

# **Bilaga till Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelsen 2019**

**Avdelning särskilt 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	360	46	64	1	128	30	62	691

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser 2018

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	SIP/SVU	Synpunkter	Miss-tänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
Antal registreringar	299	10	22	0	102	26	81	540

### 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 ökning i det totala antalet registrerade avvikelser från 2018 till 2019.

#### Brister

Inom detta område har det under året skett en ökning av antalet inregistrerade avvikelser. Under 2019 registrerades 360 avvikelser medan siffran för 2018 låg på 299.

Tittar man på typen av brist är det främst personlig vård och därefter larmhantering som avvikelserna handlar om. Det ökade antalet avvikelser avseende hantering av larm kan i vissa fall härledas till ett åldrat larmsystem. Inom avdelningen har 13 särskilda boenden prioriterats till att erhålla ett nytt larmsystem. Arbetet med att byta ut dessa påbörjades under året och kommer att slutföras under första halvåret nästkommande år. En ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten kan också antas ligga bakom ökningen.

#### Dokumentation

Inom detta område kan en ökning av antalet inregistrerade avvikelser noteras. Under 2019 registrerades 46 avvikelser medan siffran för 2018 låg på 10.

Ökningen av denna avvikelsetyp kan antas bero på en ökad medvetenhet hos alla medarbetare att registrera avvikelser även inom detta område. Satsningen på dokumentationsombuden under året kan ha haft effekt då det i förlängningen har lett till en ökad kompetens hos samtliga medarbetare. Ökningen kan även bero att sektionschefer registrerar avvikelser i

högre utsträckning än tidigare i samband med att de uppmärksammar brister i dokumentationen.

### **Hjälpmedel**

Inom detta område kan en ökning noteras av antalet registrerade avvikelser. Under 2019 registrerades 64 medan siffran för 2018 låg på 22. Parametern hjälpmedel tillkom för SoL-avvikelser under 2018.

Ökningen kan antas bero på en generellt ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten men ökningen kan även bero på att denna typ av händelser tidigare registrerats som en HSL-avvikelse. Ökningen kan även bero på att sektionschefer och legitimerad personal registrerar avvikelse i samband med att de uppmärksammar brist i hantering av hjälpmedel. Medarbetare inom rehab och även förvaltningens utbildare arbetar för att öka kunskapen om hanteringen av hjälpmedel.

### **Synpunkter**

Inom detta område syns en ökning av antalet registreringar. Under 2019 registrerades 128 synpunkter medan siffran för 2018 låg på 102.

Under året har det gjorts flera informationsinsatser inom området. Informationsbrev från avdelningschefen har vid två tillfällen under året skickats ut till alla särskilda boenden där brevet fördelats till samtliga enskildas brevlådor. I detta brev återfinns information om bl.a. kommande utvecklingsarbete och i höstens brev, en kortare kommentar om Socialstyrelsens brukarundersökning. I samband med en brukares inflyttning lämnas information om vikten av att förmedla synpunkter eller klagomål och ny framtagen broschyr för förmedling av dessa finns på samtliga särskilda boenden.

Kostenheten kan se en viss ökning av antalet synpunkter eller klagomål. Det är önskvärt att det kommer in synpunkter för att kunna jobba med ett systematiskt förbättringsarbete. För detta ändamål har en synpunktsblankett under året tagits fram.

Malmö stads medborgare har möjlighet att via Malmö stads hemsida lämna sina synpunkter eller klagomål. Under 2019 inkom det 13 synpunkter eller klagomål via denna kanal som berörde avdelningen. Föregående år kom det in sju synpunkter eller klagomål. Ökningen kan antas bero på ett ökat fokus från verksamheten att informera anhöriga om vikten av att lämna synpunkter eller klagomål. Samtliga mottagna synpunkter eller klagomål har besvarats och åtgärdats enligt gällande rutin.

## Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

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

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Totalt
<b>Antal</b>	15	3	18

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

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Totalt
<b>Antal</b>	25	4	29

## Sammanställning av anmälda allvariga missförhållanden eller risk för allvariga missförhållanden

Tabell från Flexite: Antal anmälda allvariga 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
<b>Antal</b>	0	2	2

Tabell från Flexite: Antal anmälda allvariga 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
<b>Antal</b>	0	0	0

## **Analys av inrapporterade och anmälda missförhållanden eller risk för missförhållanden**

Under året har 14 utredningar enligt lex Sarah slutförts. Händelserna har i stort handlat om brister i bemötande, ej följd rutin, brister i hantering av enskildas privata medel och brister i utförande av insatser.

Bakomliggande orsaker till händelserna har sammantaget varit brister i överrapportering och kommunikation, brister i arbetet och kompetens kring enskilda med utåtagerande beteende, ej följd rutin eller handlingsplan och brister i arbetet kopplat till Socialstyrelsens värdegrund.

Åtgärder som vidtagits har bl.a. varit att aktualisera gällande rutiner, samtal i grupp och att händelsen varit föremål för dialog på verksamhetens kvalitetsråd. Även åtgärder som handledning av Silviasyster eller demenssjuksköterska, värdegrundsarbete, satsning på anhörigombud och kontaktmannaskapet samt förankra rapporterings- och dokumentationsskyldigheten har gjorts.

Av de utredda händelserna enligt lex Sarah har två bedömts som ett allvarligt missförhållande och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa händelser har avsett bristande bemötande och tvångsåtgärd.

Inom ramen för kvalitetsråd på sektions- och avdelningsnivå identifieras mönster och trender på en övergripande nivå och insatta och planerade åtgärder diskuteras och följs upp samt sprids. Allt i syfte att förebygga att liknande händelser inträffar igen och att föra lärande diskussioner.

## 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
<b>Antal</b>	125	8	1415	110	106	20	8	82	2	1876

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>	74	4	1283	53	61	7	2	61	3	1548

### Analys av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser

Totalt har det i avdelningen inkommit 1 876 HSL-avvikelser, jämfört med föregående års 1 548. Den större andelen av dessa rör läkemedel, vilket är likt från tidigare år. Andra områden som ökat är dokumentation, medicintekniska produkter, omvårdnad, rehabilitering och synpunkter.

#### Läkemedel

Av inrapporterade avvikelser HSL avser 1 415 avvikelser läkemedel vilket innebär en ökning från 2018 med 132 avvikelser. De flesta läkemedelsavvikelserna sker i överlämningsfasen och merparten av dessa är relaterade till att den enskilda inte har 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.

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 då noteras.

Under 2019 har fyra särskilda boende ingått i projekt med digital signering via MCSS, detta har genererat att två av boendena har fått ner sina avvikelser i överlämningsfasen. Ett boende har samma antal avvikelser som tidigare och ett boende har ökat, dock var det få avvikelser registrerade på det boendet 2018. I och med att boendet har påbörjat signering i MCSS har de också uppmärksammat avvikelser och börjat att registrera dessa.

Avvikelse avseende läkemedel har under 2019 ökat på HSL-enheten. Det som främst har ökat är iordningsställande av läkemedel och gäller feldelade dosetter eller att dosetterna har missats att iordningställas av sjuksköterskorna. Sektionerna har sett över system vid iordningsställande av läkemedel och det har tydliggjorts vikten att skriva in i planeringen när och vad som ska göras.

### **Dokumentation**

En ökning av dessa avvikelser har skett inom HSL-enheten, från 17 till 73. Sektionen för rehab har registrerat en andel till sig själva. Det har uppdragats en avsaknad av dokumentation samt brist i dokumenterade uppföljningar av hjälpmedel och andra insatser. Under året har två medarbetare i sektionen varit inblandade i flertalet av dessa avvikelser där orsak har varit tjänstefel. De två medarbetarna finns inte längre kvar i Malmö stad.

Vid en fördjupning av de avvikelser som avser dokumentation och som är kopplade till sjuksköterskorna så handlar dessa främst om bristande dokumentation i journalen gällande vid behovsläkemedel att den enskilda har fått vid behovsläkemedel samt uppföljning av effekten. Vidare avser dessa avvikelser även att läkemedelslistan inte är uppdaterad med rätt ordination eller att läkemedelslistan och signeringslistan saknas hos patienten. Sektionerna har uppmärksammat att dosrecepten inte förlängs i tid och att rutin för kontroll av nya dosrecept brister. Sektionerna har nu satt in åtgärd för att minimera risken att detta ska inträffa. Det är också sjuksköterskorna som nu lägger ut läkemedelslistorna som ett led att säkra upp att rätt läkemedelslista finns hos patienten. En sektion har påbörjat kollegial granskning i syfte att säkerställa samstämmighet i dokumentationen. Implementering i övriga sektioner kommer att påbörjas under 2020.

### **Medicintekniska produkter och rehabilitering**

Medicintekniska produkter har ökat markant från 53 till 110. Ökningen är relativt jämnt fördelad över samtliga enheter, dock högre i en SoL-enhet samt i HSL-enheten. Medicinteknisk produkt är en bred term som innefattar såväl utrustning som hjälpmedel. En del av de inrapporterade händelserna verkar dock avse annan produkt, exempelvis rörelselarm. Här finns behov av ett förtydligande ut till medarbetare, om vad som ingår i begreppet.

Inom SoL har parametern Medicintekniska produkter tillkommit. Det borde vara så att en del av de avvikelser som skrevs som HSL förra året ligger som SoL under detta år. Trots detta en markant ökning.

Vad gäller de hjälpmedel som förskrivs av arbetsterapeut/fysioterapeut så rör avvikelserna mestadels försenad utprovning eller brister i dokumentation kring förskrivningen. Inga större konsekvenser har drabbat berörda patienter.

Avvikelse gällande rehabilitering har ökat från 7 till 20. Föregående år var avvikelser gällande rehabilitering endast riktade till enhet HSL samt en av SoL-enheterna. Under detta år har avvikelser gällande rehabilitering varit mer jämnt utspridda på samtliga enheter. Detta torde innebära att kännedom om rehabiliteringsinsatser har ökat. Föregående år var flertalet avvikelser relaterade till ledtider som inte följdes. Under 2019 har denna angivna



orsak sjunkit markant och istället ersatts av uteblivna insatser eller felaktigt utförda insatser. Konsekvenser för berörda patienter har bedömts som mindre eller måttlig. Trots att en del särskilda boenden har märkt av en något instabil rehabsektion vad gäller personalomsättning, har avvikelserna gällande rehabiliteringsinsatser inte riktats mot sektionen för rehab. Avvikelse rör istället omvårdnadspersonalens insats eller avsaknad av denna.

### **Omvårdnad**

Avvikelser registrerade på omvårdnad har ökat från 61 stycken 2018 till 106 stycken 2019. Flest avvikelser avser sår, att ordinationen inte är följd, avsaknad av riskbedömning och avsaknad av uppföljning samt bristande kompressionsbehandling. Avvikelse rör också om bristande viktkontroller och vårdrelaterade infektioner. Flera avvikelser är felregistrerade och avser personlig omvårdnad enligt socialtjänstlagen.

### **Synpunkter**

2019 registrerades 82 synpunkter vilket är en ökning från 2018.

Synpunkterna handlar bl.a. om kvaliteten på utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser såsom bedömningar och sårbehandling samt att det har varit svårt att komma i kontakt med sjuksköterskorna per telefon. Dessa händelser är till viss del riktade mot ny kvällspatrull som startades under året. Sektionerna har nu gjort förändringar i arbetssättet i syfte att förbättra kvaliteten och tillgängligheten.

MA har vid ett flertal tillfällen informerat om rutinen för klagomål och synpunkter på ledningsgruppen HSL och avdelningens ledningsgrupp, vilket kan ha genererat att fler synpunkter registreras då sektionerna arbetar på ett mer systematiskt sätt med synpunkter och klagomål. Det har varit otydligt hur t.ex. synpunkter/klagomål som inkommit via IVO ska registreras. Förutom att registreras i diariet läggs nu även synpunkt/klagomål in i avvikelssystemet som en synpunkt. Sektions- och enhetschefer får direkt vetskap om händelsen och kan därför snabbare påbörja utredning och sätta in åtgärder vilket minskar risken för allvarlig vårdskada. Återkoppling till den som lämnat in synpunkt/klagomål sker också snabbare.

## **Sammanställning av vårdskador och lex Maria**

**Tabell från Flexite: lex Maria 2019**

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

**Tabell från Flexite: lex Maria 2018**

	<b>Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)</b>
<b>Antal</b>	1

## Analys av vårdskador och lex Maria

Under året har tio internutredningar HSL slutförts av MA. Händelserna handlade i stort om bristande bedömning vid palliativ vård, bristande läkemedelshantering och uppföljning, bristande riskbedömningar, bristande dokumentation och bristande informationsöverföring. Åtgärder kopplade till identifierade orsaker har satts in och planering av uppföljning av åtgärder och dess effekt har gjorts.

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Av de internutredningar HSL som slutförts under 2019 har två händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Båda händelserna bedömdes ha medfört allvarlig vårdskada för patienterna. Den ena händelsen avser smittspridning av multiresistent bakterie där bakomliggande orsaker har identifierats. Åtgärder har utarbetats tillsammans med Smittskydd och Vårdhygien på Region Skåne. Berörda chefer, MA och kvalitetsutvecklare HSL har tillsammans med personal under året arbetat med den handlingsplan och åtgärder som upprättades i samband med händelsen. MA har även varit inbjudna på avdelningens frukostmöte för information om multiresistenta bakterier och hur sektionerna kan arbeta med att minska risken för smittspridning. I början av 2020 kommer nya provtagningar att göras. Uppföljning av resultat och effekt av föreslagna åtgärder planeras att utföras under våren 2020.

Den andra händelsen handlade om bristande identitetskontroll i samband med läkemedelshandlingen. Tillsammans med sektionschef för omvårdnadspersonal och legitimerad personal har orsaker utretts och åtgärder har utarbetats. Information om händelsen och dess konsekvenser ges i flera forum inom berörd sektion och avdelning. Det har identifierats att information om händelser, dess bakomliggande orsaker samt åtgärder tenderar att stanna inom den sektion där händelsen inträffat. Det är viktigt att de händelser som identifierats och inträffat lyfts upp på en aggregerad nivå i syfte att dra lärdom och förebygga att patienten drabbas av vårdskada. Det är även viktigt att utöver bakomliggande orsaker även fokusera på de positiva aspekter t.ex. åtgärder som gjorts för att förhindra eller begränsa effekter av vårdskada. MA kommer fortsättningsvis att ta med sig information om händelserna till enhetschefernas ledningsgrupp.

## Sammanställning av fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2019

	Fall
Antal fall	3847

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	4298

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

Fallavvikelserna har minskat något under 2019. Vad som är anledningen till det går inte med säkerhet att urskilja. Det inte har lagts något specifikt fokus på fallprevention, även om andan i verksamheterna är att vara vaksam på risker hos den enskilde samt risker i miljön. Av det totala antalet fall, har 24,5 % inte orsakat någon skada. I de fall där skada skett är sårskada vanligast, följt av svullnad/blåmärke samt smärta. I 2 % av fall med skada är fraktur angivet. De vanligast förekommande åtgärderna (oavsett fall med eller utan skada) är "ingen åtgärd", "extra tillsyn" och "hjälpmedel". Evidensen i fallförebyggande arbete pekar sedan flera år tillbaka på att styrketräning är den mest effektiva åtgärden vid fallrisk. Varför denna åtgärd endast anges i ett fåtal fallavvikelser kan ha orsak i att de enskilda personerna på särskilt boende inte har ork eller motivation till träning. Däremot kan de ändå vara aktiva i exempelvis balansträning i grupp, vilket är en faktor som inte framkommer i avvikelssystemet.

Rehabsektionen har tilldelats två tjänster under året som var riktade mot fallförebyggande arbete, men detta har ännu inte kommit igång, relaterat till stor omsättning av personal inom sektionen. Tjänsterna har istället använts till att täcka behovet av basal rehabilitering, vilket går i linje med den nationella prioriteringsordningen.

Medvetenheten är stor kring fall och förstärks genom arbetet med Senior alert. Som tidigare nämnts är teamets funktion samt sektionschefens engagemang avgörande för att Senior Alert ska få effekt till den enskilde.

Det finns en förhoppning att under 2020 kunna erbjuda handledarveckor till omvårdnadspersonal. Då kan arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter arbeta med handledning i basal rehabilitering, vardagligt rehabiliterande förhållningssätt samt fallprevention.