

# **Bilaga till Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2019**

**Avdelning Ordinärt boende**



## 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	837	43	22	2	253	48	1	1206

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser 2018

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	SIP/SVU	Synpunkter	Miss-tänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
Antal registreringar	877	63	14	6	238	96	5	1299

### 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. Det har skett en liten minskning i det totala antalet registrerade avvikelser från 2018 till 2019.

#### Brister

Inom detta område har det under året skett en minskning av antalet inregistrerade avvikelser. Under 2019 registrerades 837 avvikelser medan siffran för 2018 låg på 877. Avvikelser som avser brister kan handla om t.ex. uteblivna insatser såsom personlig vård, promenader, tillsyn, städning m.m. Det kan också handla om bristfälligt utförda insatser, såsom städning. Brister kan också avse larm och kan röra sig om lång väntan, utebliven hjälp, dörrlarm som ej aktiveras, bristfällig nyckelhantering o.s.v. Den största andelen av bristerna ligger inom områdena personlig vård, hemliv och larm.

Under året har ett mindre antal händelser bedömts vara av allvarigare karaktär, dock inte så allvarliga att de omfattas av bestämmelserna kring Lex Sarah. I dessa ärenden görs en intern utredning med fördjupad redogörelse av händelsen, bakomliggande orsaker och åtgärder. I en av de interna utredningarna bedömdes medarbetare i hemtjänst ha följt gällande rutiner och någon brist kunde inte konstateras. I något ärende har brister i utförandet av insatser avseende personlig omvårdnad konstaterats. Åtgärder har bl.a. varit att utse en fast kontaktman, säkerställa kontinuiteten, uppdatera genomförandeplanen, täta uppföljningar med biståndshandläggare, översyn av kompetenshöjande insatser för vikarier.

De mest förekommande orsakerna till avvikelser som avser brister är försumlighet, brist i informationsöverföring, ej följt rutin/riktlinje samt brist i planering. Detta följs av brist i arbetsmiljö/stress, bristande samarbete samt brukare involverad/egna önskemål. Även brist i rutiner, brist i bemötande samt brist i utbildning/kompetens anges som orsaker.

Samtal med berörd och samtal i grupp är de vanligaste åtgärderna som anges i avvikelserna avseende brister. Detta följs av åtgärder såsom att förbättra information/rapportering, efterlevnad av rutiner och samtal med brukare/legal företrädare. Även åtgärder om att förbättra rutiner, utbildning/kompetens samt förändra organisation anges som åtgärder.

## **Dokumentation**

Det har skett en minskning av antalet rapporterade avvikelser gällande dokumentation. Avvikelseberör till största delen avsaknad av dokumentation som upptäcks vid utredning av andra registrerade brister. Det är även brister gällande genomförandeplan, t.ex. inte aktuella/uppdaterade i rätt tid (de som inte ingår under kriteriet för värdighetsgarantin). Antalet färre rapporterade avvikelser 2019 gällande dokumentation kan ha en koppling till att dokumentationen förbättrats på grund av satsning på dokumentationshandledare i alla sektioner. Dock bedöms att det både under 2018 och 2019 finns en underrapportering gällande bristande dokumentation.

## **Hjälpmedel**

Andelen avvikelser avseende hjälpmedel har ökat från 14 (2018) till 22 (2019). I samband med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet vårdas allt fler enskilda med omfattande omvårdnadsbehov hemma. Detta medför också ett ökat behov av fler och mer avancerade hjälpmedel i den enskildes egna bostad. När det gäller avvikelser som avser hjälpmedel handlar dessa till stor del om att hjälpmedlen inte hanterats på rätt sätt enligt ordination eller rutin. I några fall handlar det om att endast en medarbetare använt hjälpmedlet, när ordinationen säger att det krävs två medarbetare. Det kan också röra sig om handhavandefel och brister i planeringen där kännedom saknas om vilka medarbetare som har utbildning för ett visst hjälpmedel. Åtgärder som till exempel anges är efterlevnad av rutin och utbildning/kompetens.

## **SIP/SVU**

De två avvikelser SIP/SVU som är registrerade gällande ordinärt boende gäller att sjukhuset kontaktat hemtjänsten direkt och bestämt hemgång direkt med hemtjänstkoordinatorer som därmed frångått gällande rutin för SVU. Åtgärder är samtal i grupp för att sprida kunskapen och förhålla sig till upprättad rutin för SVU-processen och att hemtjänstkoordinatorerna hänvisar till processen i "Mina planer" där all planering och kommunikation kring hemgång från sjukhuset skall ske digitalt.

## **Synpunkter**

Antalet inkomna synpunkter under 2019 är 253 jämfört med 2018 då 238 synpunkter registrerades. Detta är en liten ökning med 15 avvikelser vilket är positivt och påvisar att synpunkter registreras. Trots denna marginella ökning av registrerade synpunkter under 2019 finns troligtvis ett mörkertal då inte alla synpunkter som medarbetare får till sig registreras. I verksamheten åtgärdas och löses oftast den inkomna synpunkten/klagomålet men det framkommer att det inte alla gånger registreras avvikelse, likaså dokumenteras inte alltid i verksamhetssystemet. Detta framkommer då den enskilde eller anhörig som lämnat synpunkter återkommer till verksamheten eller via malmo.se där återkoppling efterfrågas. Registrerade synpunkter utredes av ansvarig sektionschef och enligt rutin bör synpunkterna utredas och återkopplas inom fyra veckor till den som lämnat synpunkten/klagomålet.

Detta sker i de flesta fall men inkomna synpunkter tyder på att rutinen inte alltid följs eftersom återkoppling uteblivit. Detta är ett förbättringsområde. De vanligast förekommande orsakerna till synpunkter är brist i informationsöverföring, brist i bemötande, brukare involverad/egna önskemål, ej följt riktlinje samt försumlighet.

Malmö stads medborgare har möjlighet att via Malmö stads hemsida, malmo.se, lämna synpunkter och klagomål. Synpunkter som inkommer via malmo.se från den enskilde och anhöriga registreras vidare i avvikelssystemet och ingår i ovanstående statistik. Antalet synpunkter/klagomål inkomna via malmo.se under 2019 är 30 jämfört med 2018 då det inkom 26. Under 2018 var 12 registreringar gjorda av samma medborgare och berörde i stort sett samma händelser, synpunkter/klagomål gällande utförandet av beviljade insatser. 2019 är det samma medborgare vid två tillfällen, men berör olika synpunkter. Ökningen kan antas att bero på ökat fokus från verksamheten att lämna synpunkter och klagomål.

### **Misstänkta stölder**

Antalet avvikelser avseende misstänkta stölder har stadigt minskat de senaste åren. 2019 ligger antalet avvikelser på 48 st, från att ha legat på 113 st (2017) och 96st (2018). En möjlig orsak till nedgången av antalet misstänkta stölder, skulle bland annat kunna vara en effekt av Malmö stads samarbete med Polisen samt noggrannhet vid rekrytering av nya medarbetare. En gemensam informationskampanj har bland annat resulterat i ett brev som gått ut till enskilda inom hemtjänst med information om hur den enskilde ska gå tillväga för att minska risken för att bli utsatt för bedragare. Trygghetsträffar med Polis och Räddningstjänst har hållits på Malmö stads mötesplatser för äldre. En säkerhetsansvarig anställdes också på hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen under 2019.

I samband med att en avvikelse om misstänkt stöld upprättas görs en kartläggning av händelsen och medarbetare som varit hos den enskilde under den aktuella tidsperioden lämnar sina redogörelser. Den enskilde eller dennes närstående uppmanas att göra polisanmälan och 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 hemtjänst kan ha vistats i den enskildes bostad. Under 2019 har ingen av de inkomna avvikelserna avseende misstänkta stölder kunnat konstateras ha varit orsakade av medarbetare i hemtjänst.

### **Våld mellan brukare**

Antalet rapporterade händelser våld mellan brukare har minskat från 2018 då det rapporterades fem avvikelser jämfört med 2019 då det rapporterades endast en avvikelse. Alla händelserna våld mellan brukare har skett på korttidsenheten. Anledning till minskning av rapporterade avvikelser bedöms vara att verksamheten då behov finns arbetar med riskbedömningar och åtgärdsplaner upprättas vid behov då brukare anländer till korttidsenheten.

## **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 klient/brukare

Information om lex Sarah skall ges både muntligt och skriftligt till alla som omfattas av rapporteringsskyldigheten 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
<b>Antal</b>	6	0	6

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

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Totalt
<b>Antal</b>	16	0	16

## Analys av inrapporterade och missförhållanden eller risk för missförhållanden

Under 2019 har sex avvikelser avseende rapport missförhållande registrerats. I samtliga har utredningen lett till bedömning om att ett missförhållande föreligger. 2018 inkom sammanlagt 16 avvikelser avseende rapport missförhållande. I sju av dessa ärenden bedömdes det dock, efter utredning, att något missförhållande inte förelåg. Därmed ligger det totala antalet ärenden som bedömts vara missförhållande på ungefär samma nivå som 2018. Att en minskning av rapporteringen skett skulle till viss del kunna bero på att fler händelser istället rapporterats som brister. Detta bedöms vara en följd av ökad kunskap om vad en rapport missförhållande enligt lex Sarah innebär.

### Rapport missförhållande

Dessa har bestått av bland annat händelser som inneburit fysiska övergrepp, brister i utförandet av insatser samt uteblivna insatser som fått konsekvenser för den enskilde.

### Identifierade orsaker

Orsakerna har bedömts bestå av till exempel brist i utbildning och kompetens samt brist i rutiner, brist i informationsöverföring samt försumlighet.

### Vidtagna åtgärder

Åtgärder i de aktuella ärendena har varit insatser inom utbildning och kompetens, utveckling av processer, rutiner och riktlinjer samt 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	1	1

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	2	2

### Analys av anmälda allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden

En av avvikelserna 2019, avseende rapport missförhållande, bedömdes som allvarlig. Anmälan av detta ärende gjordes därför till Inspektionen för vård och omsorg.

#### Allvarligt missförhållande

Den enskilde hade beviljats hemtjänst i form av serviceinsatser, men tre av dessa besök uteblev. Anhöriga meddelade att den enskilde återfunnits avliden i sin bostad. Berörda medarbetare hade inte följt "Rutin för när brukare inte öppnar dörren".

#### Identifierade orsaker

De identifierade orsakerna bedömdes bestå i brist i kunskap kring aktuell rutin samt brist i följsamhet till aktuell rutin.

## Vidtagna åtgärder

Åtgärderna i detta ärende har inneburit omfattande insatser för att inom avdelningen sprida kunskap kring aktuell rutin. För den medarbetare som brustit i följsamhet till aktuell rutin, trots kunskap om denna, har arbetsrättsliga åtgärder vidtagits.

## Sammanställning av inkomna avvikelser avseende värdighetsgarantierna

	Uppföljning biståndsbeslut	Skriva genomförandeplan	Visa legitimation	Kontakt vid förse-ning	Kontakt vid personal-byte	Servicein-sats inom 5 dagar	To-talt
2019	5	12	11	39	4	34	105
2018	5	11	6	49	4	43	118

## Värdighetsgarantier inom hemtjänst

Kommunfullmäktige tog beslut om att införa värdighetsgarantier för hemtjänsten i Malmö stad från och med den 1 juli 2013. I socialtjänstlagen finns en nationell värdegrund som gäller för all äldreomsorg i Sverige. Malmö stads fem värdighetsgarantier för hemtjänsten är ett sätt att förtydliga värdegrunden i socialtjänstlagen. Syftet med de fem garantierna är att öka tryggheten och delaktigheten för alla som berörs av hemtjänstens verksamhet. De fem värdighetsgarantierna är följande:

### Värdighetsgaranti 1

Vi garanterar att du som fått ett biståndsbeslut om hjälp och stöd i det egna hemmet erbjuds ett uppföljningssamtal senast tre månader efter att hjälpen påbörjats. Vid samtalet får du möjlighet att tillsammans med din biståndshandläggare diskutera vad biståndsbeslutet innebär för dig. (Avser avdelning för myndighet)

### Värdighetsgaranti 2

Tillsammans med dig skriver vi en genomförandeplan. Den beskriver hur du vill att vi ska hjälpa dig, med det som du blivit beviljad. Vi garanterar att planen ska vara klar inom två veckor från det att din hjälp har startat.

### Värdighetsgaranti 3

Vi garanterar dig som har hjälp från hemtjänsten, att personal från Malmö stad som besöker dig i ditt hem legitimerar sig. Legitimationen ska bäras synlig för dig.

### Värdighetsgaranti 4

- A) Om vi inte kan komma på avtalad tid garanterar vi att vi tar kontakt med dig.
- B) Om någon annan än för dig känd personal kommer, garanterar vi att vi kontakter dig i förväg.



## Värdighetsgaranti 5

Om den hjälp du har blivit beviljad i form av serviceinsatser t.ex. städning och tvätt, inte blir utförd vid det tillfälle som är avtalat, garanterar vi att hjälpen kommer att bli utförd snarast. Dock allra senast inom fem veckodagar (måndag-söndag). Vi tar kontakt med dig för att tillsammans komma överens om när hjälpen kan utföras.

## Analys av inkomna avvikelser avseende värdighetsgarantierna

Andelen avvikelser, som avser att genomförandeplan ska skrivas inom två veckor från insatsernas start, ligger i stort sett på samma nivå som 2018. Att upprätta en genomförandeplan inom två veckor bedöms fortsatt vara en utmaning för hemtjänsten. Hade istället målet varit att påbörja en genomförandeplan inom två veckor bedöms måluppfyllelsen kunna bli större.

Andelen avvikelser avseende värdighetsgarantin att all personal ska visa legitimation har ökat. En möjlig förklaring till detta är en eventuell ökad medvetenhet hos både enskilda och medarbetare om den viktiga säkerhetsaspekt som uppvisande av legitimation innebär. Malmö stad har under året haft en informationskampanj tillsammans med Polisen. Ett informationsbrev har delats ut till enskilda i hemtjänst med uppmaning om att bland annat be om legitimation när någon okänd ringer på dörren.

Avvikelser avseende kontakt vid personalbyte ligger på fortsatt låga nivåer. De låga nivåerna skulle eventuellt kunna bero på en viss underrapportering. En minskning av avvikelser avseende kontakt vid försening kan noteras de senaste åren. Att lyfta värdighetsgarantierna inom hemtjänst är ett kontinuerligt arbete för att enskildas rätt till återkoppling vid personalbyten samt försening ska säkerställas.

Avseende serviceinsatser inom fem dagar ses en minskning av antalet avvikelser jämfört med föregående år. Avvikelser om uteblivna serviceinsatser har ibland rapporterats, trots att insatsen utförts inom fem dagar. Information har i dessa fall gått ut om att sådana ärenden inte avviker från värdighetsgarantin, vilket skulle kunna förklara en viss minskning av antalet ärenden.

## 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	Om-vårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Totalt
Antal	184	7	2257	62	144	42	16	133	13	2858

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
<b>Antal</b>	159	6	1925	57	126	19	15	135	19	2461

### Analys av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser

Totalt har det under 2019 inkommit 2 858 avvikelser inom HSL. Av de inrapporterade avvikelserna avser 2 257 läkemedel vilket innebär en ökning från 2018 då 1 925 avvikelser avseende läkemedel registrerades. Under hösten 2017 granskade stadsrevisionen i Malmö stad läkemedelshanteringen inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Under 2018 genomfördes flera åtgärder kopplade till läkemedelshandling inom förvaltningen och en minskning av avvikelserna kunde noteras. 2019 har antalet avvikelser åter ökat och det är svårt att analysera orsaken till detta. Vissa åtgärder har fortsatt under 2019. Bland annat får varje hemtjänstgrupp en genomgång av rutinen för överlämnande av läkemedel av ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig sektionschef en gång på våren samt en gång på hösten.

I ordinärt boende ses en ökning av avvikelser framför allt under juli månad då många vikarier jobbar i verksamheten. Om ökningen beror på att fler avvikelser inträffar eller på grund av att vikarier är mer angelägna om att rapportera avvikelser är svårt att avgöra. Denna ökning har dock inte noterats tidigare år.

Det flesta läkemedelsavvikelser sker i överlämningsfasen. Av de 2 257 avvikelser som är relaterade till läkemedel så är det 1 792 som avser att den enskilde ej fått ordinerad dos. Den vanligaste orsaken till att den enskilde ej har erhållit sina läkemedel har i huvudsak angetts som att medarbetaren inte har följt rutin eller försumlighet. Åtgärderna är oftast samtal med berörd, samtal i grupp och efterlevnad av rutin. Dessa åtgärder har angivits i flera år och har inte tidigare visat på någon effektiv effekt.

I alla avvikelser riskbedömer legitimerad personal allvarlighetsgrad av konsekvensen för patienten samt sannolikheten för att händelsen ska inträffa igen. Flest avvikelser bedöms ha inneburit en mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Sannolikheten för upprepning bedömdes i de flesta fall för liten eller mindre.

Avvikelser avseende dokumentation har ökat från 159 stycken 2018 till 184 stycken 2019. Vid kontroll i avvikelssystemet kan konstateras att flertalet av avvikelserna avser glömd signering av HSL-insats eller andra brister avseende signeringslistor. Under dokumentation registreras även brister i informationsöverföring samt bristande dokumentation i patientens journal.

Avvikelser registrerade på omvårdnad har ökat från 126 stycken 2018 till 144 stycken 2019. Avvikelser registrerade på omvårdnad rör ej utförda eller felaktigt utförda HSL-uppdrag. När legitimerad vill att omvårdnadspersonal ska utföra en HSL-insats skickas ett HSL-uppdrag via journalen till rätt utförargrupp. Gruppen godkänner insatsen och ska sedan signera på signeringslista efter varje utförd insats. Avvikelserna kan handla om såromläggningar, viktkontroller, kompressionsbehandling m.m.

Brister i vården som lett till fallolycka är på samma antal 2019 som 2018. Detta avser händelser där omvårdnadspersonal inte använder förskrivna hjälpmedel eller följer legitimerad personals ordination vid hantering. Ingen av de inblandade patienterna drabbades av allvarlig skada vid dessa fall.

Avvikelse som rör medicintekniska produkter är några fler 2019 än 2018. Dessa avvikelser handlar oftast om att man inte hanterat eller kontrollerat medicintekniska produkter på rätt sätt.

Rehabiliteringsavvikelse har ökat 2019 och de gäller främst att HSL-uppdraget från arbetsterapeut, sjukgymnast eller fysioterapeut inte är utfört eller inte signerat. Anledningen till ökningen kan bero på att något område lagt lite mer fokus på att det ska skrivas avvikelser när dessa insatser inte utförs.

Synpunkter som inkommer från anhöriga, patienten själv eller andra vårdgivare ligger på samma nivå som föregående år. Förvaltningen har en upprättad rutin för hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål. Enligt rutinen ska dessa återkopplas till den klagande inom fyra veckor.

Verksamheterna anser att det är en utmaning för sektionerna med allt fler inskrivna i den teambaserade vårdformen. Även SVU och den allt snabbare utskrivningen från slutenvården blir mer utmanande för verksamheterna efterhand som slutenvården skruvar åt sitt arbetssätt med färre vårdplatser.

## Sammanställning av vårdskador och lex Maria

Tabell från Flexite: lex Maria 2019

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
<b>Antal</b>	5

Tabell från Flexite: lex Maria 2018

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
<b>Antal</b>	2

### Analys av vårdskador och lex Maria

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller fysisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada anses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Antalet anmälningar enligt lex Maria har ökat från två anmälningar 2018 till fem anmälningar 2019.

Orsaker till händelserna har identifierats och analyserats. Utifrån identifierade orsaker har åtgärdsplaner utarbetats och förankrats i verksamheterna. Uppföljningar av åtgärderna har gjorts under 2019. Inspektionen för vård och omsorg har bedömt att vårdgivaren har uppfyllt kraven i sin utrednings- och anmälningskyldighet.

Information om händelserna har gjorts till såväl berörd hälso- och sjukvårdspersonal som till andra verksamheter, i syfte att förhindra att liknande händelser sker igen.

Ytterligare två internutredningar avseende allvarliga händelser genomfördes under 2019. Händelserna bedömdes inte orsakat allvarlig vårdskada och anmäldes därmed inte till IVO. Dock uppmärksammades brister i verksamheterna och åtgärdsplaner togs fram för att förhindra att liknande händelser sker igen.

## Sammanställning av fallavvikelser

**Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2019**

	Fall
Antal fall	6695

**Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018**

	Fall
Antal fall	6723

### **Analys av det fallförebyggande arbetet och inkomna fallavvikelser**

Definitionen av fall är ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte”.

När en fallavvikelse skrivs sänds den i Malmö stads avvikelssystem till områdesansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut. De skickar ibland avvikelser till områdesansvarig sjuksköterska för kännedom.

Fallavvikelser som rapporterats in 2019 är i stort de samma som rapporterades 2018. Av de som föll ledde 148 stycken till någon form av fraktur och av dessa var 38 % höftfrakturer.

Cirka 27 % ledde till någon form av skada såsom smärta, svullnad, sår m.m. vilket är ungefär samma andel som 2018. Dialog om fall och fallförebyggande arbete sker framförallt på teamträffarna. I enstaka sektion används Senior alert för att bedöma risker och se över lämpliga åtgärder. De flesta åtgärder består i att se över hjälpmedel och informera om fallpreventiva åtgärder.