

(möjlighet till egen logga)

# Patientsäkerhetsberättelse för Riggargatan År 2021



Datum 2022-02-17  
Rina Karlsson  
Diarienummer

## Inledning

A&O har drivit äldreomsorg sedan 1993, vilket gör oss till en av de äldsta aktörerna inom vård och omsorg. Fokus har alltid varit att tillhandahålla den bästa möjliga omvårdnaden där vi värnar om den enskilda individens självbestämmanderätt, vilja och integritet. Målet är att förmedla **värme, omtanke** och **trygghet** till de som är i behov av vård och omsorg.

A&O är med cirka 1.600 vårdplatser inom äldreomsorgen och 2.500 medarbetare det största privata vårdföretaget inom äldreomsorgen som inte är börsnoterat eller har riskkapitalägare. Företaget har sitt huvudkontor i Norrköping och har samma svenska ägare sedan 1993, vilket borgar för ett ansvarsfullt och långsiktigt perspektiv på verksamheten utan krav på vinster eller stora aktieutdelningar.

## Verksamhetsbeskrivning

Riggargatan är ett äldreboende med 48 lägenheter fördelade på två våningar och fyra avdelningar.

Verksamheten öppnade 2010 och huset är ljust och välplanerat med ett gemensamt kök och vardagsrum som naturlig samlingspunkt på varje avdelning. Den övre våningen har stora balkonger i anslutning till vardagsrummet medan nedre våningen har altaner ut mot innergården.

På innergården finns en fin trädgård med buskar, blommor och träd samt anlagd asfalterad gångväg.

Gemensamt i huset intill entrén finns ett gemensamt samlingsrum som kan användas till större arrangemang eller lånas för privata tillställningar. Verksamheten har även ett eget tillagningskök som inte används i dagsläge.

Verksamheten är belägen i den växande stadsdelen Brandholmen strax utanför centrala Nyköping med närhet till promenadstråk längs vatten och natursköna områden. Det finns även goda busskommunikationer till centrum i nära anslutning till äldreboendet.

## Innehåll

Verksamhetsbeskrivning .....	2
SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser .....	7
Informationssäkerhet .....	8
Strålskydd .....	9
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15

Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Säker vård här och nu.....	17
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling .....	19
Avvikelse .....	19
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	22

## **SAMMANFATTNING**

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2021. Vårt mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet. Genom att kunna uppnå en god patientsäkerhet har vi hjälp av kvalitetssystem i verksamheten.

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- Skydda boende från smittspridning
- Fortsatt förbättringsarbete med dokumentation i HSL och SOL
- Möten med ombud, uppföljning, åtgärd
- Avvikelsehantering utredning, åtgärd
- Registrering i kvalitetsregister, uppföljning, åtgärd
- Analys av synpunkter och klagomål
- Ökad kompetens hos omvårdnadspersonal [OVP]

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka kvalitén i verksamheten**

- Protokollförda möten varje månad
- Kvalitetsråd varje månad
- Registrering i kvalitetsregister
- Avvikelsehantering
- Övergripande möten samt ombudsmöten

### **De viktigaste resultaten som uppnåtts**

- Tidig upptäckt av risk för fall, trycksår samt undernäring
- Minskade läkemedelsavvikelser
- Ökad delaktighet hos boende
- Kontinuerlig inkontinensutredning

### **En blick framåt**

Under 2022 kommer vi fortsätta arbeta med samtliga områden, med fokus på dokumentation

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §



### Övergripande mål och strategier

Målsättning	Analys/Åtgärd	utförande	Uppföljning
<b>Nöjda delaktiga boenden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontaktpersonal</li> <li>-Boenderåd</li> <li>-genomförandeplaner</li> <li>-Brukarundersökning</li> <li>-aktiviteter</li> </ul>	<p>Årligen undersöks nöjdheten både externt och internt.</p> <p>Utifrån de uppkomna brister skapas en åtgärdsplan för förbättringar.</p>	<p>Månadsvis</p> <p>Dagligen</p> <p>Veckovis</p> <p>Följs upp på apt, kvalitetsråd, ombudsmöten</p>
<b>Hög kvalitet på vården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Genomförandeplaner</li> <li>-Dokumentation</li> <li>-vårdplaner</li> <li>-registreringar</li> <li>-kvalitets möten</li> <li>-avvikelsehantering</li> <li>-introduktion</li> <li>- utbildning</li> </ul>	<p>Verksamheten har lätthanterliga strukturerade system så patientsäkerheten kan uppnås.</p> <p>Vårdplaner upprättas utifrån behov tillsammans med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och paramedicin.</p> <p>Avvikelsehantering sker i Procapita samt att vi använder Stratsys för vidare uppföljning.</p>	<p>Samtliga uppföljningar sker i olika forum och följs upp månadsvis, veckovis, årsvis</p> <p>Registreringar i palliativa registret, Senior Alert, procapita</p> <p>Ombudsmöten samt kvalitetsråd sker uppföljning.</p>
<b>Bemanning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rätt bemanning anpassas efter behov.</li> <li>-Utbildning</li> <li>- Introduktion</li> </ul>	<p>Ständigt pågående arbete med att stärka upp vården.</p> <p>Verksamheten har hög andel undersköterskor.</p> <p>Alla nya medarbetare får introduktion där vi följer en checklista för bästa resultat</p>	<p>Följs upp varje dag, med sjuksköterska, samordnare, chef.</p> <p>Ny medarbetare följs upp efter avslutad introduktion.</p>
<b>Säkra system och register</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Procapita</li> <li>-Senior Alert</li> <li>-Palliativa registret</li> <li>-Larm</li> <li>-Stratsys</li> <li>-Verksamhetsstödet</li> </ul>	<p>Vi har fortsatt problem med nya SITHS- kort där domän går fel.</p> <p>Senior Alert och Palliativa register är väl fungerande.</p>	<p>Sker månadsvis, veckovis, årsvis genom olika mötes forum och uppföljning i system</p>

## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

**VD** har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

**Områdeschef (OC)** ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-, miljö- och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

**Verksamhetschef (VC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

**Enhetschef (EC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. EC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till VC.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** består av en sjuksköterska, paramedicinska tjänster köps av Nyköpingskommun. Hälsa och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

**Omvårdnadspersonal** ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

**Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

## Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Ekensberg där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

**Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare** Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare. Verksamheten har kontinuerlig kontakt med samtliga, beroende på vad som avses. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Kvalitetsansvarig för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

**Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar** Vårdhygien Södermanland har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas då det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att extra stöd behövs. När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder sig verksamheten till kommunens och regionens hygiensjuksköterska som har det som ansvarsområde. Vid behov kan även andra stödfunktioner nyttjas såsom Chefläkare, STAMA, Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet samt Patientnämnd. Då Ansvar och Omsorg har vissa av dessa funktioner internt tas inte alltid extern kontakt om inte behov eller laga krav finns.

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som t ex chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter, patientnämnden ing

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso och sjukvårdsinsatser.

Identifiera och förebygga vårdskada

- Ramavtal vårdhygien
- Riktlinjer Nyköpingskommun
- Hälsokonferenser
- Avtal jourverksamhet
- Prator dialog med region vid in och ut skrivning
- SIP trygg övergång samt rapportering
- Skils överrapportering och samarbete med regionen
- Samverkan fotvårdsspecialist
- Vaccination
- Samverkan munhygien

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjuk-dom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan be-traktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm).

Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Detta gäller också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

## **GDPR**

A&O är vårdgivare och samtliga uppgifter avseende patienter och boende be-traktas som särskilt känsliga uppgifter. Patientdatalag (2008:355) reglerar hur A&O behandlar känsliga uppgifter i patientjournalssystem. Som vårdgivare kan denna behandling ske utan inhämtat samtycke från den registrerade (Kap 2, 2§). Uppgifterna behandlas för att kunna ge god och säker vård av patienter. Vid varje behandling av känsliga uppgifter vidtar A&O alltid lämpliga säker-hetsåtgärder för att skydda uppgifterna. Personuppgifterna är inte tillgängliga för fler personer än de som har behörighet att hantera dem.

Journalssystemet är mottagare av informationen och endast den vårdpersonal som är direkt inblandad i vården av patienten har tillgång till journalen. A&O kan efter samtycke inhämta journaluppgifter från andra vårdgivare eller myndigheter för att kunna fullgöra vårt uppdrag. Detta kan bland annat ske vid inflyttning till ett äldreboende där överrapportering sker från sjukhus eller annan vårdgivare eller då en patient listar sig på vårdcentral driven av A&O och har haft andra vårdkontakter tidigare och/eller under tiden som patienten är listad hos A&O.

## **Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter**

Underlag för hantering av sekretessbelagda uppgifter är SOSFS 2008:14. Verksamheten arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den egna lägenheten.

OAS hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentskåp.

## **HSL-dokumentation**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personaldokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL-dokumentation.

Övriga åtgärder för att främja informationssäkerhet i verksamheten:

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om patienter ska ske bakom stängda dörrar.



- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Patienters namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från patienten ska finnas gällande överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatta i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes person-liga integritet. Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
- Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT
- För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till ProCapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas när anställning avslutas.
- Rutin finns för hur omvårdnadspersonal kontakter jousjuksköterska vid behov.
- Kommunikation med biståndshandläggare sker skriftligt via ProCapita och Prator.
- Kommunikation med läkare och apoteket sker skriftligt, telefon och fax.
- Samverkan utanför verksamheten så som med sjukhus sker via telefon och Prator som är ett digitalt rapporteringssystem.

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån strålskyddsmyndighetens krav

## **En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Genom att säkerställa säkerheten använder vi lätthanterliga kvalitetssystem där uppföljning av verksamheten sker genom ett helhetstänkande.



Målsättning för en god säkerhetskultur	Analys/Identifiering	Utförande/förbättring	Uppföljning
<b>Säker och trygg arbetsplats</b>	-Identifiera risker som brand, arbetsmiljö, psykosocialmiljö. -arbeta för en god säkerhetskultur och använda oss av de kvalitetssystem som finns.	Skapa utrymme för ett aktivt arbete inom kvalitet och säkerhet. Få i gång reflektioner kring patientsäkerhet under hela året.	Månadsvis och sker i system Stratsys, Brandmöten Skyddskommitté mötes forum
<b>Välmående medarbetare</b>	-Identifiera den psykosociala miljön, schema delaktighet, arbetsmiljö -Introduktion med checklista	-Medarbetarenkät, Skyddskommitté möten. - Feel-good företagshälsovård inkopplad för att stärka personalen i sitt arbete. -Uppföljning introduktion Få möjlighet att påverka schema	Skyddskommitté möten Närvarande chef Stratsys Vi har haft psykolog till en avdelning under året, uppföljning en gång i veckan med sjuksköterska samt chef.
<b>Öka kompetens hos medarbetare i praktisk kunskap samt teoretisk kunskap</b>	-Individ anpassad kompetensutvecklingsplan Både praktiskt och teoretiskt. -webbutbildningar -Dokumentation -Delegeringar arbeta säkert med läkemedel	På medarbetarsamtal sätter vi individ anpassad kompetensutvecklingsplan Ssk hjälper omvårdnadspersonal att kompetens höja genom praktiska övningar.	Webbutbildningar Ssk delaktiga i praktisk och teoretisk kompetenshöjande insatser. Mötes forum
<b>Medarbetarna väl insatta i ansvar och befogenheter</b>	-Vem ansvarar för den aktuella frågan eller det aktuella behovet.	Att aktivt arbeta med rätt instanser, vem äger frågan spar både tid och kraft.	Medarbetarsamtal Chef Sjuksköterska

## Adekvat kunskap och kompetens



Målsättning	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning
<b>Välmående medarbetare</b>	Bemanning och schemaläggning	Genomgång av schema, vid behov	Vi har under 2021 ändrat schema och omfördelat personal för att säkerställa patientsäkerheten.
<b>Ökad kompetens</b>	Utbildade undersköterska I den utsträckning det är möjligt, vi har hög % utbildad personal på Riggargatan	-Vi behöver reflektera mer med medarbetarna att tänka patientsäkerhet. -Individ anpassad kompetensplan samt en generell kompetensutvecklingsplan att följa under året.	Vi följer upp på medarbetarsamtal och Apt även kvalitetsråd.
<b>Bibehålla kompetens</b>	kompetensutvecklingsplan	Planera in Workshops på Apt vi har under året haft förflyttningsteknik och inkontinens utbildning.	Genomgång med sjuksköterska och arbetsterapeut
<b>Kompetens rätt planerad</b>	Kompetens fördelad inom verksamheten	Genomgång av kompetens sker årligen och en individuell plan skapas vid medarbetarsamtal	Uppföljning sker genom ssk som är behjälplig vid kompetenshjälpandeinsatser samt chef om stöd och resurser behöver tillkomma.
<b>Användbara system för medarbetarna</b>	Verksamhetsstödet, Procapita, Medvind Alla medarbetare har tillgång till Procapita, Medvind och Verksamhetsstödet	Möjlighet till att lära sig systemen sker på respektive avdelning.	Uppföljning sker kontinuerligt samt vid medarbetarsamtal

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Verksamheten erbjuder alltid nya boende ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Ibland närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för boende och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad.

Sjuksköterska och omvårdnadspersonal tar alltid kontakt med närstående vid behov om boende önskar det. Sjuksköterska kontaktar anhöriga för in-formation vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boende och närståendes delaktighet:

- Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov
- Månadsbrev sänds ut av Verksamhetschef till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år
- Vi bjuder in till anhörigträffar två gånger per år (2021ingen förekomst r/t pandemi)
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt vanligt en gång i veckan.
- Information om patientföreningar till anhöriga för råd och stöd.
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år.

Vid brytpunktsbedömningar välkomnas anhöriga att delta för information och vårdplaner samt förväntningar på fortsatt vård. Det gäller även vid avvikelshantering.

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt för boende och närstående, både på boendet samt digitalt.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Målsättning	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning/ lärande
<b>Trycksår</b>	2 gånger/år samt vaksamhet där misstanke om trycksår kan uppstå	Senior Alert, PPM-databas	Under 2021 har vi inga trycksår, vi arbetar förebyggande med trycksår och ett samarbete med paramedicin.
<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	Ingen vårdrelaterad infektion under 2021 Medarbetarna upptäcker och rapporterar till sjuksköterska i tid	Hygien möten Infektionsverktyg HALT-Senior Alert	Medarbetarna upptäcker och rapporterar till sjuksköterska i tid
<b>Basala hygienrutiner</b>	Medarbetare har utökat sina kunskaper i BHR	Hygienombudsmöte, Apt, kvalitetsråd	Under 2021 så sitter kunskapen om BHR bättre, all information om hygien har hjälpt till att komma där vi är idag
<b>Avvikelser/ kvalitetsråd</b>	Risker identifieras för att kunna göra en åtgärd på risker. Avvikelser skrivs direkt i procapita	Kvalitetsråd en gång i månaden Procapita	Många har fortsatt problem med sina SITHS-kort. När risk identifieras övergår det till en åtgärd, här har vi blivit bättre under året
<b>Journalgranskning</b>	1 gång/år	-Internrevisionen gör en årlig kontroll hos oss -Nyköpingskommun Mas gör en årlig kontroll	
<b>Patientens klagomål och synpunkter</b>	2 ggr/år	-Patientnämnden, IVO, avvikelshantering -Intern granskning av kvalitets utvecklare	Vi följer upp alla klagomål och synpunkter inom verksamheten samt ger återkoppling till den som klagat.
<b>Hygienronder/självskattning /smittspridning</b>	2ggr/år	-Hygienronder -Hygien möte -Självskattning	-Sjuksköterska och ansvarigt hygienombud gör hygienronder i verksamheten. -Självskattning sker med jämna mellanrum ut till

			medarbetarna som skattar sig själva på plats.
<b>Granskning av hela verksamheten</b>	1 ggr/år av intern revision	Vi får förbättringsprotokoll att följa upp, handlingsplan görs utifrån brist.	Arbeta systematiskt och strukturerat vilket innebär att följa vår uppsatta plan utifrån års hjulet och följa upp alla ärenden i Stratsys.
<b>Läkemedelsgranskning</b>	En fördjupad granskning / år av patientansvarig läkare.	Patientansvarig läkare Samt sjuksköterska Boende	Alla förändringar medför att anhöriga informeras om förändring samt samtycke från boende.
<b>Narkotikaklassade preparat</b>	1 ggr/7månad	Kontrollräkning Apoteksgranskning	Fylla i de listor som finns att kontrollräkning genomförts.
<b>Livsmedelsgranskning</b>	1 ggr/år	Kost möte	Följa upp brister och göra en handlingsplan och åtgärder på brist samt uppföljning av brist.
<b>Dokumentation</b>	Läsning, överrapportering inför varje arbetspass samt dokumentation varje pass.	Fortsatta problem med att flera har svårt att få sina SITHS -kort att fungera.	Fortsatt arbete med dokumentation kommer vi lägga focus på i år. Det är svårt att arbeta framåt i och med de problem vi har med SITHS-korten.
<b>Apoteksgranskning</b>	En granskning / år av apoteket	Förbättringsförslag sker under genomgång tillsammans	Protokoll på förbättring samt upprättande av handlingsplan på brister utifrån granskningen.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*



Verksamheten utreder alla händelser och avvikelser i mer eller mindre beroende på allvarlighetsgraden. Under 2021 har en Lex Sarah anmälts av mindre allvarlighetsgrad, åtgärder och lärdomar som uppstod vid hantering av anmälan är av betydelse för avdelningens fortsatta arbete. Vi har arbetat med åtgärder som förhindrar att det upprepas igen.

De förändringar vi har arbetat med är att strukturera upp dagplaneringen ytterligare samt uppdaterat genomförandeplan, överrapportering som är av största vikt att information delges och tas emot, vi har lagt in täta besök hos boende, fortsatt har vi även haft kontakt med anhöriga och berättat hur vi arbetar för att det ej ska upprepas. Lärdomar vi tar med oss är överrapportering och kommunikation samt att en strukturerad dagplanering som hjälper oss i vardagen och att arbeta med förebyggande insatser som handlar om god planering.

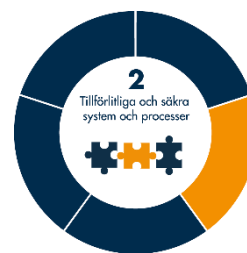
Patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året har haft extra focus på att skydda bonden och medarbetare mot smitta.

Vi har inga trycksår under 2021 att rapportera in, vi arbetar förebyggande tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt paramedicin där identifiering sker och åtgärd sätts in i tidigt stadium.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

A&O har under 2021 arbetat aktivt med att skapa en enhetlig process för avvikelshantering och fördjupade utredningar. En ny version av verksamhetsstödet har tagits i bruk och uppdateringar sker löpande. Under året har flera rutiner uppdaterats för att åstadkomma en mer enhetlig layout och på så sätt underlätta för medarbetarna. Mindre säkert under året som gått är Procapita, där svårighet med SITHS-kort är en tidskrävande uppgift att få ordning på.



### Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Analys/Identifiering	Uppföljning
<b>Läkemedelssäkerhet</b>	Narkotikahandling, arbeta säkert med läkemedel, basförråd generella läkemedel, delegering	-Vanligast förekommande avvikelser är utebliven läkemedelsdos. -Inför delegering görs ett prov samt att lämplighet ställs på prov. -Narkotikahandling är inlåst på säkert sätt samt att narkotika kontrollräknas en gång i månaden.
<b>Informationssäkerhet och säker vårdkedja</b>	Dokumentation och säker överföring av boende /patient	-Prator där övergångar mellan olika instanser sker. -sekretess uppgifter säkerställs genom rutiner för sekretess. -ambulans eller färdtjänstresor sker akut eller icke akut samt på ett säkert sätt.
<b>Kompetens hos medarbetarna</b>	-Delegeringar -webbutbildningar -Förflyttningsteknik -Inkontinens utbildning -Munhälsa	-Vi följer regelbundet upp alla medarbetare genom medarbetarsamtal.
<b>Smittskydd och riktlinjer</b>	-Navigera rätt i kunskap om smittskydd och riktlinjer	-Vårt verksamhetsstöd är tillgängligt för alla medarbetare att ta del av riktlinjer angående smittskyddsfrågor. -Vi har alltid en jourhavande verksamhetschef inom företaget -Närvarande chef och sjuksköterska.
<b>Arbetsmiljö</b>	-Undersöka och analysera arbetsmiljön genom egna och externa kontroller	-Skyddskommitté möten där vi har kommunal med oss vid mötena. -skyddsround -Tydliga rutiner för städning och renhållning.



## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Säker vård handlar om att se hela vårdkedjan.

Under sommarperioden är den tid på året då vi har det som mest sårbart, svårighet i att hitta utbildade vikarier är näst intill omöjligt i dagens läge. Ordinarie omvårdnadspersonal får en högre arbetsbörda då flertalet vikarier inte har delegeringar och den kompetens som normalt finns på avdelningarna.



Mål	Analys/Identifiering	Utförande
<b>Trygga boenden, anhöriga och medarbetare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personalförsörjning i legitimerade sjuksköterskor</li> <li>-Utbildade undersköterskor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vi har idag svårt att rekrytera utbildade undersköterskor och sjuksköterskor.</li> <li>-Kompetens behöver stärkas för nyutbildade undersköterskor.</li> <li>-Webbutbildningar</li> </ul>
<b>Säkra larm och Brandsäkerhet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Av största vikt att det finns säkra pålitliga larm för ökad trygghet och ökad patientsäkerhet.</li> <li>-Brandsäkerhet arbetar vi med genom månadskontroller och vaksamhet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vi inväntar ny upphandling från Nyköpingskommun angående larm</li> <li>-kontroll i boendeslägenhet sker kvartalsvis.</li> </ul>
<b>Informationssäkerhet och Säker Journalöverföring</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation och säker överföring av patienter/boende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kommunikation sker i Prator eller Procapita</li> <li>-Sekretess sker idag genom säkra system</li> <li>-Loggkontroller</li> <li>-säker inloggning i system</li> </ul>

## Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerhet kan tillgodoses. Vi har en tydlig rutin för hur verksamhetens ska arbeta med att analysera risker. Analyserna läggs in i Stratsys och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner, dessa upprättas av verksamhetschef eller, vid behov, av ledningsgruppen.

Risker som har arbetats mest med under 2021

Risk	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning/ lärande
<b>Smittspridning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risk för bristande användning av skyddsutrustning</li> <li>-Risk för otillräcklig kunskap inom skyddsutrustning</li> <li>-Risk för bristande kunskap att förhindra smittspridning</li> <li>-Risk för medarbetares rädsla i situation med Covid-19 smitta på enhet</li> <li>-Risk för restnoterat hygien och skyddsmaterial</li> </ul>	<p>Vi har arbetat förebyggande under året med att informera/utbilda inom smittspridning och skyddsutrustning, oro hos personal har minskat i takt med ökad kunskap.</p> <p>Även inom skyddsutrustning och material har vi arbetat förebyggande, varje enhet har ett lager att ta av om behov uppstår.</p>	<p>Varje vecka ser vi till att det finns skyddsmaterial.</p> <p>Medarbetarna genomgår BHR under året.</p> <p>Hygienronder och Hygiensättningar sker enligt rutin under året.</p>
<b>Hot och våldssituationer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risk för bristande okunskap inom hot och våldssituationer</li> </ul>	<p>Vi har haft psykosocialt utmanande under året, arbetet har bestått i att följa handlingsplanen vilket har varit utmanande i sig vidare har en psykolog varit inkopplad för att hjälpa och stärka personalen.</p>	<p>Uppföljning sker varje vecka och det går sakta framåt. Det mest utmanande har varit för medarbetarna att arbeta lika, vilket är en förutsättning i just detta fall.</p>
<b>HSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risk för trycksår, undernäring, fallrisk</li> <li>- Risk för läkemedelsavvikelser</li> </ul>	<p>Under 2021 har vi ej Registrerat några trycksår, arbetet mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal är väl fungerande förebyggande åtgärder sätts in i tidigt stadium. Läkemedelsavvikelser sker i procapita och Stratsys</p>	<p>Vi går igenom alla avvikelser och risker på kvalitetsråd 1ggr/mån och arbetar med förebyggande åtgärder.</p> <p>Daglig kontakt med sjuksköterska på avdelning.</p>

Risk	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning/ lärande
<b>SBA arbete</b>	-Risk för bristande kunskap inom SBA arbete - Risk för bristande egenkontroll	Egenkontroller är väl fungerande rutin som efterlevs. Nya ombud får läras upp inom gruppen som har hand om SBA. Vi har under året inte haft någon brandutbildning.	Månadsvis Brandmöten Uppföljning i Sratsys
<b>SAM</b>	- Risk för hög sjukfrånvaro - Risk för medarbetarens upplevelse av orimligt hög arbetsbelastning - Risk för belastningsskador i samband med lyft, böjningar och vridning - Risk för medarbetarens upplevelse av tidsbrist i arbetet	Sjukfrånvaron har under året varit hög och en viss oro bland personal finns vid hög sjukfrånvaro. -ökad arbetsbelastning under hög sjukfrånvaro har varit högre i år och upplevelse av tidsbrist märks mer under året som varit. Risken för belastningsskador är oförändrad under året, all personal har haft utbildning i ergonomi och lyftteknik.	Månadsvis på Apt , kvalitetsråd, ombudsmöten. Utbildning lyftteknik Följs upp i system som Sratsys, medvind.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser 2021	Avvikelser totalt under 2021
Hjälpmedel	7
Omvårdnad/tillsyn	25
Läkemedel	90
Fall	43
Dokumentation/ information	1

## Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2019	2020	2021
Hjälpmedel	3	3	7
Omvårdnad/till syn	5	20	25
Läkemedel	61	121	90
Fall	53	43	43
Dokumentation / information	0	0	1

## Lärdom och förbättringsförslag

Vi ser en fortsatt trend med att läkemedelsavvikelser sjunker, med hjälp av tydligare rutin, som innebär kontroll av läkemedelsgiva. Arbetet med att minska fall behöver fortsättningsvis stärkas, med stöd av Senior Alert och paramedicinsk personal, att kunna arbeta mer förebyggande innan händelse uppstår. Att OVP som uppmärksammar risker för fall i omvårdanden kontakter leg. Personal. Vi kommer arbeta vidare med förebyggande åtgärder och förbättringsförslag gällande fall under kommande år. Vi ser även ökning av omvårdnads avvikelser, vilket är positivt att det lyfts och kan åtgärdas.

Lärdom vi dragit är vikten av ett fungerande journal och dokumentationssystem, för att kunna analysera och följa upp och få en helhetsbild av boende samt att hälsokonferenser är en viktig del i processen där alla parter är inblandade.

Gällande rutin och kontroll av överlämnande av läkemedel har förtydligats med en ny lättöverskådlig signeringslista.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Vi följer Ansvar och Omsorg samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling. De vidtagna åtgärderna har följts upp av Ec alt SSK.

Målsättning	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning/ lärande
Synpunkter och klagomål	-Synpunkter om nedstängning av larm -Flera synpunkter på städning av lägenhet. -En anhörig som varit missnöjd över lag	-Vi har gjort riskanalys i stratsys samt även Nyköpingskommun -Vi har haft täta uppföljningar, ingen förbättring har skett	Täta tillsynsbesök upplever att de flesta av våra boenden som tryggt, många upplever att det är tyst och skönt utan larm.
Omvårdnad	-En boende kvarglömd på toalett, efter måltid.	Förbättrad dagplanering Tillsynsbesök mer uppstyrda	

<b>Bemötande</b>	-Anhöriga upplever stressat beteende hos personal	Vi har haft uppföljning med personal samt den anhöriga	Vi har haft gruppsamtal om bemötande som var väldigt givande samt att vi kommit till rätta med problem kring bemötande av den anhörig.
<b>HSL</b>	-Anhörig missnöjd över läkarbeslut	Samtal och dialoger har förts mellan parter	Läkare och anhöriga behöver ha en bättre dialog.
<b>Kost</b>	-fortsatt klagomål på kosten trots åtgärder	Kostråds möten	Vi har under året haft en undersökning på varje avdelning där även personalen var delaktiga genom smak och konsistens.
<b>Kommunikation</b>	-utebliven Överrapportering	Reflektioner och dialog på avdelning	Mer strukturerad dagplanering. Fortsätta att diskutera, reflektera om kommunikation

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Genom ledningssystem ska verksamheten fortsätta planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheten den ska även planeras så att långsiktighet och kortsiktighet tas i beaktning. En viss flexibilitet och snabb omställning är nödvändig utifrån ex. pandemier. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Vi behöver fortsätta överblickavåra kvalitetssystem och utforma åtgärder så kvalitén ökar. Dessutom behöver vi arbeta med patientsäkerheten under hela året och även göra våra undersköterskor och sjuksköterskor ännu mer delaktiga.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Målsättning	Analys/Identifiering	Utförande/ förbättring	Uppföljning/ lärande
<b>Vi ska stärka värdegrunden</b>	-Arbeta med värdefrågor Tydliggöra värdegrunden vid introduktion -Alla medarbetare deltar i reflektioner -Stärka anhörig kontakten	Reflektera i vardagen samt mötes forum. Checklista introduktion	Vikten av uppföljning är till stor hjälp för att komma vidare framåt i grupper samt enskilt. Få igång ett samarbete med anhöriga
<b>Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL</b>	-Genomföra två revideringar av genomförandeplanen under året -Alla boende ska ha journalanteckning i SOL minst en gång i veckan	Åtkomst procapita då vi har fortsatt problem att komma in med SITHS-korten.	Då många har samma problem att komma in i procapita, samordnas insatserna. Checklista kommer införas till 2022 som hjälpmedel för omvårdnadspersonalen
<b>Vi ska uppfylla gällande lagstiftning i HSL och PSL</b>	-Registrera i aktuella kvalitetsregister -Dokumentation ska stärkas hos omvårdnadspersonalen -Avvikelsehantering fortsatt arbeta förebyggande och skapa patientsäkerhetstänkande.	Hälsokonferenser Kvalitetsråd	Tydlig struktur som underlättar arbetet följa vårt års hjul