



Vård- och omsorgsförvaltningen
AnnaKarin Bye
0171-62 51 33
annakarin.bye@enkoping.se

Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av redovisning av avvikelser inom hälso- sjukvården för 2023 års första sex månader.

Beskrivning av ärendet

Förvaltningen har under 2022 och 2023 utvecklat och kvalitetssäkrat avvikelseprocessen. De riktlinjer som Vård- och omsorgsnämnden tidigare antagit reviderades därmed och ny version av riktlinje antogs 2023-01-24. Riktlinjer har antagits mot bakgrund av den skyldighet som finns föreskriven i lagar och förordningar, Patientsäkerhetslagen främst kap 3 § 1 - 3. Skyldigheten innebär att den som arbetar i vård eller omsorg har ett rapporteringsansvar och ett ansvar för att förhindra att fel eller brister leder till allvarliga konsekvenser för dem som får vård, behandling eller insatser.

Redovisning av statistik

Rapporten redovisar händelser inom hälso- och sjukvården för perioden 2023-01-01 till 2023-06-30. Underlaget för rapporten är hämtad från förvaltningens avvikelshanteringssystem, Flexite. Jämförelser med samma period föregående år har inte genomförts eftersom avvikelssystemets utdataportal är omarbetad. Den data som kan tas ut ur systemet hämtas från olika aktiviteter i processen. Därav kan vissa summor/uppgifter vara olika beroende på från vilken aktivitet uppgiften hämtas ifrån.

Periodens avvikelserapporter

Totalt har 853 händelser rapporterats in varav 36 ärenden inte bedömts vara en avvikelse. Rapporterna är uppdelade i tre spår. Risk, tillbud och skada. Under perioden har rapporterna fördelats enligt följande.

- | | |
|-----------|--|
| • Risker | 248 händelser inrapporterade |
| • Tillbud | 350 händelser inrapporterade |
| • Skada | 114 händelser varav 8 ärenden är en vårdskada. |

Händelser som rapporterats in utreds på två nivåer. Enkel utredning genomförs när händelsen inte har en hög allvarlighetsgrad och fördjupad utredning sker för ärenden av högre allvarlighetsgrad, grad 3 - 4. Även ärenden av lägre allvarlighet kan komma att

vara föremål för fördjupad utredning till exempel om man ser att samma typ av händelse inträffar ofta. Följande uppgifter är från legitimerad personalsbedömningar, efter detta överprövas bedömningen av medicinskt ansvariga. För perioden är detta ännu inte genomfört för samtliga ärenden. Under perioden har utredningsarbetet inte taktat med det tidsintervall som utredningen ska ske inom. Det vill säga att utredningar inte utretts i tid.

- 28 händelser bedöms vara av allvarlighetsgrad 3 (mycket allvarlig)
- 2 händelser bedöms vara av allvarlighetsgrad 4 (katastrofal)

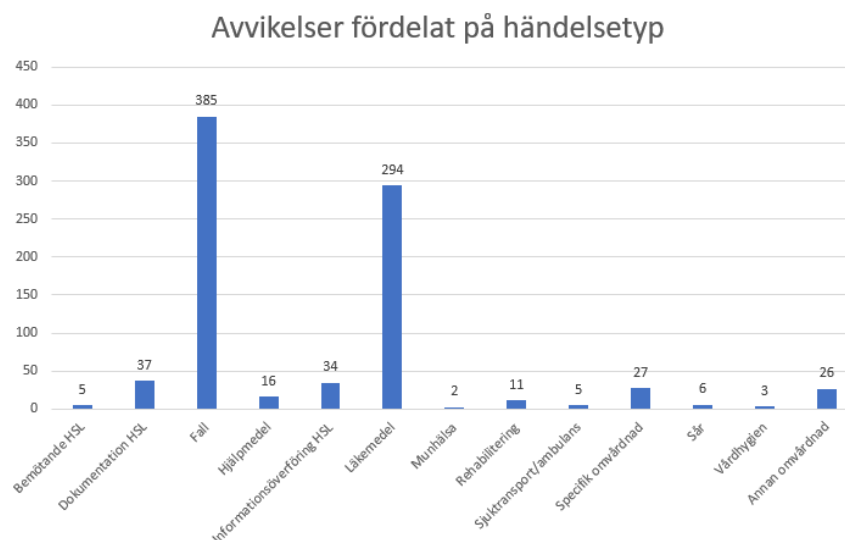
Händelserna har inträffat inom verksamhetsområden enligt följande:

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| • Äldreomsorg med hemtjänst på landet | 498 rapporter |
| • LSS-boenden och Personlig assistans | 85 rapporter |
| • Socialpsykiatri | 58 rapporter |
| • Daglig verksamhet | 18 rapporter |
| • Hemtjänst Centrum | 194 rapporter |

Den allra vanligaste typen av avvikelse som rapporterats in är fallhändelse. De flesta fallhändelser, 147 stycken inträffade vid förflyttning följt av obevitnade fall, 83 stycken och promenad utomhus 52 stycken. Näst vanligast är rapporter om avvikelser inom området som rör läkemedelshantering.

Typ av händelser

Samtliga rapporter har fördelats på typ av händelse. Dessa har sedan kategoriserats av legitimerad personal gällande vilken allvarlighetsgrad avvikelsen bedöms vara i en skala från 0 - 4.



Inträffade vårdskador

Under perioden så har 8 händelser bedömts vara en undvikbar händelse som medfört vårdskada för patienten. Vårdskadorna har kategoriserats inom följande områden

- 5 fallhändelser
- 2 händelser inom läkemedelshanteringen
- 1 händelse inom specifik omvårdnad

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Ett ärende har varit föremål för anmälan till IVO enligt lex Maria. Ytterligare två ärenden som inträffade under perioden utreds och kan komma att anmälas till IVO.

Identifierade orsaker till avvikelser

Utredningsarbetet har lett till att orsaker identifierats till varför händelser inträffat. Identifierade övergripande orsakerna har kategoriserats inom följande områden:

| Övergripande, orsaksområde | Antal rapporter |
|----------------------------|-----------------|
| Hjälpmedel/material/teknik | 76 |
| Patient | 332 |
| Miljö, inre | 33 |
| Miljö, yttre | 10 |
| Organisation, intern | 40 |
| Organisation, extern | 1 |
| Personal | 319 |
| Annan | 48 |

| Detaljerad, orsaksområde | Antal rapporter |
|--------------------------------|-----------------|
| Trasig/sönder | 3 |
| Ej använt ordinerat hjälpmedel | 66 |
| Felaktigt handhavande | 59 |
| Golv | 2 |
| Mattor | 8 |
| Belysning | 2 |
| Möbler | 10 |
| Snö, halka | 5 |
| Bemanning/arbetsorganisation | 17 |
| Brister/avsaknad av rutiner | 15 |
| Information/rapportering | 17 |
| Vårdkedjan | 1 |
| Bristande kompetens | 37 |
| Glömska | 90 |
| Missförstånd | 30 |
| Ej följt rutin/försumlighet | 217 |
| Stress | 60 |

| | |
|-------------|-----|
| Annan orsak | 258 |
|-------------|-----|

Beslutade åtgärder

| Val av åtgärder | Antal gånger |
|-----------------------------|--------------|
| Inga åtgärder har vidtagits | 147 |
| Checklista upprättat | 8 |
| Förbättra information | 81 |
| Förändring av rutiner | 38 |
| Förebyggande åtgärder | 98 |
| Skaffa ny utrustning | 32 |
| Kontakt med närstående | 87 |
| Kontakt med berörd personal | 280 |
| Kontakt med ansvarig chef | 109 |
| Se över bemanningen | 19 |
| Se över arbetsmiljön | 12 |
| Se över boendemiljön | 62 |
| Planera läkemedelsgenomgång | 46 |
| Utbilda personal | 47 |
| Annat | 133 |

Avvikelser i samverkan med andra vårdgivare

När händelser inträffat och annan vårdgivare varit delaktig i händelsen så skickas ärendet vidare till annan vårdgivare för utredning. Följande tabell visar antal ärenden samt inom vilket området händelserna inträffat.

Totalt har 18 ärenden skickats vidare under perioden.

Tabellvy  Vald filtrering

| | Akademiska sjukhuset | Lasarettet i Enköping | Regional primärvård | Annan | Antal reg | Summa |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-------|-----------|-------|
| Hjälpmedel | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Informationsöverföring HSL | 5 | 1 | 1 | 1 | 8 | 8 |
| Läkemedel | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Rehabilitering | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Sjuktransport/ambulans | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Specifik omvårdnad | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Sår | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Antal reg | 9 | 7 | 1 | 1 | 18 | - |
| Summa | 9 | 7 | 1 | 1 | - | 18 |

När händelser inträffat inom regional verksamhet där händelsen bedöms ha orsakats av kommunens hälso- och sjukvård så inkommer ärenden för utredning. Följande tabell visar antal ärenden som inkommit samt inom vilket området händelserna inträffat.

Under perioden har 12 ärenden inkommit.

| | Regionen | Antal reg | Summa |
|----------------------------|----------|-----------|-------|
| Fall | 1 | 1 | 1 |
| Hjälpmedel | 1 | 1 | 1 |
| Informationsöverföring HSL | 8 | 8 | 8 |
| Sjuktransport/ambulans | 1 | 1 | 1 |
| Specifik omvårdnad | 1 | 1 | 1 |
| Antal reg | 12 | 12 | - |
| Summa | 12 | - | 12 |

Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

Den samlade bilden är att verksamheternas medarbetare aktivt rapporterar in händelser som bedöms vara risk, tillbud eller skada. De flesta händelserna handlar om risker och tillbud. Det visar på att verksamheter ser och identifierar vad som skulle kunna leda till skada och inte endast rapporterar när en skada har inträffat. Det är ett tecken på en god säkerhetskultur hos medarbetare. Antal skador och däribland vårdskador har tidigare inte kunnat mätas så det är inte möjligt att avgöra om skador minskar eller ökar.

Sammantaget kan man utläsa att många ärenden bedöms av legitimerad personal som allvarliga men flertalet av de ärenden som gått till aktiviteten fördjupad analys, har inte utretts. Det medför att allvarliga händelser inte fullt ut analyserats och åtgärdats i tid. En bidragande orsak kan vara den omorganisation som genomfördes vid årets början som medförde förändrade ansvar för chefer i avvikelshantering. Majoriteten av avvikelserna inom hälso- och sjukvården hanteras efter det av ett fåtal chefer inom verksamhetsområdet Hälsa- och sjukvård. Denna utmaning har lyfts på patientsäkerhetsforum i syfte att tillskapa en ny struktur för att avvikelshantering för chefer inom Hälsa- och sjukvård.

Fallhändelser som är den vanligaste typen av avvikelse har under perioden hanterats i ny process kallad reabutredning. Det innebär att professionerna arbetsterapeut och fysioterapeut har en mer tydlig roll i utredningar och detta arbetssätt har stimulerat till ökad teamsamverkan. Det är sjuksköterskans uppgift att bedöma vilka fallhändelser som går till rehab för utredning. En tredjedel av fallhändelserna har varit föremål för reabutredning. Ett område man tidigare inte kunnat följa men som det nu finns utdata för är området avvikelser som rör hjälpmedel och rehabilitering.

I tjänsten,

Emma Nyström
Medicinskt ansvarig rehabilitering

AnnaKarin Bye
Medicinskt ansvarig sjuksköterska