

Bilaga till Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelsen 2019

Avdelning Hälsa och Förebyggande



Utredning av synpunkter, klagomål och avvikelser

Synpunkter och klagomål kan framföras av enskilda, deras närstående, medarbetare, vårdgivare, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter. Inkomna avvikelser, rapporter, synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Förklaring parametrar enligt hjälptext i Flexite:

Brister: avser brister i beviljade insatser där insatsen inte blivit utförd eller felaktigt utförd såsom serviceinsatser, personlig vård, brister i bemötande, uteblivna promenader etc.

Dokumentation: avser brister i dokumentation.

Hjälpmedel: avser brister i hantering av hjälpmedel

Rapport missförhållande/påtaglig risk för missförhållande: avser inkomna rapporter enligt lex Sarah. Redovisas i separat tabell.

SIP/SVU: avser avvikelser som inkommit externt och berör brister i samordnad vårdplanering kring den enskilde gällande socialtjänstlagen.

Synpunkter: avser när enskilda eller närstående har synpunkter och klagomål på t.ex. kvaliteten på utförandet, bemötande, kontinuitet etc.

Misstänkt stöld: avser misstanke om att stöld inträffat

Våld mellan brukare: avser om en enskild brukare utsätter en annan brukare för slag, nyp eller dylikt

Sammanställning av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser inom socialtjänst

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser 2019

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	SIP/SVU	Synpunkter	Miss-tänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
Antal registreringar	12	0	0	0	5	3	3	23

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser 2018

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	SIP/SVU	Synpunkter	Miss-tänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
Antal registreringar	11	0	0	0	3	0	0	14

Analys av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser

Inkomna avvikelser, rapporter och synpunkter/klagomål sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens arbete. Antalet inrapporterade avvikelser har ökat med nio registrerade avvikelser från 2018 till 2019. Totalt registrerades 23 avvikelser under 2019. Anledning till det ökade antalet kan anses bero på en ökad kunskap och medvetenhet om avvikelserregistrering i verksamheten.

Brister

Av de totalt 23 inrapporterade avvikelserna rapporterades 12 avvikelser som brister. Fyra av dessa avser ledsagning som helt uteblivit. En avvikelse handlar om brister vid överlämnade mellan dagverksamhet och den enskildes hem. I detta fall hade ledsagaren inte uppfattat att hen skulle hämta den enskilde på dagverksamheten. Två avvikelser berör att den enskilde kommit hem från dagverksamheten utan att inkontinensskyddet är bytt innan hemresa. De vanligaste åtgärderna är samtal med berörd, samtal i grupp samt att rutiner tagits fram gällande när ledsagare inte kan utföra uppdraget på grund av t.ex. sjukdom eller semester. En avvikelse är felregistrerad och berör hemtjänst. Några av bristerna borde inrapporterats som synpunkter som avser till exempel att man inte är nöjd med den ledsagare man fått tilldelat sig.

Synpunkter och klagomål

Antalet registrerade synpunkter/klagomål som inkom var totalt fem 2019, två mer än 2018. Via Malmö stads hemsida malmo.se har medborgarna möjlighet att lämna synpunkter/klagomål på verksamheten. Endast en synpunkt/klagomål inkom via malmo.se under 2019. Synpunkterna berör dåligt bemötande och försummelse. Åtgärder är samtal med berörd medarbetare, samtal i grupp samt då det varit befogat har den enskilde fått

tilldelat sig en annan ledsagare. Det kan finnas en underrapportering och förslag är att i verksamheten lyfta vikten att registrera alla synpunkter som delges från brukare och anhöriga samt förtydligande av vad som är en synpunkt respektive brist.

Analys och kvalitetshöjande åtgärder

På grund av att få avvikelser är registrerade under 2019 är det svårt att dra några slutsatser och konstatera generella trender eller mönster. Analysen baseras därför på de enstaka händelserna, där utebliven insats av ledsagare är mest förekommande. Orsaken till få inrapporterade avvikelser är svårt att ge förklaring till. Vare sig det skulle skrivits fler avvikelser eller inte så finns det sannolikt en viss underrapportering av avvikelser inom Avdelning för hälsa och förebyggande. Det finns inte någon registrerad avvikelse gällande brister i dokumentation. Troligtvis förekommer det att dokumentationen brister. Att höja kunskapen och kompetensen gällande avvikelshantering är att rekommendera. Dokumentationshandledare har under 2019 utbildats och finns nu i varje sektion i verksamheten. Vanligast förekommande åtgärder utifrån avvikelserna är samtal med berörd och samtal i grupp samt efterlevnad av rutin. Som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet tas avvikelserna, åtgärder och uppföljning också upp på arbetsplatsträffar (APT).

Misstänkta stölder

Under 2019 har tre misstänkta stölder inrapporterats. Dessa tre misstänkta stölder handlar om att medarbetarna inte följt "Rutin för hantering av privata medel". Vid misstänkta stölder uppmanas den enskilde eller dennes närstående att göra polisanmälan, om detta inte är möjligt görs det av sektionschef. Dessa ärenden är ofta komplexa att utreda då tidsramen och händelseförloppet inte alltid är helt klar och även personer som inte är medarbetare i avdelningen kan ha vistats i den enskildes bostad. I den ena av händelserna har en mer omfattande internutredning skett. Det kan konstateras att medarbetaren brustit allvarligt i följsamhet till "Rutin för hantering av privata medel". Händelsen är polisanmäld och arbetsrättsliga åtgärder är vidtagna. Under 2019 har ingen av de inkomna avvikelserna avseende misstänkta stölder kunnat konstateras ha varit orsakade av medarbetare i avdelning hälsa och förebyggande.

Våld mellan brukare

Antalet rapporterade händelser våld mellan brukare under 2019 registrerades tre avvikelser. Dessa tre avvikelser har skett avseende personer som är beviljade dagverksamhet. Två av avvikelserna berör samma händelse och uppstod i taxibilen från dagverksamheten till hemmet och den tredje händelsen skedde på dagverksamheten. Verksamheten arbetar kontinuerligt med riskbedömningar, Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och åtgärdsplaner för att förhindra att dessa händelser sker. Vid utredning av händelserna kan konstateras att det inte förekommit brister i följsamhet till upprättade åtgärdsplaner utan det handlar om de enskildas försämring i sjukdomstillståndet.

Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden lex Sarah

Missförhållande som ska rapporteras avser såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl låtit bli att utföra.

Med detta menas att:

- Det ska innebära hot mot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, personlig säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa

Med påtaglig risk för missförhållanden, som också ska rapporteras menas att:

- Det skall vara fråga om en uppenbar, påtaglig och konkret risk för att en händelse eller ett missförhållande skulle kunnat inträffa med konsekvens för den enskilde

Information om lex Sarah skall ges både muntligt och skriftligt till alla som omfattas av rapporteringskyldigheten och upprepas minst en gång per år.

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2019

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Totalt
Antal	1	0	1

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2018

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Totalt
Antal	0	0	0

Analys av inrapporterade och anmälda missförhållanden eller risk för missförhållanden

2019 har ett missförhållande inrapporterats, 2018 inrapporterades inget missförhållande. Det rapporterade missförhållandet 2019 gäller ledsagare som haft ett kränkande förhållningssätt gentemot den enskilde och dess anhörig. Händelsen berör fysiskt och psykiskt övergrepp på den enskilde som har demenssjukdom. Efter utredning bedöms händelsen som ett missförhållande som inte ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Åtgärder som vidtas i ärendet är arbetsrättsliga åtgärder.

Sammanställning av anmälda allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden

Tabell från Flexite: Antal anmälda allvarliga missförhållande/risk för allvarligt missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2019

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Totalt
Antal	0	0	0

Tabell från Flexite: Antal anmälda allvarliga missförhållande/risk för allvarligt missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2018

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Totalt
Antal	0	0	0

Sammanställning av synpunkter, klagomål och avvikelser inom hälso- och sjukvården

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2019

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Totalt
An-tal	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2018

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Totalt
An-tal	0	0	16	1	0	0	0	0	0	17

Analys av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser

Under 2019 inkom det två avvikelser inom HSL vilket är en minskning med 15 avvikelser. Minskningen beror på att merparten av avvikelser som registrerades under 2018 inträffade på växelvården och denna sektion är nu överlämnad till avdelningen för särskilt boende. De två avvikelser som är registrerade avser externa händelser.

I dialog med avdelningens chefer, framkommer det att den mest troliga orsaken till att fler avvikelser inte registreras är den förhållandevis höga personaltätheten kring patienterna. Patienter och personal, även timvikarier, känner varandra väl och bygger relationer. Detta skapar en trygg miljö med god kommunikation samt minimerar risker för avvikande händelser.

Under året har de olika verksamheterna inom avdelningen påbörjat ett arbete för att förtydliga arbetsbeskrivningar, uppdrag och kompetenskrav. En enhetschef har uttryckt att detta kan generera en ökning av avvikelser under 2020, då man uppdagar exempelvis arbetsmetoder som inte går i linje med gällande rutiner.

Ett systemfel har uppdagats vad gäller hantering av avvikelser. När fall eller annan avvikelse sker inom dagverksamheten, ska händelsen utredas av legitimerad personal. I de verksamheter där legitimerad personal inte finns, ska avvikelsen utredas av den legitimerade som är patientansvarig i det område där patienten bor. Emellertid har avvikelserna uppdaterats på så vis att statistiken istället flyttas till avdelning ordinärt boende. Så med största sannolikhet finns därför fler avvikelser inom avdelning hälsa och förebyggande än vad statistiken visar. Dock borde det inte handla om en större mängd, med anledning av ovan resonemang. Åtgärder planeras inför nästa års statistikredovisning. Det ska dock betonas att justeringen i avvikelssystemet ska medverka till att verksamheten bättre ska kunna analysera, utreda och åtgärda de risker och/eller händelser som registreras, så att dessa kan komma patienten till gagn.

Sammanställning av vårdskador och lex Maria

Tabell från Flexite: lex Maria 2019

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Antal	0

Tabell från Flexite: lex Maria 2018

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Antal	0

Analys av vårdskador och lex Maria

Vårdskador bedöms av legitimerad personal, i en riskmatris efter allvarlighetsgrad och konsekvens. En utredning gällande en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada och som inte är allvarlig ska innehålla uppgifter om händelsen samt analysen och bedömningen av konsekvensen för den enskilda. Utredningen ska vidare innehålla uppgifter om de åtgärder som planeras med anledning av händelsen samt när de ska vidtas. Åtgärder ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet. Vid en utredning av en händelse kan ett sätt att ta lärdom av den vara att utöver negativa aspekter även fokusera på de positiva t.ex. åtgärder som förhindrade eller begränsade effekterna av en vårdskada.

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Ingen anmälning enligt lex Maria har gjorts inom avdelningen under 2019.

Sammanställning av fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2019

	Fall
Antal fall	9

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	10

Analys av det fallförebyggande arbetet och inkomna fallavvikelser

Fallen är av samma natur som tidigare. Något enstaka i samband med träning, i övrigt sker de flesta fall i samband med toalettbesök eller på utflykt där miljön kan vara okänd. På mötesplatserna och i dagverksamheterna anordnas balansgrupper på regelbunden basis. I övrigt kan analysen kring fall stämma överens med ovanstående resonemang om att en hög personaltäthet och god personkännedom gör att de enskilda sällan lämnas ensamma där fallrisk föreligger. Någon tydlig struktur för riskbedömning finns inte och följsamhet till

fallrutinen är låg. Detta har verksamheterna tagit med sig till fortsatt arbete under nästkommande år.

Hanteringen av fallavvikelser som har inträffat inom de verksamheterna utan anställd legitimerad personal, flyttas till avdelning ordinärt boende. Detta pga. att det inte har funnits utsedda ansvariga som mottagare av fallavvikelserna. Utredning av fall, identifierade orsaker och eventuella åtgärder har utretts i annan enhet än dagverksamheten och utredning samt åtgärder har inte kommit till dagverksamheterna för kännedom. I samtal med enhetschef HSL i avdelning ordinärt boende, framkommer det att fallrapporterna tas emot av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut och patienten kontaktas eller besöks i sitt hem för erbjudande om bedömning av åtgärd. Denna process har enhet HSL i ordinärt boende nu börjat titta på för att säkra upp flödet och framför allt tillse att åtgärder kommer patienten i gagn, i rätt verksamhet.