

Håbo Kommun

Årsrapport, avvikelser Hälsa-och Sjukvård

<i>RAPPORT</i>	2
<i>Avvikelseerrapport, årsrapport hälso-och sjukvård år 2020</i>	2
<i>Inledning</i>	2
<i>Sammanfattning avvikelser kommunala och privata vårdgivare.</i>	3
<i>Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet</i>	4
<i>Allvarliga händelser som utretts av MAS/MAR</i>	6
<i>Redovisning enheter</i>	6
<i>Samverkan med andra vårdgivare</i>	10
<i>Samlad bedömning/Analys</i>	11
<i>Bilaga Sannolikhets och konsekvensmatris</i>	12



Socialförvaltningen
Socialförvaltningens stab
Monica Lundquist, Medicinskt ansvarig för
rehabilitering
Irene Eklöf, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

RAPPORT

Datum
2021-01-29

Vår beteckning
VON 2020/00033 nr 5105

Avvikelse rapport, årsrapport hälso-och sjukvård år 2020

Inledning

En grundläggande del i ledningssystemet för att förebygga brister i verksamhetens kvalitet är hanteringen av avvikelser, klagomål och synpunkter. Patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att vårdgivaren ska utreda avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Avvikelse: Avvikande händelse som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Det kan röra en persons insatser, omsorg, vård och behandling, rutiner som inte följs, bristande åtkomst till system

Klagomål: Kan inkomma från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter, rör brister i verksamhetens kvalitet

Synpunkt: Kan inkomma från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter

Samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter är skyldiga att rapportera avvikelser och inkomna klagomål/synpunkter. Ansvarig chef har det yttersta ansvaret för att följa upp och åtgärda de brister i verksamheten som en avvikelse orsakat. Bedömning och utredning av händelser utreds av ansvarig enhetschef tillsammans med legitimerad personal och medarbetare, Allvarlighetsgrad och sannolikhet ska bedömas. Avvikelser som bedöms som allvarliga och som får ett riskvärde över 8 ska även utredas av MAS eller MAR. Enhetschef ansvarar för att verksamhetens rapporterade avvikelser och vidtagna åtgärder sammanställs regelbundet och återkopplas till personalen. Sammanställning av resultat ska också användas som underlag för förbättringsarbete.

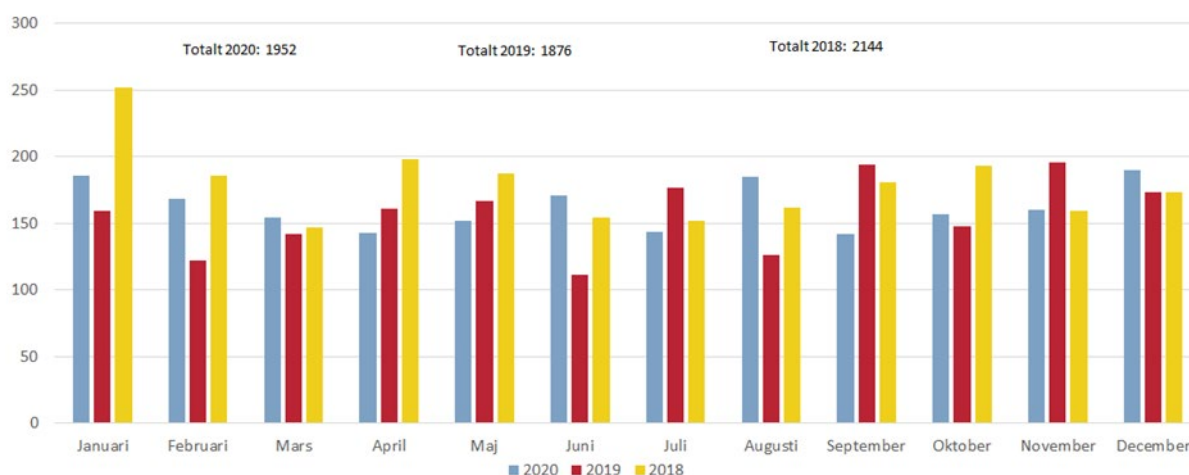
Underlaget i rapporten är statistik hämtat ur avvikelsemodulen i Treserva. Sortering har gjorts för att urskilja hälso-och sjukvårdsavvikelser från övriga avvikelser inom vård och omsorg. 2020 är det första året då avvikelser som berör hälso- och sjukvård presenteras i en rapport (denna) och avvikelser som berör socialtjänst och omsorg presenteras i en annan rapport, Vård och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter helår 2020.

På grund av den arbetsbelastning som Coronapandemin medfört i verksamheterna så har den inrapportering i Stratsys med avvikelседata som enhetschefer tidigare år gjort inte

genomförts. Avvikelsedata har istället tagits direkt från Treserva. Det kan innebära en viss skillnad från tidigare årsrapporter eftersom data som enhetschef registrerat i Stratsys till viss del har avvikelser bortsorterade då man i hanteringen bedömt att det inte är avvikelser. Årsrapporten hämtar enbart sitt underlag från de rapporterade avvikelser som gjorts 2020 och 2019.

Sammanfattning avvikelser kommunala och privata vårdgivare.

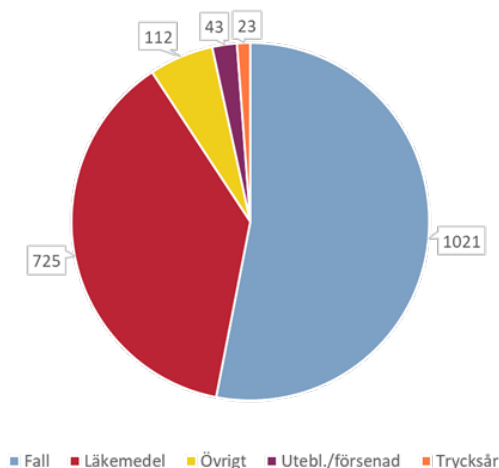
Bild som visar totala antalet hälso-och sjukvårdsavvikelser per månad de senaste tre åren.



I verksamheterna finns en hög medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser och man har god följsamhet till att rapportera. Hälso-och sjukvårdsavvikelsena står för 78 % av alla avvikelser som rapporteras. Inräknat i antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser ligger även risk för avvikelse som är 28 st. och klagomål och synpunkter som är 11 st.

Av det totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser är det fall och läkemedel som är de största områdena. Andra områden som rapporteras som hälso-och sjukvårdsavvikelser är utebliven/försenad hälso-och sjukvårdsinsats, trycksår samt övrigt där områden utebliven/bristande information, annan händelse hälso-och sjukvård samt brist i åtkomst system legitimerad personal slagits samman då de var och en för sig, står för en så liten del.

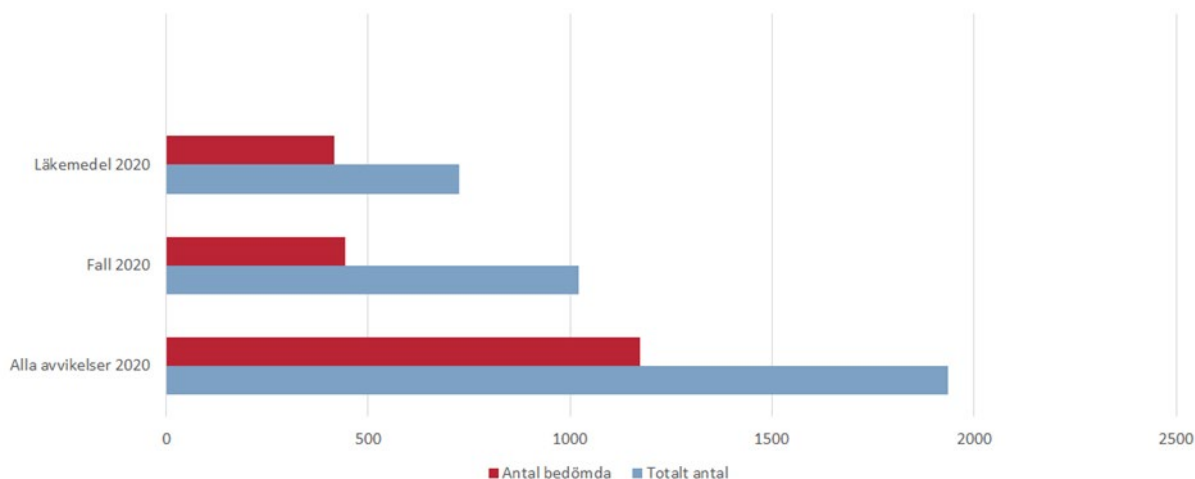
Bild som visar fördelning avvikelseområden inom hälso-och sjukvård



Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

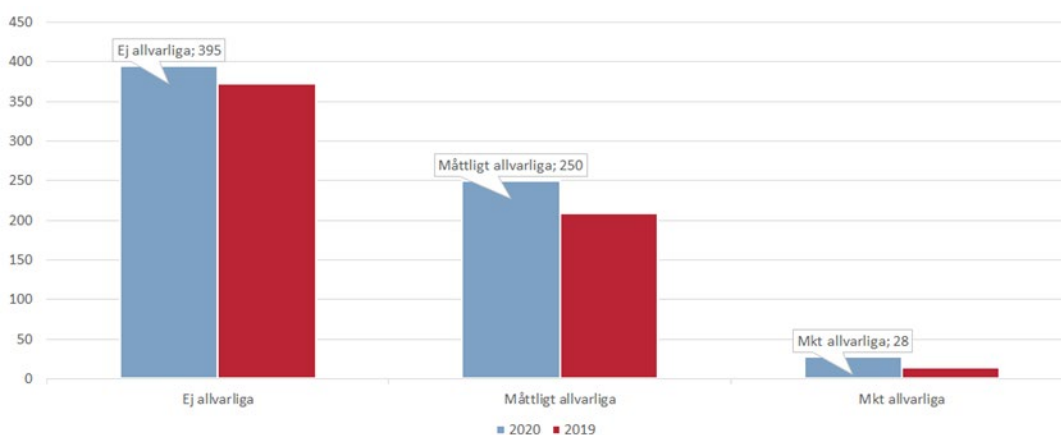
I processen att utreda avvikelser ingår att bedöma allvarlighet, och sannolikhet för att en händelse skulle kunna inträffa igen. Det är en viktig del i avvikelshantering för att förstå vilka händelser som är allvarliga och om det finns risk för att de upprepas och patienter därmed riskerar att drabbas av vårdskada.

Bild som visar bedömda fall och läkemedelsavvikelser jämfört med totala antalet HSL avvikelser



Allvarlighet och sannolikhet har bedömts i 1173 av 1952 händelser (60 %). Fallhändelser har bedömts i 443 av 1021 händelser (43 %). Läkemedelshändelser har bedömts i 415 av 725 (57 %). Om man jämför med 2019 så bedömde man då fler fallhändelser (60 %) och läkemedelshändelser (75 %).

Bild som visar hur fördelningen av allvarliga, måttligt allvarliga och icke allvarliga ser ut 2020



De flesta avvikelser bedöms som icke allvarliga eller måttligt allvarliga. Ett mindre antal bedöms som mycket allvarliga/katastrofala.

Fall

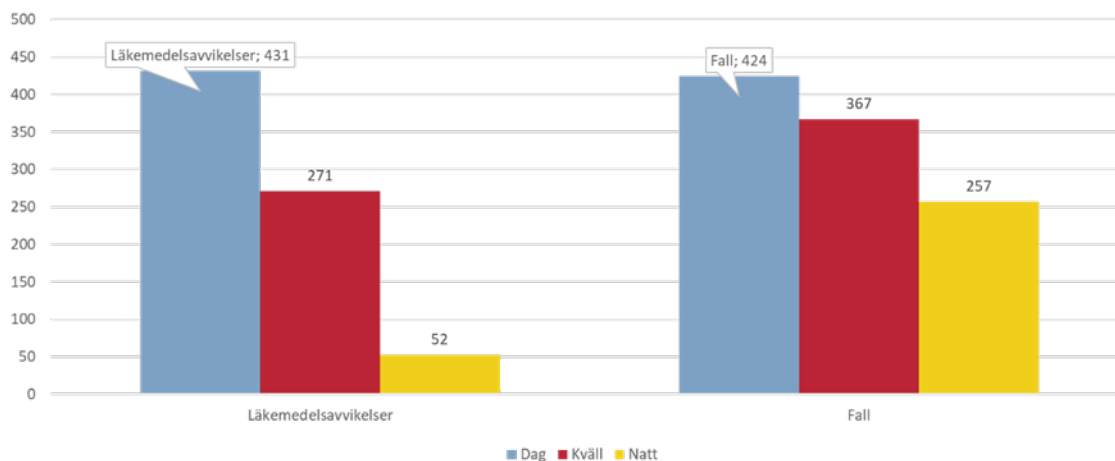
En fallavvikelse definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte. Alla sådana händelser ska rapporteras som en avvikelse. 2020 har 1021 fallavvikelser rapporterats. I jämförelse med 2019 så har antalet rapporterade fall ökat från 883 till 1021 vilket är en ökning med 13 %. De flesta fall sker dag och kväll men även en viss andel nattetid, 257 fall sker på natten. (25 %). Fördelat över veckans alla dagar så är andel fall på helger 328 (30 %). 21 fallavvikelser bedöms vara mycket allvarliga och sannolikheten för upprepning bedöms som stor eller mycket stor. De allvarliga avvikelserna berör 6 personer varav en person har fallit 8 gånger.

Läkemedel

Avvikelser i läkemedelshantering handlar framförallt om utebliven dos, utebliven signering, dubbel dos eller dos på fel tid. De flesta läkemedelshändelser sker dagtid. I jämförelse med 2019 så har antalet rapporterade läkemedelshändelser minskat från 890 till 725 vilket är en minskning med 22 %. 4 läkemedelshändelser bedöms som mycket allvarliga och sannolikheten för att det ska upprepas bedöms vara stor eller mycket stor. De händelserna handlar om brister i dokumentation och hantering av narkotikaklassade läkemedel. Åtgärder har vidtagits för att minska risken att de inträffar igen. Vissa av de här bristerna har också noterats i den externa granskningen av Apoteket AB och vidare åtgärder kommer att genomföras, bland annat revidering av rutin kring läkemedelshantering.

Det förekommer att personal ger läkemedel utan giltigt delegering, i vilken omfattning är inte känt. Orsakerna kan vara att man glömt att förnya sin delegering, att man inte har tillgång till verksamhetssystemet där signering sker. Anledningen till att man inte har tillgång till systemet beror på brister i samordning kring tillgång till systemet i samband med att en person påbörjar sin anställning.

Bild som visar fall och läkemedelsavvikelser över dygnet



Trycksår

I trycksår inräknas alla grader från stadie 1 som innebär rodnad men där huden är intakt till stadie 4 som innebär fullhudskada. 23 trycksår har rapporterats i år, 2019 rapporterades 29 st. 21 av trycksåren rapporteras som uppkomna i den egna enheten i jämförelse med 2019 då det var 23 st.

Allvarliga händelser som utretts av MAS/MAR

MAS/mar har utrett risk för vårdskada och risk för missförhållande för en patient som flyttat hem från Solängens korttidsboende. Ingen allvarlig risk för vårdskada eller allvarlig risk för missförhållande konstaterades och händelserna medförde därmed inte någon anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Däremot konstaterades en del brister. Ett klagomål rörande händelsen har också lämnats från anhörig och MAS har utrett klagomålet med frågeställningen risk för vårdskada och verksamhetsutvecklare har utrett med frågeställningen risk för missförhållande. Utredningarna konstaterar återigen att händelserna inte medfört en allvarlig risk för vårdskada eller missförhållande, och anmäls därför inte till IVO. Men, även här konstateras brister av liknande karaktär som i de två första utredningarna. Inom följande områden har brister konstaterats:

- Struktur, samverkan och samordning
- Dokumentation
- Kommunikation
- Rapportering av avvikelser
- Kunskap om demenssjukdom
- Delaktighet för närstående

Under hösten har IVO inkommit till förvaltningen med samma klagomålsärende som vi redan utredde under våren och med vissa kompletterande frågor. Förvaltningen har skickat ett yttrande och alla berörda professioner har också fått möjlighet att yttra sig. Svar från IVO har ännu inte kommit.

Fem händelser som rör uteblivna rehabiliteringsinsatser och händelser med medicintekniska produkter har utretts. Händelserna har skett inom LSS området varav tre på Vallvägen 4 och en på Vallvägen 2 och en inom personlig assistans. Ingen av händelserna har bedömts som vårdskada. De åtgärder som vidtagits handlar om förbättrad samordning vid delegering av ståträning, tydligare information i samband med delegeringar av ståträning samt uppmärksamhet kring säkerhet vid hjälpmedelsanvändning.

Redovisning enheter

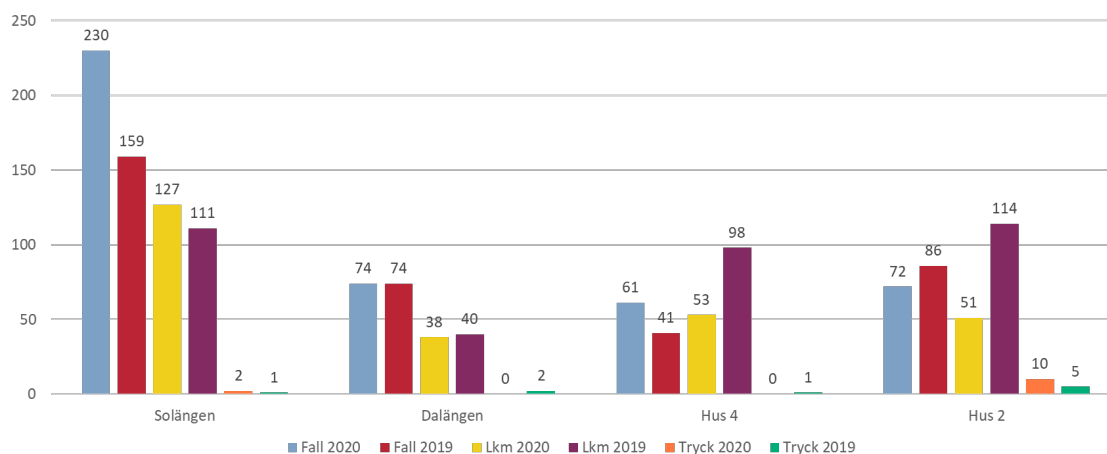
De enheter som redovisas är de där flest händelser inträffar. Socialpsykiatri, personlig assistans Dagverksamhet för demenssjuka och Daglig verksamhet är inte redovisade.

Särskilda boenden SOL

På Hus 4 och Dalängen har man inga trycksår. På Solängen har man haft två trycksår som uppkommit på enheten och Humana tio stycken som uppkommit på enheten. I jämförelse med 2019 så har fallen ökat på Solängen från 159 till 230 (44 %) och Hus 4 från 41 till 61 (48 %), fallen är oförändrade på Dalängen och har minskat på Hus 2 från 86 till 72 (16 %)

Läkemedelsavvikelser har ökat på Solängen från 111 till 159 (43 %) och minskat eller är oförändrat på övriga boenden. På Hus 4 har det minskat från 98 till 53 (45 %) och Hus 2 från 114 till 51 (55 %)

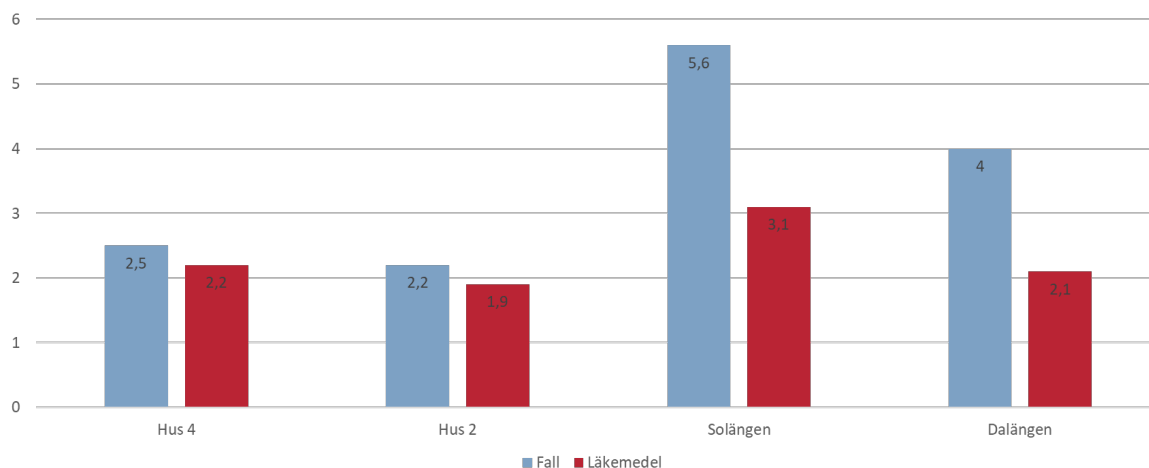
Bild som visar fall, läkemedel och trycksår SÄBO SOL 2019-2020



Variationerna i utfallet beror på storleken på boende. Solängen är störst, där bor 40 personer och det är givet att man där rapporterar fler avvikelser än övriga boenden (Dalängen 18 boende), Humana (32 boende) och Hus 4 (24 boende).

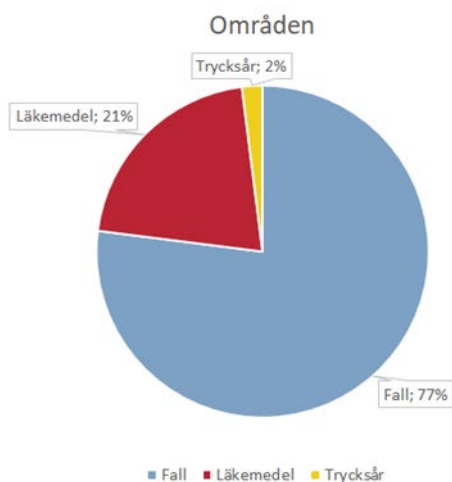
Om man tittar på genomsnitt av antal händelser per boende och år ser man att Hus 4, Hus 2 och Dalängen har ungefär lika många läkemedelsavvikelser och att Solängen har en högre andel. Fallavvikelser ligger högre på demensboendena generellt det vet vi och förklaras av att det kan vara svårare att förebygga fall för personer med kognitiv svikt och att symptom vid demenssjukdom kan innebära beteendeförändringar som gör att risken för fall är stor. Det är också på demensboenden som man kan se att en och samma individ faller många gånger. På Solängen kan man också se att man har ett högre värde på läkemedelsavvikelser.

Bild som visar Fall och Läkemedel per person/år i genomsnitt



Korttidsplatser

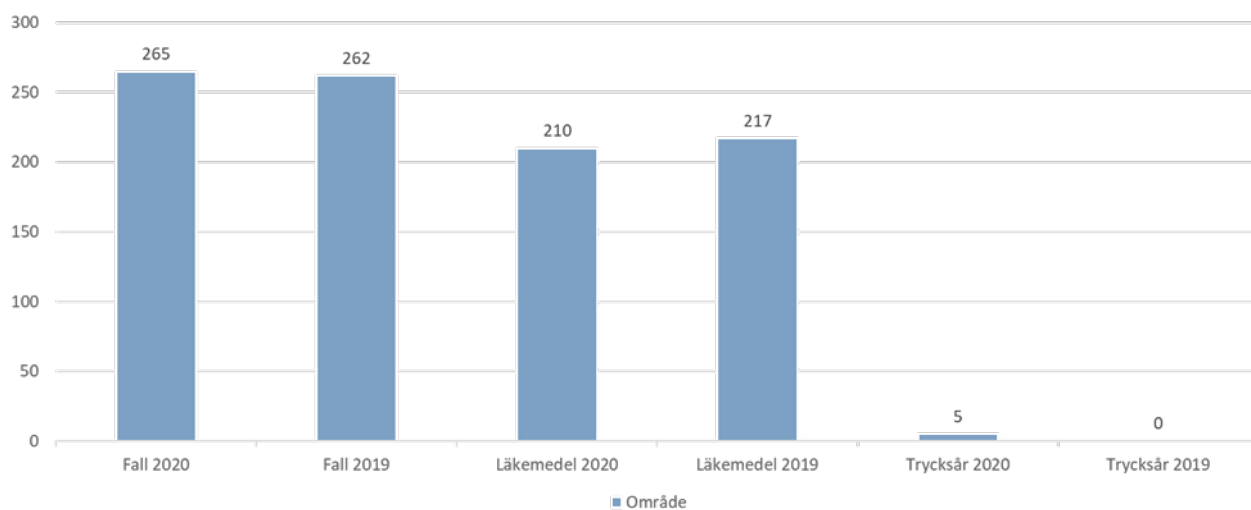
Bild som visar hur avvikelser fördelas på korttidsplatserna



Korttidsplatser finns på Pomona hus 4 och Plommonvägen 6. På grund av Corona har korttidsplatserna på Pomona och Plommonvägen 6 haft reducerad verksamhet.

Avvikelser Kärnhusets hemtjänst inklusive natt.

Bild som visar fall, läkemedel, trycksår 2019 och 2020.

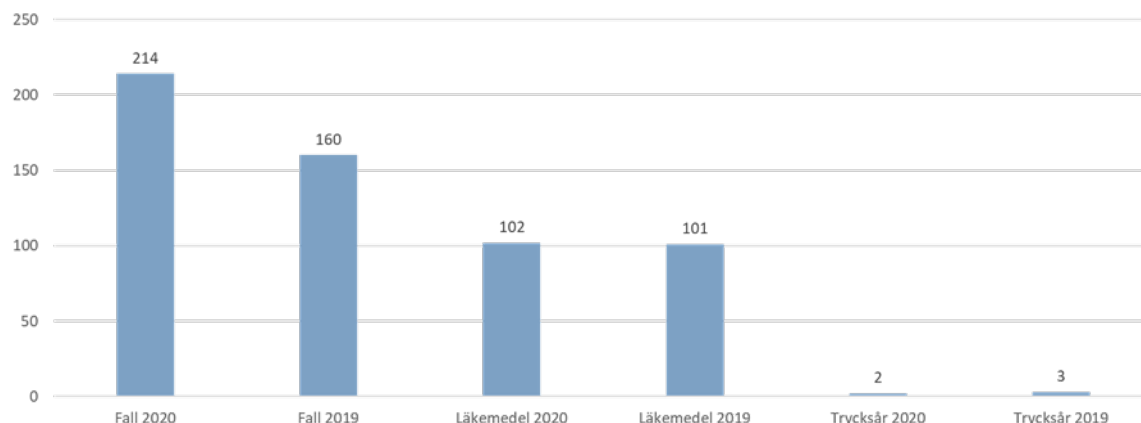


156 personer har fått hemtjänstinsatser från Kärnhusets hemtjänst under 2020 (2019, 213 personer).

Fall och läkemedel ligger på ungefär samma nivå. Trycksår däremot har uppkommit 5 st.

Avvikelser Buurtzorgs hemtjänst

Bild som visar fall, läkemedel, trycksår 2019 och 2020.

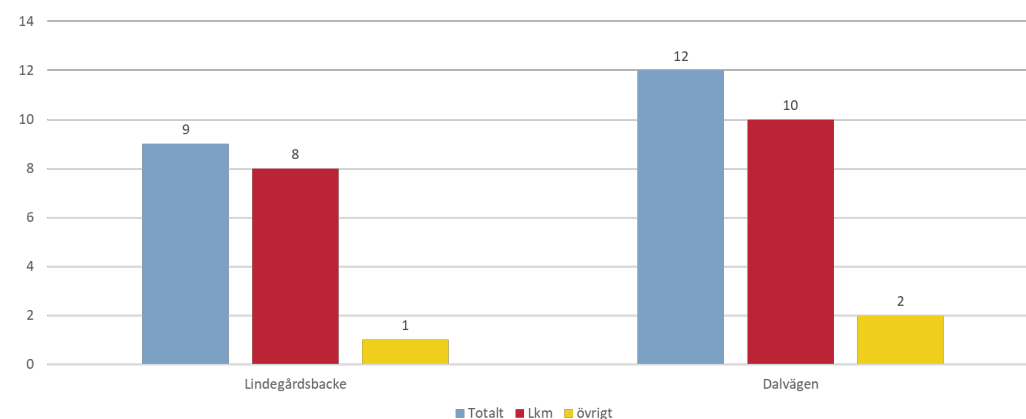


135 personer har fått hemtjänstinsatser från Buurtzorg 2020 (2019, 151 personer).

Fallhändelser har ökat, läkemedelhändelser ingen förändring, trycksår liten förändring

LSS boenden, servicebostäder Lindegårdsbacke och Dalvägen

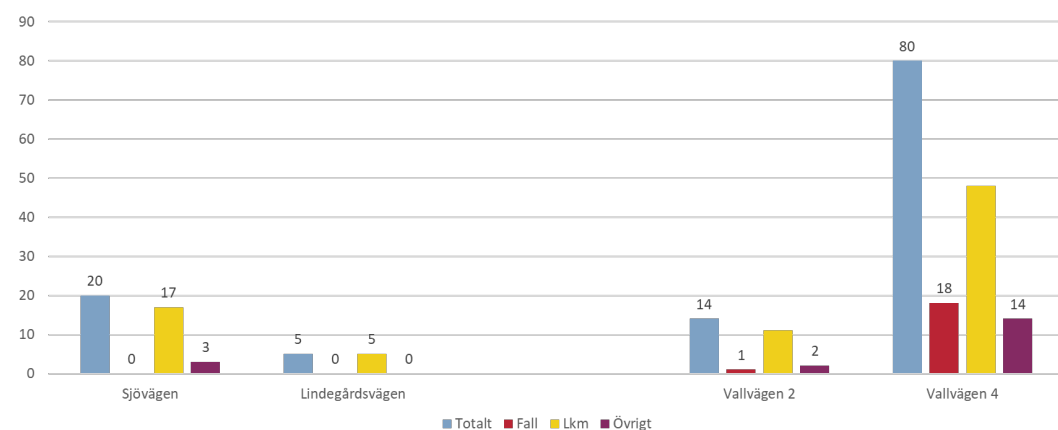
Bild som visar totalt, läkemedel, övrigt 2020



På Dalvägen bor 10 personer och på Lindegårdsbacke 12 personer.

LSS boenden, gruppboendestäder Sjövägen, Lindegårdsvägen, Vallvägen 2 och Vallvägen 4.

Bild som visar totalt, fall, läkemedel, övrigt 2020



På gruppboendestäderna bor 6 personer förutom på Vallvägen 4 där det bor 5 personer. Vallvägen 4 har flest antal avvikelser rapporterade och läkemedelhändelser står för ungefär hälften av avvikelserna. Även fallhändelser rapporteras i relativt hög omfattning. I

övrigt hittar man uteblivna eller försenade insatser och där finner man avvikelser kring utebliven rehabilitering. I utredning av avvikelserna framkommer att insatser har uteblivit i hög utsträckning. Orsaker till att insatser uteblivit är bristande samordning, brister i kompetens och förståelse för vikten av rehabiliteringsinsatser långsiktigt och kontinuerligt. Det har också blivit synligt att det behövs ett ökat stöd i verksamheten från legitimerad personal. Den brukargrupp som bor på boendet har alla komplexa problem och stora behov av rehabilitering och omvårdnadsinsatser. Det är viktigt för kvalitén på insatserna att det finns närvaro av fysioterapeut och arbetsterapeut och sjuksköterska för att kunna identifiera behov och stödja personalen i att kunna utföra de insatser som krävs. Man behöver se över arbetssättet och stärka resurser för legitimerad personal framför allt arbetsterapeut och fysioterapeut som har flera ansvarsområden. Det är också viktigt att man vid rekrytering av personal till gruppboendestad har med kompetens kring omvårdnad och omsorg.

En arbetsterapeut har rekryterats av boendet i rollen som metodansvarig för att bidra till ökad kvalitet och stärka arbetsgruppen i rehab-relaterade arbetsuppgifter. Det har även rekryterats en samordnare för ökad möjlighet att stötta och följa upp på plats i det dagliga arbetet.

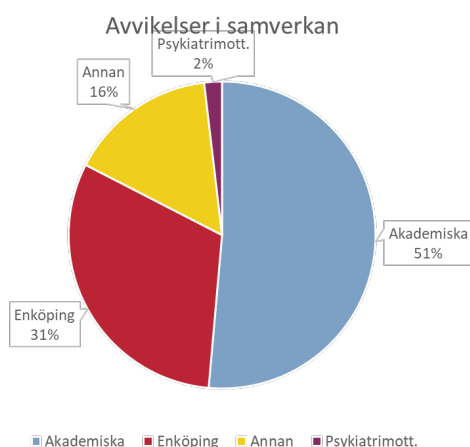
Samverkan med andra vårdgivare

Totalt har 51 avvikelser i samverkan har rapporterats. De flesta handlar om brister i utskrivningsplaneringen vad gäller kommunikation planering, läkemedel och hjälpmedel. Konsekvenserna innebär viss fördröjning av insatser, svårighet i hemplaneringen för kommunens personal. Det har inte inneburit några allvarliga avvikelser för patienten.

Avvikelser som inträffar med Enköpings lasarett och primärvården tas oftast upp i närvårdsgruppen för äldre och behandlas där. Akademiska sjukhuset är inte representerade i närvårdsgruppen. Under hösten har synpunkter framförts till samordnaren för utskrivningar på Akademiska sjukhuset med synpunkter som kommit fram i dialog med Håboteamet). Brevet har resulterat i att företrädare för Håboteamet är inbjudna till möten på Akademiska för att berätta om hemtagningsteamets arbete och vad som underlättar för att ge en god och säker vård vid hemgång.

Fyra avvikelser har kommit från andra vårdgivare (Enköpings lasarett) under året. Två av avvikelserna berör kommunikation och två misstänkta vårdskador. De två senare är inte utredda än. Fem avvikelser har skickats till primärvården under året. De handlar främst om läkemedel.

Bild som visar fördelning av avvikelser i samverkan



Samlad bedömning/Analys

Avvikelsesrapporteringen är vårt signalsystem för att förstå vad som går fel i verksamheten. Avvikelser rapporteras, bedöms, utreds och åtgärdas på individnivå för att minska risken att det ska hända igen. Det finns brister idag kring dokumenterad analys på enhetsnivå över de avvikelser som inträffar. Det behöver ske en utveckling för att bättre kunna tillvarata resultaten av avvikelserna så att de medför förbättringar i verksamheten. Vi behöver också bli bättre på att förstå vad som händer och varför avvikelserna sker. Chef och legitimerads roll i att bedöma och utreda avvikelser är viktig för att förstå om det som sker är allvarligt och om det är sådant som skulle kunna ske i andra verksamheter.

Det avvikelседata vi rapporterar in ska vara relevant så att det vi tar ut från systemet säger oss vad som händer. För det behövs rätt parametrar i systemet men också ett gemensamt synsätt varför avvikelser ska hanteras och vad vi gör med resultaten.

Fallavvikelser är vanligt förekommande i verksamheterna. Båda avvikelseområden kan leda till allvarliga vårdskador. Fall kan bero på personliga faktorer, brister i miljön, brister i organisation/bemannning. De fall som sker som beror på personers egen förflyttningsförmåga där den egna motivationen och behovet av att röra sig gör att man ramlar är svår att komma åt. Här är det systematiska preventiva arbetet viktigt, om det inte gjordes riskbedömningar och vidtogs olika åtgärder skulle fallen vara ännu fler.

För personer som bor i ordinärt boende och som har hemtjänst/hemsjukvård finns idag inget systematiskt arbetssätt att arbeta fallpreventivt. Med ett systematiserat arbetssätt skulle förutsättningarna att förebygga fall troligen öka.

Även om läkemedelsavvikelserna har minskat från 2019-2020 så behöver vi hitta nya arbetssätt som gör att vi får ned den stora mängden avvikelser som sker. Det viktigt att förstå var i processen felet uppstår.

Konkreta förbättringsområden

Förbättra det systematiska arbetet med analys av avvikelser på aggregerad nivå.

- Ta fram rutiner och metodstöd för förbättringsarbete där avvikelседata ska användas som underlag för att se och förstå vad som sker.
- Förenkla val i rapportering av avvikelser för att få ut relevant data. Det innebär att se över avvikelssystemets parametrar.
- Förtydliga avvikelseprocessens olika steg, det innebär att revidera och implementera rutin för avvikelshantering.

Förbättringar i verksamheten

- Ha som mål att minska antal avvikelser med läkemedel genom att införa digital signering.
- Ha som långsiktigt mål att minska antal fall inom alla verksamheter.
- Utveckla metod/arbetssätt för att arbeta systematiskt med fallprevention i ordinärt boende.

Bilaga Sannolikhets och konsekvensmatris

Sannolikhets- och konsekvensmatrisen nedan är från handboken i grundläggande patientsäkerhetsarbete "Säkrare vård och omsorg" Sveriges kommuner och landsting (SKL), 2011.

Konsekvensens allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Konsekvens	Lagrum	Exempel
Mindre	Ingen/obetydlig	HSL	Obehag eller obetydlig skada, exempel feldosering idosett som upptäcks före överlämnandet, fallolycka utan att skada uppstått.
Mindre	Ingen/obetydlig	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse beviljad insats som ledertill mindre obehag, exempel utebliven städning eller tvätt.
Måttlig	Mindre allvarligskada	HSL	Övergående funktionsnedsättning, exempel uteblivendos men utan att det leder till men för patient/brukare. Feldosering. Har inte följt rutin, dock liten eller ingen konsekvens för patient/brukare. Fallolycka med måttlig skada, ej fraktur. Sjukhusbesök som inte medför inläggning. Trycksår stadium 1 och 2.
Måttlig	Mindre allvarligskada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/ellerbrist i bemötande som leder till obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven veckodusch eller inköp.
Betydande	Allvarlig skada	HSL	Kvarstående måttlig funktionsnedsättning, förlängdvårdtid. Missade läkemedel som insulin, Waran och narkotikaklassade läkemedel. Förväxling av doser, feldosering. Vårdrelaterade infektioner. Fallolyckamed större skada, exempel fraktur. Trycksår stadium 3 och 4.
Betydande	Allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/ellerbrist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven tillsyn eller personlig hygien då det finns omfattande behov.
Mycket hög,katastrofal	Dödsfall	HSL	Dödsfall eller större, kvarvarandefunktionsnedsättning, exempel fallskada med dödsfall som följd.
Mycket hög,katastrofal	Mycket allvarligskada	SoL/LSS	Fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiskaövergrepp. Brist i omsorgen som utgör ett hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Brott mot sekretesslagen.

Sannolikhet för att det inträffar	Hur ofta?
Mycket liten	Kan inträffa en gång per år
Liten	Kan inträffa varje månad
Stor	Kan inträffa varje vecka eller en på tio tillfällen