i så stor utsträckning som möjligt.

Författarna argumenterar att det organisatoriska lärandet förutsätter att avvikelser sätts i ett sammanhang av goda exempel. Stöd till människor i en dynamisk vardag där kontinuerliga anpassningar måste ske utifrån behov, innebär att samma samverkande faktorer bidrar både till framgång och till avvikelser. Genom att förstå hur det blir rätt, är det också möjligt att analysera vilka faktorer som bidrar till att en avvikelse inträffar.

Flera källor till information behöver sammanställas, för att öka förståelsen för vad som händer i en verksamhet och för att tidiga signaler om behov av kvalitetsstödjande och förebyggande insatser ska uppfattas. Avvikelse­rapporter ger en ögonblicksbild av en verksamhet eller stödet till en person med intellektuell funktionsnedsättning. Kvalitet säkras kontinuerligt. Genom att sätta avvikelserrapporter i ett större organisatoriskt sammanhang, stärks det gemensamma lärandet för god kvalitet.

Inledning

Händelser som har eller riskerar att få negativa konsekvenser för brukaren kan innebära att kvaliteten inte är tillräckligt god. Därför har medarbetare i verksamheter som bedrivs enligt **lag (SFS 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade** en skyldighet att uppmärksamma händelser som innebär brister i kvaliteten så att dessa kan åtgärdas och framtida händelser förebyggas (LSS 24a§ och 24b§; prop. 2009/10:131). Uppdraget att värna kvaliteten i LSS-verksamheter har funnits sedan lagen trädde i kraft 1994. Formuleringar har utvecklats och uppdraget tydliggjorts under årens lopp. Den 1 juli 2005 infördes den bestämmelse som kommit att kallas lex Sarah, och den uppdaterades 2011. Idag är lydelsen enligt LSS 24a§ att:

Var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

SFS 1993:387, 24a§

Detta ska ske genom att de som har uppdrag i LSS-verksamheter ska rapportera missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden. Dessa rapporter förväntas bidra till att kvaliteten säkerställs genom det systematiska kvalitetsarbetet i organisationen.

Redan i propositionen 2009/10:131 konstaterades det att det tycktes svårt att använda sig av rapporter om avvikelser för att utveckla verksamheten på ett systematiskt sätt. Slutsatsen var att även om kännedomen om skyldigheten att rapportera ökat, var kunskapen fortfarande för låg och rapporterna användes i för liten utsträckning i kvalitetsutvecklingen (prop. 2009/10:131, s 18). Såväl Socialstyrelsen (2018) som IVO (2016; 2020; 2021) har upprepat att det finns brister i det systematiska kvalitetsarbetet i kommunerna.

Eftersom svårigheterna att använda sig av rapporter om avvikelser i det systematiska kvalitetsarbetet kvarstår, behöver troligen förändringar göras. I denna rapport kommer författarna att argumentera för att nuvarande bestämmelser om skyldigheten att rapportera händelser som utgör ett avsteg från den förväntade kvaliteten inte bidrar till att utveckla verksamheternas kvalitet på det sätt som varit avsikten. Verksamheterna fokuserar på avgränsade incidenter, söker enskilda orsaker som antas koplade till händelsen för att åtgärda dessa i förhoppningen om att detta kommer att förebygga nya incidenter. Avvikelser tillsammans med riskanalyser medför att organisationen inriktar sig på att försöka göra så lite

som möjligt fel. I stället borde organisationen utveckla arbetssätt som fokuserar på att göra så mycket som möjligt rätt, både i förutsägbara och i oförutsägbara sammanhang.

Det innebär inte att avvikelserapporter inte kan och ska fylla en funktion. Men då måste de ingå i ett sammanhang där vardagens praktik utgör kontexten. I den praktiken finns det inga enkla kausala samband, där en enskild handling leder till en avgränsad avvikelse. Den komplexa vardagen där människor möts innebär kontinuerliga anpassningar till de behov som uppstår i en dynamisk vardag.

Begrepp

Beteenden som utmanar

I rapporten används utmanande beteenden och olika varianter: brukare vars beteende utmanar, beteenden som utmanar, osv. I engelskspråkiga publikationer används i allt högre utsträckning *behaviours of concern*. Alltså beteenden som oroar, eller beteenden som behöver uppmärksammas.

Här används därför *utmanande beteenden* om beteenden som ska ses som ett tecken på att brukarens behov inte är tillgodosedda och som därför behöver uppmärksammas. Fokus är beteenden riktade utåt, mot omgivningen eller mot den egna personen. De förorsakas vanligen av brister i kommunikation, utformning av stöd och bemötande, eller anpassning av miljön, liksom psykisk eller fysisk ohälsa. Gemensamt för beteenden som utmanar är att de behöver analyseras för att personens behov ska kunna tolkas och stödet anpassas, eftersom de annars kan leda till negativa konsekvenser för personen själv eller för omgivningen. Det innebär att också återkommande tillfällen som var för sig inte ter sig som allvarliga måste uppmärksammas och förstås i en helhet, som ett uttryck för hur personen upplever sin tillvaro.

Forskningsprojektet inkluderar inte beteenden som också bör uppmärksammas, leda till analys och ett anpassat stöd, exempelvis passivitet.

Avvikelser

Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Socialstyrelsen, 2012, s 28

I rapporten använder författarna begreppet avvikelser för händelser som antas vara ett tecken på att kvaliteten brister eller riskerar att brista. Avvikelser är alltså alltid av negativ karaktär och innebär ett hot mot brukarens stöd och utgör brister i kvaliteten, vilket påverkar eller riskerar att påverka brukaren negativt.

Rapporter om avvikelser är en ögonblicksbild av hur vardagen ter sig för brukare och medarbetare, och dokumenteras i ett digitalt system särskilt utformat för ändamålet. En majoritet av avvikelser utgör inte ett missförhållande eller risk för missförhållande, och leder därför inte till en lex Sarah-rapport till IVO, utan de bör bidra till kunskap om hur arbetet nära brukare utförs, och bör utgöra en grund för det organisatoriska lärandet.

Syfte och frågeställningar

Denna studie är genomförd inom ramen för FORTEs program för tillämpad välfärdsforskning, beviljat bidrag 2018-01336. Det innebär bl.a. en möjlighet för disputerade med anställning inom socialtjänsten att ansöka om forskningsmedel för att under tre år forska på halvtid inom ramen för sin tjänst. Denna rapport är en del av ett treårigt forskningsprojekt med syftet att identifiera faktorer som underlättar eller hindrar utveckling av kvaliteten i verksamheter enligt LSS för personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Främst fokuserar projektet på stödet till brukare vars beteende utmanar verksamheterna.

Projektet är utformat som en utforskande case studie (Yin, 2014). Case studie-metoden är särskilt användbar när gränsen mellan kontexten och det studerade fenomenet inte är helt klar. Metoden förutsätter att data samlas från flera källor. Kontexten är Malmö stads funktionsstödförvaltning och det studerade fenomenet är utvecklingen av verksamheter som möter brukare vars beteende utmanar. Projektet använder sig av data från hantering av avvikelser dokumenterade inom ramen för lex Sarah, enkäter gällande begränsande åtgärder, intervjuer med medarbetare och sektionschefer, samt interna dokument. Syftet för hela projektet är att svara på frågor om **hur** vissa faktorer underlättar eller hindrar utvecklingen av verksamheterna, men också **varför** (Yin, 2014).

Genom den praktiktäna forskningstjänsten har huvudförfattaren möjlighet att engagera medarbetare i förvaltningen i en iterativ, alltså stegvis process. Frågor har uppstått kontinuerligt under projektets gång, och genom närheten till verksamheterna har klagörande följdfrågor kunnat ställas vid behov. En sådan iterativ process har gett möjlighet att fördjupa och förbättra förståelsen för den kontext som utgör basen för datainsamlingen.

Närheten har också gjort det möjligt att följa olika narrativer, dvs. berättelser om det förgivettagna, och identifiera luckor mellan vardagens berättelse och de formella strukturerna som syftar till förändring och utveckling av kvalitet.

Genom att analysera avvikelser som dokumenterats av medarbetare i bostad med särskild service och daglig verksamhet för personer med intellektuell funktionsnedsättning utforskar författarna följande frågeställningar:

1. Vad är de vanligaste avvikelserna som dokumenteras?
2. Hur kan dokumentation av avvikelser bidra till kvalitetsutveckling och vilka hinder kan förekomma?
3. Hur kan kontinuerlig analys av avvikelser utvecklas för att bidra till kvalitet?

Etikprövning

Forskningsprojektet är godkänt av etikprövningsmyndigheten, med diarienummer 2018/838.

Metod

Empiri

Denna FoU-rapport utgår ifrån en analys av de avvikelser som medarbetare och chefer dokumenterar i ett digitalt system särskilt utformat för ändamålet. Avvikelse rapporter hämtades ur systemet den 3 december 2018, och avsåg perioden 1 juni till 30 november 2018 (Björne, Deveau & Nylander, 2021). Andra omgången rapporter hämtades den 1 december 2020, och avsåg perioden 1 juni till 30 november 2020.

Inkluderingskriterier var:

1. Verksamheterna bostad med särskild service (LSS 9§9) och daglig verksamhet (LSS 9§10) för personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism (LSS personkrets 1).
2. Tjänstepersoner med ansvar att utreda avvikelser identifierade också avvikelser som rörde myndiga personer som bodde i bostad med särskild service för barn (LSS 9§8).
3. Rapporterna dokumenterade händelser som på något sätt handlade om ett beteende som utmanar: brukare som agerar på ett sätt som försätter personen själv eller omgivningen i någon form av fara. Det kan innebära att personen agerar utåt (mot annan person eller mot föremål), eller mot den egna personen (självskadebeteende), lämnar verksamheten på ett sätt som inte är säkert, eller tar sig till miljöer på ett sätt som kan vara farligt.

Händelser som involverar mer än en brukare kan generera en rapport för varje involverad brukare. Eftersom huvudförfattaren inte hade tillgång till information som kunde avgöra om det handlade om ett eller flera tillfällen, hanterades varje rapport för sig.

I det första urvalet från 2018, identifierades 278 rapporter handla om beteenden som utmanade. 57 rapporter exkluderades eftersom beskrivningen av utmanande beteenden inte var tydlig nog. Exempelvis kunde händelsen bestå i att brukaren hade stoppat kläder i toaletten. Detta kan uppfattas som ett utmanande beteende, men eftersom beskrivningen var kort och annan information om händelsen saknades var det inte möjligt att avgöra om det handlade om ett beteende som utmanar. Vid sådana tveksamheter exkluderades alltså rapporten.

Därefter valdes de rapporter från de tio dagliga verksamheter och gruppbofastaäder som hade flest rapporter för den slutliga granskningen. Dessa verksamheter tillfrågades i ett senare skede av forskningsprojektet om att delta i intervjuer.

Allt som allt inkluderades 159 rapporter i det slutliga urvalet: 79 från gruppbofastaäder och 80 från daglig verksamhet.

I det andra urvalet, 1 juni – 30 november 2020 identifierades att 356 avvikelser från 22 dagliga verksamheter (antal 154, spridning 2-39, median 3,5) och 43 boende (antal 202, spridning 1-19, median 3) innehöll beskrivningar av beteenden som utmanade. I detta urval var inte avsikten att identifiera verksamheter för senare intervjuer, och därför behölls alla avvikelser som ett bredare underlag. Enligt Hollnagel (2014; 2018) är det väsentligt att även enstaka händelser uppmärksammas för att förstå hur arbetet utförs och sammanhanget. Författarna menar att genom att inkludera avvikelser från verksamheter med ett fåtal rapporter under undersökningsperioden ges en bättre förståelse för sammanhanget som helhet.

Analys

Texten från varje steg i rapporten samlades för sig, alltså:

1. Vad har hänt och vad var de omedelbara åtgärderna? Detta är den initiala beskrivningen som dokumenteras av involverade.
2. Vad var den identifierade orsaken?
3. Vilka åtgärder vidtogs?
4. Om tillgängliga, kommentarer från utredande tjänsteperson

Rapporterna lästes igenom för att få en övergripande bild av avvikelserapporteringen (Gubrium & Holstein, 2008). Därefter fördjupades läsningen av varje steg, där varje moment tolkades som en sammanhängande narrativ bestående av minde narrativer från olika verksamheter. Narrativen analyserades tematiskt utifrån ”vad” (Riessman, 2008):

1. Vad rapporterades?
2. Vad är orsakerna?
3. Vad är åtgärderna?

Syftet var att framväxande, alltså emergenta, teman skulle kunna belysa hur avvikelserapporter kan bidra till utveckling av verksamheter, men också vilka hinder som finns.

Faktorer som bidrar till eller hindrar analyseras i den andra delen av FoU-rapporten mot bakgrund av forskning inom den industri där avvikelserapportering har sitt ursprung.

Disposition

FoU-rapporten sammanfattar först empiriska data från avvikelserapporter insamlade under två sexmånadersperioder. Sedan presenteras forskning om arbete med en verksamhets säkerhet och kvalitet, med en tillbakablick på utvecklingen av industrins händelserapportering, vilket utgör grunden för avvikelserapportering så som den ser ut i lex Sarah. Nyare forskning om hur säkerhetsarbete bör utvecklas för att verkligen leda till utvecklingen av en organisation som förmår följa och följa upp, förutse, vidta rätt åtgärder och ta tillvara erfarenheter genom ett kontinuerligt lärande.

Avvikelserrapporter: resultat

Avvikelser rapporteras i ett digitalt system utvecklat för ändamålet. Systemet består dels av färdiga alternativ, dels fri text. Medarbetare beskriver händelsen och omedelbara åtgärder. Därefter identifierar första linjens chef möjliga orsaker (svarsalternativ och fri text), åtgärder och uppföljning (svarsalternativ och fri text). Tjänsteperson med ansvar att granska rapporterna och vid behov initiera en utredning enligt lex Sarah avslutar med en kommentar.

Avvikelserrapporter som samlats in har dokumenterats under rubrikerna: brist, hot och våld mellan brukare, missförhållande och påtaglig risk för missförhållande. I urvalet från 2020 användes också rubriken ”sexuella trakasserier”. Resultaten från 2018 och 2020 stämmer väl överens och därför redovisas de inte separat. Resultaten som redovisas bygger delvis på en artikel av Björne med kollegor (2021).

Det första steget i rapportering av avvikelser innebär att det som inträffat ska beskrivas. Det som oftast rapporterades i avvikelserrapporterna var **hot och våld mellan brukare**. Beteenden som utmanar orsakas ofta av bristande **kognitivt och kommunikativt stöd**, men rapporter med anledning av avsaknad av eller brister i användning av sådana hjälpmedel saknades. Även rapporter om **användning av tvångs- och begränsningsåtgärder** saknades, trots att användning av begränsande åtgärder är vanligt förekommande enligt IVO:s tillsynsrapporter. **Självskadebeteende** är ett vanligt förekommande beteende som utmanar, och orsakas ofta av att brukares behov inte är tillgodosedda. Rapporter som beskrev ett självskadebeteende saknades.

Ett bifynd i materialet är att vissa avvikelser som också kan vara av allvarlig karaktär inte har hanterats i systemet, trots att de inträffade tidigt i urvalsperioden. I en av rapporterna 2018 handlar det om att personal använt ett fysiskt hjälpmedel i syfte att begränsa brukarens rörlighet, alltså en tvångsåtgärd. Detta är en så allvarlig händelse att den borde hanterats omedelbart (Björne, Deveau & Nylander, 2021).

Hot och våld mellan brukare

De allra flesta avvikelserna handlade om hot och våld mellan brukare. Det kunde innebära att en brukare slog, rev, eller drog en annan brukare i håret eller i kläderna. Beskrivningarna inkluderade också att brukare kastade saker som medvetet eller omedvetet träffade eller riskerade att träffa en annan brukare. Beskrivningen av händelsen fokuserade på vad brukare gjorde, hur de drabbade brukarna reagerade och vad personal gjorde för att stoppa händelsen. Det senare kunde innebära att personal agerade fysiskt, exempelvis genom att ställa sig i vägen, men de kunde också försöka att motivera brukaren att lämna rummet eller engagera sig i en (avledande) aktivitet.

Avvikelse som rörde hot och våld mellan brukare skrevs nästan uteslutande utifrån den utsattes perspektiv. Direktarbetande personal och första linjens chefer berättade vid uppföljande frågor att det var den instruktionen som fanns. I ett fåtal tillfällen identifierades brister i stödet till den brukare som slog, att hen var försatt i en situation som orsakade stress.

Avsaknad av kognitiva och kommunikativa hjälpmedel

Det fanns beskrivningar av att personal eller sektionschef pratade med brukare under och efter händelser. Personal kunde säga till brukare att sluta med det de gjorde, men också uppmana dem att gå till sina lägenheter (gruppbostad) eller rum (daglig verksamhet). Personalen använde olika aktiviteter för att försöka avleda från situationen, genom att stötta brukaren att fokusera på något annat. Exempelvis kunde brukaren få frågan varför hen har slagit, men kunde då inte ge något svar.

Rapporterna angav att personal eller sektionschefer kunde föra samtal som stöd med den ena brukaren eller med båda brukare som var involverade vid en incident. Det saknades beskrivningar av på vilket sätt brukare fick stöd att vara delaktiga i samtalen med hjälp av kognitiva eller kommunikativa hjälpmedel, exempelvis seriesamtal eller sociala berättelser. Det framgick inte heller om brukare erbjöds sådana hjälpmedel för att hantera social interaktion, trots att just sådana sammanhang beskrevs som besvärliga.

Det framgick inte heller hur brukaren fick stöd att använda sina egna strategier för att hantera stress.

Avsaknad av rapporter om tvångs- och begränsningsåtgärder

Det förekom rapporter där åtgärder som kan tolkas som tvångs- och begränsningsåtgärder nämndes i beskrivningen av händelsen, utan att den som skrev rapporten tycktes reflektera kring användningen. Om åtgärden utgjorde en tvångs- eller begränsningsåtgärd borde den rapporteras som en avvikelse, eftersom sådana åtgärder inte är förenliga med svensk lagstiftning. Det saknades emellertid rapporter med anledning av att personal använt sig av sådana åtgärder. Snarare fanns beskrivningen mer med i bakgrunden och tycktes inte ingå i det fortsatta utredningsarbetet.

Exempelvis försökte personal övertala en brukare att acceptera en aktivitet personen tidigare tydligt tackat nej till, vilket ledde till ett beteende som utmanar. Men också mer uppenbart tvingande eller begränsande åtgärder beskrevs. Personal i daglig verksamhet beskrev att de höll fast en brukare som var på väg mot en annan brukare. Eventuellt dolde också mer förskönande omskrivningar användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder, där uttryck som att ”jag arbetade fysiskt nära brukaren” eller ”jag kramade brukaren” för att följas av att ”jag tog brukaren till sitt rum” användes för att beskriva att syftet eventuellt var att hindra brukaren från att ta sig fram. Skyddande åtgärder är tillåtna, men att på ett mer regelmässigt sätt använda sig av åtgärder som inskränker brukarens rörelsefrihet är inte lämpligt eller förenligt med lagstiftning.

Endast ett fåtal rapporter innehöll en beskrivning som gjorde det tydligt att en begränsningsåtgärd, exempelvis en låst dörr för att skydda brukare och personal, var den direkta anledningen till den rapporterade avvikelser. I dessa rapporter identifierades också handlingen som tydligt olämplig. De fåtal rapporter som fanns skrevs av någon som tycktes vara mer utomstående till händelseförloppet, dvs., någon som kom in under tiden.

Avsaknad av rapporter om självskadebeteende

Självskadebeteende är vanligt förekommande hos personer med en intellektuell funktionsnedsättning, och kan precis som andra beteenden som utmanar har sin grund i brister i hur stödet är utformat.

I både urvalet från 2018 och 2020 förekommer ett fåtal rapporter om självskada. Det handlar då om beteenden hos enstaka brukare som tycktes kopplade till allvarlig psykisk ohälsa. Emellertid saknades rapporter av mer vardaglig karaktär (med vardaglig avses inte trivial). Beteenden som riktas mot den egna personen nämndes oftast mer i förbifarten, för att understryka hur brukare påverkade varandra. Vanligen

nämndes självskadebeteende i avvikelser som handlade om hot och våld mellan brukare, där en person inte som inte var direkt involverad reagerade och exempelvis drog sig i håret, slog sig i huvudet eller bet sig. Det saknades alltså rapporter där självskadebeteende i sig gav upphov till rapporten, trots att detta är ett vanligt tecken på brister i stödet till personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Vid uppföljande frågor med anledning av detta, visade det sig att vare sig medarbetare eller chefer reflekterat över att självskadebeteende borde ge upphov till avvikelserapporter. Anledningar som angavs är att självskadebeteende var så vanligt och att man inte visste vad som utlöste dem, och att det därför inte var möjligt att rapportera alla tillfällen. De uppföljande dialogerna efter första urvalet ägde rum under hösten 2019, fram till februari 2020, och sammanföll med intervjuer. Dialog om självskadebeteende ledde inte till en ökning i antalet avvikelserapporter inom detta område.

Orsaker

Efter att händelsen beskrivits, innebär nästa steg att identifiera troliga orsaker till den. Det bör noteras att denna del av det digitala systemet för att rapportera ofta används sparsamt.

De teman som framträder under rubriken orsaker (till att händelsen inträffat) är **egenskaper hos brukaren** och **brist i att identifiera strukturella** orsaker.

Egenskaper hos brukare

I den del av avvikelserapporten där förmodade orsaker till händelsen beskrevs uttrycktes ofta egenskaper eller beteenden kopplade till brukaren. Det kunde handla om att brukaren hade diagnosen autism, var ny i verksamheten, hade ett utmanande beteende, psykisk eller fysisk ohälsa eller att personen var stressad. Men det kunde också uttryckas som att personen var en sådan som kastar saker.

I vissa rapporter kommenterade den som rapporterar att personen hade en kognitiv funktionsnedsättning. Inte heller i de fallen innehåller emellertid rapporten brister i användning av kognitiva eller kommunikativa stöd som skulle kunna ge upphov till händelsen. Med andra ord, det saknades beskrivningar av brister i att stötta brukaren att uttrycka sig, eller brister i lyhördhet för brukarens kommunikation som en orsak till ett beteende som utmanar.

Avsaknad av att identifiera strukturella orsaker

Orsaker till beteenden som utmanar kan förekomma på en lokal såväl som på en övergripande nivå. På den lokala nivån skulle en händelse kunna orsakas av att medarbetare inte följer de arbetssätt som skulle möta brukarens behov, exempelvis genom att inte anpassa kommunikationen till brukarens affektläge, vilket kan ha utretts exempelvis genom den stresstermometer som ofta används inom Malmö stads funktionsstödsförvaltning. På en mer övergripande nivå skulle orsaker till att medarbetare inte använder sig av arbetssätt eller inte följer rutiner identifieras, exempelvis kopplat till ledarskap, lokaler eller resurser.

De flesta orsaker identifierades på en lokal nivå och var kopplade till individer. Det kunde handla om att medarbetare saknade erfarenhet eller kunskap, eller att de inte följde rutiner. Ibland nämndes också att det saknades rutiner för att hantera vissa situationer.

Några få verksamheter nämnde att medarbetarna kunde fylla en roll i att förebygga hot och våld mellan brukare. Det kunde då handla om att se över rutiner om var medarbetare exempelvis befann sig för att hindra fysisk kontakt mellan brukare.

Enstaka rapporter noterade att medarbetare inte identifierade brukares kommunikation och därför missade viktiga signaler. Det fanns också några få beskrivningar om hur gruppen av brukare kunde samordnas, för att sammanhanget skulle kunna ge stöd för en positiv interaktion. I de flesta fall nämndes det i samband med att brukaren var ny. Orsaker som då nämndes var att brukare och personal inte kände varandra, och att det saknades kunskap om hur brukaren skulle att reagera på en gemensam aktivitet.

Vissa avvikelser orsakades av att det saknades medarbetare eller att det förekom många vikarier, vilket skulle kunna ses tillhöra en lokal nivå men också på en mer övergripande och organisatorisk nivå. På en mer övergripande nivå saknades helt orsaker som kunde kopplas till exempelvis handledning eller ledarskap.

Åtgärdsområde

Teman inom området för åtgärder är **avsaknad av enhetlig användning av fraser, upprepning av åtgärder, och avsaknad av övergripande nivå.**

I det digitala systemet för att rapportera avvikelser finns det rullistor med fraser för åtgärder, troligen för att underlätta eller effektivisera hanteringen av avvikelser. Det finns utrymme för att utveckla eller beskriva andra åtgärder, men den delen av rapportsystemet används inte

i stor utsträckning. Det medför att det kan vara svårt att följa på vilket sätt en åtgärd innebär en logisk följd av det som behöver förändras. Exempel på fraser är: förbättrad information/rapportering, efterlevnad av rutiner, förändra rutiner, samtal i grupp och samtal med berörd.

Fraserna användes inte på ett enhetligt sätt. Exempelvis kunde frasen **samtal med berörd** innebära att samtal hölls med brukare som varit involverade i händelsen, dvs., den som slagit eller hotat, eller den som utsatts för hot eller slag. Frasen användes också när samtal hölls med personalen som varit involverad. Samtal med brukare, oavsett roll i händelsen, kunde också åtgärdas med **samtal med brukare/legal företrädare**.

Den vanligaste frasen var **samtal i grupp**. Frasen var vanligen inte fördjupad med vilket innehåll eller vilken struktur sådana samtal kunde ha. När det fanns en precisering, kunde samtalen innebära att all personal skulle informeras om rutinerna, genom att gå igenom dem, eller att kunskapen hos personal skulle höjas. Det kunde också handla om att göra det tydligt för all personal att rutiner och planer ska följas.

Frasen **förbättra information/rapportering** användes exempelvis när en vikarie brast i att följa rutiner. Åtgärden kunde innebära att rutiner för introduktion skulle ses över. Andra gånger användes frasen när det saknades rutiner för hur brukarens stöd skulle utformas, vilket kompletterades med att omsorgspedagogen skulle ta fram en handlingsplan vid utmanande beteenden. Frasen kunde också vara kopplad till att personal behövde kommunicera mer strukturerat med varandra under ett arbetspass, för att stötta brukarnas interaktion. Ytterligare ett alternativ kunde vara att frasen användes när det saknades kunskap om brukarens hälsotillstånd.

Även användningen av **efterlevnad av rutiner** kunde ha olika betydelse. Rutinerna inkluderade handlingsplaner för att förebygga ett beteende som utmanar, mer generella handlingsplaner vid utmanande beteenden, som planer för att skydda andra brukare och personal vid det utmanande beteendet, eller mer allmänna rutiner. I en verksamhet konstaterade den nya sektionschefen att det saknades rutiner eller planer för att förebygga detta slags händelse från att inträffa, efter att fem liknande avvikelserapporter tidigare angett att åtgärden var att personal skulle följa rutiner.

Det saknades alltså information om vilka rutiner som ändrades och varför, kopplat till de rapporterade händelserna när frasen **förändra rutiner** användes. I en verksamhet angavs att rutiner uppdaterades efter varje händelse. Det framgick emellertid inte vad syftet var med uppdateringen och hur den eventuella förändringen var kopplad till

händelsen och en förmodad orsak. Detta försvårade en uppföljning av om förändringar haft avsedd effekt.

Förändra organisationen inkluderade ökad bemanning eller ändrad schemaläggning, ombyggnation eller andra lösningar för att hindra att brukare möts.

Några avvikelserapporter väckte uppmärksamhet, eftersom de angav att det inte krävdes några åtgärder trots att situationen uppenbarligen varit av sådan karaktär att en rapport hade skrivits. En anledning som nämnades var att en brukare som blev slagen av en annan inte tycktes reagera. Den slutsats som drogs var att slaget inte var så hårt. En annan anledning till att inga åtgärder behövde vidtas var att brukarna triggade varandra, i betydelsen att de båda var medskyldiga till att händelsen inträffat.

Det rapporterades inga åtgärder kopplade till ledarskap, vilket exempelvis hade kunnat vara en del av att förändra organisationen. Däremot förekom, främst i det andra urvalet, en precisering av organisatorisk förändring, i form av ombyggnad av lokaler.

Granskning av rapporterna

De flesta rapporter godkändes med en kort kommentar om att åtgärderna var tillräckliga. Enstaka kommentarer och uppmaningar om att vara observanta eller fortsätta arbetet för att förebygga händelser förekom. I ett fall i urvalet från 2018 kommenterades en vidtagen tvångsåtgärd positivt, då den förebyggde skada. Ansvarig utredare krävde inte att en planering för att förebygga fortsatta tillfällen med tvångsåtgärder.

Förändring 2018 till 2020

En påtaglig förändring som inträffade mellan urvalen 2018 och 2020 är att framför allt dagliga verksamheter i mindre utsträckning använde sig av mallen i det digitala systemet för att fylla i utredningen av incidenter. I stället bifogades en fil som underlag. Denna fil innehåller stödande frågor med syfte att underlätta för medarbetare att bidra till utredningen utifrån den kunskap de besitter. Det är i grunden positivt att medarbetares kunskap och kompetens tas till vara och att händelser utreds djupare, men det visar också på de brister som finns i systemet. Genom att skapa en separat dokumentation med bifogade filer försvåras också möjligheten att systematiskt sammanfatta och sammanställa data, exempelvis med sökord baserade på indikatorer, som underlag för en lärande organisation.

Begränsningar i den empiriska studien

Den empiriska delen av denna FoU-rapport redovisar en analys av avvikelserapporter som är dokumenterade under sex månader med två år emellan. Resultaten följdes inte upp på annat sätt, exempelvis genom granskning av verksamheten, för att undersöka vilken effekt som åtgärderna har haft för att förbättra kvaliteten.

Emellertid återkommer samma händelser i samma verksamheter, ofta utspridda över hela dataperioden. Det tyder på att åtgärderna inte haft tillräcklig effekt. Det är därför också rimligt att anta att rapporterna inte analyseras i en vidare kontext, eller följs upp. I stället upprepas åtgärderna, trots synbara brister vad gäller förändring.

Vidare utgår den empiriska delen data från en förvaltning. Emellertid visar resultaten på samma mönster som redovisas av Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen. Därför utgör de ett möjligt underlag som kan sättas in i en kontext där vi mot bakgrund av forskning diskuterar hur avvikelserapporter kan bidra till att utveckla kvalitet.

Forskning om avvikelserapporter

Metoden att rapportera avvikelser eller incidenter kommer ursprungligen från industrins risk- och säkerhetshantering, via sjukvården till socialtjänsten. Därför är det relevant att titta på forskning om risk och säkerhet, och hur utvecklingen inom detta område kan belysa hur avvikelserapporter skulle kunna bidra till kvalitet. Denna FoU-rapport kommer att använda sig av forskning från en bredd av områden för att belysa komplexiteten i att utveckla verksamheter med god kvalitet med hjälp av rapporter som dokumenterar händelser som innebär avsteg från kvalitet. Baserat på denna forskning ger rapporten underlag för att utveckla de strukturer som krävs för att utveckla kvaliteten.

Syftet med lex Sarah (prop. 2009/10:131) är att identifiera strukturella brister som leder till (potentiell) skada för brukaren. Det sker genom att fel och brister rapporteras för att sedan analyseras. Ett grundläggande antagande är alltså att rapporter om incidenter kan bidra till kvalitetsutveckling och lärande i en organisation, vilket förutsätter att rapporter av detta slag också faktiskt **kan** bidra till kvalitetsförbättring.

Rapporter om avvikelser dokumenterar vanligen händelser som innebär eller riskerar att medföra en brist i stödet till brukaren. Inom forskningen är det välkänt att det kan vara svårt att använda rapporter om avvikelser i stödet för kvalitetsutveckling (Hollnagel, 2014; Macrae, 2016; Mitchell et al., 2016; Roos af Hjelmsäter, et al., 2019; Trbovich & Vincent, 2019). Används rapporterna för att analysera och hantera misstag eller för att förstå de strukturer som bidrar till att förebygga att misstag alls händer (Smith & Plunkett, 2019)? Så som systemet är uppbyggt idag riskerar det att bidra till att enskilda individers handlingar kommer i fokus, vilket medför att människor skuldbeläggs, tillrättavisas och straffas för sina ”misstag” (Smith & Plunkett, 2019).

Det är oklart på vilket sätt rapporter om avgränsade händelser skulle kunna bidra till att nya händelser förebyggs. Att notera händelser som potentiellt utgör ett hot mot brukarens välmående kan leda till en reaktiv organisation: fokus ligger på att åtgärda fel som begåtts i syfte att förebygga att de händer igen. För att utveckla kvalitet behöver också det som fungerar uppmärksammas (Kelly, Blake & Plunkett, 2016).

Det svårfångade kvalitetsbegreppet

I sammanfattningen av forskningen nedan använder författarna begreppen **säkerhet** och **risk** någorlunda synonymt med **kvalitet**. Det främsta skälet är att terminologin i den forskning som beskriver system och sä-

kerhet har mycket gemensamt med de begrepp som används för att beskriva syftet med att rapportera avvikelser enligt lex Sarah: att rapporter om avvikelser ska bidra till att säkerställa och utveckla kvaliteten i stödet till brukare, och förebygga risker för händelser som kan innebära avsteg från förväntad kvalitet. I forskning om säkerhet antas allt fungera som det ska och är planerat (dvs., med god kvalitet) om det inte sker några incidenter. I LSS-verksamheter kan ett liknande antagande skönjas, eftersom så stor vikt läggs vid att medarbetare ska följa rutiner och handlingsplaner.

Säkerhet och risk ska alltså inte förstås individuellt, i betydelsen att ”Pär riskerar att gå ut på en trafikerad gata” eller ”Irene kan inte hantera en kniv på ett säkert sätt”. Begreppen ska förstås i förhållande till de processer och rutiner som har som avsikt att säkra kvaliteten i stödet till brukare, de processer och rutiner som ska granskas med hjälp av de avvikelser som inträffar (SOSFS 2011:9). Det finns självklart andra aspekter av kvalitet som inte adresseras i rapporten.

Propositionen 2004/05:39 utgår ifrån att kvalitetsbegreppet är svår-fångat, men några områden lyfts särskilt:

- Det bör vara en självklarhet att insatsernas kvalitet utvärderas utifrån effekterna för den enskilde, och att ett brukarperspektiv finns i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Utförande av insatsen bör stämma med målen för verksamheten, och med bestämmelserna i LSS.
- Rättigheter bör tillgodoses i form av rättssäkerhet, medinflytande och en lätt tillgänglig service.
- Bra bemötande och att personal har utbildning och/eller erfarenhet är väsentligt, liksom en väl fungerande arbetsledning.
- Verksamheterna använder sig av medvetna och genomtänkta arbetsätt.
- Organisation, arbetsprocesser, resultat och mål följs upp och utvärderas, och kvalitetsarbetet omfattar alla nivåer i organisationen.

Den naturliga fråga som uppstår är hur rapporter om och på vilket sätt avvikelser kan bidra till att utveckla ovanstående områden.

Ursprung till säkerhets- och kvalitetsarbete

Vikten av att identifiera möjliga risker och förebygga dem kom i första hand från verksamheter som kan innebära förödande konsekvenser när något går fel. Ett missöde skulle kunna innebära allvarliga konsekvenser för många människor, över lång tid eller ett stort geografiskt område. Exempel på sådana verksamheter är kärnkraft och oljeplattformar, men

även flyg och andra delar av trafiksektorn (Hollnagel, Wears & Braithwaite, 2015). Det präglade definitioner av vad säkerhet är, hur en säkerhetsmedveten organisation agerar, och hur orsaker till avvikelser identifieras och avhjälpas.

Allvarliga olyckor inom olika sektorer i industrin har lett till ett forskningsfält som ägnar sig åt att förstå hur även mindre händelser eller signaler sammantaget skulle kunna bidra till kollektiv kunskapsutveckling i en organisation. Signalerna skulle kunna användas för att förebygga allvarliga incidenter med allvarliga konsekvenser, men organisationer väljer att bortse från dem. 1979 totalförstördes en av reaktorerna i kärnkraftverket Three Mile Island. Detta kunde ske trots att händelser inträffat vid andra kärnkraftverk som visade att det fanns stora säkerhetsrisker som kunde förebyggas. 1986 bröts rymdfärjan Challenger sönder 73 sekunder efter start. Under testning av rymdfärjans delar visade det sig att hållfastheten brast, men vid varje steg där detta borde uppmärksammas valde individer och organisationen att bortse från dessa fakta för att skynda på möjligheten att skicka upp rymdfärjan (Vaughan, 2009).

Sådana olyckor, hur plötsliga och oväntade de än ter sig, sker alltså inte i ett enda ögonblick, utan de utvecklas över tid i en social och kulturell kontext (Pidgeon, 2011). I båda fallen fanns det varningssignaler som tidigt visade att en katastrof var på väg att inträffa. I båda fallen bortsåg organisationerna från signalerna, normaliserade avvikelser och vidtog inte nödvändiga åtgärder för att förebygga olyckorna och säkerställa allas säkerhet. Pidgeon (2011) menar att olyckan som inträffade 2011 i kärnkraftverket Fukushima Daiichi visar att organisationers lärande är komplicerat, eftersom olyckan inträffade trots att faktorer som bidrog till olyckan förutsågs av Perrow redan 1984 (i Pidgeon, 2011).

De tidiga modellerna för risk och säkerhet byggde på att ett outtalat antagande om att verksamheter eller system, något förenklat, antingen fungerade korrekt, utan brister i säkerheten, eller inte korrekt. När de inte fungerade som de skulle, när det inträffade avvikelser, innebar det en säkerhetsrisk. I denna modell var alltså definitionen på säkerhet frånvaron av negativa händelser. Hollnagel (2014; 2018) kallar detta sätt att beskriva säkerhet för Safety-I. Safety-I innebär ett linjärt sätt att tänka: att ett fel har en orsak och en åtgärd. Fokus ligger på att identifiera fel, därefter undersöka hur det har uppstått, och sedan hur det kan förebyggas och åtgärdas (Hollnagel, Wears & Braithwaite, 2015; Hollnagel, 2014; Hollnagel, 2018; Smith & Plunkett, 2019; Sujan, Huang & Braithwaite, 2017).

Modeller enligt Safety-I förutsätter att avvikelser orsakas direkt av enskilda avsteg från exempelvis rutiner, den mänskliga faktorn, eller organisatoriska orsaker. Med andra ord, avvikelser antas vara resultatet av

en avgränsad orsak, en rotorsak, som går att identifiera och som har en linjär relation till verkan, den negativa konsekvensen. Genom att identifiera rotorsaken ska felet kunna förhindras att uppstå igen.

Värdet av att försöka identifiera rotorsaker har ifrågasatts (Trbovich & Shojania, 2017). Analys av rotorsaker förutsätter att systemet kan beskrivas i detalj och brytas ner i sina enskilda beståndsdelar. Vidare kan en tidslinje fastställas och på så sätt kan det som orsakar en avvikelse identifieras (Hollnagel, Wears, & Braithwaite, 2015). Denna syn på industriella system kanske var användbart i 1950-talets industriella anläggningar. Människor interagerade direkt med maskiner och material, även om det är tveksamt att modellen fungerade särskilt väl ens i dåtidens mer analoga kontext. Idag, med ökad automatisering, där en stor del av arbetet sker via digitala system, med en hög grad av komplexitet, behöver risk- och säkerhetssystem förstås mer dynamiskt.

Komplexa system innebär variabilitet

Den komplexitet som varje system innebär, inte minst inom hälso- och sjukvård, har sedan 1980-talet lett till en utveckling av risk- och säkerhetstänkandet mot en mer dynamisk förståelse, Safety-II. Hollnagel (2014; 2018) menar att det är viktigt att verksamheter har en förmåga att dynamiskt kunna anpassa sig till rådande omständigheter för att lyckas nå det som är syftet, och har definierat detta som

förmågan att lyckas under såväl förväntade som överraskande omständigheter, så att mängden avsedda och acceptabla resultat är så många som möjligt. [översatt av PB]

Hollnagel, 2014, s 134

Oförutsedda händelser som innebär avsteg från det planerade är en del av vardagen i komplexa sammanhang, en självklar del av världen, men leder oftast inte till en brist i säkerheten. Genom dynamiska anpassningar bygger verksamheten motståndskraft (resiliens) vid oförutsedda händelser, alltså förmågan att hantera viss variation eller påfrestning. I övergången från Safety-I till Safety-II flyttas därför fokus från att fokusera på det som går fel, till att identifieras sammanhang där målet uppnås, dvs. där organisationen eller verksamheten framgångsrikt kunnat hantera variabilitet. Inom en sådan modell, där vardagens variabilitet är en självklar del, analyseras avvikelser, men också situationer som kunde lett till en avvikelse, men där dynamiska anpassningar gjorts för att framgångsrikt möta de rådande omständigheterna för att hantera störningar och överraskningar (Hollnagel, 2014; Hollnagel, Wears & Braithwaite, 2015; Kelly, Blake & Plunkett, 2016; Smith & Plunkett, 2019; Sujan, Huang &

Braithwaite, 2017). En utredning utifrån Safety-II har som syfte att identifiera vad som gått fel, men också, och kanske framförallt, när sådana dynamiska anpassningar har lett till framgångsrik hantering av störningar för att avvärja risker. Det är mot bakgrund av en sådan utredning också möjligt att förstå vilka faktorer som bidrar till att avvikelser inträffar.

Tolka kvalitet inom Safety-I och Safety-II

Enligt synen på säkerhet i modellen som Hollnagel (2014) kallar Safety-I uppstår inga avvikelser om allt fungerar så som designers, myndigheter, chefer och lagstiftare föreställer sig att arbetsuppgifter utförs framgångsrikt. En ändamålsenlig design leder till ett förväntat och önskat utfall. Med andra ord, när alla följer standardiserade procedurer, rutiner och riktlinjer kommer resultatet alltså att bli det avsedda. Detta kallar Hollnagel för ”arbete-som-tänkt”. Ett system eller en verksamhet kan analyseras utifrån sina beståndsdelar och eventuella risker kan förebyggas.

Uppstår en avvikelse innebär det brister i säkerhet och kvalitet, vilket kan mätas i antalet avvikelser. I denna modell finns det emellertid inget att mäta när det saknas dokumenterade brister eller avvikelser. Med andra ord, säkerhet och kvalitet definieras med sin motsats, avsaknad av säkerhet. Det leder till ett uppenbart dilemma: avsaknad av avvikelser innebär inte att verksamheten är av god kvalitet (Hollnagel, 2014).

Det är uppenbart att i ett komplext system som exempelvis stödet till brukare i en gruppbostad eller daglig verksamhet innebär, är det svårt att föreställa sig ”arbete-som-tänkt”. Vardagen ser därför heller inte ut som tänkt. För att nå målen krävs att det kontinuerligt sker anpassningar till rådande omständigheter, där handlingsplaner och rutiner används med omdöme och kompetens. Till följd av denna dynamiska vardag, är det enligt Hollnagel, Wears och Braithwaite (2015) inte möjligt att säkerställa att saker inte går snett genom att förebygga att de går fel. Det är i stället också nödvändigt att förstå hur de går väl, för att utveckla verksamheter som är motståndskraftiga och har förmåga att göra anpassningar som framgångsrikt förebygger negativa händelser. Vissa händelser bör fortsatt hanteras enligt Safety-I. Det är emellertid uppenbart att i en komplex och dynamisk vardag som det kan innebära att erbjuda stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning, behöver kvalitet säkras och utvecklas med hjälp av Safety-II.

Nedanstående tabell tydliggör skillnaderna mellan Safety-I och Safety-II

	Safety-I	Safety-II
Definition av säkerhet	Att så lite som möjligt går fel	Att så mycket som möjligt blir rätt
Hantera säkerhet	Reaktivt, agera när något händer eller utgör en risk	Förebyggande, försöker kontinuerlig förutse utveckling och händelser
Förklaringar till avvikelser	Avvikelser orsakas av misstag och felaktigheter. Målet för en utredning är att identifiera orsaker och bidragande faktorer.	Saker sker på samma sätt, oavsett utfallet. Syftet med en utredning är att förstå hur saker vanligen blir rätt för att förklara hur de ibland går fel.
Syn på den mänskliga faktorn	Människor ses generellt som ett ansvar och en risk	Människor ses som en resurs som är nödvändig för flexibilitet och motståndskraft.
Värdet av variabilitet i utförandet	Skadligt, ska förebyggas så långt möjligt.	Oundvikligt men också användbart. Bör iakttas och ledas.

Från: Hollnagel (2014). "Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management"

Exempel

Det är dags att sammanfatta teorin med ett exempel från vardagen i en verksamhet inom LSS. Verksamheter som erbjuder stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning är ofta mycket komplexa sociala nätverk, med många olika relationer. Personal och brukare delar utrymme där relationer utvecklas, ofta över lång tid. Vissa relationer fungerar väl, andra inte lika bra, men det kan vara svårt för personer med intellektuell funktionsnedsättning att välja med vem de bor och arbetar, eller vem som ger stödet. Därigenom har de begränsade möjligheter att påverka eventuella påfrestningar genom att välja att dela vardagen med människor de trivs med.

Komplexiteten består bland annat av vardagliga handlingar som är extra viktiga att identifiera och synliggöra. Det är vanligt att sådana hand-

lingar utgör en lågintensiv påfrestning för brukaren, men som inte uppenbart leder till beteenden som utmanar. De handlingarna är så förgivettagna, för att de följer en självklar norm, att de förblir osynliga om vi inte anstränger oss lite extra. Även om personen förmår härbärgera den påfrestningen, kan det innebära att toleransen för andra belastningar minskar. Så när vi utreder avvikelser om hot och våld mellan brukare, kan det vara helt andra, och ibland osynliga, faktorer som vi behöver arbeta med.

Både avvikelserapporter och diskussioner om händelser innehåller tanken att bekymret är att medarbetare inte följer rutiner eller handlingsplaner. Omvänt borde det alltså innebära att om alla bara utförde ”arbetet som tänkt”, dvs. följde nedskrivna planer så skulle händelser inte inträffa. När huvudförfattaren tidigt på 1990-talet gick en utbildning i tydliggörande pedagogik fick deltagarna lära sig att ”schemat gäller”. Det som var uppsatt på schemat skulle följas av både personal och brukare. I narrativen ingick att om personalen bara fick brukaren att följa schemat så skulle det visa sig att personen blev nöjd och glad, för personer med autism blev som mest tillfreds om rutiner följdes. Schemat skulle följas även om det ledde till upprördhet och turbulens ibland. Personen med autism skulle följa sitt schema och inte bry sig om vem som jobbade.

Men varje dag är sig inte lik, och relationer mellan personal och brukare skiljer sig. En trött dag kan det vara bra att kanske undvika att göra saker som är påfrestande. Det kan också vara enklare för brukaren om en kollega utför visst stöd tills övriga har skuggat och lärt sig momenten. Så även om beskrivningen av stödet, eller rutinen säger att brukaren ska gå ut i hallen och vänta på färdtjänsten, kan det vissa dagar vara bättre att sitta i favoritfåtöljen och sjunga tillsammans med personalen för att klara av väntetiden. Om brukaren någon sådan anpassad morgon slår på en annan brukare, skulle det faktum att personalen inte följde rutinen anges som orsak till händelsen. Åtgärden skulle vara att tala om vikten av att följa rutiner. Men då har vi inte tagit med alla de morgnar då personalen hjälpt till att **undvika** ett beteende som utmanar genom att **frånga** rutinerna, då det faktiskt varit det rätta att göra.

Med andra ord: samma handlingar som alltid förekommer i en komplex verksamhet, de kontinuerliga, oftast vardagliga och därmed osynliga anpassningar som görs, leder **både** till att en avvikelse undviks och till att den händer. Frågan är inte vilken enskild orsak som finns till en händelse, utan vilka samverkande faktorer som påverkar utgången just den här gången. För att förstå vad som händer när det ”går fel” behöver vi förstå vad som händer alla andra gånger, när det blir bra.

Vi kan alltså inte fokusera på ”arbetet-som-tänkt” utan måste utforska och förstå hur arbetet faktiskt utförs.

Systemfel eller ”den mänskliga faktorn”

Enligt Socialstyrelsen är det få kommuner eller landsting som arbetar på ett systematiskt sätt med patientsäkerhetsarbete: från avvikelserapporter till analys, och uppföljning av om åtgärder haft avsedd effekt (Socialstyrelsen, 2018). I exempelvis patientsäkerhetsrapporterna framgår det inte hur kommuner motiverar sina val av åtgärder eller resonemang kring utfallet. Även IVO (2020) noterar att det finns brister i det systematiska kvalitetsarbetet. Bland annat antar de att många missförhållanden inte rapporteras, exempelvis för att det finns kommuner som aldrig skickar in en lex Sarah-anmälan. IVO utgår från det som inte fungerar, ”för att peka på det som behöver förbättras i vården och omsorgen” (IVO, 2020, s 11).

IVO (2020) konstaterar att när brukare blir utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder av personal beror det på bristande kompetens hos personalen. Övergreppen sker emellertid inte i isolering. När medarbetare använder sig av otillåtna åtgärder finns det en första linjens chef som ser, men väljer att inte agera, alternativt inte ser för att chefer i vissa organisationer inte har möjlighet att arbeta tillräckligt nära sin verksamhet. Det är också möjligt att chefen inte har tillräcklig kompetens att vägleda sina medarbetare, att efterfråga nödvändig kompetens, eller stötta i att medarbetarna faktiskt använder exempelvis alternativ och kompletterande kommunikation. Många chefsbyten kan också bidra till att en ny chef inte ifrågasätter vissa arbetsätt, utan accepterar en arbetsplatskultur.

Oavsett anledning är bristande kompetens hos medarbetare och förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder en fråga som en organisation som helhet kan åtgärda på en strukturell nivå. Det är inte tillräckligt att berätta för medarbetare att användningen av tvång och begränsningar är otillåtet och erbjuda någon form av kompetensutveckling. Hela ledningsstrukturen måste vara engagerad i att utveckla stödet till brukarna och ta ansvar för att se och åtgärda.

Syftet med lex Sarah är att identifiera systemfel som leder till en händelse (Socialstyrelsen, 2014). Ändå fokuserar många lex Sarah-rapporter på enskilda individers handlingar (IVO, 2014; 2016). Så ser det också ut när det gäller avvikelser som rapporteras men inte går vidare till IVO. Det kan till viss del förklaras med att intentionerna med lagstiftningen är dåligt implementerad (IVO, 2014), och att medarbetare och chefer därför inte har redskap att hantera avvikelser på något annat sätt. Det kan emellertid också bero på att det digitala systemet för rapporteringen ger stöd för att identifiera enskildas handlingar, men inte för att utreda det komplexa sammanhang där avvikelserna äger rum.

Exempel på hur det digitala systemet stödjer identifikation av individers handlingar är frastexter som stöd för att ange potentiella orsaker,

där fraser som innebär att de/den inblandade inte följt rutiner riktar fokus från systemet, mot individ. Åtgärder, som att samtala med berörda eller ta upp händelsen i grupp är återigen individinriktade, på bekostnad av analys och förändring av kontext.

När en avvikelse inträffar är det en följd av ett stort antal faktorer som samspelar. Ändå tenderar vi att fokusera på slutpunkten, incidenten, och möjligen ett par steg som inträffade omedelbart dessförinnan (Besnard & Hollnagel, 2014). Vidare utgår systemet för hantering av avvikelser från att det finns en grundläggande orsak till händelsen, en grundorsak. I ett komplext sammanhang, där många faktorer samspelar, är det knappast möjligt att identifiera en enskild orsak till det inträffade. Synsättet leder till ett närsynt fokus på enskilda individers avgränsade handlingar, dessutom med den påverkan som uppstår när vi betraktar handlingarna med facit i hand. Människor agerar inte i ett vakuum, utan för att förstå resultatet, måste vi förstå det sammanhang där handlingar äger rum, ett sammanhang som definieras av komplexa relationer i tid och rum. Samma handlingar som leder till ett negativt resultat kan också leda till ett positivt. Vi kan använda handlingsplaner som ett exempel.

Vad fyller handlingsplaner och rutiner för roll för att säkerställa ett gott stöd till brukare? Handlingsplaner kan fylla ett antal olika syften, både i syfte att förebygga en händelse och att hantera att den inträffat. Handlingsplaner:

1. kan innehålla instruktioner för direktarbetande personal hur de ska agera för att erbjuda brukaren ett gott stöd i sammanhang som är svåra eller belastande för brukaren.
2. kan innehålla information om hur brukaren bäst får stöd för att kunna tillämpa sina egna strategier i olika sammanhang.
3. kan innebära information om hur den direktarbetande personalen tryggar sin egen säkerhet.

Många handlingsplaner innehåller element av olika syften. Analysen kompliceras ytterligare av att handlingsplanens syfte kanske inte är att förebygga den slags incident som lett till en avvikelserapport. Det är inte heller klart att brukarens beteende orsakas av brister i följsamhet till en handlingsplan. Låt oss titta på ett exempel:

En person med intellektuell funktionsnedsättning kastar vid upprepade tillfällen saker på ett sätt som gör att andra personer i närheten riskerar att få föremålen på sig. Det händer enstaka gånger att föremålen träffar. Orsaken anges som att medarbetare inte följer handlingsplanen. Åtgärden är att samtala i grupp (förmodligen i syfte att förmå medarbetarna att följa handlingsplanen).

Handlingsplaner eller rutiner för hur arbetet ska utföras är emellertid inte självklart kausalt kopplade till att arbetet utförs framgångsrikt, dvs. utan incidenter. Ett avsteg från planen innebär inte alltid att incidenter inträffar och att följa planen innebär inte heller att incidenter självklart förebyggs. En handlingsplan är med nödvändighet ofullständig. Den täcker inte alla möjliga situationer i en komplex och växlande vardag. Handlingsplaner utgår ifrån tänkta situationer, och måste ständigt anpassas till det stöd faktiskt som utförs (Besnard & Hollnagel, 2014). Följsamhet till en handlingsplan garanterar inte resultatet, och ibland kan det i stället vara lämpligt att göra avsteg från handlingsplanen. Därför måste handlingsplaner kontinuerligt utvärderas, diskuteras, följas upp och anpassas, inte enbart när något gått fel, utan även när handlingsplaner använts framgångsrikt. Arbetet med handlingsplaner blir då ett redskap för att identifiera framgångsfaktorer.

Rullistor i systemet med möjliga åtgärder rymmer ett antagande om vad som brukar orsaka avvikelser. Detta är dubbelriktat: de åtgärder som finns riktar fokus på vissa slag av avvikelser. Finns det handlingsplaner för att förebygga hot och våld mellan brukare eller för att förebygga att brukare lämnar boende eller daglig verksamhet, kommer förekomsten av sådana incidenter att uppmärksammas. Med andra ord, möjliga orsaker begränsar identifiering av incidenter.

Handlingsplaner ska tillämpas i ett komplext sammanhang som formas av miljön, människorna som befinner sig där, enskildas stödbehov och dagsform, medarbetares kompetens, ledarskap, den aktuella situationen, osv. I en så dynamisk kontext bör andra analyser än den linjärt kausala tillämpas, för att verkligen kunna förebygga negativa incidenter och utveckla en verksamhet av god kvalitet.

Eftersom avvikelser återkommer i samma verksamhet, av till synes samma orsaker och åtgärderna upprepas, leder det till ett flertal frågeställningar som skulle vända på perspektivet och utforska alternativa källor till kunskap:

1. Vilka faktorer i kontexten bidrar till att brukarna kan mötas på ett bra sätt, utan att göra varandra illa?
2. Under vilka omständigheter följer medarbetare de upprättade handlingsplanerna?
3. Vad är viktigt för att medarbetarna ska kunna använda sin kunskap och erfarenheter på bästa sätt, för att tolka och tillämpa handlingsplaner, men även göra avsteg från handlingsplaner, för att brukare ska få ett stöd av så god kvalitet som möjligt?

Diskussion

Det är nödvändigt för alla verksamheter att uppmärksamma när kvaliteten brister från det förväntade, men för att möjliggöra utvecklingen av god kvalitet är det också väsentligt att förstå vad som leder till god kvalitet. Med andra ord, fokus behöver flyttas från att undvika att göra fel (Safety-I) till att leda verksamheten mot att göra så mycket rätt som möjligt (Safety-II) (Hollnagel 2014; 2018).

Syftet med att avvikelser ska rapporteras är att organisationen ska dra lärdom av negativa händelser för att förbättra kvaliteten. Forskning och IVO:s årliga rapporter har visat att det är svårt att använda sig av avvikelserapporter på det sätt som varit avsikten. En bidragande orsak är att utredningen av avvikelser genomsyras av det som Hollnagel (2018) kallar övertygelsen om (linjära) orsaker: att en upphovet till en avvikelse är något avgränsat som går att identifiera. Flera studier visar att det inte finns avgränsade och enkelriktade orsaker till att avvikelser inträffar, utan de behöver utredas på ett annat sätt än vad som sker idag (Besnard & Hollnagel, 2014; Hollnagel 2014; 2018).

För att avvikelserapporter ska bidra till det systematiska kvalitetsarbetet, bör de inte ses som en avgränsad händelse med en enkel orsak utan som en process (Lindsay, Sandall & Humphrey, 2012), som ger oss ögonblicksbilder av vad som händer i organisationen över tid och på flera nivåer. Även mindre, till synes betydelselösa händelser behöver uppmärksammas, för att forma en helhetsbild över enskilda verksamheter och hela organisationen. Vaughan (2009) argumenterar, baserat på sin forskning om Challenger katastrofen, för att misstag är inbyggda i en organisation, i dess kulturer och strukturer. Vissa organisationer bortser ifrån tidiga avvikelser och signaler om att allt inte står rätt till, dessa normaliseras (Banja, 2010; Vaughan, 2009). Sådana signaler kan finnas utanför avvikelserapporteringen.

Det är inte enskilda verksamheters eller enheters ansvar att utveckla stödet till personer som är berättigade ett stöd av god kvalitet. Alla funktioner som har en roll att fylla bör vara involverade i att kontinuerligt analysera på vilket sätt deras ansvarsområden kan bidra till att utveckla och säkerställa god kvalitet. Detta inkluderar exempelvis lokalansvariga, HR-konsulter, ekonomer och ansvariga för digitala system. Avvikelserapporter bör därför analyseras och förstås i en organisatorisk kontext, där också processer som ter sig avlägsna från den omedelbara händelsen behöver skärskådas, i stället för att hanteras enbart på den lokala nivån.

Kontinuerligt kvalitetsarbete

Stöd och service enligt LSS är till för de personer som är i behov av insatser, och insatserna ska därför planeras och utföras utifrån enskildas behov och preferenser. De som exempelvis bor i en gruppbofastad eller har sysselsättning inom daglig verksamhet ska vara säkra på att stödet utförs med god kvalitet. Förekomsten av beteenden som utmanar utgör inget undantag från detta grundläggande uppdrag.

Alla som har uppdrag inom LSS-verksamheter har en skyldighet att aktivt bidra till verksamheternas kvalitet genom att dokumentera händelser som utgör en avvikelse från förväntad kvalitet. Verksamheter som ger stöd enligt LSS skiljer sig från många andra verksamheter där personal också har som uppdrag att rapportera avvikelser, exempelvis sjukvård och hemtjänst. De skiljer sig också markant från de verksamheter där sådan rapportering har sitt ursprung: flyg, kärnkraft och annan industri med hög risk.

Människor med en intellektuell funktionsnedsättning som utvecklat eller riskerar att utveckla beteenden som utmanar har ofta komplexa behov som tillgodoses i en komplex organisation. Det är en målgrupp som riskerar att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder. Sådana begränsande åtgärder tillgodoser inte den enskildes behov, och behov som inte är tillgodosedda riskerar att försvåra situationen ytterligare, även när åtgärden syftar till att skydda och underlätta ett stöd. Därför behövs ett kontinuerligt kvalitetsarbete, med syfte att förutse och förebygga beteenden som utmanar. En motståndskraftig organisation har emellertid förmåga att planera och agera systematiskt och strukturerat också vid oväntade belastningar.

Enligt SOSFS 2011:9, 4 kap, 3§ ska den som bedriver verksamhet

identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Tio år efter att lex Sarah infördes i LSS är det uppenbart att lagens intentioner om att avvikelser ska bidra till det systematiska kvalitetsarbetet (prop. 2009/10:131) inte är uppnådda (IVO, 2020). I förarbetena till att lex Sarah infördes i LSS, proposition 2009/10:131, fokuserar utredningen på personalens kompetens och deras uppdrag att medverka till god kvalitet genom att uppmärksamma brister. Lex Sarah riktar alltså genom sin intention och utformning blicken mot mikronivån, det direkta mötet mellan medarbetare och brukare, det som Hollnagel (2014; 2018)

kallar den skarpa änden. Fokus ligger på händelser som utgör en brist eller ett missförhållande, utifrån ett fokus på det lokala, individuella och brukarnära. I utredningar och kvalitetsberättelser, i kommunen såväl som hos IVO, görs inte självklart en koppling mellan det brukarnära arbetet till övergripande strukturer på mer organisatorisk nivå.

Bekymren kan till viss del bero på att begreppet kvalitet ofta sammankopplas med avvikelser och risker, särskilt inom ramen för avvikelser enligt lex Sarah. Avvikelse från den förväntade kvaliteten ska rapporteras i syfte att utveckla och säkra kvaliteten på stödet till brukare. Det föreligger en uppenbar paradox, som till viss del kan förklara varför rapporterna inte tycks bidra till det systematiska kvalitetsarbetet. Analys och åtgärder för kvalitetsutveckling utgår från dess motsats, när kvaliteten brister (Hollnagel, 2018). Det kan bli svårt att arbeta med kvalitet på ett konstruktivt sätt när arbetet utgår ifrån en definition av dess motsats (Hollnagel, 2014; Hollnagel, Wears & Braithwaite, 2015).

Alla avvikelser är inte alltid uppenbart allvarliga, särskilt inte om man läser dem var för sig. Men de kan sammantaget ge en bild av hur vardagen ter sig för både personerna med intellektuell funktionsnedsättning och personalen. I vissa verksamheter innebär denna vardag turbulens och oro, där en miljö som borde vara trygg och erbjuda återhämtning i stället innebär rädsla och belastning. Slutsatsen är att avvikelser behöver sättas in i ett sammanhang där de kontinuerligt analyseras ur ett organisatoriskt perspektiv. För att identifiera vad som ska göras räcker det inte med att identifiera potentiella faktorer som ledde till att det inträffade en avvikelse, en negativ incident. För att sätta in åtgärder som faktiskt bidrar till att förebygga incidenter, måste även likartade tillfällen där incidenten **inte** inträffade identifieras.

Givet att rapporter om avvikelser syftar till att bidra till det systematiska kvalitetsarbetet på en strukturell nivå, är det anmärkningsvärt att ingen av de analyserade rapporterna identifierar orsaker som på något sätt är kopplade till ledarskap. IVO (2021) konstaterar att brister i ledarskap, ledning och styrning bidrar till att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer. I detta ingår enligt IVO att det ska finnas rätt kompetens på plats, rutiner och arbetsmetoder, och ett nära ledarskap som underlättar för medarbetarna. Utifrån detta perspektiv skulle det vara värdefullt att tidigt identifiera hur ledning och styrning bidrar till att avvikelser om exempelvis hot och våld mellan brukare upprepas utan att vidtagna åtgärder har avsedd effekt. Då skulle vissa allvarliga missförhållanden kunna förebyggas på ett tidigt stadium, vilket lär ha goda effekter för brukare såväl som medarbetare.

Det är vanligtvis direktarbetande personal som rapporterar avvikelser. Detta följer troligen av att lex Sarah är formulerad utifrån idén om

att hitta det som gått fel i det brukarnära arbetet, eller riskerar att gå fel. Det finns inga direkta incitament eller stöd för att rapportera avvikelser på organisatoriska processer eller rutiner, som tilldelning av platser inom daglig verksamhet eller anvisning av lägenhet i ett gruppboende, den fysiska utformningen av verksamheten, ledarskap, hantering av personalärenden eller ekonomistyrning, trots att brister i sådana rutiner kan leda till, och leder till stora svårigheter för personal att möta brukares behov. Sådana övergripande processer kan självklart få stora konsekvenser för brukare, särskilt för dem som är extra känsliga för belastningar. Om organisationens utredningar då inte identifierar avvikelser som ett symptom på organisatoriska brister, exempelvis inom ledning, ekonomistyrning eller personalfrågor, kommer inte heller nödvändiga åtgärder inom dessa processer att identifieras. Det faktum att avvikelser av samma slag ständigt återkommer visar på att åtgärder som vidtas på lokal nivå inte har avsedd effekt och att det organisatoriska lärandet brister.

Systemet för avvikelshantering

I syfte att underlätta rapporteringen av avvikelser, har olika system utvecklats. Det system som används i Malmö stad har ett antal rullistor och frastexter. **Hot och våld mellan brukare** är en av de rubriker som kan väljas för att ange vilken sorts avvikelse som rapporteras. En annan rubrik som införts är **sexuella trakasserier**. Andra rubriker är mer allmänna, som **brist**. **Hot och våld mellan brukare** är den rubrik som används mest när det gäller beteenden som utmanar.

Troligen finns det flera skäl, men att det saknas en rubrik för självskadebeteende kan bidra till att brister i stödet som leder till ett sådant beteende inte rapporteras. Med andra ord, själva utformningen av ett digitalt verktyg kan bidra till vilken information som registreras och hur den sedan hanteras vidare i organisationen. Den här rapporten fördjupar inte det perspektivet, men det är värt att notera. Slutsatsen är emellertid att det som inte rapporteras ger lika viktig information som det som rapporteras om hur systemet bör anpassas för att kvaliteten ska kunna utvecklas. För att utveckla kvaliteten i verksamheterna och för att förstå hur hanteringen av avvikelser uppfattas i organisationen är det alltså viktigt att analysera inte bara vilka avvikelser som skrivs, utan också de som saknas.

Hot och våld mellan brukare

Personer med en intellektuell funktionsnedsättning som har stöd inom daglig verksamhet och bostad med särskild service har ofta stöd stora delar av sitt liv, och inom alla livsområden. De kan ofta bo i samma bostad länge. Det innebär att vardagen kännetecknas av nära och ofta långvariga relationer mellan människor, mellan dem som är i behov av stöd och dem som ger stöd. De lokaler som utgör ett hem och utrymmen för sysselsättning delas av andra, både brukare och personal. Det innebär möjligheter men också påfrestningar.

Detta sammanhang påverkar vilken slags avvikelser som rapporteras. Brister i bemanning eller i kognitivt och kommunikativt stöd kan innebära att personalen inte riktigt förmår fånga situationer tidigt. Även lokalernas utformning eller placering kan medföra att vissa situationer blir svåra att förebygga. Flertalet avvikelser bottnar i att många människor rör sig på en begränsad yta. En del av brukarna kan ha svårigheter att reglera interaktion och bli störda av andra. Det kan exempelvis vara en högljudd person, påtvingade möten i korridorer, en granne som stör på olika sätt, miljöer som inte tillåter avskildhet för att de är lyhörda eller trånga. Troligen är det anledningen till att den vanligaste avvikelser som rapporteras är **hot och våld mellan brukare**.

Självskaðebeteende

Målgruppen för studien är personer med intellektuell funktionsnedsättning som har stöd inom daglig verksamhet och bostad med särskild service. Detta är en målgrupp där självskaðebeteenden är vanliga, särskilt bland dem med mer omfattande intellektuell funktionsnedsättning (Cooper et al., 2009; Folch et al., 2018; Poppes et al., 2010). En nyligen publicerad metastudie (Steenfeldt-Kristensen, Jones & Richards, 2020) kommer fram till att de vanligaste formerna av självskaðande beteende är att slå med handen, rivande eller plockande på huden och att slå mot objekt, exempelvis slå huvudet i ett hårt underlag. Självskaðebeteende har betydande negativ påverkan på personen själv och omgivningen (Steenfeldt-Kristensen, Jones & Richards, 2020) vilket leder till en lägre livskvalitet (Beadle-Brown, Murphy & DiTerlizzi, 2009).

Det är vanligt att personal uppfattar självskaðebeteende som en egenskap hos brukaren, som brukaren inte har kontroll över (till skillnad mot beteenden som riktas utåt) (Dilworth et al., 2011). I dialogerna som fördes i anslutning till intervjuer (se avsnittet om metod för förklaring) rådde stor osäkerhet kring om och på vilket sätt självskaðebeteende

kunde ses som en händelse som utgjorde en avvikelse. Självskadebetende uppfattades inte uppstå till följd av brister i stödet, exempelvis för att personal inte uppfattat kommunikation, eller för att det inte varit möjligt för personal att vara så närvarande hos brukaren som är nödvändigt för att tidigt upptäcka stress, frustration eller behov av stöd och därmed kunna förebygga att brukaren skadar sig själv.

Beteende riktat mot personal

Ett annat område där avvikelser saknas är brukares uttryck för frustration som riktas mot personal. Givet de turbulenta situationer som ibland beskrivs i avvikelserna som rör hot och våld mellan brukare, så bör det inträffa att en brukare i en ansträngd situation inte bara slår en annan brukare, utan även personal som befinner sig i närheten. Vid uppföljning visade det sig att sådana tillfällen dokumenteras i ett eget system för tillbud som rör arbetsskador.

Avvikelse-rapportens två syften

Det har i forskning konstaterats att avvikelse-rapporter inte självklart leder till ökad säkerhet och kvalitetsförbättring. Det har också konstaterats i regeringens proposition om införande av lex Sarah i LSS och i uppföljande rapporter från Socialstyrelsen och IVO.

Ett skäl till dessa svårigheter kan vara att avvikelse-rapporter har två syften:

1. För det första att identifiera händelser eller risk för händelser som innebär att kvaliteten brister på ett sätt som kan medföra negativa konsekvenser för brukaren.
2. För det andra ska sådana rapporter bidra till att öka kvaliteten.

Identifiering av avvikelser från kvalitet innebär emellertid inte automatiskt att även möjligheter till att utveckla kvalitet identifieras. Dessutom utgör varken förekomst eller avsaknad av avvikelse-rapporter i sig självt ett (kvantitativt) mått på kvaliteten på stödet till brukare.

I vissa verksamheter återkommer exempelvis avvikelser som innebär ”hot och våld mellan brukare” under hela dataperioden. Det tyder på att vissa brukare bor eller har sin dagliga verksamhet i miljöer som inte är trygga på det sätt som alla människor har rätt att förvänta sig. Det är rimligt att anta att även de brukare som inte är direkt involverade i händelserna påverkas av en turbulent vardag. Det är möjligt att det är oroligare i verksamheterna än vad förekomsten av avvikelser ger inblick i. Regeringens proposition 2009/10:210 om patientsäkerhet och tillsyn understryker att tillfällen förekommer då en händelse kunnat rättas till direkt, varför

personalen inte ansett det nödvändigt att rapportera. Forskning om avvikelserapportering visar att det som nästan inträffade inte rapporteras, utan det blir löst lokalt (Hollnagel, 2014).

Avvikelse rapporter enligt lex Sarah antas kunna bidra till att utveckla kvaliteten i verksamheter. Fokus på avvikelser riskerar emellertid att leda till den problematik som diskuteras inom forskning om säkerhet. Kvalitet kommer att definieras som avsaknad av avvikelser. Med andra ord, kvalitet definieras med sin motsats: bristande kvalitet när avvikelser föreligger. Förekomsten av avvikelser kan mätas och uppfattas som att det föreligger brister i kvaliteten i verksamheter. Om kvalitet då likställs med avsaknad av avvikelser följs ologiskt nog ingenting upp (Hollnagel 2014, 2018). Avsaknad av avvikelser utgör inget incitament för kvalitetsutveckling. För att kunna följa upp och utveckla kvaliteten i en verksamhet behöver det finnas kvalitetsmått av värde för brukarna, oberoende av förekomsten av avvikelser eller inte.

Dynamisk anpassning

Verksamhet som vänder sig till personer med intellektuell funktionsnedsättning vars beteenden utmanar måste ha förmågan att dynamiskt anpassa stödet till brukarna utifrån rådande omständigheter för att följa intentionerna i lagstiftning och funktionshinderpolitiken. Även om stöd enligt LSS ska utformas utifrån individens behov, verkställs stödet ofta i kollektiva former, exempelvis daglig verksamhet eller gruppboenden. Forskning visar att det då är viktigt att utgå ifrån den kontext som faktiskt är (Hollnagel, 2014; 2018) och inte utgå från ett tänkt stöd, en vision som inte realiserats (Björne, 2020).

Verksamheter för personer med intellektuell funktionsnedsättning är föränderliga och måste bygga på variabilitet. Handlingsplaner och rutiner beskriver ”arbetet-som-tänkt.” Det är orimligt att förvänta sig att ett arbete som strikt följer rutiner eller handlingsplaner självklart leder till att avvikelser inte inträffar, eller att brott mot handlingsplaner är en direkt orsak till en avvikelse. Eftersom det inte föreligger ett enkelt samband mellan handlingsplaner och ett beteende som utmanar är det angeläget att händelser sätts in i ett bredare sammanhang där fler och samspelande faktorer kan identifieras. Det finns risker med att försöka förebygga att nya avvikelser inträffar med hjälp av åtgärder som bygger på antaganden om hur arbetet bör utföras som inte tar vardagens komplexitet på allvar. För det första har åtgärderna sällan avsedd effekt, vilket riskerar att bidra till minskande tillit till rapporteringssystemet, och fortsatta brister upptäcks inte. För det andra kan olämpliga eller ineffektiva åtgärder bidra till att skapa nya bekymmer, vilket kan förvärra situationen.

Hollnagel (Hollnagel, 2014, 2018) menar att det är väsentligt att öka kunskapen om hur arbetet faktiskt utförs. Då är det möjligt att identifiera faktorer som utgör en grund för att så mycket som möjligt ska bli rätt. Mot den bakgrunden kan avvikelser utredas på ett konstruktivt sätt och bidra till organisationens lärande.

Vad är det som egentligen har hänt? Analysera händelsen

När en avvikelse dokumenteras beskrivs den ur ett visst perspektiv, exempelvis som ”hot och våld mellan brukare”. Det är den synliga delen, eventuellt påverkad redan av det faktum att rubriken finns i systemet där avvikelser dokumenteras.

Men vad är det som **egentligen** har hänt? Det kan handla om att en person som är extra känslig för vissa belastningar, som ljudnivå, rörelse, närhet till andra människor, krav, hunger, temperatur, trötthet, osv., enskilt eller i kombination, reagerar utifrån den aktuella kontexten. Sambanden kan vara så komplexa att händelsen är **emergent**, eller inte linjärt orsakad av identifierbara faktorer. Det är samspelet mellan faktorerna som är det väsentliga för att oönskade händelser ska inträffa, och det kan vara faktorer som i tid och rum ligger på avstånd från den händelse vi ser.

Det vi **ser** är alltså en reaktion på omständigheter vi vet för lite om. Det vi kan och bör göra är att identifiera tidiga tecken på att belastningen börjar bli för hög. Det är alltså inte meningsfullt att fokusera på slutresultatet, incidenten då en brukare slår en annan brukare, utan varsamt och noga utforska belastningspunkter. Det görs inte genom att hantera en avvikelse rapport i taget, utan genom att belysa brukarens hela liv, tillsammans med personer i brukarens nätverk som besitter andra pusselbitar, både i tid och rum.

Utifrån behovet av en samlad bild är det extra olyckligt att incidenter då en brukare slår personal registreras i ett annat system, utifrån arbetsmiljö, och att information från olika källor inte analyseras tillsammans.

Vems bristande kompetens?

En återkommande beskrivning av verksamheter som bedrivs enligt LSS är att det finns stora brister i medarbetares kompetens. Detta återspeglas i de åtgärder som föreslås i avvikelsehanteringen: medarbetare följer exempelvis inte rutiner eller handlingsplaner och detta ska lösas med hjälp av samtal med de involverade och kompetenshöjande insatser. Enligt Hollnagel (2014) är det arbete som sker i ”den skarpa änden” sällan synkroniserat med det arbete som i tid och rum är åtskilt från praktikens

vardag, ”den trubbiga änden”. De som fattar beslut som direkt eller indirekt påverkar förutsättningar för direktarbetet, de som arbetar i den trubbiga änden, utgår från hur direktarbetet borde fungera eller antas fungera. Hollnagel menar att de som befinner sig i direktarbetet ser den uppenbara skillnaden mellan arbete-som-tänkt och arbetet så som det faktiskt utförs. Det är inte möjligt för dem som är några steg från den praktiska verkligheten att förutse alla alternativ, och därför måste det ske kontinuerliga anpassningar i vardagen.

De som arbetar i den trubbiga änden inser inte detta på samma omedelbara sätt, utan fortsätter sitt arbete utifrån antagandet att arbetet i praktiken utförs så som det är tänkt. Hollnagel poängterar det ironiska i att de i den trubbiga änden sällan eller aldrig analyserar sitt arbete utifrån att även de utgör en skarp ände, beroende på perspektivet. Detta ger ett annat möjligt perspektiv för att titta på de avvikelserapporter i verksamheter med återkommande, liknande händelser, där åtgärder inte tycks ha avsedd effekt. De som arbetar i den trubbiga änden bör ta ett steg in i processerna som påverkar direktarbetet och se sitt arbete som en skarp ände, och reflektera över hur beslut och strukturer skapar förutsättningar för bibehållen bristande kompetens, alternativt varför den kompetens som finns nära brukarna inte kommer till uttryck i det utförda arbetet.

Frågan uppstår hur samspelet mellan olika nivåer skulle påverkas av att de som ger stöd i vardagen, de i som med Hollnagels begrepp befinner sig i den skarpa änden, gavs insyn i och möjlighet att påverka den trubbiga änden.

Avvikelse i en kontext

Avvikelse och avvikelserapporter ger en ögonblicksbild av en verksamhet. För att verkligen arbeta med avvikelser och skapa ett organisatoriskt lärande, måste enskilda händelser sättas in i en kontext som också förstås över tid (Hollnagel, 2018; Roos af Hjelmsäter et al., 2019; Vincent et al., 2017). Kontexten utvecklas över tid och rum, där enskilda händelser i verksamheterna bara utgör en del. Vincent med kollegor (2017) rekommenderar att avvikelser analyseras genom patienters perspektiv. På samma sätt skulle avvikelser kunna analyseras genom brukares perspektiv, för att förstå hur också mer avlägsna processer bidrar och bidragit till att brukare och personal befunnit sig i en situation som inneburit en utmaning.

Det faktum att avvikelser återkommer och de åtgärder som vidtas inte tycks leda till att incidenterna förebyggs kan bero på att verksamheten inte analyserar det vidare sammanhanget där avvikelserna sker. Ett skäl skulle kunna vara att det är svårt att få en överblick över kvaliteten i

en verksamhet. Det finns ingen som har ansvaret att tolka olika källor till information om det som händer i brukarens liv. Det innebär att om brukaren i en situation uttrycker sin frustration genom att slå på en annan brukare, så dokumenteras detta i systemet för avvikelser. Slår brukaren i samma situation på personal, kommer detta att dokumenteras som ett tillbud i ett annat system. Och om brukaren dessutom skadar sig själv, exempelvis slår sitt huvud i en vägg, så dokumenteras detta inte alls, eller möjligtvis i den löpande, sociala dokumentationen.

Vid uppföljande frågor i förvaltningen visade det sig att det inte är självklart att använda sig av information från olika källor för att granska kvaliteten i verksamheten. Det saknas riktlinjer eller rutiner för att regelbundet utforska avvikelser, oavsett i vilket system de är dokumenterade, för att analysera och följa upp stödet till brukarna. Arbetsskador och avvikelserrapporter analyseras inte gemensamt, eller inom ramen för exempelvis den löpande dokumentationen och genomförandeplaner för att få en helhetsbild över verksamheten, trots att båda ger ögonblicksbilder av hur vardagen ter sig för brukare och personal. Denna brist på helhetssyn kan försvåra möjligheten att identifiera lämpliga åtgärder som kan förbättra stödet till brukarna, och därmed också leda till förändringar av medarbetares arbetsmiljö. Detta skulle vara en väsentlig utveckling i det systematiska kvalitetsarbetet.

På samma sätt bör interaktionen mellan olika nivåer i organisationen analyseras för att förstå hur de samverkar (Dekker, Cilliers & Hoffmeyr, 2011). Samma processer bidrar till att förebygga att avvikelser sker, som de som leder till en utmanande situation. För att avvikelserrapporter ska kunna bidra till god kvalitet behöver de alltså leda till en fördjupad reflektion om utveckling över tid och organisationen ur ett brukarperspektiv (Roos af Hjelmsäter et al., 2019).

Livsupplevelser som skadar

Sammanfattningsvis visar denna forskningsstudie att en del personer med intellektuell funktionsnedsättning bor och har sin sysselsättning i verksamheter där det återkommande inträffar händelser av en sådan karaktär att det sannolikt har en negativ påverkan både på dem som är direkt och indirekt involverade. Även de som delar de gemensamma utrymmena påverkas av oro och turbulens. Det finns ingen möjlighet för brukarna att påverka eller komma undan oron omkring dem. Med andra ord, platser som bör vara trygga och kunna erbjuda återhämtning, social samvaro och stimulans, belastar i stället och minskar personens möjligheter till god livskvalitet.

Det är viktigt att uppmärksamma dessa otrygga förhållanden, då människor med intellektuell funktionsnedsättning oftare än andra utsätts för skadliga upplevelser som kan påverka både den psykiska och fysiska hälsan negativt (Emerson, 2013; Hughes et al., 2019; Northway, Melsome, et al., 2013; Rittmannsberger et al., 2019). Såväl enstaka händelser som flera upprepade händelser kan ha en betydande påverkan. Med andra ord, inte enbart enstaka allvarliga och traumatiserande händelser är väsentliga att uppmärksamma och förebygga. Även upprepade händelser som var för sig inte ter sig så allvarliga, kan sammantaget ha motsvarande negativa och traumatiserande effekt (Ford & Courtois, 2020; SAMHSA, 2014). Sådana erfarenheter utgör en betydande belastning och minskar därmed personens motståndskraft (resiliens) och ökar känsligheten för framtida påfrestningar.

Symtom som tyder på trauma kan vara svåra att identifiera hos personer med en intellektuell funktionsnedsättning (Daveney et al., 2019; Kildahl et al., 2019; Kildahl et al., 2020a), men de har satts i samband med beteenden som utmanar (McNally et al., 2021; Rittmannsberger et al., 2020). Det är ovanligt att förekomsten av trauma kartläggs hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (Truesdale et al., 2019), men detta bör göras och på ett sätt som utgår ifrån personen (Kildahl et al., 2020b).

Enligt IVO (2019) tycks verksamheter för personer med intellektuell funktionsnedsättning bortse ifrån eller acceptera den påverkan återkommande incidenter mellan brukare har. Kommentarer i det empiriska underlaget för denna FoU-rapport, exempelvis att händelsen inte antas vara allvarlig eftersom brukaren in reagerade (på slag från annan brukare) tyder på att vissa händelser och beteenden normaliseras. Även kommentarer om att åtgärder inte behöver vidtas eftersom brukare triggas varandra kan bero på att det saknas kunskap om och förståelse för de långsiktiga effekterna av belastande livshändelser och trauma. Det medför en risk att verksamheten bidrar till att öka påfrestningen, i stället för att förebygga brukarens reaktion i form av ett beteende som upplevs som utmanande.

Rekommendationer

Vad behöver då åtgärdas för att rapporter om avvikelser användas i kvalitetsutveckling? Ett fokus på det negativa kan leda till en vilja att dölja händelser och försvårar möjligheten att lära av ett vidare sammanhang. Därför behöver organisationen skapa ett sammanhang där inte fokus är på att något gjorts fel eller ”blivit” fel. Genom att diskutera avvikelserapporter i en kontext där också framgångsfaktorer identifieras kan det organisatoriska lärandet utvecklas.

För det andra är det nödvändigt att tänka igenom vad systemet för avvikelser ska ha för output, alltså vilken information som behövs i det systematiska kvalitetsarbetet. I systemet finns rådata. För att de ska bli information måste de kunna sammanställas utifrån olika frågeställningar. Därför är det viktigt att systemet är flexibelt och tillåter olika sätt att sammanställa information. När detta är klart, är det dags att bestämma vilka data som behövs som underlag för att informationen ska kunna möjliggöra en värdefull analys. Först därefter är det dags att bygga ett system som gör det enkelt för medarbetare att bidra med underlag utifrån sin kunskap om brukare och det brukarnära arbetet, så som det utförs i vardagen.

För det tredje bör en större del av kontexten tas med vid analyser. Dessa bör utgå ifrån att avvikelserna äger rum i en kontext som är komplex och dynamisk. Det finns inte en linjär kausalitet, där en faktor förklarar det inträffade. Detta är särskilt uppenbart när samma slags incidenter återkommer över tid och identifierade orsaker och åtgärder inte leder till en förändring. Om en brukare exempelvis slår eller kastar saker på en annan brukare, är orsaken troligen inte att en medarbetare inte följt handlingsplanen. Vi måste se till det vidare sammanhanget. Det innebär att vi måste röra oss från ”arbetet-som-tänkt” till hur arbetet faktiskt utförs (Hollnagel, 2014), vilket i sin tur kräver att sammanhanget beskrivs på ett så adekvat sätt som möjligt. LSS utgår ifrån individers rättigheter i form av självständighet, självbestämmande och inflytande. I realiteten innebär det att de med stora stödbehov snarare än att bo i en egen lägenhet med individuellt anpassat stöd befinner sig i en tämligen kollektiv vardag, både i boende och daglig verksamhet. Det utgör en utmaning för medarbetare att ge stöd i dessa verksamheter om det inte finns en gedigen planering som tar hänsyn till det faktum att människor som behöver stöd för att interagera ibland befinner sig tätt inpå varandra utan reträttvägar. Det handlar alltså om mycket större sammanhang än vad som kan sammanfattas i en handlingsplan.

Slutsats

En kvarstående fråga är hur avvikelser på mikronivå, en ögonblicksbild av vardagen, ska tolkas inom ramen för brister i strukturer på makronivå, som består av långa processer. Och hur kan åtgärder på makronivå påverka kvaliteten för personer med en intellektuell funktionsnedsättning?

För att rapporter om avvikelser ska kunna bidra till att säkra kvaliteten för brukare, menar vi att studien visar att också små avvikelser bör analyseras i sitt sammanhang. Det kan finnas flera källor, såsom avvikelserapporter, arbetsskaderapporter, statistik om personalomsättning och sjukfrånvaro, semesteruttag, som tillsammans och tidigt kan ge underlag för en djupare analys. På samma sätt som det inte finns ett linjärt samband mellan orsak och avvikelse, saknas ett linjärt samband mellan förekomst av avvikelserapporter och kvalitet. Dessa källor kan vara extra viktiga när det saknas avvikelserapporter för att kunna skapa en stabil bild av kvaliteten på stödet.

De kan också visa vilka åtgärder som är relevanta att vidta: förutom det direkta stödet till brukare och kompetensutveckling kan det röra sig om exempelvis ekonomi, frågor som rör medarbetare, medarbetarskap och arbetsmiljö, lokalers utformning och eventuella ombyggnationer, och naturligtvis ledarskap. Dessa källor kan också möjliggöra uppföljningar från flera perspektiv. Därigenom bryts ett närsynt fokus på en händelse i taget, och då kan lärande i organisationen bli en verklighet och stödet till brukare utvecklas på ett sätt som gör skillnad för personer med intellektuell funktionsnedsättning och de personer som utför stödet.

Tack

Huvudförfattaren skulle vilja rikta ett tack till de tidigare kollegorna Åsa Andersson och Alexandra Emanuelsson, för långa diskussioner om vad avvikelser är för något. Lee Hammarstedt, Magnus Björne, Jenny Nihlén och Max Bozic har bidragit med värdefulla kommentarer på innehållet och på manus vid olika tillfällen. Linda Byrin och Ulf Jönsson har bidragit med datainsamlingen och sin kunskap om avvikelserapporter.

FORTE har bidragit med medel för forskningsprojektet, men också genom att skapa nätverk för de forskare som finansieras genom programmet för tillämpad välfärdsforskning. Ett särskilt tack riktas också till forskargrupperna VBE och LUCRED med professor Nils-Eric Sahlin respektive docent Björn Hofvander i spetsen. De har erbjudit huvudförfattaren möjligheten att på halvtid forska vid Lunds universitet.

Referenser

Banja, J. (2010). "The normalization of deviance in healthcare delivery." *Business Horizons*, 53, 139-148.

<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.10.006>

Beadle-Brown, J., Murphy, G., & DiTerlizzi, M. (2009). "Quality of life for the Camberwell Cohort." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 380-390.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00473.x>

Besnard, D. & Hollnagel, E. (2014). "I want to believe: some myths about the management of industrial safety." *Cognition, Technology and Work* 16, 13–23. <https://doi.org/10.1007/s10111-012-0237-4>

Björne, P. (2020). "As if living like others: An idealisation of life in group homes for people with intellectual disability." *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 45(4), 337-343.

<https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1793451>

Björne, P., Deveau, R. & Nylander, L. (2021). "Passing laws is not enough to change staff practice: The case of legally mandated "incident" reporting in Sweden." *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1873751>

Cooper, S., Smiley, E., Allan, L. M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). "Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of selfinjurious behaviour, and related factors." *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200–216.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01060.x>

Daveney, J., Hassiotis, A., Katona, C., Matcham, F., & Sen, P. (2019). "Ascertainment and prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with intellectual disabilities." *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(3–4), 211–233.

<https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1637979>

Dekker, S., Cilliers, P. & Hofmeyr, J-H. (2011). "The complexity of failure: Implications of complexity theory for safety investigations." *Safety Science*, 49(6), 939-945. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.01.008>.

- Dilworth, J. A., Phillips, N., & Rose, J. (2011). "Factors relating to staff attributions of control over challenging behaviour." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00570.x>
- Emerson, E. (2013). "Commentary: Childhood exposure to environmental adversity and the well-being of people with intellectual disabilities." *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 589-600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01577.x>
- Folch, AC-C, Muñoz, S., Rovira, L., Orejuela, C., Haro, J. M., Vilella, E., & Martínez-Leal, R. (2018). "Risk factors and topographies for self-injurious behaviour in a sample of adults with intellectual developmental disorders." *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(12), 1018-1029. <https://doi.org/10.1111/jir.12487>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2020). "Treating complex traumatic stress disorders in adults. Scientific foundations and therapeutic models" (2:a appl.). The Guilford Press.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2008). "Narrative ethnography". I: S. H. Hesse-Biber & P. Leavy (red.), *Handbook of emergent methods* (pp. 241–264). The Guilford Press.
- Hollnagel, E (2014). "Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management." Ashgate.
- Hollnagel, E. (2018). "Safety-II in practice: Developing the resilience potentials." Routledge.
- Hollnagel E., Wears R.L. & Braithwaite J. (2015). "From Safety-I to Safety-II: A white paper." *The Resilient Health Care Net*: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.
- Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Raymaker, D., Lund, E. M., Oswald, M., Katz, M., Starr, A., Ashkenazy, E., Powers, L. E., & Nicolaidis, C. (2019). "The relation of abuse to physical and psychological health in adults with developmental disabilities." *Disability and Health Journal*, 12(2), 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.09.007>

IVO (2014). Implementering och händelser. Lärdomar från analys av 41 lex Sarah-anmälningar.

IVO (2016). Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?

IVO (2020). Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019

IVO (2021). Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020

Kelly, N., Blake, S. & Plunkett, A. (2016). "Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting." *Archives of Disease in Childhood*, 101(9), 788-791.
<http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-310021>

Kildahl, A. N., Bakken, T. L., Iversen, T. E., & Helverschou, S.B. (2019). "Identification of post-traumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability: A systematic review." *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(1–2), 1-25. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595233>.

Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Oddli, H. W. (2020a). "Driven and tense, stressed out and anxious': Clinicians' perceptions of post-traumatic stress disorder symptoms expressions in adults with autism and intellectual disability." *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13(3), 201-230.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2020.1760972>

Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Oddli, H. W. (2020b). "If we do not look for it, we do not see it': Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 1119-1132.
<https://doi.org/10.1111/jar.12734>

Lindsay, P., Sandall, J. & Humphrey, C. (2012). "The social dimensions of safety incident reporting in maternity care: The influence of working relationships and group processes." *Social Science & Medicine*, 75(10), 1793-1799. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.030>

- Macrae, D. (2016). "The problem with incident reporting." *BMJ Quality & Safety*, 25 (2), 71-75. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>
- McNally, P., Taggart, L. and Shevlin, M. (2021). Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4). 927-949. <https://doi.org/10.1111/jar.12872>
- Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., & Wu, A. (2016). "Patient safety incident reporting: A qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'." *BMJ Quality & Safety*, 25(2), 92-99. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405>
- Northway, R., Melsome, M., Flood, S., Bennett, D., Howarth, J., & Thomas, B. (2013b). "How do people with intellectual disabilities view abuse and abusers?" *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(4), 361-375. <https://doi.org/10.1177/1744629513509565>
- Pidgeon, N. (2011). "In retrospect: Normal Accidents." *Nature* 477, 404-405. <https://doi.org/10.1038/477404a>
- Poppes, P., van der Putten, A., & Vlaskamp, C. (2010). Frequency and severity of challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1269-1275. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.017>
- Proposition 2004/05:39 Kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), m.m.
- Proposition 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar
- Proposition 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn
- Riessman, C.K. (2008). "Narrative methods for the human sciences." SAGE.
- Rittmannsberger, D., Kocman, A., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2019). "Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people

with intellectual disabilities.” *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 558-567. <https://doi.org/10.1111/jar.12549>

Rittmannsberger, D., Yanagida, T., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2020). “The association between challenging behaviour and symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Bayesian mediation analysis approach.” *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(7), 538-550. <https://doi.org/10.1111/jir.12733>

Roos af Hjelsäter E, Ros, A., Andersson Gäre, B. & Westrin, Å. (2019). “Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare.” *BMJ Open* 2019;**9**:e032290. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032290>

SAMHSA. (2014). SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Smith, A.F. and Plunkett, E. (2019). “People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice.” *Anaesthesia*, 74(4), 508-517. <https://doi.org/10.1111/anae.14519>

Socialstyrelsen (2012). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen (2014). Lex Sarah. Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

Socialstyrelsen (2018). Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?

Steenfeldt-Kristensen, C., Jones, C.A. & Richards, C. (2020). “The Prevalence of Self-injurious Behaviour in Autism: A Meta-analytic Study.” *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 3857-3873. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04443-1>

Sujan, M., Huang, H. & Braithwaite, J. (2017). "Learning from incidents in health care: Critique from a Safety-II perspective." *Safety Science*, 99(A), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.005>

Trbovich, P. & Shojania, K.G. (2017). "Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp." *BMJ Quality & Safety*, 26(5), 350-353. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006229>

Trbovich, P. & Vincent, C. (2019). "From incident reporting to the analysis of the patient journey." *BMJ Quality & Safety*, 28, 169-171. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008485>

Truesdale, M., Brown, M., Taggart, L., Bradley, A., Paterson, D., Sirisena, C., Walley, R., & Karatzias, T. (2019). "Trauma-informed care: A qualitative study exploring the views and experiences of professionals in specialist health services for adults with intellectual disabilities." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1437-1445. <https://doi.org/10.1111/jar.12634>

Vaughan, D. (2009). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA*. University of Chicago Press.

Vincent, C., Carthey, J., Macrae, C. & Amalberti, R. (2017). "Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation." *Implementation Science*, 12(151). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0695-4>

Yin, R.K. (2014). *Case study research: design and methods*. (5. ed.) London: SAGE.

Rapporter från FoU Malmö kan laddas ner från www.malmo.se/fou eller beställas via e-post: fou@malmo.se

2021 © författarna och funktionsstödsförvaltningen, Malmö stad. Tryck Stibo

Petra Björne, forskare med anställning i Malmö stads funktionsstödsförvaltning, och Ingrid Runesson, lektor vid Malmö universitet, beskriver i denna FoU-rapport hur rapporter om avvikelser kan bidra till det systematiska kvalitetsarbetet.

Författarna utgår från resultaten i ett pågående forskningsprojekt och sätter in dessa i en teoretisk ram för att fördjupa förståelsen för hur avvikelserapporter behöver förstås för att fylla sin avsedda funktion.



Malmö stad

FUNKTIONSSTÖDSFÖRVALTNINGEN

Strategiska avdelningen
205 80 Malmö
Telefon 040-34 10 00
www.malmo.se/fou