



# Patientsäkerhetsberättelse 2020

---

Socialnämnden

## **Innehållsförteckning**

<b>1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>3</b>
<b>3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året .....</b>	<b>3</b>
<b>4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>4</b>
<b>5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten.....</b>	<b>6</b>
<b>6 Rutiner för händelseanalyser .....</b>	<b>6</b>
<b>7 Informationssäkerhet.....</b>	<b>6</b>
<b>8 Samverkan för att förebygga vårdskador.....</b>	<b>7</b>
<b>9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter .....</b>	<b>7</b>
<b>10 Sammanställning och analys .....</b>	<b>7</b>
<b>11 Samverkan med patienter och närstående.....</b>	<b>7</b>
<b>12 Resultat.....</b>	<b>8</b>

## 1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

Socialförvaltningens övergripande mål är att den hälso- och sjukvård som förvaltningen ansvarar för ska vara säker och av god kvalitet samt att brukarna ska kunna känna sig trygga och säkra i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonalen inom förvaltningen.

Under 2020 hade vi som mål att:

- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen skulle granskas med fokus på om avvikande händelser gällande hälso- och sjukvård har dokumenterats och följts upp. Likaså om riskbedömningar gjorts i tillräcklig utsträckning och om omvårdnadsprocessen följs.
- Fortsätta att implementera avvikelssystemet och utveckla effektiva åtgärder.
- Titta på kommunikation och samverkan mellan olika personalgrupper och vårdgivare vid förändringar i läkemedelsbehandlingen.

Mål för 2021:

- Hitta fungerande åtgärder för de identifierade bakomliggande orsakerna till avvikande händelser i läkemedelshanteringen.
- Arbeta för att hälso- och sjukvårdsdokumentationen är tillräcklig och motsvarar de krav som finns i patientdatalagen (SFS 2008:35).

## 2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden, tillika vårdgivaren, fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Socialdirektören, verksamhetschefen för Socialpsykiatri och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett övergripande ansvar för att kravet på en säker och god vård efterlevs.

Patientsäkerhetsarbetet förutsätter att det finns arbetssätt och rutiner för att främja en god och säker vård. MAS ansvarar för att sådana finns och att de grundar sig på lagar, författningar, nationella riktlinjer, andra evidensbaserade metoder och beprövad erfarenhet.

All berörd personal är skyldig att känna till och följa de arbetssätt och rutiner som är framtagna av MAS.

Avvikelse rapportering är en lagstadgad grund att utgå ifrån i arbetet med att förbättra patientsäkerheten. All berörd personal har ett ansvar att rapportera avvikelser inom hälso- och sjukvårdsarbetet.

MAS ansvarar för att avvikelser utreds. MAS, sjuksköterskor och enhetschefer kan ansvara för utredningen. All berörd hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka i utredningarna.

Enhetschefer har ett ansvar att återkoppla analys och bedömning av vårdskador till personalen på respektive enhet.

Enhetschefer har ett ansvar att informera brukaren om en vårdskada har inträffat.

### **3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året**

#### **Kontrollräkna narkotika**

Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel sker systematiskt. Den görs minst en gång varannan månad av två personal, varav en alltid är sjuksköterska. Vid avvikande värden görs en utredning för att utröna vad som ligger bakom skillnaden.

#### **Journalgranskning**

Kontinuerlig genomgång av HSL-dokumentationen sker. MAS identifierar områden i dokumentationen som behöver förbättras och följer upp det.

Utvärdering sker efter minst tre månader genom att journalerna granskas på nytt av MAS med samma frågeställning som i den första granskningen.

### **4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

Planerat fokus under 2020 var att granska HSL-dokumentation, utveckla arbetet med avvikelssystemet och titta på hur olika parter kommunicerar kring brukarnas läkemedelsförändringar. Det arbetet fick till viss del ske i mindre skala på grund av den pågående pandemin. Istället lades mycket fokus på att hindra smittspridning i verksamheterna.

#### **Förebyggande arbete för att minska spridningen av Covid-19**

Verksamheten fick anpassas till pandemi av Covid-19. Det innebar att rutiner togs fram för hantering av skyddsutrustning vid ett eventuellt utbrott. Verksamheten uppdaterade kontinuerligt rutiner i enlighet med förändringar i instruktioner från Smittskydd och vårdhygien.

De identifierades tidigt våren 2020 att det kunde finnas särskilda utmaningar på boendena utifrån att vissa brukare kunde ha en bristande förmåga att följa restriktioner och rekommendationer om att hålla avstånd och följa hygienrutiner. Det diskuterades både av verksamhetsområdets ledningsgrupp och på enheterna. Det togs fram handlingsplaner för hur man skulle agera om sådana situationer skulle uppkomma.

Viktigaste delarna i det förebyggande arbetet för att minska spridning av Covid-19 har varit Folkhälsomyndighetens rekommendationer:

- Stanna hemma vid minsta symtom

Verksamheten arbetade fokuserat med att personal som kände minsta symtom skulle stanna hemma. Det upplevs över lag ha fungerat bra.

- Håll avstånd

Den del som upplevts som svårast har varit att hålla avstånd. Det har varit en utmaning framförallt i personalutrymmen. Det har funnits olika förutsättningar på olika boenden. Till stor del har man kunnat komma tillrätta med det genom att planera rapportöverlämningar mellan olika arbetspass och var personal ska vistas under arbetspassen, samt hur raster fördelas inom personalgrupperna.

- Tvätta händerna

Vikten av att följa basala hygienrutiner repeterades, och mycket fokus har legat på att

implementera det som en viktig del i arbetet att minska smittspridningen.

Under pandemin har verksamheten tillhandahållit arbetskläder. Innan pandemin arbetade medarbetarna i privata kläder.

Sjuksköterskorna i verksamheten höll i särskilda genomgångar av hur skyddsutrustning skulle hanteras.

#### *Genomgång med brukarna och personalen*

Man hade även på en del boenden återkommande genomgångar med brukarna och personalen kring vikten av att följa rekommendationerna för att minska smittspridningen. Man har underlättat för brukarna att ha en god handhygien genom att exempelvis göra handsprit lätt åtkomlig i allmänna utrymmen. I början fanns det en viss oro att den skulle kunna missbrukas av brukare med beroendeproblematik, men så har inte varit fallit. Brukarna har på samtliga boenden kunnat hantera användningen av handsprit.

Verksamheterna satsade också på mer städning. Tidigare städade personal på boendena, under 2020 köptes städning in av Serviceförvaltningen.

#### *Samverkan med VOO kring inköp av skyddsutrustning*

Tillgång till skyddsutrustning var ett stort problem initialt i pandemin. Efter överenskommelse med vård- och omsorgsförvaltningen samverkades kring inköp och distribution av skyddsutrustning, vilket fallit väl ut. Socialförvaltningen fick en procentuell tilldelning i förhållande till antalet brukare på de särskilda boendena. Vård- och omsorgsförvaltningen skötte alla inköp. Samarbetet var en viktig del i att säkerställa tillgång till skyddsutrustning, då de vanliga distributörerna inte kunde leverera, utan det behövdes många, nya och till viss del osäkra kontakter med andra leverantörer. Med bara en kontakt in till kommunen blev den processen mer överskådlig.

#### *Besök och besöksförbud*

Besöksförbud infördes och upphävdes på de särskilda boendena i enlighet med riksdagsbeslut för äldreboenden. Rutiner för besök på boendena togs fram med tillhörande informationsmaterial.

#### *Kompletterande skyddsutrustning*

I juli 2020 tog socialnämnden ett beslut om att all personal på boendena skulle använda visir i ansiktsnära arbete med friska brukare. 26 oktober utökades det av MAS till att personal även skulle använda munskydd i samma situation. Det i enlighet med rekommendationer från vårdhygien och smittskydd i Skåne om extra åtgärder vid stor samhällsspridning av Covid-19.

Under november och december ökade smittspridningen av Covid-19 i samhället och då erbjöds även brukare munskydd och handsprit om det bedömdes att de oavsett rekommendationer skulle söka sig till platser och situationer där de riskerade att utsättas för smitta. Sådana situationer kunde vara att söka upp och inhandla droger, där brukarna med stor sannolikhet skulle genomföra det, trots vetskap om smittrisk vid nära kontakt.

Erbjudandet har tagits väl emot av brukarna.

#### **Journalgranskning**

Det har förekommit brister i dokumentationen av händelser som lett till

avvikelse rapportering. Alla sjuksköterskor har fått en genomgång av vikten av att dokumentera de händelserna, även om det inte inneburit någon skada för brukaren.

### **Utveckla arbetet med att analysera och åtgärda avvikelser**

Alla sjuksköterskor har haft en genomgång av hur utredningsprocessen ska se ut.

Elektronisk signering infördes.

### **Kommunikation kring läkemedelsförändringar**

Inget arbete har gjorts strukturerat i verksamheten kring den här frågan under 2020.

### **Övrigt**

Under 2020 genomfördes en organisationsförändring inom Socialpsykiatrin. Det innebar att även sjuksköterskornas organisation förändrades genom att de fick en gemensam chef, istället för som tidigare tre olika chefer. Det har underlättat kontakten mellan MAS och sjuksköterskornas chef som nu ingår i Socialpsykiatrins ledningsgrupp. Bland annat planering av ledigheter för sjuksköterskorna har blivit sammanhållen. Det fanns tidigare en viss risk när cheferna utan att konferera med varandra gav sjuksköterskorna ledigt.

Verksamheten har en liten hälso- och sjukvårdsorganisation som kan vara sårbar. Det finns därför en planering för hur arbetet ska organiseras vid oplanerad frånvaro av sjuksköterskorna.

## **5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten**

### **Avvikelse rapportering**

Risker i verksamheten identifieras primärt via avvikelserapportering från verksamheten. Avvikelse innebär att något avviker från det förväntade, exempelvis att en brukare inte får sina läkemedel. Det finns särskilda rutiner för hur avvikelser ska utredas och åtgärdas.

### **Extern granskning av läkemedelshanteringen**

Varje år ska det ske en extern granskning av läkemedelshanteringen inom ett par av verksamhetens särskilda boenden. Granskningens resultat innehåller rekommendationer om vad som kan förbättras i läkemedelshanteringen utifrån lagkrav och patientsäkerhet.

## **6 Rutiner för händelseanalyser**

Händelser som rapporterats som avvikelser utreds enligt en händelseanalysmall som tagits fram av SKR. Mallen finns i avvikelsemodulen i journalsystemet Lifecare som stöd i utredningen.

Den som utreder en avvikelse ansvarar för att genomföra händelseanalysen tillsammans med berörda parter.

## **7 Informationssäkerhet**

Grunden för informationssäkerhet för hälso- och sjukvårdsarbetet är den samma som för övriga verksamheter inom Socialförvaltningen. Det bygger på samtycke från brukare om informationsöverföring mellan vårdgivare, samt på säkra inloggningar och

behörigheter till systemen.

Sjuksköterskor inom Socialförvaltningen arbetar i Procapita, Lifecare, Mina planer, PASCAL ordinationsverktyg, Tandvårdsfönstret och MCSS elektronisk signering.

Tillgänglighet i Procapita och Lifecare tilldelas sjuksköterskorna efter behov i enlighet med Socialförvaltningens interna rutiner. Alla sjuksköterskor omfattas av de rutiner och regelverk som finns kring sekretess inom förvaltningen.

Sjuksköterskorna tilldelas behörighet till PASCAL, Mina planer, Tandvårdsfönstret och MCSS elektronisk signering via SITHS-kort med personlig kod för inloggning. SITHS står för säker teknik inom hälso- och sjukvård. SITHS-kort är en personlig e-legitimation som utfärdas via IT-avdelningen i Lunds kommun.

IT-avdelningen inom Lunds kommun tillhandahåller varje år en systemöversikt av journalsystemen Procapita och Lifecare. Loggkontroller av sjuksköterskornas journalföring sker i enlighet med Socialförvaltningens gemensamma rutiner.

## **8 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Psykiatriska öppenvårdsmottagningar genomför besök på de särskilda boendena för uppföljning av brukares behandlingar.

Gemensam rutin för egenvård är framtagen tillsammans med LARO-mottagningen på Vuxenpsykiatriska kliniken i Lund.

Det finns en överenskommelse om samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen kring hälso- och sjukvårdsinsatser.

Det pågår en samverkansprocess mellan Skånes Universitetssjukhus och MAS-MAR-nätverken för mellersta och sydvästra Skåne om säkra utskrivningar. Syftet är att det inte ska uppstå ett glapp i vården och behandlingen vid utskrivning efter sjukhusvård.

## **9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter**

All personal som arbetar med hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter är skyldiga att anmäla brister i den hälso- och sjukvård som Socialförvaltningen ansvarar för. Rapporteringen sker via en länk på Inloggad.

När rapporten är skriven uppmärksammas detta genom att berörda chefer, sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska får ett mejl om att en rapport kommit in.

Klagomål och synpunkter kan också nå verksamheten från andra parter, som skickar avvikelser och synpunkter direkt till medicinskt ansvarig sjuksköterska, eller till förvaltningen. De utreds enligt samma mall som interna avvikelser.

Socialförvaltningen har även en länk- kallad Tyck till - som ger möjlighet för personal och allmänhet att framföra synpunkter via förvaltningens webbsidor.

## **10 Sammanställning och analys**

Sammanlagt inkom det under 2020 185 avvikelser, vilket är en viss nedgång från tidigare år. 87 avvikelser rörde läkemedel, vilket står för den största minskningen med ca tjugo procent. 84 avvikelser var fallrapporter. Fyra avvikelser rörde brister i

omvårdnad och en av dem utmynnade i en Lex Maria anmälan.

Avvikelse rapporter som inkommer analyseras i ett första steg huruvida de är avvikelser eller inte. Kriteriet för en avvikelse är om händelsen kan härledas till att verksamheten eller annan vårdgivare brustit utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30).

Därefter utreds avvikelser rapporter efter en särskild mall, som bygger på händelseanalys enligt en modell framtagen av SKR. En gradering av vårdskadenivå görs i enlighet med den matris som ingår som en del i arbetet med avvikelser. Där beaktas om händelsen lett till en vårdskada för brukaren på något sätt, eller inneburit en risk för vårdskada.

Inom varje område kategoriseras avvikelserna, de identifierade bakomliggande orsakerna och insatta åtgärder, och sammanställs för att se mönster i avvikelserapporteringen.

## **11 Samverkan med patienter och närstående**

Ingen brukare eller närstående har bjudits in att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

## **12 Resultat**

Under 2020 inkom 185 avvikelser rapporter.

Värt att notera är att personalen överlag gjort ett utmärkt arbete med att se till att brukarna i anslutning till de avvikande händelserna fått den hjälp de behöver. I inget fall har det förekommit förseningar i kontakten med andra vårdgivare eller funnits andra brister i de omedelbara åtgärder som satts in i anslutning till en avvikande händelse.

### *Ej avvikelser*

23 avvikelser rapporter bedömdes ej vara avvikelser enligt hälso- och sjukvårdsansvaret. Det kan exempelvis vara att brukaren har fallit på områden utanför verksamheten, eller att brukaren inte vill ta sina läkemedel. Två rapporter handlade om någon brukare som upplevts uppträda otrevligt och opponerat sig mot hur cigaretter ska distribueras. Inget av detta räknas som avvikande händelse utifrån verksamhetens hälso- och sjukvårdsansvar.

### *Lex Maria*

Inom Socialpsykiatrins verksamheter 2020 har en avvikelse rört brister i omvårdnaden av en brukare som utmynnade i en Lex Maria-anmälan.

## **Läkemedel**

75 avvikelser rörde läkemedelshantering.

- Vid 33 tillfällen fick inte brukare sin läkemedelsdos.
- Vid två tillfällen fick brukare bara en del av läkemedelsdosen.
- Vid fem tillfällen fick brukare sina läkemedel vid fel tidpunkt. Exempelvis kvällsdosen på morgonen.
- En brukare fick vid ett tillfälle en annan brukares läkemedel.
- En avvikelse rör en brukare som fått högre dos av läkemedlet än vad som ordinerats.
- Vid fyra tillfällen har personal glömt att låsa brukares läkemedelsskåp.
- Vid fem tillfällen har personal rapporterat om enstaka upphittade tabletter i



brukares lägenheter.

- Vid fyra tillfällen har läkemedel inte varit iordningställt, eller dosett har varit felmärkt.
- Vid två tillfällen har det funnits brister i signeringslistor.
- Vid två tillfällen har det saknats personal med läkemedelsdelegering på ett arbetspass.
- Övriga 16 avvikelser har omfattat händelser som i sig inte medfört någon påverkan för brukaren, men som inneburit en risk. Exempelvis att medarbetarna glömt att signera administrerade läkemedel.

Inom Socialpsykiatrin administreras ca 80 000 läkemedelsdoser varje år. Av dem missade personalen att administrera 35 doser, helt eller delvis, till sammanlagt 20 brukare under 2020. Det är en halvering sedan förra året, och kan troligtvis härledas till införandet av elektronisk signering. 35 doser motsvarar mindre än en halv promille av alla läkemedelsdoser som Socialförvaltningen ansvarar för att administrera på ett år.

En brukare har inte fått ordinerade läkemedelsdoser vid fem olika tillfällen. I det fallet framkom det att brukaren inte alltid varit mottaglig för att ta sina läkemedel när personalen kom, och ibland har man glömt bort att fråga igen lite senare. Tre brukare har man missat att ge läkemedelsdos vid tre till fyra tillfällen vardera. Tre brukare har inte fått sina läkemedel vid två tillfällen vardera, och tretton brukare har haft ett enstaka tillfälle där de inte har fått sina läkemedel. Medarbetarna har oftast inte kunna hitta någon förklaring till hur det kunnat hända. Vid några tillfällen påtalar man att det varit stressfyllda situationer som gjort att fokus flyttats från läkemedelshanteringen. Sammantaget är detta dock en mycket tydlig förbättring mot tidigare år, då antalet rapporterade händelser där personal missat att administrera läkemedel brukade vara ca 70, och att fler brukare då varit drabbade.

En händelse där en brukare fått en annan brukares läkemedel medförde ingen observerad skada. Att brukare får andra brukares läkemedel hör till ovanligheterna, men när det sker betraktas det alltid som en allvarlig händelse. Även vid detta tillfälle påtalar medarbetarna att de varit stressade och blivit avbrutna, både när läkemedlen lades i fel skåp, och när de skulle administreras.

Sedan januari 2020 använder Socialpsykiatrin ett elektroniskt signeringssystem MCSS, som minskar risken för att medarbetarna inte uppmärksammar när läkemedel ska administreras. Under 2020 har antalet avvikelser där brukare inte fått sina läkemedel så gott som halverats. Det ligger nära till hands att tolka det som om åtgärden haft god effekt.

I de återkommande mötena med företaget som levererar systemet, framkommer att Socialpsykiatrin i Lund redan under första året hade en förhållandevis hög nivå av läkemedelsdoser som administrerats och signerats i rätt tid.

2019 fanns det en del bekymmer med att inte hela dosen läkemedel överlämnades om den var uppdelad i olika delar, exempelvis dosett och dospåse. Det har inte förekommit sådana avvikelser under 2020. Sjuksköterskorna i organisationen gjorde bedömning att risken att missa doser när läkemedel finns i olika förpackningar skulle minska med det nya elektroniska signeringssystemet. Och den bedömning verkar vara korrekt.

Det förekommer fortfarande att personal hittar enstaka tabletter lösa i brukarnas lägenheter, men antalet rapporterade händelser har minskat påtagligt. För att minimera risken att tappa läkemedel arbetar man hela tiden i verksamheten med att hitta

fungerande arbetssätt. Det kan innebära att man ser över var man öppnar dospåsar och dosetter och hur man förbereder, exempelvis att ställa fram ett glas vatten på bordet och be brukaren sitta ned i lugn och ro.

#### *Bakomliggande orsaker och åtgärder*

Den vanligaste bakomliggande orsaken till att det sker avvikelser kring läkemedelshanteringen är att rutiner inte har följts. Bakom samtliga missade doser har det funnits minst en av dessa brister.

- 1) medarbetare kontrollerar inte inför arbetspasset vilka brukare som ska ha läkemedel och på vilka tider.
- 2) medarbetare läser inte ordinationshandlingen.
- 3) medarbetare signerar inte att läkemedlen har administrerats i direkt anslutning till att man har sett att brukaren har tagit dem.

Det elektroniska signeringssystemet har medfört möjligheten att signera någon annanstans än i brukarens lägenhet vilket ses som en ny risk i läkemedelshanteringen. I vissa fall har det inneburit att läkemedel har signerats för samtliga brukare samtidigt, och inte i anslutning till att läkemedlen administrerats. Har medarbetaren då glömt bort att gå till brukaren, signeras läkemedel utan att det har administrerats.

Den vanligaste åtgärden har varit att prata med involverad personal och att tillsammans reflektera över arbetssätt, och hur de kan göras säkrare. Där har vi ännu inte hittat ett system som är tvingande för personalen att följa alla steg i kontrollerna innan de ska signera.

Reflektionen med medarbetare har i vissa fall lett till nya arbetssätt på boendet. Exempelvis att två personer lägger ut läkemedel i läkemedelsskåpen för att säkra att de hamnar hos rätt person.

På organisatorisk nivå har det tagits fram en gemensam delegeringsutbildning, som ska säkra att alla medarbetare får samma genomgång av rutiner kring läkemedelshanteringen.

Personalen uppger själva att stress ibland ligger bakom att det missas administreras läkemedel. Stress är alltid en försvårande faktor och en vanlig orsak till att personer gör fel. Därför är det väsentligt att arbeta för att även i en stressad situation ska läkemedelshanteringen vara säker. Ett sätt är att stötta medarbetarna i att alltid följa rutiner, så att de följs även i stressiga situationer.

En del avvikelser har berott på brister hos andra vårdgivare, genom att det saknats ordinationer, att recept inte förnyats och läkemedel inte iordningstälts. I dessa fall har brev skickats till berörd verksamhet. De får göra en egen utredning av orsakerna till bristerna.

Personalen inom Socialförvaltningen har oftast på olika sätt kunnat lösa den akuta situationen, vilket har inneburit att det varit små eller inga konsekvenser för brukarna. Det har dock medfört stort merarbete för medarbetarna. Detta är återkommande år från år, men sedan 2019 så pågår ett samverkansarbete mellan Skånes universitetssjukhus och MAS-MAR-nätverket i mellersta och sydvästra Skåne där det arbetas för att minska hindren för en säker läkemedelshantering i vårdens övergångar.

#### *Konsekvenser för brukare*

Det har funnits risk för vårdskador, oftast relaterat till missad dos av läkemedel, men det finns bara tre händelser där det beskrivs att brukare har fått men av felaktigheterna i läkemedelshanteringen. Då har det rört sig om oro i två fall och ett fall med sämre sömn.

I samtliga situationer har personalen vidtagit adekvata åtgärder i anslutning till händelsen. Exempelvis kontakt med läkare eller annan vårdgivare.

Det finns rutiner för vad personalen ska göra i vissa situationer, exempelvis när det saknats läkemedel, eller signeringslistan inte varit korrekt. Dessa rutiner har följts i de flesta fall, vilket lett till att brukarna inte har drabbats i de situationerna.

### **Fallrapporter**

Det har inkommit 85 fallrapporter för 13 brukare från verksamheten under 2020. Inget av fallen kan härröras till brister i hälso- och sjukvårdsarbetet inom verksamheten. Det framkommer att samtliga har fått ett adekvat omhändertagande av personalen och kontakt med andra vårdgivare har skett i den utsträckning som varit nödvändig.

Tre av avvikelserna kunde avskrivas, då fallen skedde på områden utanför verksamheten.

#### *Bakomliggande orsaker och åtgärder*

Fallhändelserna kan inte härledas till brister i verksamheten.

Den brukare med flest fallrapporter (31 fall), har fallit på grund av bakomliggande sjukdom. Den brukaren har under året flyttat till ett äldreboende inom vård- och omsorgsförvaltningen. Under tiden hos Socialförvaltningen fanns det adekvata åtgärder i form av tätt samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut, samt insatta hjälpmedel.

Den brukare med näst flest fallrapporter (20 fall), faller på grund av drogpåverkan. Ett arbete pågår kontinuerligt med att stötta hen i att avsluta sitt pågående sidomissbruk. Under hösten 2020 har en tätare kontakt knutits med beroendemottagningen.

Tre brukare har haft fyra till sex fall. Alla har en känd fallrisk relaterat till sjukdom sedan tidigare och samtliga har pågående åtgärder som hjälpmedel, handlingsplaner, kontakt med rehabpersonal och larm.

Av resterande åtta brukare som det inkommit fallrapporter på har de flesta fallit en eller två gånger, oftast i rena olyckshändelser. De har dock gjorts fallriskbedömning på de som fallit, och åtgärder för att förebygga åtgärder har satts in, exempelvis att man sett över möblering eller stöttat i att ställa undan dammsugare som brukaren snubblat på.

#### *Konsekvenser för brukarna*

Vid de flesta fall finns inga synliga skador. Vid ca sex fall uppstod mindre allvarliga skador. Personalen har agerat adekvat vid samtliga rapporterade fall och kontaktat andra vårdgivare när det varit nödvändigt, och brukaren har fått den behandling de har behövt.

### **Lex Maria - omvårdnad**

Det är ytterst sällan som avvikelser inom verksamheten berör omvårdnad. 2020 var det dock en avvikelse i den kategorin som bedömdes vara så allvarlig att den ledde till en anmälan enligt Lex Maria.

En brukare hade under loppet av ett år gått ned 18 kg, ca en tredjedel av sin vikt och hade då en så låg vikt att det var fara för dennes liv. Brukaren hade en känd historia av

ätstörningar relaterat till perioder av försämring i sin psykiska sjukdom. Under den här perioden var brukaren kraftigt försämrade i sin psykiska sjukdom. Det medförde att huvudsaklig åtgärd för att häva ätstörningarna var att arbeta för få brukaren att må psykiskt bättre. Det gjordes i ett tätt samarbete med psykiatri.

Andra åtgärder hade också satts in, som extra mellanmål och individuellt anpassade måltidsrutiner. Avvikelsen gällde att åtgärderna inte följdes upp systematiskt och att resultatet av åtgärderna inte dokumenterades i tillräcklig utsträckning. En fortsatt vikttnedgång trots de pågående åtgärderna ledde inte till att man gick vidare med ytterligare åtgärder. Det kan ha bidragit till att det dröjde ett år innan en större somatisk utredning kring de bakomliggande orsakerna till vikttnedgången genomfördes. Flera vårdgivare var informerade om vikttnedgången, men den följdes aldrig upp gemensamt.

I Lex Maria-anmälan hittades möjliga bakomliggande orsaker till händelsen på organisationsnivå. Den analys och de åtgärder som verksamheten presenterade ansågs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som adekvata och tillräckliga. Anmälan och IVO:s svar har presenterats för Socialnämnden under sommaren och hösten 2020.

Samtliga åtgärder har genomförts enligt planering.

### **Övriga åtgärder inom verksamheten**

Det har uppmärksammas brister i dokumentation av händelserna och åtgärderna i samband med avvikelser. De har funnits beskrivna i utredningsdokumentet, men inte i löpande journal. Under hösten 2020 har det gjorts en genomgång med sjuksköterskorna kring detta, och en kontroll i slutet av året visade att det skett en förbättring. Under 2021 kommer det arbetet att fortsätta.

### **COVID 19**

#### *Resultat*

Sammantaget upplevs det att de åtgärder vi satt in haft god effekt. Vi har inget känt fall där brukare smittats inom våra verksamheter.

Brukarna har i de flesta fall haft en god följsamhet till rekommendationer för minskad smittspridning.

Vid två-tre tillfällen har det förekommit att brukare har haft svårt att hålla sig isolerade vid misstänkt smitta. Då har de åtgärder som funnits i handlingsplanerna implementerats. Exempelvis att ytor i allmänna utrymmen desinficerats flera gånger per dag. Personalen har haft skyddsutrustning och arbetat med att motivera brukarna att isolera sig.

Personal har varit smittad, och spridit smitta till annan personal. Vid minst ett smittillfälle var det uppenbart att man inte hade följt de allmänna rekommendationerna om att hålla avstånd på minst två meter. De som smittades då, hade dock möjlighet att arbeta hemma efter exponering för smitta, vilket bidrog till att den begränsades.

### **Smittspridning på boendena**

Vi har genomfört smittspårning vid tre tillfällen på tre boenden. Vid samtliga tillfällen har bara personal haft positiva provsvar för Covid 19.

Under året har vi inte hittat något fall där brukare smittats av personal. Det är oklart om någon personal smittats av brukare. Möjligen kan det ha skett vid ett utbrott, men det går inte att fastställa.

En brukare på ett boende insjuknade i Covid 19 vid vård på sjukhus. Vid det tillfället brast både Region Skåne och vår verksamhet i att provta brukaren för Covid 19. Händelsen ledde till en av smittspårningarna. I den upptäcktes många bland personalen som bar på smitta för Covid 19. Inga brukare smittades.

### **Resultat egenkontroller**

#### *Narkotikakontroll*

Under 2020 upptäcktes stölder av en mindre mängd narkotikaklassade läkemedel på ett boende genom egenkontrollerna. Händelserna polisanmälades. Stölderna upphörde strax där på och har inte kunnat utredas vidare. Ingen skyldig har kunnat identifieras.

Stölderna har inte inneburit menlig påverkan på den drabbade brukarens behandling.

#### *Journalgranskning*

MAS har under 2020 följt upp hur dokumentationen sett ut gällande händelser som anmälts som avvikelser. Resultatet visar att det vid minst en tredjedel av avvikelserna saknas dokumentation kring händelserna. Det ska följas upp under 2021.

2020 tittades på förekomsten av anamnes och omvårdnadsstatus i dokumentationen, liksom riskbedömningar och att följa upp åtgärder. Det har i de flesta fall sett bra ut, men det finns fortfarande brister. Dess ska följas upp under 2021. Bland annat saknas helt anamnes och omvårdnadsstatus på samtliga brukare på ett boende. Det har varit brister som funnits på det boendet i flera år. där frågan är vad det står för. Skiljer sig verksamheten där från andra boenden? Det kommer att åtgärdas under 2021.

### **Extern granskning läkemedel**

Under 2020 genomfördes ingen granskning av läkemedelshanteringen på någon enhet på grund av pågående pandemi.

### **Utveckla arbetet med att analysera och åtgärda avvikelser**

Alla sjuksköterskor har haft en genomgång av hur utredningsprocessen ska se ut. Under 2021 kommer arbetet med avvikelshantering att följas upp.