

Halvårsrapport hälso- och sjukvårdsavvikelser januari- juni 2018

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, till exempel för att bedöma om åtgärder haft effekt. För att kunna bedöma detta behöver avvikelserapporter följas upp, dels genom egengranskning och dels genom noggranna händelseanalyser men även genom åtgärdsplaner.

Resultat antal rapporterade läkemedelsavvikelser

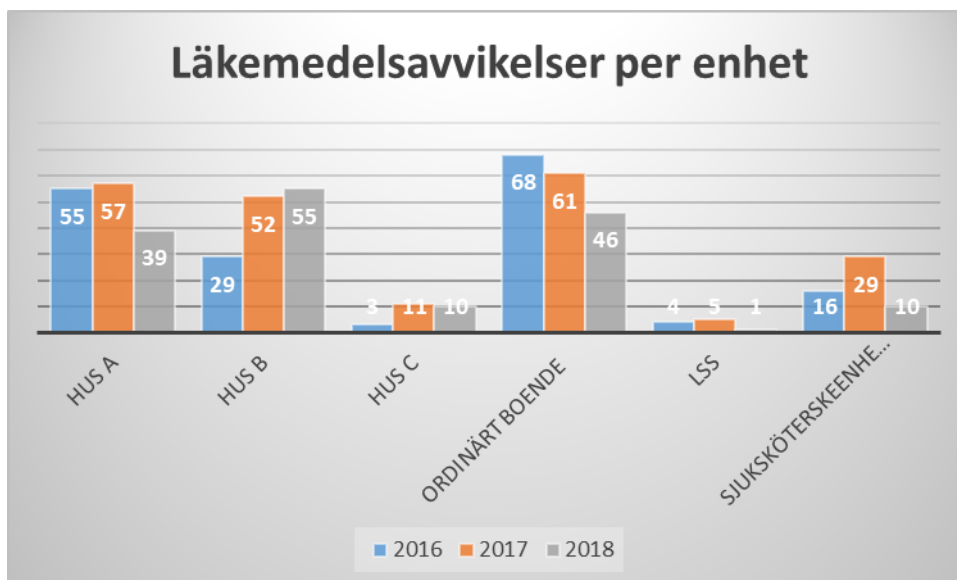
Tabell 1

Läkemedel	2016	2017	2018
Hus A	55	57	39
Hus B	29	52	55
Hus C	3	11	10
Ordinärt boende	68	61	46
LSS	4	5	1
Sjuksköterskeenheten	16	29	10
Totalt	175	215	161

Antal rapporterade läkemedelsavvikelser under första halvåret 2018 för samtliga enheter har minskat med 54 stycken, jämfört med föregående år, samma period.

Statistik läkemedelsavvikelser

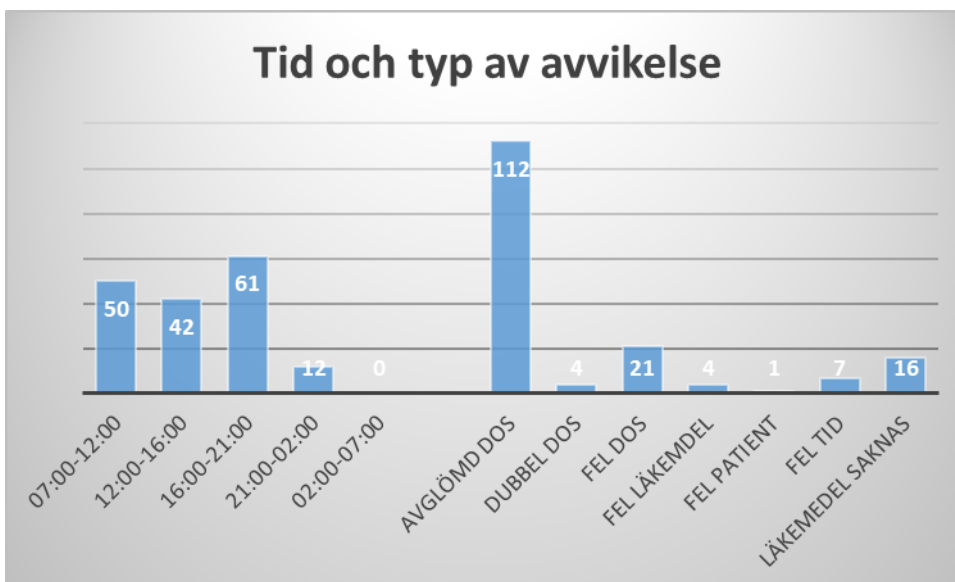
Bild 1



Hus A har minskat med 18 stycken, ordinärt boende (hemtjänst) har minskat med 15 stycken och sjuksköterskeenheten har minskat med 19 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.



Mellan klockan 16,00- 21,00 sker flest avvikelser och avglömd dos dominerar typ av avvikelse.

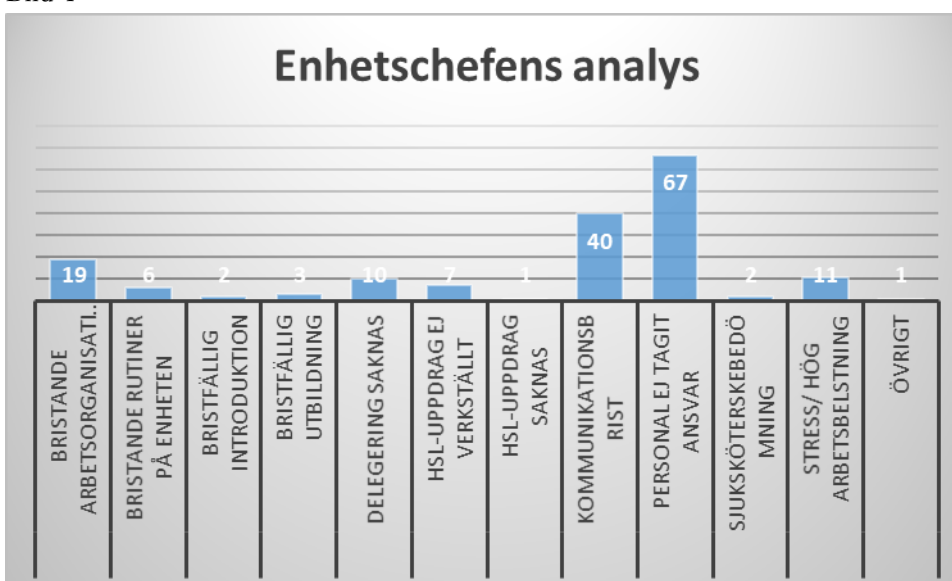
Bild 3

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.



Oftast blir det ingen känd konsekvens av händelsen, i de fall det blir en medicinsk påverkan är det förändrad blödningsrisk på grund av feldoserad Warantablett, ökad smärta efter utebliven smärtlindring, dålig sömn till följd av att sömnmedel inte givits eller förändring av blodsockernivåer relaterat till felaktig insulin dos. Det är oftast fel uppdelat/ överlämnat av delegerad personal och åtgärd som skett är uppföljning av delegering och provtagning samt övervakning de gånger det varit befogat.

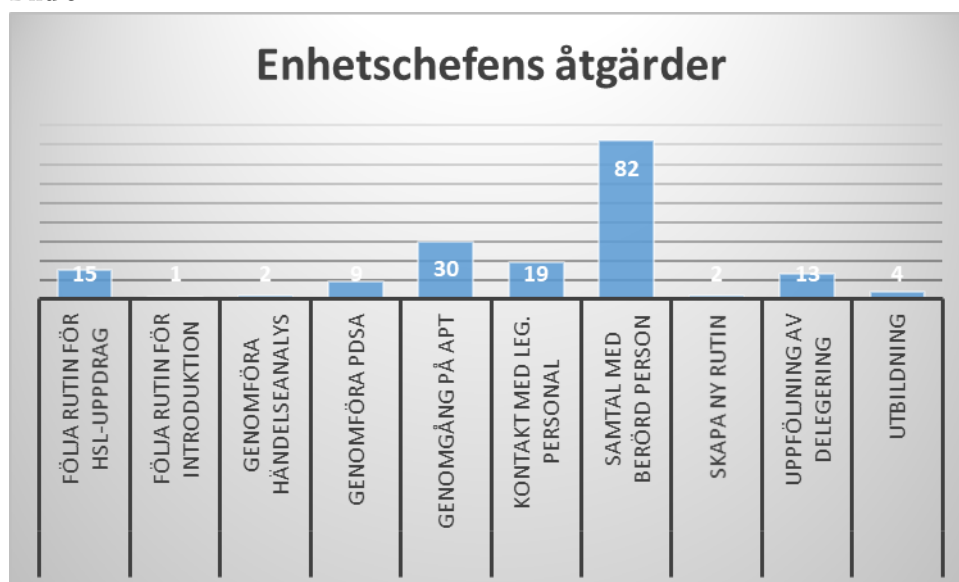
Bild 4



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 analys är att personalen inte har tagit sitt fulla ansvar samt bristande kommunikation och bristande arbetsituation som råder.

Bild 5



Enhetschefens åtgärder har varit samtal med berörd person och kontakt med legitimerad personal samt genomgång på arbetsplatsträff.

MTO- människa, teknik, organisation – fem varför

Tabell 2

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	Vikarier utan delegering och utbildning Delegering dröjer Underbemanning vissa tider Endast en i tjänst med delegering Ej följsamhet till rutiner	Delegeringsutbildning Analys av processer Riskanalys av oplanerade händelser Tydliggöra rutiner
Hus B	Vikarier utan delegering och utbildning	Delegeringsutbildning Analys av processer

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.

	<p>Delegering dröjer</p> <p>Är underbemannade</p> <p>Endast en i tjänst med delegering</p>	<p>Riskanalys av oplanerade händelser</p> <p>Tydliggöra rutiner</p> <p>Arbetsbelastning speciellt kring 14:00- medicinerna</p>
Hus C	<p>Ej följsamhet till rutin</p> <p>Nyanställd ej hunnit få delegering</p> <p>Stress</p> <p>För kort introduktion</p>	<p>Tydlig kommunikation med nyanställda</p> <p>Minska stressen- ge rätt introduktion/ utbildning</p> <p>Uppföljning av mentor och chef</p> <p>Planera personal, schema och bemanning</p>
Ordinärt boende <i>(Hemtjänst)</i>	<p>Bristfällig introduktion</p> <p>Frånvaro/sjukluckor schemat delas på befintlig personal</p> <p>Mycket information flödar</p> <p>Ostrukturerade morgonmöten</p> <p>Patientens åsikter om tider för läkemedel</p>	<p>Ökad tid för introduktion</p> <p>Rekrytera vikarier med rätt attityd, kompetens och erfarenhet</p> <p>Förebygga oplanerad frånvaro</p> <p>Tydliggöra processer</p> <p>Strukturerade möten</p> <p>Dokumentera rätt</p> <p>Semesterplanering i god tid</p> <p>Delegeringsutbildning</p>
Sjuksköterske- enheten	<p>Feldelad dosett- kontroll ej fungerat</p> <p>Ej uppdaterad läkemedelslista</p> <p>Stress, trött, blir störd</p> <p>Bristande kommunikation/ dokumentation</p> <p>Ej rätt plats att dela läkemedel- blir störd</p> <p>Mediciner på flera ställen- mycket spring Följer inte rutin</p>	<p>Kommunicera med varandra</p> <p>Rätt kontroll av dosetter</p> <p>Välja rätt tidpunkt för delning</p> <p>Vara avsides vid delning</p> <p>Bygga om i läkemedelsrummet och samla alla läkemedel på ett ställe</p> <p>Förtydliga rutin</p>

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.

MAS sammanfattning om läkemedelsavvikelser

Trenden har minskat med 56 stycken jämfört med föregående år. Alla är informerade om att det är viktigt att rapportera negativa händelser. Krav finns att konstruktivt utföra orsaks- och händelseanalyser enligt MTO med "fem varför" som led till förbättring samt att öka delaktighet för medarbetarna i analysarbetet, eftersom de troligen själva har lösning på problemet och är experter på sin egen arbetsplats.

Det har skett några fler avvikelser under sommaren på grund av att det inte funnits delegerad personal. Rutin för delegering har inte fungerat, vilket beror på flera saker. Bland annat har enhetschefer slutat eller blivit sjukskrivna och uppföljning och kontroll har därför inte skett. Antal icke delegerad personal beror även på att flera semestervikarier hoppat av i sista stund. Föregående år var det hela 55 avvikelser under juni månad mot 31 i år, vilket trots allt är bättre.

Resultat antal rapporterade fallavvikelser

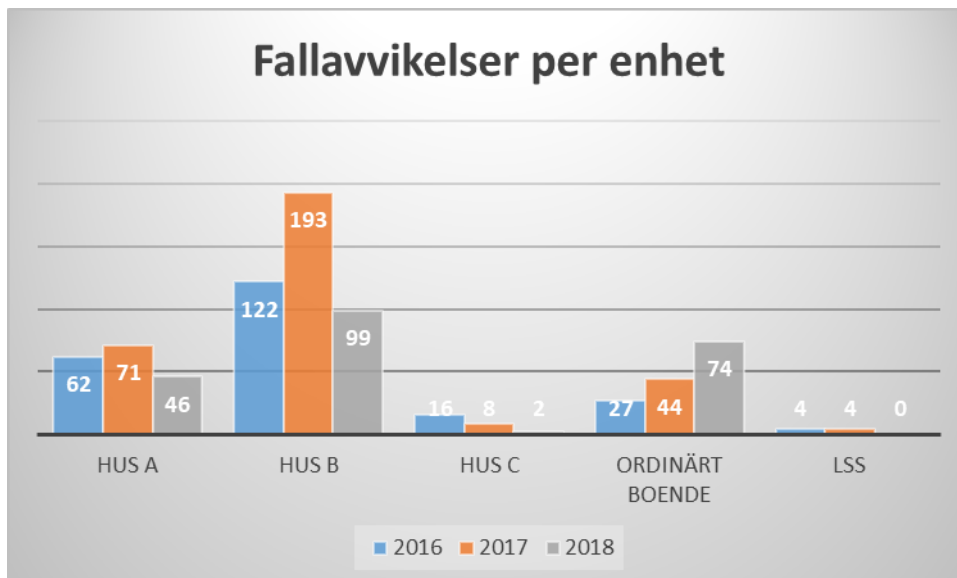
Tabell 3

Fall	2016	2017	2018
Hus A	62	71	46
Hus B	122	193	99
Hus C	16	8	2
Ordinärt boende	27	44	74
LSS	4	4	0
Totalt	231	320	221
Varav frakturer	5	2	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.

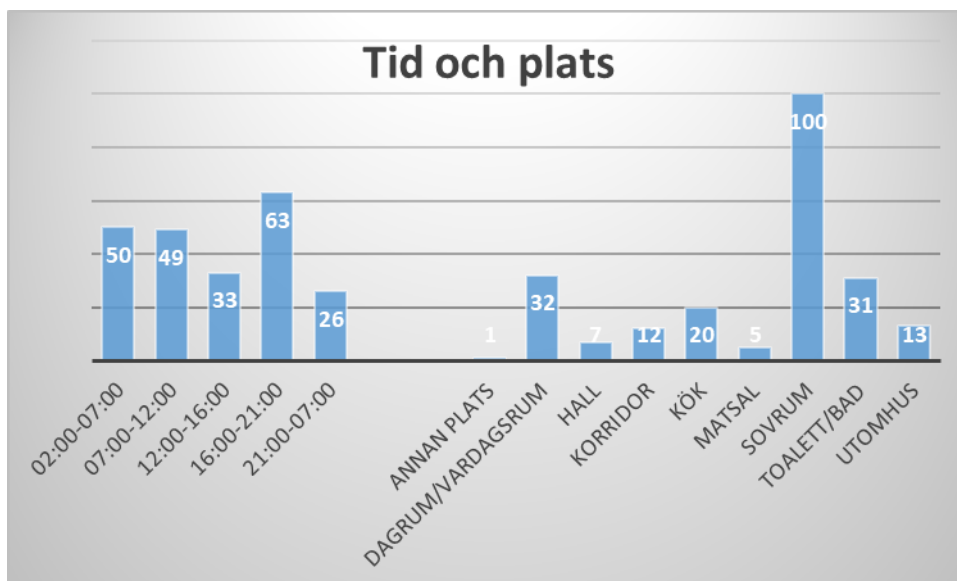
Statistik fallolyckor/ rapporterade händelser

Bild 6



Under första halvåret 2018 har rapporterade fallavvikelser minskat med 99 stycken trots ökning i ordinärt boende med 30 stycken. Framförallt har Hus B minskat 94 stycken.

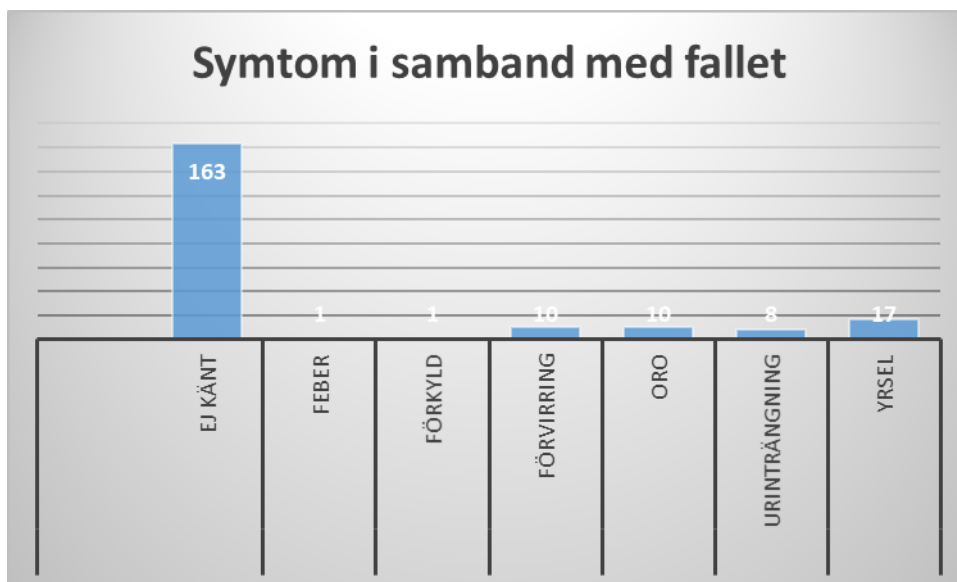
Bild 7



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.

Flest fallolyckor 76 stycken sker under natten mellan klockan 21:00- 07:00 och platsen för fallet är oftast i sovrummet.

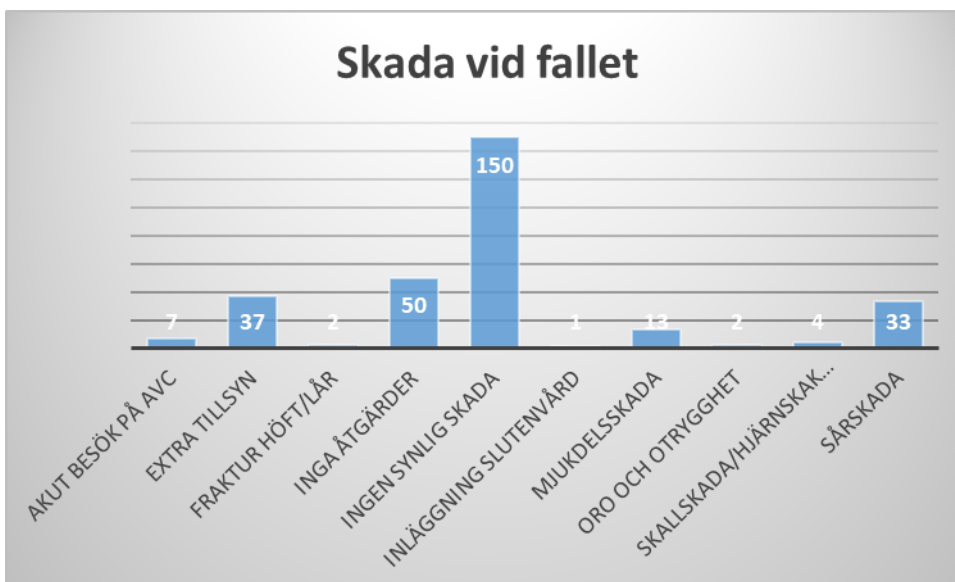
Bild 8



För det mesta finns inga kända symtom som orsak till olyckan och vid 165 tillfällen har personalen genomfört en fallriskbedömning.

Bild 9

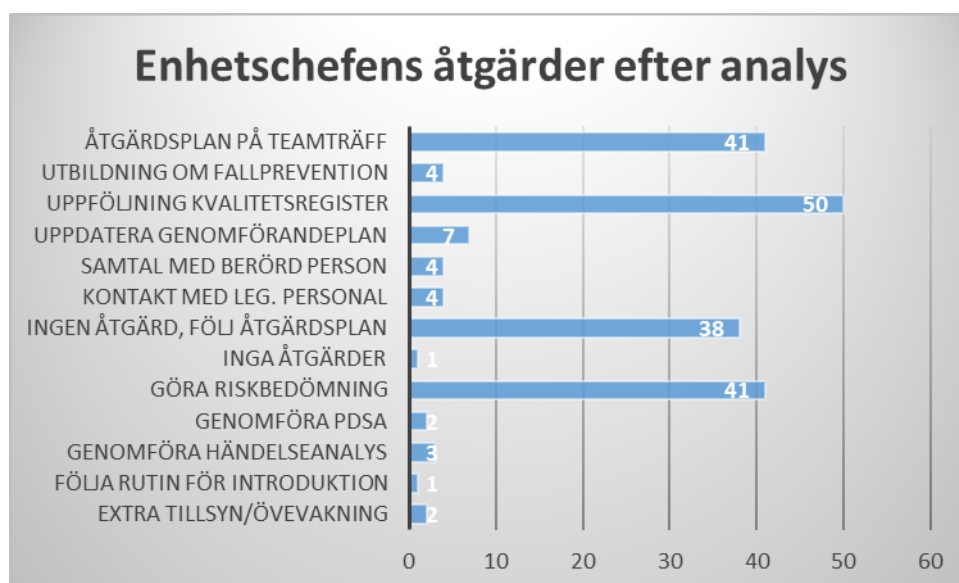
Hus A = *Somatiskt boende*, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B = *Demensboende*, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C = *Korttidsboende*. Ordinärt boende = *Hemtjänst*. LSS = Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Vid de flesta fallolyckor syns ingen skada. Det har blivit två höftfrakturer under perioden, samma antal som föregående år.

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.



MTO- människa, teknik, organisation – fem varför

Tabell 4

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	<p>Svårighet för personalen att hantera smärta och stelhet</p> <p>Den boende har behov av att vara självständig</p> <p>Följer inte åtgärdsplaner</p> <p>Bristande kompetens BPSD och fallförebyggande åtgärder</p>	<p>Fortsätta kontakta Rehab för handledning vid specifik träning o/e vid försvarande hinder Utveckla teamstruktur och kommunicera rutiner</p> <p>Webbutbildning om fall för teamet Reflektionsfrågor och utbildning i första hjälpare vid psykisk ohälsa</p>
Hus B	<p>Bristande kommunikation med anhöriga Bristande teamträffar och kompetens inom BPSD och psykisk ohälsa</p> <p>Bristande kunskaper om fallförebyggande åtgärder skyddsåtgärder</p> <p>Icke kommunicerade processer, rutiner och riktlinjer</p>	<p>Webbutbildning om fall för teamet Öka fallmedvetenhet med fokus demenssjukdom/ psykisk ohälsa</p> <p>Delta i avvikelshantering</p> <p>Specifika fall på team</p> <p>Händelseanalyser och reflektion Kommunicera rutiner</p>

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.

		Utbildning i första hjälpare vid psykisk ohälsa
Hus C	Förvirrade patienter, glider ur rullstol och allmäntillstånd påverkar förflyttnings- förmåga Glömmer rullatorn, demens	Arbeta bättre med Senior alert Fallförebyggande information
Ordinärt boende (Hemtjänst)	Bristande introduktion om genomförandeplan Kompetensbrister Oplanerad frånvaro/ sjukluckor som gör att rapporttiden inte fungerar Otydlig dokumentation som inte följs upp eller uppdateras Mattor, möbler och trappor är hinder Sommaren varit varm för de äldre Brist på struktur på morgonmöten	Utökad tid för introduktion Rekrytering av vikarier med rätt attityd, kompetens och erfarenhet Gå igenom genomförandeplaner Ökad kompetens om fallrisk Samarbete med HSL- personal Skapa struktur och ordning Kvalitetssäkra dokumentationen Semesterplanering i god tid

MAS sammanfattning om fallavvikelser

Rapporterade falloolyckor har under första halvåret 2018 minskat med 99 stycken trots ökning i ordinärt boende. Hus B har minskat med hela 94 stycken. Flest falloolyckor 76 stycken sker under nattens timmar mellan klockan 21:00- 07:00 och platsen för fallet är oftast sovrummet. För det mesta finns inga kända symtom som orsak till olyckan och vid 165 tillfällen har personalen genomfört en fallriskbedömning. Det blir oftast ingen synlig skada, samma antal höftfrakturer som föregående år under samma period. Vid 82 tillfällen har fallet skett i samband med förflyttning. Rollator var involverad 66 gånger och rullstol 38 gånger. Hjärtmediciner och vätskedrivande läkemedel har varit ordinerade vid 98 falloolyckor och kan vara orsak till tex. yrsel.

Enhetschefer lyfter den psykiska ohälsan om ett problem som en orsak till falloolyckor, vilket naturligtvis har stor betydelse för välbefinnandet. Insatser med utbildning i psykisk ohälsa har pågått under första halvåret och ytterligare utbildningar kommer att ske i samband med att vi fått statliga medel som stimulans

för att arbeta med den regionala handlingsplanen för psykisk hälsa i Närvårdssamverkan.

Resultat antal rapporterade avvikelser REHABILITERANDE TRÄNING

Tabell 5

Utebliven rehabträning	2016	2017	2018
Hus A	51	0	1
Hus B	38	29	0
Hus C	45	40	17
Ordinärt boende (<i>hemtjänst</i>)	175	113	59
Personlig assistans LSS	135	0	77
Extern utförare LSS	38	0	0
Totalt	482	182	154

En positiv trend att antalet rapporterade händelser återigen har minskat jämfört med föregående år samma period. Det har varit mycket arbete från Rehabenheten att stötta personal och chefer i genomförandet och förbättringsarbetet som lett till framgång.

Övriga rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser

Vårdsamverkan till annan vårdgivare: 10 stycken

Rapporterade händelserna från kommunen gäller framförallt 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.

Vårdsamverkan från annan vårdgivare till kommunen: 1 styck

Kommunen har mottagit en avvikelse från sjukhuset om åsikter varför patient inte blev inskriven i hemsjukvården, vilket inte bedömdes aktuellt från kommunen.

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.

Medicinteknisk produkt: 1 styck

Hjul till en rollator gick sönder.

Olåsta medicinskåp: 10 stycken

Test av självlåsande skåp har skett och nu pågår upphandling av nya skåp till boendet.

Ej utbildad personal för hälso- och sjukvårdsuppgift vid egenvårdsbeslut: 1 styck

Vikarie har känt sig osäker på uppgiften och det har varit otillräcklig genomgång från ordinarie personal. Rutiner har inte fungerat fullt ut. Sjukhuset har inte bistått kommunen med den support och utbildning som de borde. Flera samtal har skett om sjukhusets brister och händelsen kommer nu att lex Maria- anmälas av sjukhuset eftersom patienten hamnat mellan stolarna.

Lex Maria- anmälan till IVO: 1 styck

En patient kom hem från sjukhuset i sämre skick än väntat och avled dagen därpå när hemtjänst och hemsjukvård kom på plats. Det har lett till att Trygg hemgångsteam äntligen har aktualiserats och att MAS på strategisk nivå i Närvårdssamverkan informerat och förtydligat för sjukhuset att vårdplaneringar och hemgång från sjukhus många gånger är en stor patientsäkerhetsrisk då planering inte kvalitetssäkras i vårdens övergång.