

## Halvårsrapport hälso- och sjukvårdsavvikelser januari- juni 2017

### Bakgrund och syfte

En avvikelse är en händelse som avviker från förväntat förlopp och som har lett till, eller kan leda till, en skada. Genom att rapportera avvikande händelser kan brister och systemfel synliggöras.

Syftet med avvikelser är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller

systemfel i verksamheten samt utifrån analys och sammanställning skapa underlag för

arbete med kvalitetsförbättring.

Antal rapporter ger en vägledning inom vilka kategorier det finns störst behov av åtgärder. Avsaknad av, eller ett lågt antal, rapporter bör inte tolkas som avsaknad av problem eftersom antalet rapporterade avvikelser inte bara påvisar om det finns ett problem utan också på den enskilda individens möjlighet och kunskap att skriva en avvikelserapport. Av samma skäl bör antalet avvikelser inte användas som ett jämförande mått, t ex för att bedöma om åtgärder haft effekt. För att kunna bedöma detta behöver avvikelserapporter följas upp, t ex genom egengranskning och noggranna händelseanalyser.

### Resultat antal rapporterade avvikelser LÄKEMEDEL

Tabell 1

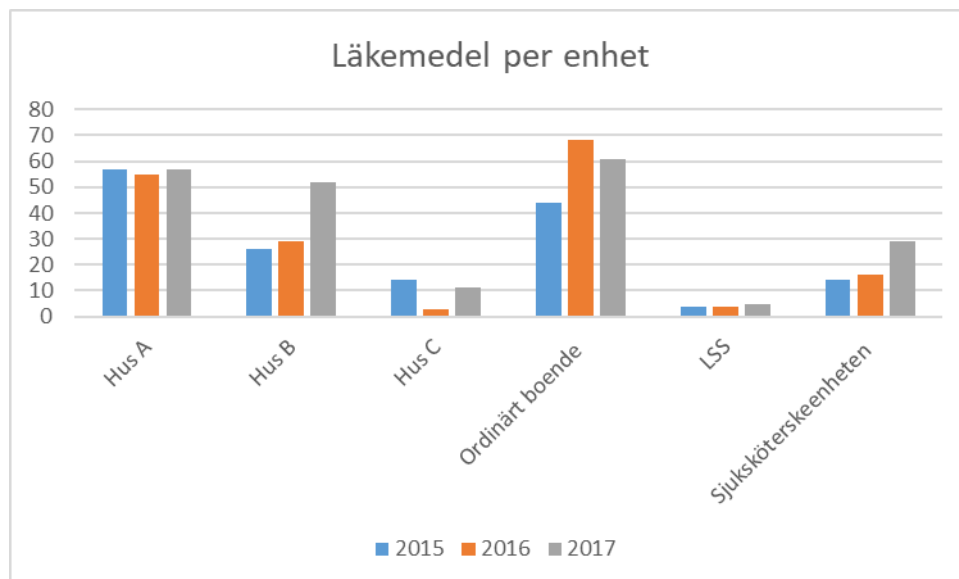
Läkemedel	2015	2016	2017
Hus A	57	55	57
Hus B	26	29	52
Hus C	14	3	11
Ordinärt boende	44	68	61
LSS	4	4	5

Sjuksköterskeenheten	14	16	29
<b>Totalt</b>	<b>159</b>	<b>175</b>	<b>215</b>

Antal rapporterade läkemedelsavvikelser under första halvåret 2017 för samtliga enheter har ökat med 40 stycken, jämfört med föregående år, samma period.

### Statistik läkemedelsavvikelser / rapporterade händelser

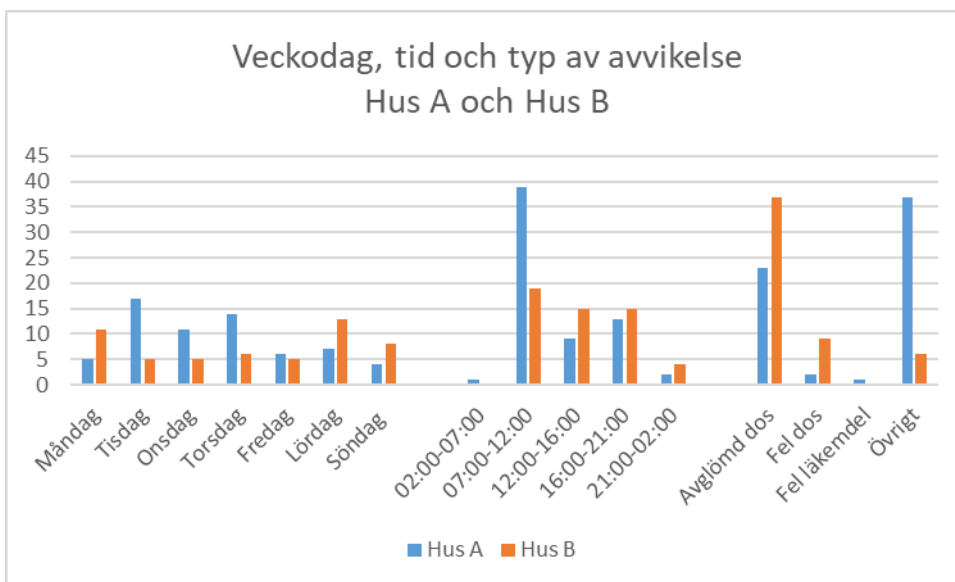
Bild 1



Hus B har ökat med 23 stycken och sjuksköterskeenheten har ökat med 13 stycken. De övriga enheterna ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Bild 2

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Rapporterade händelser för Hus A är något fler på tisdagar och torsdagar.

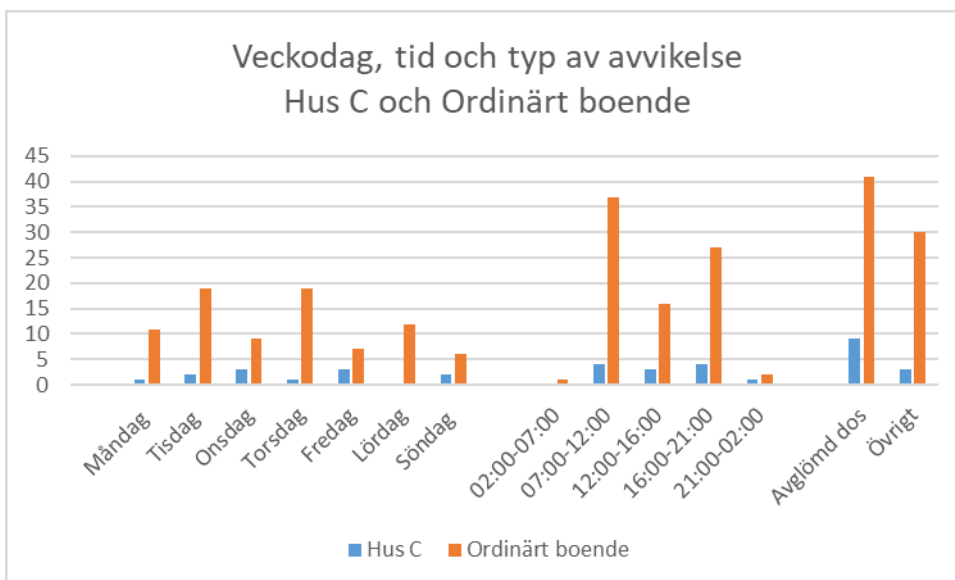
Hus B sker flest på lördagar.

Generellt förekommer händelserna mellan klockan 07.00- 12.00.

Avglömd dos och övrigt dominerar typ av avvikelse.

*Bild 3*

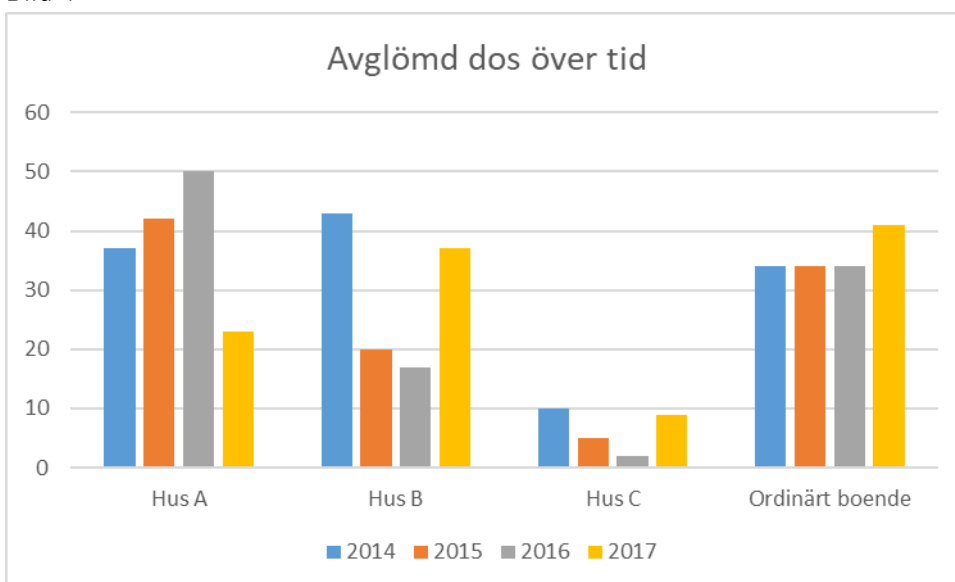
Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Det är ett fåtal händelser som sker på Hus C och då det inträffar är det avglömd dos.

I ordinärt boende sker något fler händelser på tisdagar och torsdagar. Generellt förekommer händelserna under förmiddag- och kvällstid. Avglömd dos och övrigt dominerar typ av avvikelse.

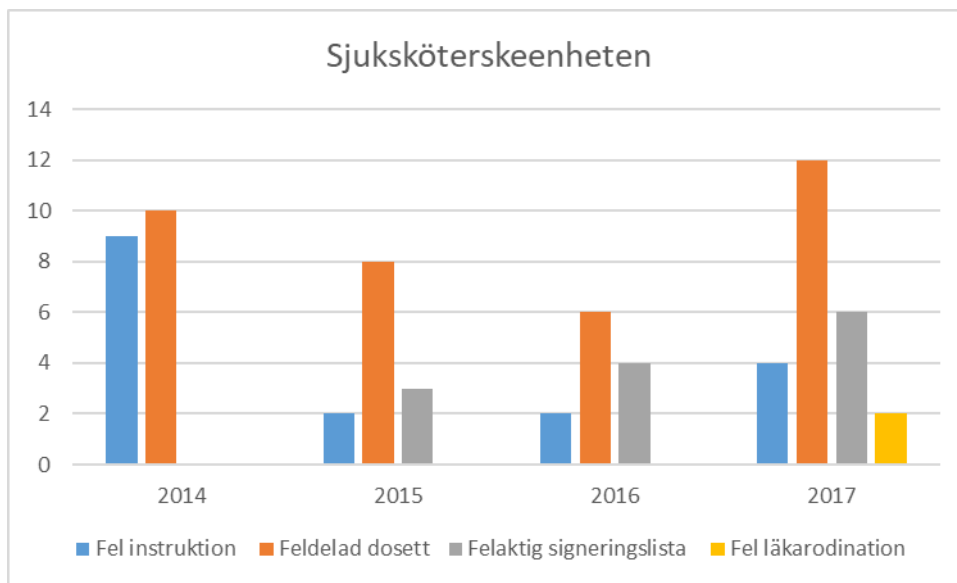
*Bild 4*



Hus A har halverat antal avglömd dos, de övriga enheterna har ökat.

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Bild 5

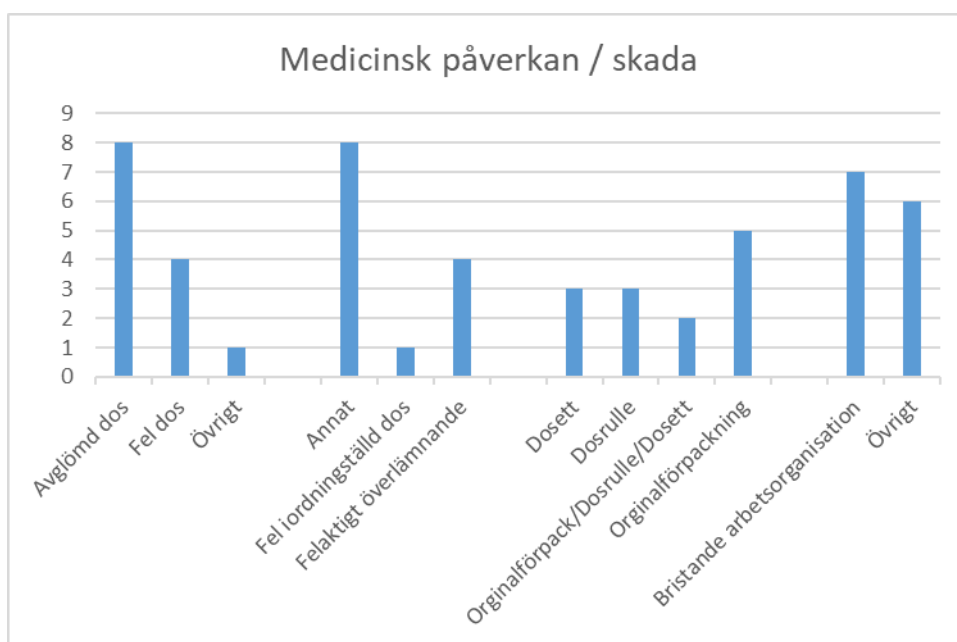


För sjuksköterskeenheten har totalt 13 fler avvikelser rapporterats jämfört med föregående år. Feldelad dosett dominerar.

### Typ av avvikelse, läkemedelshantering, dispenseringsystem och orsak till avvikelser

Bild 6

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Läkemedelsavvikelserna har genererat 13 händelser med medicinsk påverkan eller skada. Mest förekommande är avglömd dos från originalförpackning (burk).

### Enhetschefens orsaks- och händelseanalys om läkemedelsavvikelser

Tabell 2

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
<b>Hus A</b>	Glömska, missar muntliga rapporter, ber kollega ge läkemedel som sedan missar, hög arbetsbelastning, läser inte klart, svårt att prioritera vid sjukluckor och frångår rutiner, är sedan tidigare rädda för konsekvenser vid kvalitetsbrister och avvikelserapportering.	Kommunicera, bättre kvalitet på muntliga rapporter, dokumentera och läsa rätt, information om prioriteringsordning och arbeta systematisk, tydligt kommunikativt ledarskap som bjuder in till delaktighet i förbättringsarbete genom arbete med analys /åtgärd.

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

<b>Hus B</b>	Bristande följsamhet till rutiner och överenskommelser.	Införa arbetslistor i syfte att tydliggöra ansvarsfördelning, ansvar och uppföljning genom stöd och mentorskap vid nyanställning, rätt introduktion.
<b>Hus C</b>	Kommunikationsbrist, listor stämmer inte, otydlighet, svåransvänd pärm med för många flikar, följer inte rutiner pga slarv, slentrian/ tror man vet, glömmet signera.	Göra arbetet strukturerat och arbeta systematiskt med delaktighet och kommunikation, förtydliga ansvar och rutiner.
<b>Ordinärt boende</b> <i>(Hemtjänst)</i>	Tid för insats är felbeställd, ologiskt arbetssätt för dosetthantering, följer inte rutiner och rutiner är inte alltid funktionella och bra, glömmet att signera, svåransvänd pärm och utbildningsbehov.	Göra arbetet strukturerat och arbeta systematiskt med delaktighet och kommunikation, förtydliga ansvar och uppdatera rutiner, återkommande utbildning.
<b>Gruppboende LSS</b>	Glömt, missat ändringar, inte kommunicerat.	Information till samtliga.
<b>Personlig assistans LSS</b>	Miss att ge nyinsatt dos, bristfällig information, ovan personal.	Samtal på APT om rutin, förbättra rutiner för dokumentation.
<b>Natten</b>		
<b>Sjuksköterske-enheten</b>	Ostörd miljö vid dosettdelning, svårigheter vid utformning av signeringslistor, tidskrävande.	Dela läkemedel i rätt miljö, planera arbetet i "Att göra lista" i journalen, påverka läkare ordinera Apodos.

### MAS sammanfattning om läkemedelsavvikelser

Utfallet i halvårsrapporten utgör ett underlag för verksamhetsutveckling och ett ständigt pågående förbättringsarbete gällande läkemedelshantering. Trenden har dock ökat med 40 stycken jämfört med föregående år. Alla är informerade

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

om att det är viktigt att rapportera negativa händelser/ avvikelser. Krav kvarstår att konstruktivt utföra orsaks- och händelseanalyser som led till förbättring. Öka delaktighet för medarbetarna i analysarbetet, eftersom de troligen "sitter på lösningar" på problemet och är experter på sin egen arbetsplats.

För sjuksköterskeenheter har händelserna för det mesta inneburit feldelade dosetter, vilket det finns en framtagna rutin om att kontroll måste ske av kollega innan dosett lämnas ut. Denna kontroll har således brutit.

Två lex Maria- anmälningar är gjorda under första halvåret 2017, båda händelserna handlar om felaktig läkemedelshantering med vårdskada som följd av felmedicinering. MAS har uppmanat enhetschef hemtjänst, enhetschef för sjuksköterskorna, sjuksköterskor på uteområden och hemtjänstpersonal att tillsammans kommunicera fram en plan för god och säker läkemedelshantering för att minska risk för felaktigheter i samband med dosetthantering, eftersom det är dess hantering som oftast brister, men även kommunikationen dem emellan. Detta förslag från gruppen kommer MAS tillhanda senast den 29 september, därefter fattar MAS beslut om ny och säkrare rutin kring samverkan för ökad patientsäkerhet, eller att sjuksköterskorna själva får åka ut till sina patienter och dela dosetterna. En åtgärd kan bli att återkalla delegationer för omvårdnadspersonalen och låta sjuksköterskorna själva stå för hela läkemedelshantering, vilket kräver fler sjuksköterskor, som i dagsläget är mycket svårt att rekrytera.

## Resultat antal rapporterade avvikelser FALL

Tabell 3

Fall	2015	2016	2017
Hus A	119	62	71
Hus B	126	122	193
Hus C	15	16	8
Ordinärt boende	50	27	44

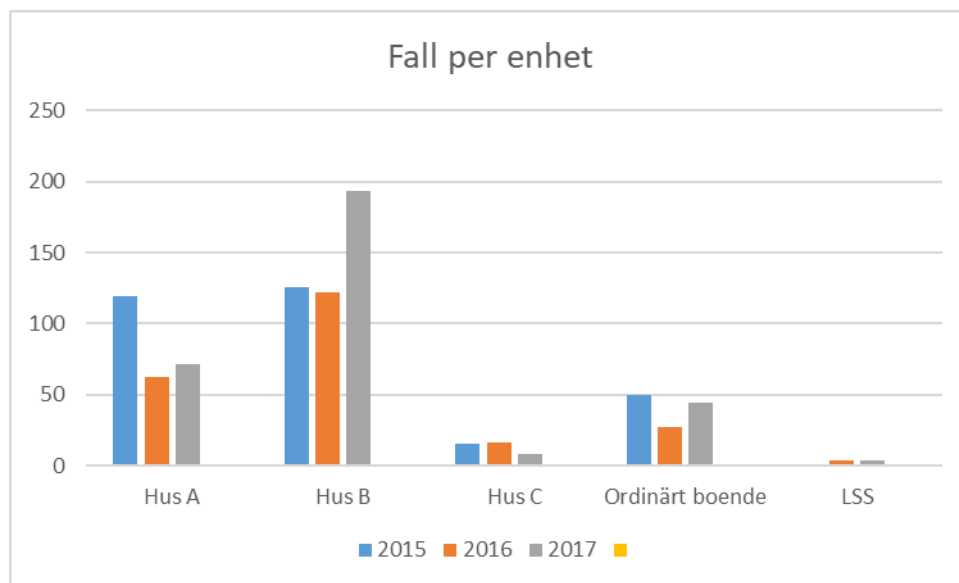
Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



<b>LSS</b>	0	4	4
<b>Totalt</b>	<b>310</b>	<b>231</b>	<b>320</b>
<b>Varav frakturer</b>	1	5	2

## Statistik fallolyckor/ rapporterade händelser

Bild 7



Rapporterade fallavvikelser under första halvåret 2017 har ökat med 89 stycken.

## Fallolyckor och fallförebyggande arbete

Fallskador<sup>1</sup> utgör cirka 12% av vårdtillfällena och är efter hjärt- och kärlsjukdom den främsta orsaken till sjukhusvård. Två tredjedelar av äldre som bor i särskilda boenden faller under ett år och ett hundratal fallskador per år rapporteras från den slutna vården. En tredjedel av personer som är 60 år och äldre faller minst en gång varje år, och efter 80 års ålder drabbas varannan person. Varje år avlider cirka 1 500 personer av fallskador i Sverige, vilket är tre gånger så många som omkommer till följd av trafikolyckor. De flesta som

<sup>1</sup> <http://www.vardhandboken.se/Texter/Fallprevention/Oversikt/>

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

avlider efter en fallskada är över 65 år. Efter en höftfraktur ökar dödligheten inom ett år med 26%.

Den samlade forskningen visar att flera åtgärder bör sättas in samtidigt och bör utgå från individens behov. Evidens finns för att fallprevention ger effekt i slutenvården och i äldreomsorgen. Teambaserat, multiprofessionellt och multifaktoriell individanpassad fallprevention kan ge en 30-60% reduktion av antal fall. Det är därför svårt att föreslå generella åtgärder. Varje verksamhet får utöver generella riktlinjer anpassa åtgärderna utifrån egna patientgrupper och vårdformer. Både generella och individuella åtgärder måste diskuteras ingående innan de genomförs. Generella multifaktoriella åtgärder är basen för att skapa en säker miljö. Man måste även beakta om de patientgrupper man vårdar, har specifika behov av fallförebyggande åtgärder. Nästa nivå är att individanpassa insatserna efter den enskilda patientens behov. Det kan också inträffa akuta situationer som kräver insatser omgående för att förhindra fall och fallskador.

Fallförebyggande insatser<sup>2</sup> utgörs av bl.a fallriskbedömning. Bedömningarna baseras bland annat på om personen:

- har fallit tidigare, använder flera olika läkemedel, har problem med balansen av något skäl, har nedsatt muskelstyrka och/eller synförmåga.

Även checklistor för bedömning av risker i hemmet har utvecklats. Där tittar man på faktorer som ökar fallrisken såväl inomhus som utomhus. Bland de individanpassade insatserna finns exempelvis:

- information om och hjälp till fysisk träning, höftskyddsbyxor, halkskydd, synkontroll och vidarehänvisning vid behov, hjälp med anskaffning och underhåll av tekniska hjälpmedel, hjälp med att minska risker i hemmiljön, rätt kost och översyn av läkemedel.

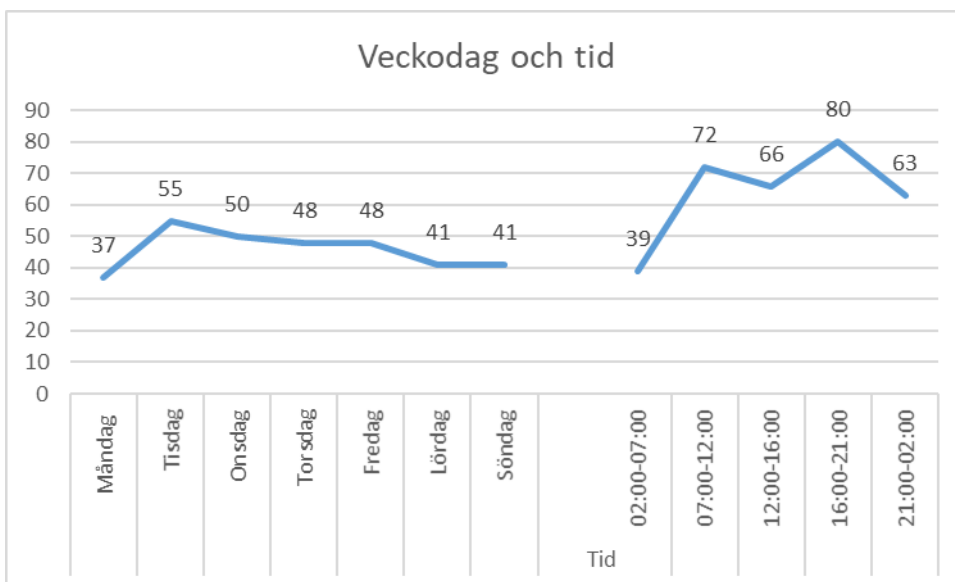
*Bild 8*

---

2

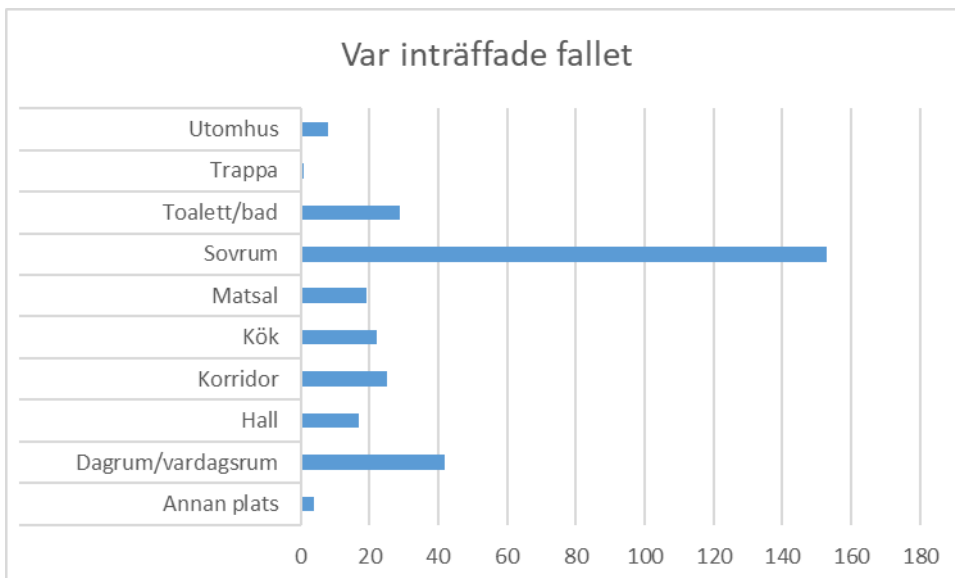
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialt arbete/fallforebyggnade>

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Generellt sker fallolyckor mellan klockan 16.00- 21.00 på tisdagar.

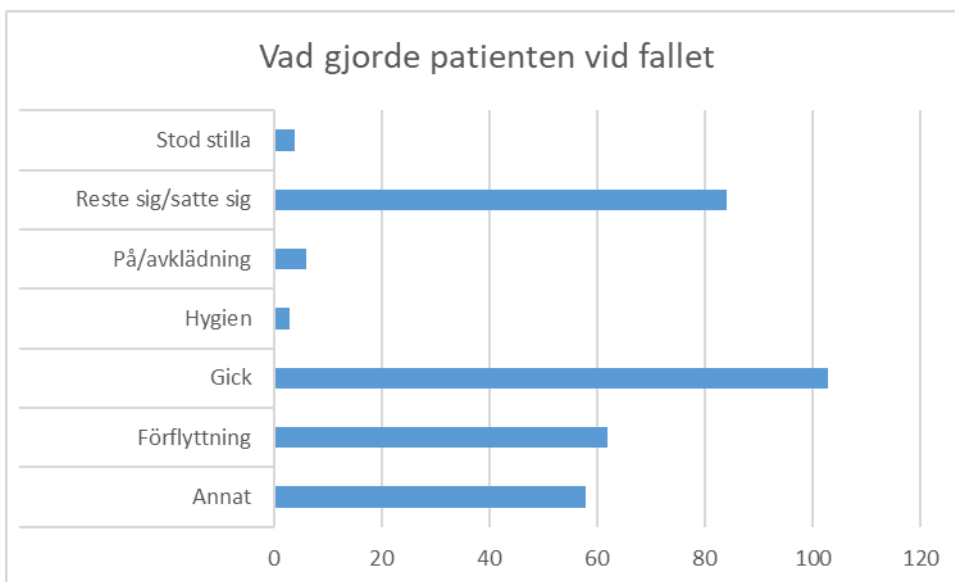
*Bild 9*



I sovrummet dominerar flest fallolyckor.

*Bild 10*

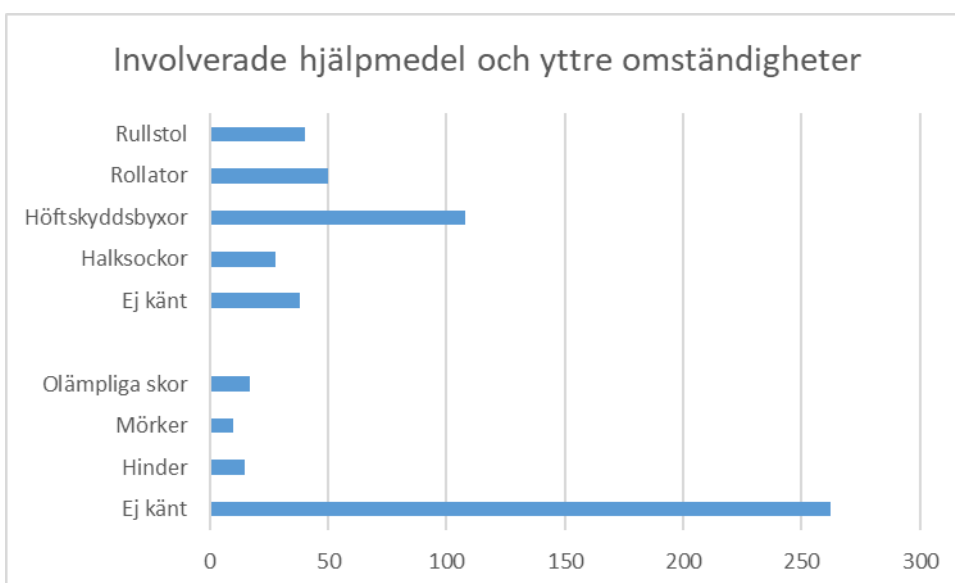
Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Fallolyckorna inträffar vanligast vid gång, reser sig/ sätter sig eller annan förflyttning.

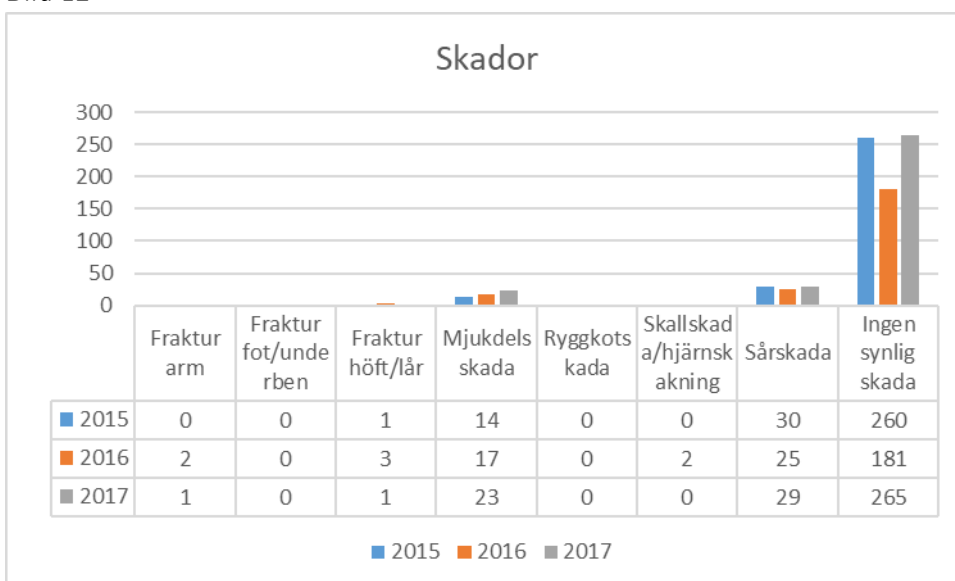
Bild 11

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Det är ett gott tecken att flera har höftskyddsbyxor, som borde ha bidragit till det låga antalet frakturer. Det är emellertid inte alltid definierat vilka yttre omständigheter som ligger bakom fallolyckan.

Bild 12

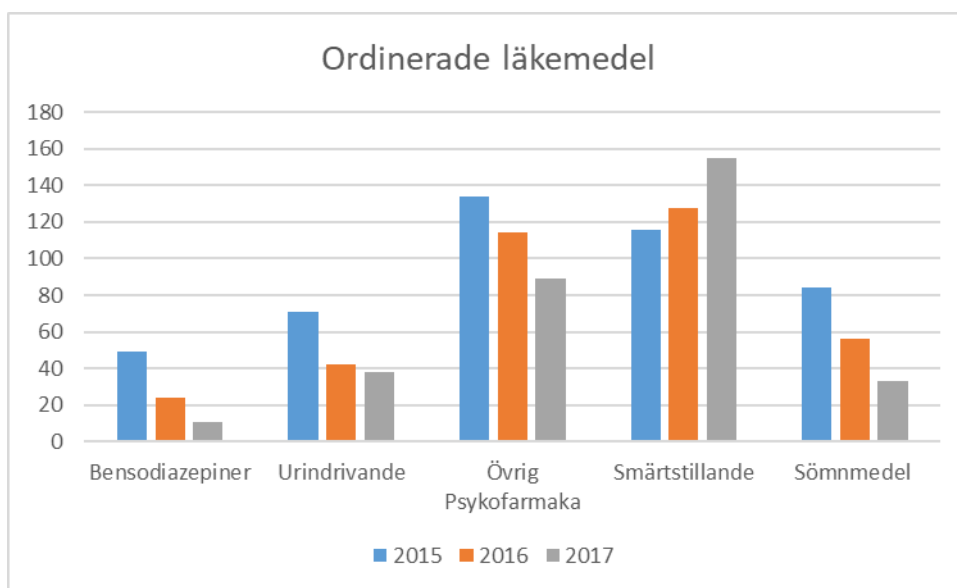


Mjukdelsskador<sup>3</sup> och sårskador har ökat men det är trots allt fler som inte får någon skada alls.

<sup>3</sup> Mjukdelsskada kan vara muskelskada eller större blåmärke mm. Det innebär en mjukdel som inte innefattas av benvävnad, brosk eller emalj

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

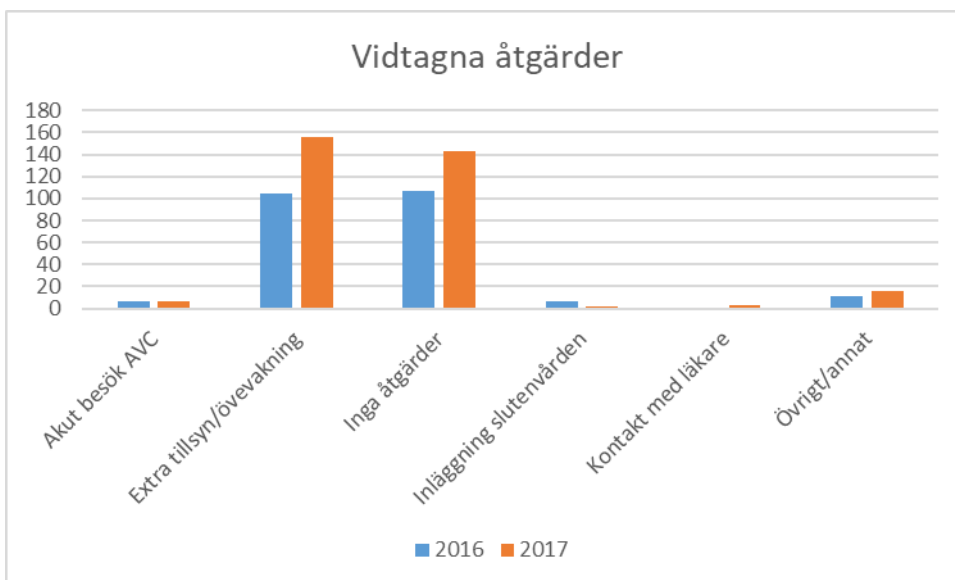
Bild 13



Smärtstillande är det enda läkemedel som har ökat, och som kan påverka äldres risk för fall.

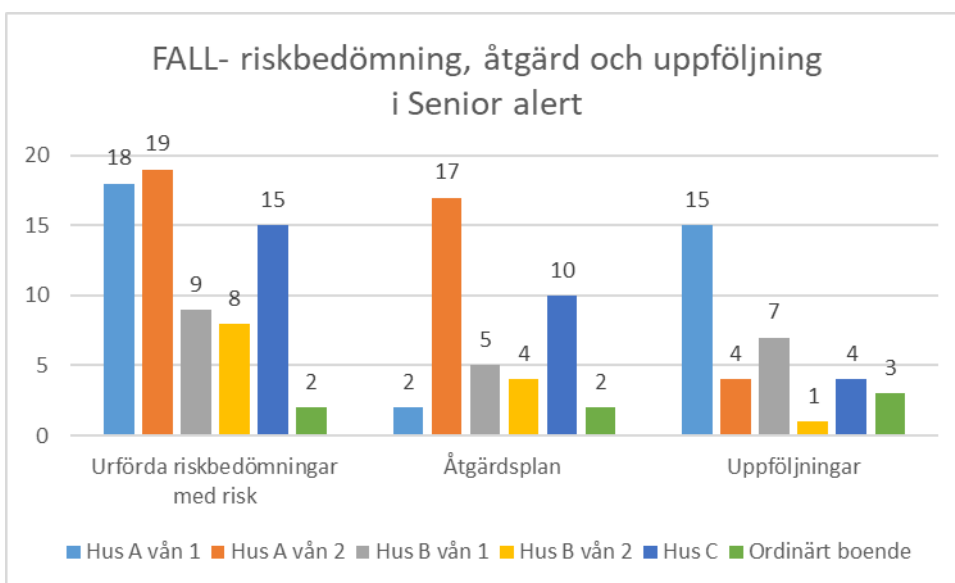
Bild 14

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



De vanligaste åtgärderna efter fallolyckor är extra tillsyn eller inga åtgärder alls.

Bild 15



Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Enhetschefens orsaks- och händelseanalys om fallavvikelser

Tabell 4

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
<b>Hus A</b>	Fallförebyggande åtgärder i Senior alert kommuniceras inte och följs inte upp och förståelse för kvalitetsregistren briser, bristande kompetens kring vissa hjälpmedel, hög arbetsbelastning och bristande struktur.	Tydliggöra rutiner, rapporter ska vara av god kvalitet, struktur för arbete med Senior alert, information och kommunikation samt handlingsplan samt uppföljning på teamträffar.
<b>Hus B</b>	Bristande teamarbete och rapportering, rörelselarmens funktion och användning ej korrekt, brist i arbetet med uppföljning i kvalitetsregistret Senior alert.	Tydlig genomförandeplan, fallförebyggande åtgärder genom teamarbete och Senior alert, information och utbildning till alla personal, uppdragsbeskrivning för rehabombud, rätt introduktion och bemanning.
<b>Hus C</b>	Bristande information mellan rehab, bistånd samt personalgrupp med syfte och mål om korttidsvistelse, förvirrade patienter, glider ur rullstol, allmäntillstånd påverkar förflyttningsförmågan, glömmer rullatorn, demens, brist i teamträffar och Senior alertarbete.	Nattpersonal bör medverka på teamträffar, arbeta bättre med Senior alert, fallförebyggande samtal/ informera patienterna.
<b>Ordinärt boende</b> (Hemtjänst)	Kommunikationsmissar mellan personalgrupperna, kunskapsbrist i fallprevention, patienterna vill vara självständiga, allmäntillstånd och yttre faktorer påverkar fallrisk, brister i teamträffar och arbetet	Nattpersonal bör medverka på teamträffar, arbeta bättre med Senior alert, fallförebyggande samtal/ informera patienterna, fallförebyggande utbildning

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



	med Senior alert, bristfällig introduktion för ny personal.	och metodstöd i introduktionen och öka en dag för utbildning av nya.
<b>Natten</b>		

### **MAS sammanfattning om fallavvikelser**

Rapporterade fallolyckor har ökat med 89 stycken under det första halvåret 2017 jämfört med samma period föregående år. Frakturer har minskat från 5 till 2 stycken och övriga skador är inte oroväckande. Generellt sker fallolyckor på tisdagar mellan klockan 16.00- 21.00 i sovrummet.

Fallolyckan sker vanligast i samband med gång, reser sig/ sätter sig och vid annan förflyttning. Vid förskrivning av hjälpmedel tas alltid hänsyn till säkerhet i relation till syfte och mål med hjälpmedlet. Hjälpmedel är vanligen inte involverade i fallen och det är inte känt vilka andra yttre omständigheter som kan råda. Läkemedel som kan påverka fallrisk har inte ökat, förutom smärtstillande. Det är dock inte alla smärtlindrande läkemedel som påverkar fallrisken. Vilket även visar att konsekvenser med åtgärder inte alltid behövs. Översyn av ordinerade läkemedel och läkemedelsgenomgång pågår ständigt. Flera läkemedel påverkar fallrisk för äldre, vilket måste vägas in och förskrivning av olämpliga läkemedel har minskat.

### **Senior alert**

Det preventiva arbetet med Senior alert och teambaserade arbetssätt för fallprevention har fungerat med varierande resultat och arbetet måste utvecklas och bli bättre. Framförallt behöver enheterna arbeta med uppföljning av åtgärder som planerats i samband med att risk har konstaterats, men även att bl. a inventera de boendes fysiska närmiljö. Enheterna inom äldreomsorgen måste lyfta fram kvalitetsregistreringen i Senior alert och göra det till en prioriterad fråga för verksamheten. Det finns ett tydligt samband mellan framgång i det förebyggande arbetet och registreringen i Senior alert, för att registreringen klargör vad personalen behöver fokusera på och vilka anpassningsåtgärder som behöver vidtas för att tillgodose en säker boendemiljö. Riskbedömningar måste ske i tvärprofessionella team för att synliggöra kvaliteten i riskbedömningen med rätt planerade åtgärder, som även

ska följas upp. Teamarbetet beskrivs som framgångsfaktor i nationella åtgärdsprogram till exempel via SKL, Vårdhandboken samt i kvalitetsregistret Senior alert. Personer med specifika behov måste uppmärksammas i det dagliga arbetet. Åtgärder måste leda till tydliga mål i genomförandeplanen som kontinuerligt revideras. Arbetsledningens engagemang och stöttning spelar en avgörande roll för framgång i området.

## Resultat antal rapporterade avvikelser REHABILITERANDE TRÄNING

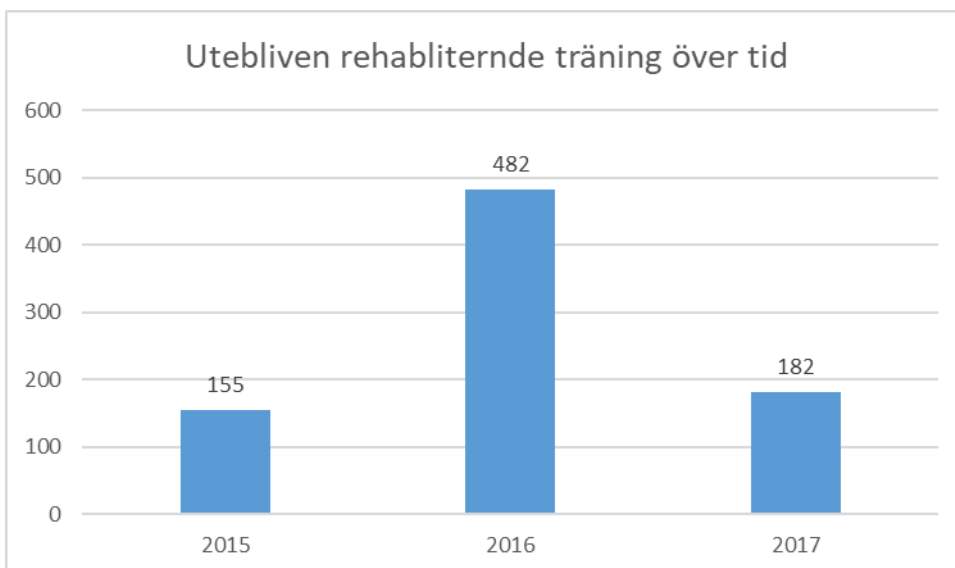
Tabell 5

Utebliven rehabträning	2015	2016	2017
Hus A		51	0
Hus B		38	29
Hus C		45	40
Ordinärt boende (hemtjänst)		175	113
Personlig assistans LSS		135	0
Extern utförare LSS		38	0
<b>Totalt</b>	<b>155</b>	<b>482</b>	<b>182</b>

## Statistik utebliven rehabiliterande träning/ rapporterade händelser

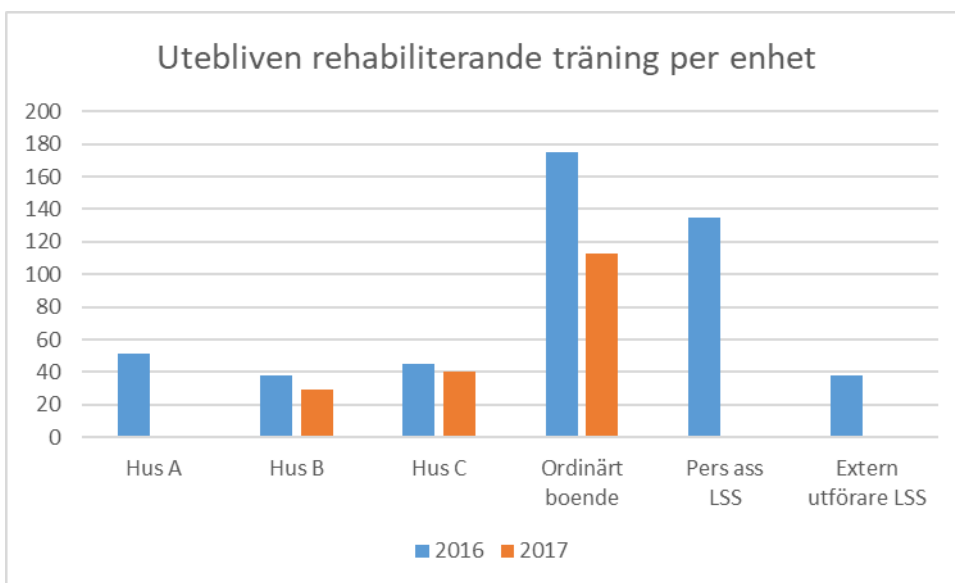
Bild 16

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



En positiv trend att antalet rapporterade händelser har minskat med 300 stycken jämfört med föregående år samma period.

Bild 17



### Enhetschefens orsaks- och händelseanalys om utebliven rehab- träning

Tabell 6

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	Inga rapporterade avvikelser.	Fortsätta med god

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

		kommunikation.
<b>Hus B</b>	Ostrukturerat arbetssätt information/ överrapportering mellan arbetspassen, kommunikation med rehab uteblir, följer inte rutiner, saknar ibland kompetens.	Se över arbetssätt och rutiner, utvärdera processer, förmedla resultat, ta fram handlingsplan och checklista, kommunikation.
<b>Hus C &amp; Ordinärt boende</b> <i>(Hemtjänst)</i>	Otydligheter, stress och arbetsmiljön påverkar utförandet, förstår inte skriftlig instruktion, pärmerna har för många flikar lätt att missa en lista, glömmer att signera när patienter avböjer träning.	Göra pärmerna hanterbara, förtydliga delegeringsansvar och tätare tematräffar, använda rehabombuden som bollplank kring träning, önskar instruktionsfilmer.
<b>Personlig assistans LSS</b>	Vikarier missat att signera, vikarier dåligt informerade om hur signeringslistan ska skötas.	Samtal på APT om hur signeringslistan ska hanteras, ordinarie personal utbildade vikarier.

### **MAS sammanfattning om utebliven rehabiliterande träning**

Ordinerad rehabiliterande träning måste säkerställas eftersom konsekvenser medför minskad stabilitet, muskelfunktion, balans och meningsfullhet i vardagen och att leva ett självständigt liv så långt det går, vilket även förebygger risk för fall och fallskador. Träningen ska ingå som en del av vardagen.

År 2015 lyftes fokus kring negativa händelser dvs utebliven eller felaktig rehabiliterande träning och beslut togs om att fysioterapeuterna skulle rapportera händelser varje månad. Någon vidare statistik per enhet kunde inte följas under första året 2015, antalet rapporter uppkom till 155 stycken totalt. År 2016 sköt rapporterade händelser i höjden (482) och fram till 2017 har antalet minskat med 300 stycken, vilket kan ses som en mycket positiv trend att uppmärksamma och ta sig an ett problem på ett effektivt sätt. Det har varit mycket arbete från Rehabenheten att stötta personal och chefer i genomförandet och förbättringsarbetet som har lett till framgång.

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Övriga rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser

### Vårdsamverkan: 11 stycken

Av de elva rapporterade händelserna är åtta stycken skrivna från kommunen och gäller framför allt bristande eller felaktig informationsöverföring tex gällande läkemedelslistor och ordinationer vid vårdövergång från sjukhus till kommunen. Ibland skickas patienten hem utan att kommunen får någon vetskap alls, utan läkemedel eller recept.

Kommunen har således mottagit tre avvikelser varav IFO en styck från vårdcentralen gällande telefonkontakt inom socialtjänsten. Hemsjukvården har mottagit två stycken från vårdcentralen ang felaktig remiss och provtagning. Rutiner har samverkats och kommunicerats.

### Medicinteknisk produkt: 9 stycken

Felanvänd och eller handhavandefel av medicinteknisk produkt vid några tillfällen. Utebliven TENS- behandling pga att avsaknad av delegering, missad rengöring av BA- tube. Rullstol tippar och lyftsele som används felaktigt. Felkopplad luftmadrass.

**Orsak:** Hantering av hjälpmedel har varit undermålig/ slarvig. Personalen har brustit i uppmärksamhet/ kunskap, utbildning saknas.

Felaktig användning av hjälpmedel, missar att rapportera, utbildning och handledning saknats, osäkerhet kring handhavandet och stressig arbetsmiljö.

**Åtgärd:** Samtal på APT om konsekvenser vid slarv, rehabombud har genomgång i gruppen, samtal på APT om uppföljning.

Information och utbildning, följa förflyttningsordinationer, handledning till ny personal, tydligt ledarskap att arbeta systematiskt med arbetsmiljö och kommunikation för att leverera trygg och säker vård genom delaktighet och återkoppling.

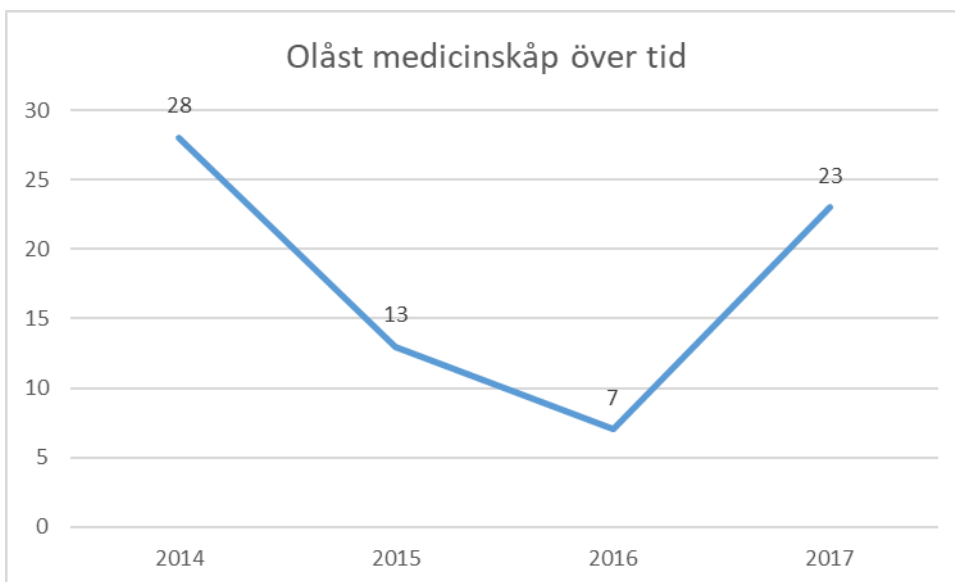
### Brist i basal hygien: 1 styck

### Brist i katetervård/ sårvård: 1 styck

### Olåsta medicinskåp: 23 stycken

*Bild 18*

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Arbetet med att säkerställa att medicinskåp är låsta korrekt, ser enligt trenden inte ut att gå åt rätt håll. Förslagsvis får samtliga skåp och lås byta ut, alternativt utse ansvar och kontroll på arbetsplatsen/ enheterna och gentemot leverantör.

### **Enhetschefens orsaks- och händelseanalys om olåsta medicinskåp**

Tabell 7

<b>Enhet</b>	<b>Orsaks- händelseanalys</b>	<b>Åtgärd för att förhindra upprepning</b>
<b>Hus A</b> <i>12 st</i>	Glömska, kunskapsbrist i att skåpet förblir olåst eftersom låsen ibland "hänger sig, stressad arbetsmiljö, följer inte rutin med kontroller.	Påminna och tydlighet, notera vilka skåp som hänger sig och kontakta leverantör, prioriteringsordning att läkemedelshantering är högsta prioritet, systematiskt arbete med analys och åtgärd för ökad delaktighet och återkoppling till personalen.
<b>Hus B</b> <i>11 st</i>	Slarv, glömska, otydligheter, okunskap om att det händer, dålig återkoppling.	Mentor, information om ansvar/gränser, uppföljning och införa arbetslista.

Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.

**Lex Maria- anmälan till IVO: 2 stycken**

Båda händelserna har skett i hemtjänsten och gäller felaktig läkemedelshantering. Vid dessa tillfällen har delegationen återkallats, nya kunskapstest har skett innan ny delegering blivit aktuell. Dialog har förts med hemtjänst och hemsjukvårdens sjuksköterskor för att säkerställa läkemedelshantering och arbetet med dosetter och hantering av signeringslistor.

**Slutsats**

Det systematiska kvalitetsarbetet måste prioriteras för att rätt åtgärder ska kunna vidtas och följas upp. För att lyckas med ständiga förbättringar ska samtliga chefer och medarbetare delta i analysarbetet och då krävs uthållighet. Sakta håller kvalitetsarbetet att "sätta sig" i organisationen vilket kommer att generera positiva effekter.