

Redovisning av avvikelser, synpunkter och klagomål

Januari-juni 2021

Typ av styrdokument: XX
Beslutande instans: XX
Datum för beslut: ÅÅÅ-MM-DD
Diarienummer: XX

Gäller för: XX
Giltighetstid: XX
Revideras senast: ÅÅÅÅ-MM-DD
Dokumentansvarig: X

Innehåll

Redovisning av avvikelser, synpunkter och klagomål, januari-juni 2021	4
Sammanställning av avvikelser internt	5
Utredningar av allvarliga händelser inom HSL	6
Utredning av allvarliga händelser anmäls som Lex Maria	7
Utredning av allvarliga händelser anmäls som Lex Sarah	8
Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp	9
Fallskador och falltillbud	9
Läkemedelsavvikelser	9
Omvårdnadshändelser	10
Bemötande	10
Informationsöverföring	11
Dokumentation	12
Medicinteknisk utrustning	12
Avvikelser i samverkan	13
Avvikelser från kommunen till primärvård och sjukhus	13
Avvikelser från primärvård och sjukhus till kommunen	13
Klagomål och synpunkter	14
Vad handlar klagomål och synpunkter om?	14
Vilka lämnar synpunkter?	14
Avvikelser, extern verksamhet	15
Sammanfattning av första halvåret	16

Redovisning av avvikelser, synpunkter och klagomål, januari-juni 2021

Vård- och omsorgsnämnden ska enligt riktlinjen för hantering av händelser två gånger per år få information om inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) beskriver hur avvikelser, synpunkter och klagomål ska användas för att säkra kvaliteten i, samt planera, leda och förbättra verksamheter.

Det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta följande verksamheter:

- 5 kap 4 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- 6 § Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
- 3 kap. 3 § tredje stycket Socialtjänstlagen (2001:453).

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren, eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

En väl fungerande klagomåls- och synpunktshantering utgör en viktig del för att åstadkomma en bra kvalitet och säkerhet för den enskilde. Klagomål och synpunkter från medborgare och andra myndigheter är en viktig del i kvalitetsarbetet för att upptäcka och förebygga fel och brister i verksamheten, samt identifiera nya förbättringsområden.

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska personalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört, eller kunnat medföra vårdskada, till vårdgivaren.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5), är personal skyldig att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Det kan vara såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Sammanställning av avvikelser internt

Rapporten utgår från data som samlats in under första halvåret 2021.

Totalt har det inkommit 3444 avvikelser, föregående år var det 2582 avvikelser.

Det finns en gemensam riktlinje som beskriver hur avvikelser ska hanteras samt vad som är en avvikelse enligt författningen. Sammanställningen visar på ett behov av en samsyn kring avvikelshanteringen då det även finns en skillnad på innehållet i avvikelserna.

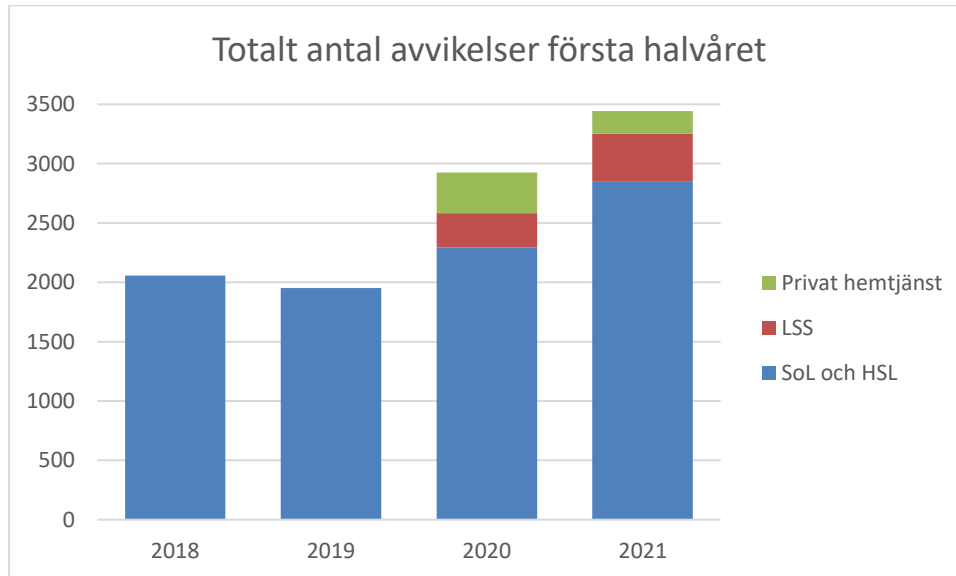


Diagram 1. Antalet avvikelser första halvåret, de fyra senaste åren.

Utredningar av allvarliga händelser inom HSL

1. Covid-tejp på äldreboende

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse gällande Covid-tejp på äldreboende genomförts. Händelsen uppdagades i februari 2021 och handlade om att enhetschefer ansvariga för två olika boenden köpt in och monterat tejp på olika kontaktytor. Produkten var inte upphandlad av kommunen och den var inte godkänd för att användas inom hälso- och sjukvård, vilket innebar att man frångick följsamheten till gällande vårdhygienrutiner och därigenom åsidosatte patientsäkerheten. Utredningen utmynnade i ett antal åtgärdsförslag som sammanfattningsvis innehöll vikten av att göra en risk- och konsekvensanalys och ha dialog med medicinskt ansvariga och överordnad chef vid inköp av nya produkter som inte är upphandlade och godkända.

2. Personal utan munskydd (1)

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande att en personal suttit tillsammans och ätit med brukare på ett äldreboende och personen visade sig vara positiv för covid-19. Flera äldre blev sjuka i anslutning till händelsen. Utredningen visade att det finns fastställda rutiner framtagna för användning av skyddsutrustning under pågående pandemi och när det saknas följsamhet till dessa riskerar både brukare och personal att utsättas för smitta som kan leda till allvarlig sjukdom. Personen förnekade händelsen och ord står mot ord. Utredningen utmynnade i ett antal åtgärdsförslag där enhetschefen behöver upprätta handlingsplaner för att få ökad följsamhet till gällande rutiner samt arbeta för att få ett mer öppet klimat på enheten.

3. Personal utan munskydd (2)

Under perioden har en utredning påbörjats av allvarlig händelse gällande en personal inom LSS-verksamhet som träffat personal och brukare utan munskydd. Personen tar ett antigen-test som visar positivt, men efterföljande provtagning visar negativ för covid-19. Utredningen visar att gällande rutiner för skyddsutrustning ej följts vilket ökar risken för smittspridning i en pågående pandemi. Personalen vidhåller att de följt rutiner och ord står mot ord. Förbättringsarbete pågår.

4. Brukare avliden konstaterad med covid-19

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en brukare som konstaterats med Covid-19 hittades avliden morgon efter utan att personal stannat hos brukaren och inte fick stöd av tjänstgörande sjuksköterska, trots ett försämrat mående samt att palliativ vårdnivå var satt. Utredningen visade att fokus lades på arbetsmiljön och det fanns brister i samordningen mellan enhetschef i beredskap, tjänstgörande sjuksköterska samt vårdpersonal. Ett åtgärdsförslag var att ta fram en checklista för bedömning av patienter med covid-19, som ett stöd för sjuksköterskor. Detta har genomförts.

Utredning av allvarliga händelser anmäls som Lex Maria

1. Felaktigt givet läkemedel

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en läkemedelshändelse på ett av kommunens särskilda boenden. Händelsen skedde i november-20 och handlar om en patient som bland annat fick hjälp att administrera läkemedel i PEG-sond (en kanal genom huden på magen som gör det möjligt att ge mat och läkemedel direkt i magsäcken). Att administrera var en delegerad uppgift som utfördes av vårdpersonal. Vid det aktuella tillfället fick patienten en för hög dos läkemedel administrerad av delegerad personal. Patienten övervakades på akuten, men fick inga bestående men av händelsen. MAS beslutade att anmäla händelsen till IVO, enligt Lex Maria. De åtgärder som vidtogs efter händelsen gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som kunnat medföra en allvarlig vårdskada och avslutade ärendet.

2. Stor smittspridning av covid-19 på två äldreboenden

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en stor smittspridning av covid-19 på två av kommunens äldreboende mellan 8/12 – 31/1 som drabbade både patienter och personal. MAS beslutade att anmäla händelsen till IVO, enligt Lex Maria. Boendena togs över av kommunen från privat utförare i oktober och utredningen visade att trots att det fanns framtagna rutiner och riktlinjer var det en utmaning att få följsamhet då verksamheterna drabbades av stort personalbortfall p g a covid-19. Utifrån detta fanns också brister i kommunikation och informationsutbyte. Förbättringsarbete pågår. De åtgärder som vidtogs på kort och längre sikt gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som medförde allvarlig vårdskada och de vidtog inga ytterligare åtgärder utan avslutade ärendet.

Utredning av allvarliga händelser anmäls som Lex Sarah

Efter att det inkom ett tillsynsärende från IVO gällande brister och missförhållanden under hösten 2020 gällande en gruppbostad LSS så har ett förbättringsarbete påbörjats som ännu inte är slutfört.

En handlingsplan med åtgärder är framtagen för att få bättre struktur på arbetet. Personal har genomgått utbildningen Pedagogiskt förhållningsätt som skall följas upp på pedagogiska konferenser. Fortbildning inom social dokumentation, pedagogik och Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK.

Lex Sarah rapport inkom i januari från en gruppbostad LSS . Rapporten beskriver brister i bemötande, misstänkta psykiska övergrepp och brister i utförandet av insatser. Denna rapport kan ses som en fortsättning på de åtgärder som påbörjades juni 2019 när en likvärdig Lex Sarah rapport inkom. Åtgärder pågår med förbättringsåtgärder där metodutvecklare och enhetschef samverkar.

Avdelningschef och SAS är delaktiga i processen i båda ärendena.

Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp

Fallskador och falltillbud

Vanligast förekommande fallavvikelse är att personen faller i egen aktivitet i sin bostad, då det inte är någon personal närvarande. En del fall leder till sjukhusvård.

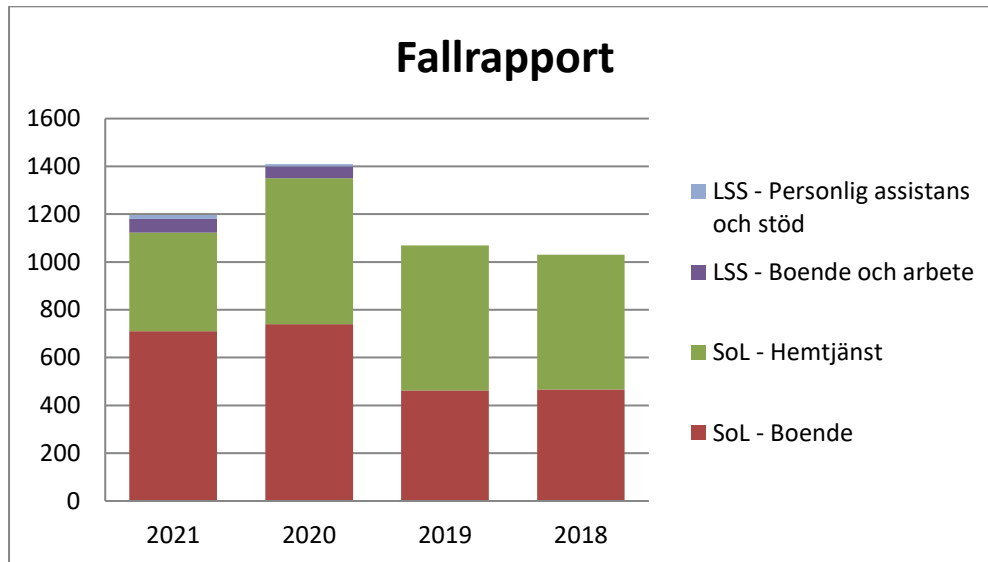


Diagram 2. Antalet fallrapporter första halvåret, de tre senaste åren.

Läkemedelsavvikelser

Statistik från tidigare år visar att den vanligaste anledningen till en läkemedelsavvikelse beror på att vårdpersonalen glömt att överlämna en dos, inte signerat om överlämnat läkemedel, signerat men läkemedlet finns kvar eller att dosetterna inte är kompletta/felaktiga.

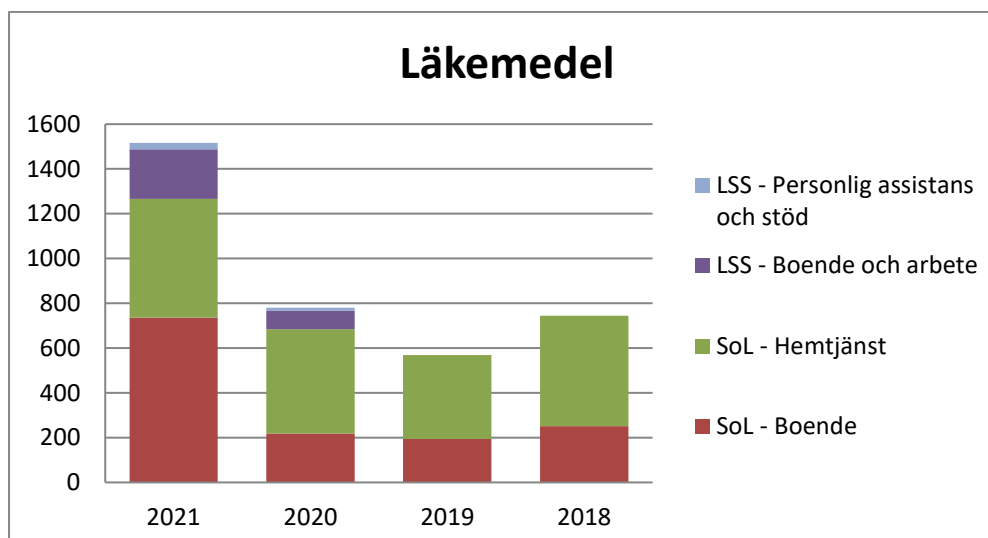


Diagram 3. Antalet läkemedelsavvikelser första halvåret, de tre senaste åren.

Omvårdnadshändelser

Omvårdnadshändelser som rapporterats är till övervägande delen insatser som inte blir utförda.

De insatser på äldreboende som har rapporterats som ej utförda är orsaken till största del personalbrist och tidsbrist.

De insatser i hemtjänst som rapporterats som ej utförda anges orsaken vara personalbrist, tidsbrist eller att insatser har glömts bort eller saknats i planeringen.

De insatser inom LSS som rapporterats beror ofta på att planerade insatser inte utförts och att personalen inte jobbat utifrån de bemötandestrategier som finns framtagna för brukarna.

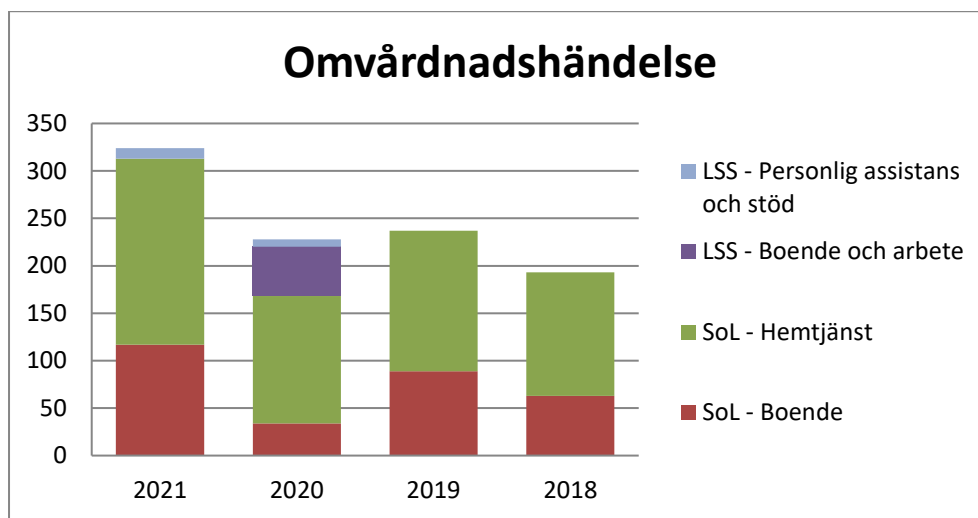


Diagram 4. Antalet avvikelser kopplat till en omvårdnadshändelse första halvåret, de tre senaste åren.

Bemötande

Avvikelser som rapporteras handlar om att personal uttrycker sig på ett olämpligt sätt, som upplevas kränkande av den enskilde.

Hur de boende på demensboende bemöter varandra och personal, exempelvis kan de vara hotfulla i tal och agerande.

Hur de brukare som bor i Bostad med särskild service enligt LSS bemöter varandra och personal muntligt och fysiskt.

Inom daglig verksamhet handlar det om händelser som sker muntligt och fysiskt gentemot varandra och personal.

Vid kontakt med sjuksköterskor i brukarärende upplever vårdpersonal inte alltid att de bemöts respektfullt.

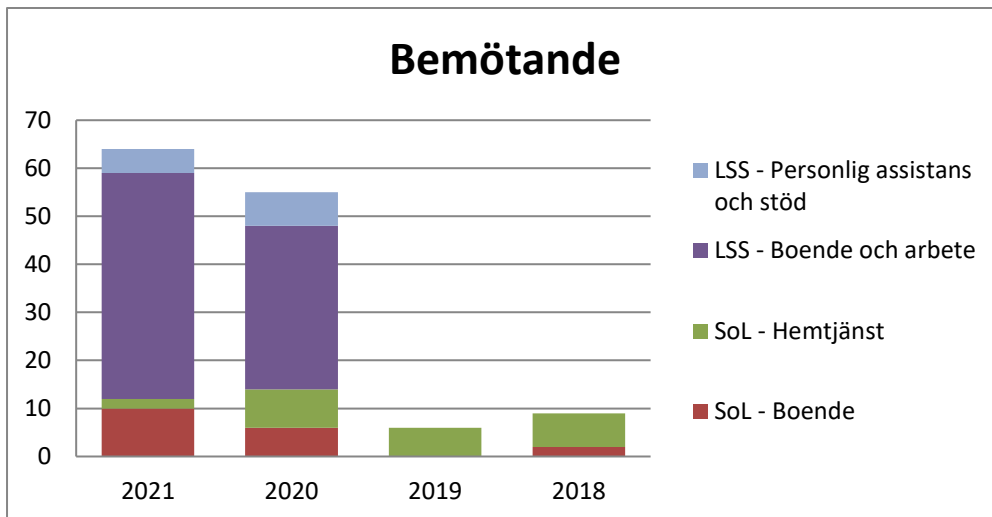


Diagram 5. Antalet avvikelser kopplat till bemötande första halvåret, de tre senaste åren.

Informationsöverföring

Avvikelse som rapporteras som brister i informationsöverföring handlar om brister i den interna kommunikationen mellan olika yrkeskategorier/arbetslag exempel på brister att brukare blivit missade i planeringen, nattpersonalen inte fått information om förändringar, brukare som kommit hem från sjukhus utan att alla i arbetslaget fått information. Interna beställningar som skickats fel, kodats fel.

Inom LSS handlar det bland annat om brister i kommunikation mellan boendet och daglig verksamhet, beställning av transporter och information om planerade aktiviteter.

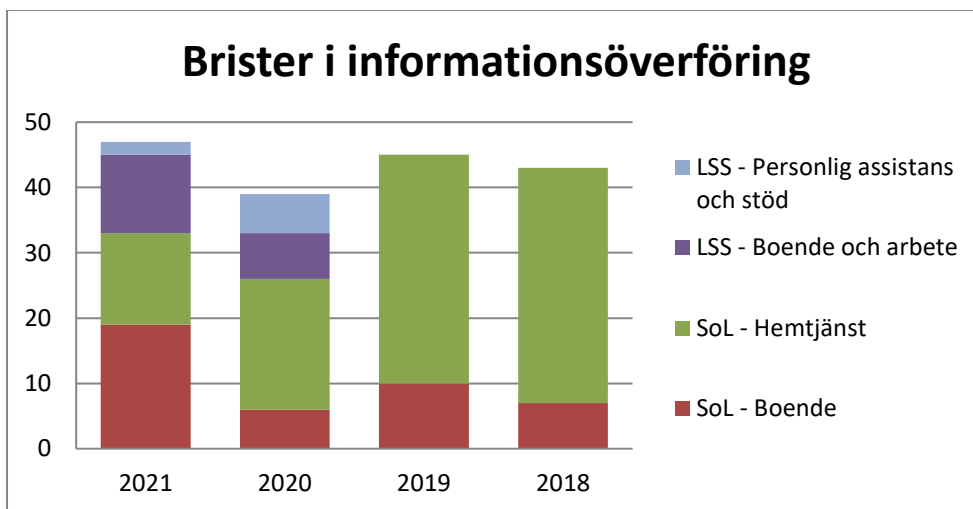


Diagram 6. Antalet avvikelser kopplat till informationsöverföring första halvåret, de tre senaste åren.

Dokumentation

Avvikelser gällande dokumentation handlar till allra största delen om beslut som inte omprövats i rätt tid eller som inte blivit omkodade till rätt område.

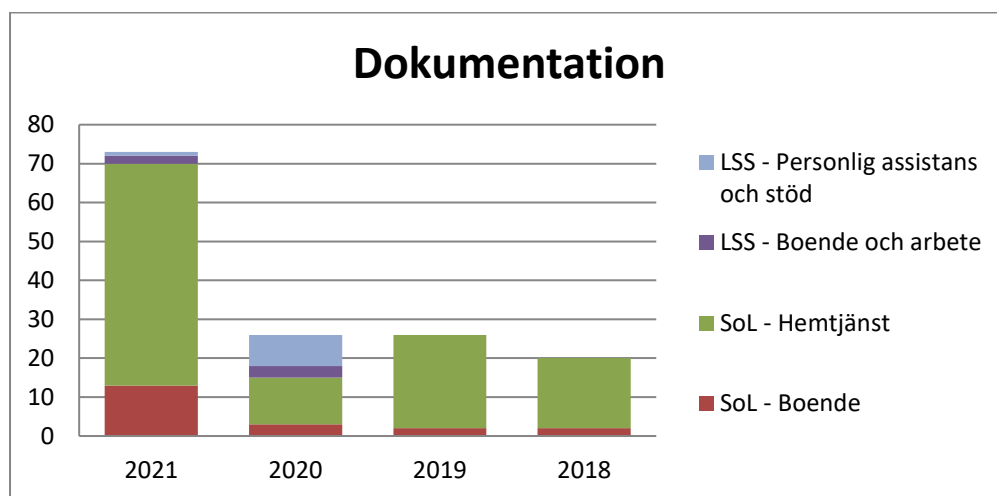


Diagram 7. Antalet avvikelser kopplat till dokumentation första halvåret, de tre senaste åren.

Medicinteknisk utrustning

Avvikelser som rapporteras gällande medicinteknisk utrustning handlar bl a om:

- dåligt rengjorda hemsjukvårdssängar och mobila hygienstolar,
- olåsta medicinskåp,
- olika typer av larm (dörrlarm, rörelselarm, larmmattor) som missats att aktivera
- missad följsamhet till rehabs beställningar rörande handhavande av hjälpmedel.

Det har under första halvåret registrerats 44 avvikelser för medicinteknisk utrustning, vilket är samma antal som 2019 och mer än en fördubbling jämfört med 2018. Fördelningen är ca två tredjedelar inom SoL Boende, en sjättedel inom SoL Kvarboende och den kvarvarande sjättedelen inom LSS.

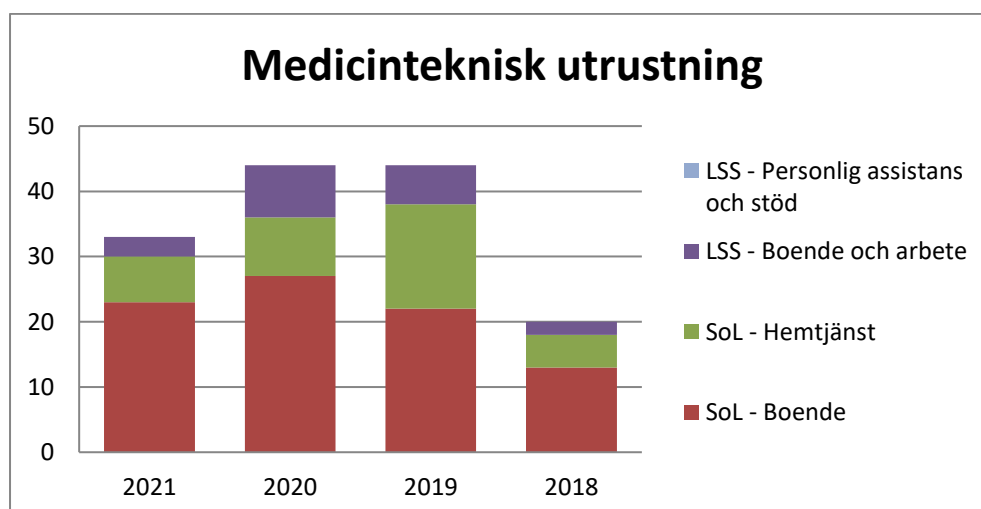


Diagram 8. Antalet avvikelser kopplat till medicinteknisk utrustning första halvåret, de tre senaste åren.

Avvikelser i samverkan

Avvikelser från kommunen till primärvård och sjukhus

Under första halvåret 2021 har vi från Alingsås kommun skickat 5 avvikelser till sjukhus och primärvård. Detta är en minskning mot tidigare år då vi skickade 18 stycken.

Nedan visas några exempel på avvikelser:

- tillgänglighet,
- otydlig läkemedelsordination, brister i läkemedelsordination vid hemgång från sjukhus
- förändring i läkemedelsordination förmedlas inte till patientansvarig sjuksköterska som delar läkemedel.

Avvikelser från primärvård och sjukhus till kommunen

Under första halvåret 2021 har vi från Alingsås kommun tagit emot totalt 21 avvikelser som handlar om brister i vårdsamverkan. Detta är en ökning mot tidigare år.

Nedan visas några exempel på avvikelser:

- sjuksköterska har inte följt gällande rutiner vid medicinsk bedömning innan brukaren skickats vidare,
- sjuksköterska har inte följt gällande rutiner vid provtagning,
- omvårdnadshändelser,
- information och kommunikationsbrist (bemötande).

Klagomål och synpunkter

Samtliga klagomål och synpunkter diarieförs vilket betyder att det finns kännedom om de klagomål och synpunkter som kommer till förvaltningen. Berörda får på ett strukturerat sätt information om att man kan lämna synpunkter och klagomål, hur man lämnar in dessa och hur de får återkoppling.

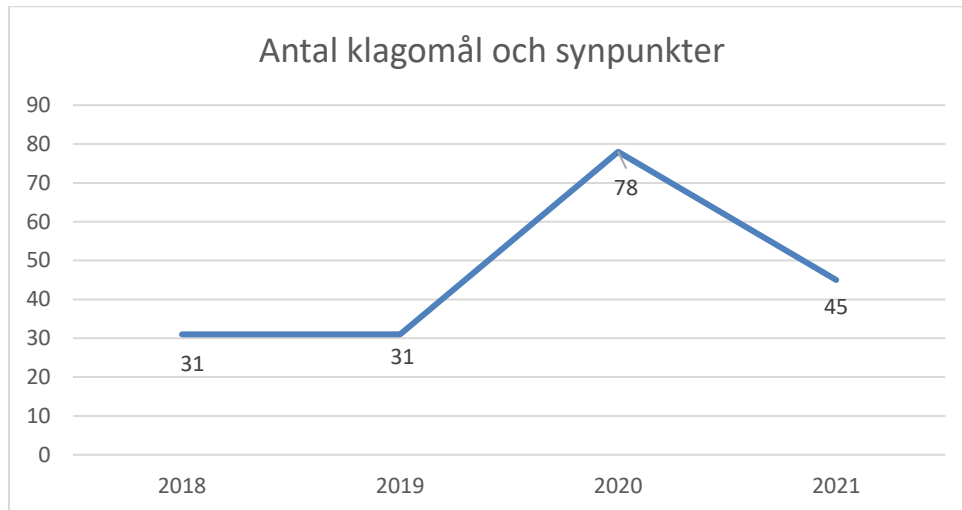


Diagram 8. Antalet inkomna klagomål och synpunkter första halvåret, de sex senaste åren.

Vad handlar klagomål och synpunkter om?

Det har inkommit 15 klagomål och synpunkter som handlar om förändringen till matlådor och inköp.

Det finns åtta klagomål som handlar om olika fem olika verksamheter och tre klagomål som berör arbetsförhållande och bemanning.

Det finns fyra klagomål som berör flytt av verksamhet från Kvarnbacken till Ängabogården samt brist på information i samband med denna förändring.

Det har inkommit ett klagomål från patientnämnden och ett från IVO.

Det finns ett klagomål som handlar om bilkörning.

Övriga klagomål och synpunkter handlar om bland annat om bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, brister i utförandet av insatser samt svårigheter att nå rätt personal.

Vilka lämnar synpunkter?

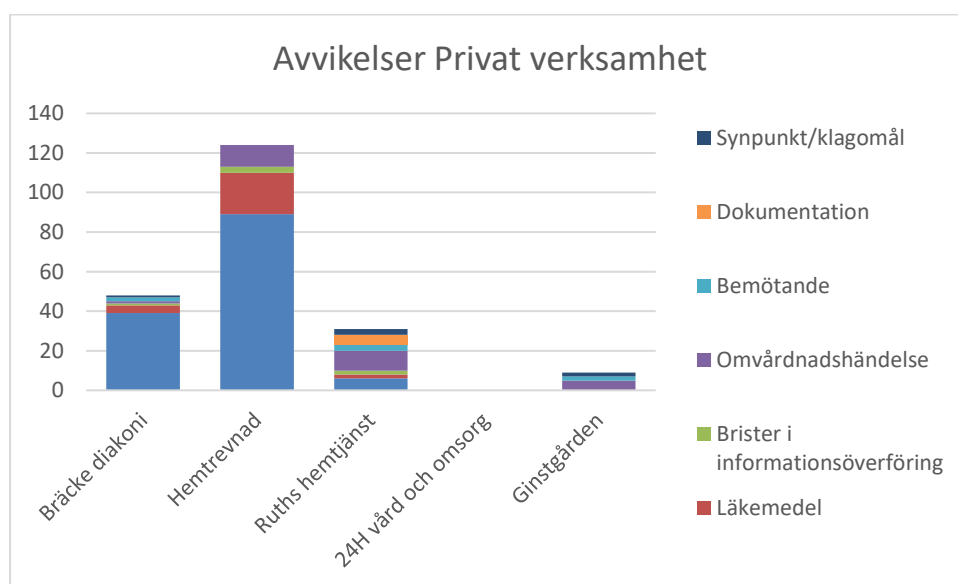
Synpunkter och klagomål kommer från personer som har hjälp och stöd från äldreomsorgen, boende på särskilt boende, de som har hemtjänsten och hälso- och sjukvård, anhöriga, personal och allmänheten.

Avvikelser, extern verksamhet

Externa utförare har egna rutiner för avvikelsehantering som beskrivs i respektive ledningssystem. Hemtjänstutförare ansvarar inte för hälso- och sjukvård och rapporterar därför avvikelser om läkemedel och fall till vård- och omsorgsförvaltningen i verksamhetssystem. Varje kvartal rapporteras antal avvikelser in till Alingsås kommun.

Antalet avvikelser bör sättas i proportion till antalet brukare som de ansvarar för. Det finns en rimlighet i att de som har mindre antal brukare även har ett färre antal avvikelser.

Ginstgården (äldreboende som drivs av Bräcke Diakoni) har eget hälso- och sjukvårdsansvar och redovisar därför inte avvikelser som detta område till förvaltningen.



Lex Sarah från externa verksamheter

Det har inte inkommit några Lex Sarah utredningar under första halvåret 2021 från externa utförare.

Sammanfattning av första halvåret

Antalet avvikelser fortsätter att öka. Den största förändringen har skett inom äldreboendeavdelningen där antal läkemedelsavvikelser har ökat med mer än 500 stycken jämfört med föregående år. Detta kan delvis bero på, att det införts digital signering i denna verksamhet. Det finns fortfarande en del tekniska problem kopplat till införandet.

Antalet läkemedelsavvikelser inom hemtjänst visar också på en ökande trend. Förvaltningen behöver göra en analys av vad denna ökning av läkemedelsavvikelser beror på samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att minska antalet avvikelser.

Antalet fallrapporter har minskat något mot föregående år och närmar sig den nivå som varit under 2018 och 2019. Det är främst inom äldreboendeavdelningen som det finns en stor ökning och där behöver förvaltningen arbeta mer proaktivt med hjälp av de bedömningsskalor som mäter risk för fall. Via kvalitetsregistren kan verksamheten på ett strukturerat sätt få förslag på evidensbaserade åtgärder för att minska fallrisken på individnivå.

Det är en betydande ökning av antalet rapporterade omvårdnadshändelser på äldreboendeavdelningen. Avdelningen bör analysera resultatet och genomföra ett förbättringsarbete för att minska dessa händelser.

Antalet avvikelser hos privata utförare ligger på ungefär samma nivå som tidigare.

Antalet avvikelser i samverkan (annan häls- och sjukvårdsaktör) har minskat jämfört med föregående år.

Antalet allvarliga händelser och lex Maria anmälningar är fler än det varit tidigare. I samband med att en utredning av en allvarlig händelse genomförs får verksamheten möjlighet att beskriva hur de har arbetat samt komma med förslag på förbättringar. En åtgärdsplan upprättas i verksamheten tillsammans med en plan för hur det ska följas upp och redovisas tillbaka till MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska).

Förvaltningen kan konstatera att det finns flera områden där verksamheterna behöver arbeta mer strukturerat för att kvalitén på vård och omsorg ska förbättras.