



**Patientsäkerhetsberättelse  
för St Anna  
År 2021**



## Inledning

Ansvar och Omsorg (A&O) har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Några av verksamheterna har speciell inriktning mot demens. Inom några av verksamheterna förekommer även kortidsplaceringar vid behov av behov av fortsatt rehabilitering, vård och omsorg inför hemgång efter inläggande sjukhusvård. A&O bedriver verksamhet runt om i Sverige med ansvar för 1446 upphandlade platser för särskilt boende, fördelat över 25 enheter. Nedan följer patientsäkerhetsberättelse för en av våra tre enheter i Nyköping, St Anna.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	12
Strålskydd .....	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	15
Patienten som medskapare .....	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	19
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
Säker vård här och nu.....	22
Riskhantering.....	24
Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
Avvikelse .....	25
Klagomål och synpunkter .....	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	30
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete .....	31
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

## SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystem är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitetsledningssystemet Stratsys kombinerat med företagets eget verksamhetsstöd ligger till grund för att systematisera uppföljningar och tillgängliggöra rutiner och riktlinjer för så väl ledning som medarbetare. Kvalitetsuppföljning har utförts av kvalitetsutvecklare under ledning av kvalitetsansvarig och respektive områdeschef.

På grund av rådande omständigheter med pågående Covid-19-pandemi har arbetet med interna kvalitetsrevisioner behövt utföras mer digitalt och genom sammanställning av inrapporterade egenkontroller från respektive verksamhet. Under 2021 har ledningssystemet fortsatt utvecklas i syfte att möjliggöra bättre inrapportering och övergripande sammanställningar. Ansvar och Omsorg AB:s kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner. Varje månad följer områdeschef upp verksamhetens kvalitets- och ekonomimål med verksamhetschef. Avvikelse, synpunkter och klagomål är en viktig källa för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Händelser och tillbud av allvarlig karaktär utreds med stöd av kvalitetsutvecklare och MAS.

För St Anna, en av tre verksamheter i Nyköpings kommun, har verksamhetsåret 2021 inneburit skapande av stabilitet, god struktur, finslipande gällande ledningsgruppens inneboende ansvarsområden och slutligen det viktigaste arbetet av allt; kompetensfördelning inom de båda husen Flora och Freja. I 2020 års patientsäkerhetsberättelse står att finna verksamhetens målsättningar för 2021. Tabell nedan visar en sammanställning utifrån måluppfyllnad för de målsättningar som skapades då.

Tabell 1 visar sammanfattning av målsättningar för 2021

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
BPSD-utbildning för både Flora och Frejas sjuksköterskor samt för minst två medarbetare per arbetsgrupp	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning planeras till år 2022. KU på företaget ska se över vem som ska hålla i utbildningen samt när i tid den kommer att ske. Då VC har haft som målsättning att BPSD-utbildning ska ske under flera år nu anses detta vara av högsta prioritet för att öka patientsäkerheten
Tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser	SSK ansvarar för att följa upp samtliga avvikelser kopplade till HSL inom områdena fall samt läkemedel, VC ansvarar för att utreda och följa upp de avvikelser som skrivs under allmän omvårdnad HSL och samtliga avvikelser som hamnar under Socialtjänstlagen.  Under 2021 har vi inte helt kommit i gång med den tänkta fördelningen. VC har följt upp de flesta avvikelser, oavsett händelse	En tydlig plan finns för vem som ska göra vad. Uppföljning sker på ledningsgruppsmöten varje månad för att säkerställa att planeringen hålls
Fortsatt utveckling av kunskaper inom inkontinens för omvårdnadspersonal utifrån det arbete som påbörjades 2020	Insatserna har lett fram till individuella vårdningsplaner där vi, utifrån kvalitetssäkring med vägning för varje boende med behov får rätt produkt, rätt bytestider och goda toalettvanor. Det har resulterat i tydliga rutiner för långsiktigt kvalitetsarbete, ökad kunskap och praktisk träning kring vikten av att fixera skydden korrekt	Arbetet fortsätter, dock krävs ingen åtgärdsplan för det specifika målet

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
Patientsäkert larmsystem	Inget nytt larmsystem har installerats under 2021, upphandling pågår i kommunen, denna har dragit ut på tiden	Patientsäkerheten påverkas mycket negativt av ett larmsystem som inte fungerar och som det inte längre går att beställa alla reservdelar till. Enligt plan ska nytt larmsystem installeras under 2022
Minska antalet avvikelser gällande utebliven läkemedelsdos med 50% jämfört med året innan	Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument har vi arbetat aktivt för att minska antalet tillfällen där boende inte får ordinerade läkemedel på utsatt tid. Vi strävar emot att varje år minska antalet och målsättningen för 2021 var att reducera detta med 50%. Drömnivån är givetvis noll, dock känns det inte rimligt med den teknik som vi idag har tillgång till, eventuellt möjligt om läkemedelssigenering hade varit digital och påminnelser hade gått ut för att indikera att läkemedel ej givits i korrekt tid	Mål uppnått, en minskning i antalet uteblivna doser med dryga 505%. Ytterligare målsättning om minskning gällande utebliven dos sätts till 2022
Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård	Upplever att St Anna har förhållandevis hög kompetens för att ge god vård i livets slutskede, dock finns områden där vi behöver mer kunskaper. Genom att planera för nätverksträffar för palliativombud på våra tre Nyköpingsenheter skapar vi ett större diskussionsrum och har bättre möjlighet att lära av varandra, ta fram goda exempel och skapa tydliga rutiner som är välfungerande i samtliga verksamheter	Satsningen som skulle ha genomförts gällande nätverk för palliativombud har inte skett under 2021, däremot är planeringen för 2022 tydlig och klar på den punkten. Målsättningen tas alltså vidare till 2022
Delaktighet och en aktiv, meningsfull vardag för alla boende	Individanpassade dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner. Detta var planen, vi har kommit långt men har en bra bit kvar innan vi når målsättningen.	Vi har en tydlig förbättring i antalet utförda aktiviteter och till stor del bra och tydliga genomförandeplaner där individens önskemål framkommer. Dock har vi några steg kvar innan vi kan sälla oss till gruppen ”nöjda med resultatet”. Jag är däremot nöjd med utvecklingen hittills. Målsättningen tas vidare till 2022.
Förbättra kost och måltidssituationen för alla boende	Fokus har legat på området kost. Vi har fokuserat på måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men har utökats under 2021.	Vi har haft ett pågående arbete med fokus på kost och måltider under året. Under sommarens semesterperioder stänge tillagningsköket, något som inte inträffat förut. Detta resulterade i att vi i stället fick en helkonceptlösning med levererad mat från extern leverantör. Nöjdheten med denna mat var mycket låg och enormt många klagomål och synpunkter inkom. Läs mer om detta i tabell 11.

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
		Om vi bortser från sommaren och fokuserar på resterande delen av året anser jag att vi fått högre nöjdhet på både kost och måltidssituationer. Vi kommer fortsätta arbetet under 2022 och absolut inte använda någon extern leverantör under semestern.

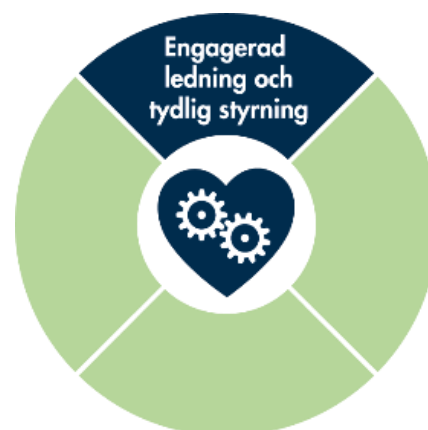
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Ansvar och Omsorg AB (A&O:s) förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys, resultat samt uppföljning av resultat. A&O arbetar utifrån det nationella ramverket för patientsäkerhet som SKR tagit fram tillsammans med representanter från Sveriges kommuner och regioner. Syftet är att skapa en helhetsbild över patientsäkerhetsområdet samt en tydlig och lättfattlig struktur för både det dagliga och det mer övergripande patientsäkerhetsarbetet. Vi arbetar utifrån det ramverk som specificerar tre viktiga perspektiv för en säker vård, nämligen att hälso- och sjukvården är:

- Patientfokuserad
- Kunskapsbaserad
- Organiserad

### Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



## Övergripande mål och strategier

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

Tabell 2 visar en översikt av verksamhetens övergripande patientsäkerhetsarbete

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Förbättrade förutsättningar för trygg och säker dokumentation i journalsystem Procapita	<p>Följa gällande lagstiftning om trygg och säker journalföring. Alla bedömningar som gjorts och beslut som tagits avseende boendes vård och behandling följer nedanstående termer;</p> <p><i>Identifiering</i> <i>Planering</i> <i>Genomförande</i> <i>Utvärdering</i></p>	<p>Samtlig personal har behörighet att dokumentera i Procapita. SITHS-kort krävs för inloggning och beställs vid anställningens början. Tid för dokumentation finns avsatt i en nyligen framtagna dagplaneringsmall för att säkerställa att omvårdnadspersonal arbetar enligt gällande lagstiftning</p>	<p>Under året har vi upplevt att många utfärdade SITHS-kort har legat på fel domän vilket gjort att de inte fungerar. Vi har även haft problem med att koder som ska skickas per post inte kommer fram eller att de tar flera veckor innan de kommer.</p> <p>Problemen med åtkomst till Citrix dominerade årets första halva samt sommaren.</p> <p>Under semesterperioden nyanställs också personal men då finns ingen möjlighet att hämta ut SITHS-kort då det är semesterstängt. Det skapar brister i dokumentation, leder till irritation hos personal och gör att vissa händelser helt enkelt inte journalförs enligt gällande lagstiftning. En förändring gällande privata utförares ökade möjligheter till dokumentation är ett måste, oavsett hos vem ansvaret ligger</p>
Patientsäkert larmsystem	<p>Dagens installerade trygghetslarm är baserat på en gammal teknik, larmupphandling pågår och målet är ett långt mer patientsäkert system än dagens</p>	<p>Inget nytt larmsystem har installerats under 2021, upphandling pågår i kommunen, denna har dragit ut på tiden.</p>	<p>Patientsäkerheten påverkas mycket negativt av ett larmsystem som inte fungerar och som det inte längre går att beställa alla reservdelar till.</p> <p>Det är av stor vikt att nytt, långt mer patientsäkert, larm installeras där vi kan dra nytta av den enorma välfärdsteknologi som finns på marknaden.</p>
Arbeta aktivt i kvalitetsregister	<p>Palliativa registret: Alla som avlider på verksamheten ska registreras</p>	<p>Ju fler på avdelningen som deltar i varje skattning desto bättre. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att registreringar görs och att det palliativa arbetet går framåt</p>	<p>Registreringar är delvis utförda, dock utförs registreringarna till största delen av OAS, OVP behöver bli mer delaktiga för att få en bättre bild över det palliativa vårdandet. Registreringar har prioriterats bort under sommaren vid byte av sjuksköterska på Flora. Detta är på inget sätt försvarbart då det leder till en missvisande statistik och minskar möjligheterna att mäta verksamhetsspecifika framsteg.</p>

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
			Registreringar i Palliativa registret har prioriterats bort och det är nu för sent att efterregistrera. Rutinerna skärps och VC kommer att göra tätare stickkontroller utöver att det tas upp på månatliga ledningsgruppsmöten
	Senior Alert: Samtliga boende ska skattas i Senior Alert. För boende som inte samtycker till registrering i registret ska samma arbetsmetod användas, dock ska själva registreringen inte göras	Vid uppmärksammade risker upprättas vårdplaner. Dessa följs upp vid hälsokonferenser samt vid ev förändring av hälsohinder	Gott samarbete med OVP vid viktkontroller, falldiskussioner och åtgärdsplanering. Tyvärr har uppföljningar och skattningar av nyinflyttade boende inte fungerat efter sommaren då den stolvåg som finns på Freja har varit ur funktion. Är nu åtgärdat och OAS på Freja jobbar i kapp med de uppföljningar som släpat
	BPSD: Samtliga boende med demensdiagnos ska skattas enligt BPSD	I dagsläget finns inga utbildade inom BPSD, utbildning har efterfrågats, och även planerats, under flera år. Dock har pandemin och medföljande lagar och riktlinjer satt käppar i hjulen för detta	Ingen utbildning eller pågående arbete med BPSD. Målsättningen tas med till 2022 och kommer att ha högsta prioritering
Upprätta vårdplaner efter boendes behov	Arbeta aktivt med att upprätta, följa upp och utvärdera vårdplaner utifrån boendens behov	Varje boende har bedömts av OAS, OVP och paramedicinsk personal enligt gällande riktlinjer och vårdplaner upprättas för hälsohinder	Vårdplaner skapas och följs upp kontinuerligt. Förbättring krävs när det gäller att dokumentera i en vårdplan, detta bör vara ett fokusområde för kommande verksamhetsår då främst för OVP
Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr journalföring inom hälso- och sjukvård	Säker journalföring enligt gällande riktlinjer	Journalgranskning enligt riktlinjer från uppdragsgivare är utförd utan anmärkningar	Journalgranskningar utförda. Loggkontroller gjorda utan anmärkning Systematiskt utförda analyser för avvikelser med orsakssamband och åtgärdsplanering
Verksamheten ska inte ha några vårdskadeavvikelser	Belysa riskerna för att avvikelser kopplat till hälso- och sjukvård kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde	Diskussion under APT vår och höst om händelser som potentiellt sett kan leda till vårdskador. Grupperna diskuterar och	Inga vårdskadeavvikelser under 2021. Vi fortsätter att belysa vikten av att undvika vårdskador. Diskussioner kommer att fortsätta och aktuella händelser på andra verksamheter kommer



Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
		<p>skriver samtidigt under nya blanketter gällande anmälningsplikt för händelser som har, eller kunde ha, lett till vårdskador. Mycket intressanta och givande diskussioner med bra insikter, goda kunskaper och kritiskt granskande av det dagliga omvårdnadsarbetet</p>	<p>att tas upp för att tydliggöra hur lätt dessa kan inträffa och att det inte alltid sker med ont uppsåt utan snarare utan sådant i de allra flesta fall...den mänskliga faktorn är icke att förringa när det gäller vårdskador eller missförhållanden inom vård och omsorg</p>
Säker läkemedels- och narkotikahantering	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker hantering av samtliga läkemedel	<p>Månatlig kontroll av narkotikaklassade preparat, inget svinn</p> <p>Årlig apoteksgranskning</p> <p>Genomgång av rutin för hantering av läkemedel</p> <p>Årlig PSB</p>	<p>Verksamheten har en välfungerande rutin som också efterlevs. Den har även uppdaterats utifrån företagets mallar för att få bättre jämförelsemöjligheter. Tyvärr är vissa punkter i den företagsövergripande rutinen inte applicerbara i vår verksamhet och den upplevs något rörig. Dock finns den och är anpassad så långt det går. Under hösten 2021 har apoteksgranskning utförts, denna gång av Kronans Apotek. Granskningen resulterade inte i några värre anmärkningar utan visade att St Anna har goda rutiner som efterlevs inom området</p>
Delegering av HSL-uppgifter från sjuksköterska till omvårdnadspersonal	Varje sjuksköterska ansvarar för att ge medarbetare, med adekvat utbildning och kunskap, delegering efter genomgången utbildning. Medarbetaren själv ansvarar för att hålla koll på när delegeringen behöver förnyas	<p>Utbildningar som ska utföras innan delegering kan utfärdas är följande:</p> <p>Demens ABC</p> <p>Palliativ webb utbildning</p> <p>Jobba säkert med läkemedel (två delar)</p> <p>Basala hygienrutiner</p>	<p>Rutin för delegeringar har varit välfungerande. Dock tar utbildningarna, fram för allt den palliativa, väldigt lång tid. Många delar avser slutenvården och känns inte helt applicerbara för äldreomsorg, önskvärt att undersöka möjligheten till ett alternativ mer inriktat på äldreomsorg och vård i livets slut</p>

## Organisation och ansvar

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

A&O och bedrivit äldreomsorg sedan 1993 vilket gör oss till en av de äldsta aktörerna inom vård och omsorg. Fokus har alltid varit att tillhandahålla bästa möjliga omvårdnad där vi värnar om den enskilde individens självbestämmanderätt, vilja och integritet.

Målet är att förmedla värme, omtanke och trygghet till de som är i behov av vård och omsorg. Genom att ha engagerade medarbetare med goda kunskaper samt ett pågående arbete med värdegrund och bemötande kan vi nå våra mål. I våra verksamheter ska vi även skapa möjlighet till en meningsfull vardag och erbjuda en bred meny av såväl fysiska, sociala som kulturella aktiviteter.

### Ägare

A&O har samma svenska ägare sedan 1993 och har inga externa ägare eller inblandning av riskkapital. Detta borgar för ett ansvarsfullt och långsiktigt perspektiv på verksamheten utan krav på vinster eller stora aktieutdelningar.

### Styrelse och företagsledning

Styrelseordförande för A&O är Frank Mårdh, tillika grundare av företaget. I styrelsen ingår även företagets VD Sakarias Mårdh samt ytterligare två ledamöter.

A&O har en öppen, platt organisation där företagsledningen utgår från huvudkontoret i Norrköping. I företagsledningen ingår VD, vice VD, områdeschefer och kvalitetsansvarig chef. Stödfunktioner till företagsledningen är kvalitetsutvecklare, kostorganisationsansvarig samt IT-Support. På huvudkontoret finns även ekonomi- och lönekontor. Alla verksamheter har en verksamhetschef på plats för ett nära och synligt ledarskap.

### Verksamhetschef

Verksamhetschefen (VC) har ansvar för att leda och utveckla verksamheten och är anmäld till IVO enligt 29§ HSL (Hälso- och sjukvårdslagen). VC har ansvar för att ta fram lokala rutiner och se till att dessa följs samt säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och företagets riktlinjer.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i verksamheten, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (OAS), ansvarar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet och är omvårdnadspersonals närmsta arbetsledare i omvårdnadsarbetet. OAS är ytterst ansvariga för arbetet med vårdhygien och kunskaper gällande smittskydd.

### Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig sjuksköterska. OVP är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och en otroligt viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet.

### Ledningssystem

A&O:s ledningssystem är utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån detta har verksamheten bland annat månatligt hållna kvalitetsråd där patientsäkerhetsarbetet och andra kvalitetsrelaterade punkter diskuteras och planeras. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt VC med. VC fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet och ansvarar för att arbetet följs upp kontinuerligt. Allt förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O.

Arbetsverktyget gör det lätt att få mätbara och jämförbara resultat. Vi ser en tydlighet, vår målsättning, kan utföra en bra uppföljning samt utvärdera effekt. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplanen.

## Verksamhet St Anna

A&O driver sedan 2009 St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

VC, också legitimerad sjuksköterska, innehar det övergripande arbetsmiljö- och patientsäkerhetsansvaret samt är yttersta HSL-ansvarig för hela verksamheten.

Förutom VC finns en heltidsanställd samordnare och två heltidsanställda sjuksköterskor utöver OVP. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Delar av HSL-ansvaret är delegerat till verksamhetens sjuksköterskor. VC, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna. Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Bagaregatan där patientansvarig läkare (PAL) finns. Ronder sker en gång varje vecka. Vid samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser som faller under paramedicinsk profession finns Kommunrehab, en avtalsenlig tjänst som är välfungerande och fyller de behov som finns.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Daglig kontakt mellan OAS och OVP hålls, både via dokumentationssystem och muntligen. Kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer ses över på daglig basis.

Samverkan mellan PAL och OAS sker under inplanerad rond en dag varje vecka med möjlighet till kontakt på andra tider om behov finns.

Vid inflyttning till St Anna hålls ett inskrivningssamtal med den boende, OAS och PAL. Mötet journalförs enligt gällande rutin och OAS ansvarar för att vårdrutinavvikelse, observationer, ställda diagnoser och liknande dokumenteras. Här inhämtas även samtycke för sammanhållen journalföring, information till närstående, kontaktönskemål från anhöriga etc. Om en person flyttar från annat boende eller sjukhus görs en muntlig översäkring innan inflyttning mellan sjuksköterskorna. OAS beställer tandvårdskort för nödvändig tandvård via T99. Verksamheten samarbetar med både Oral Care och Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

A&O har i Nyköping 5 sjuksköterskor, 5,0 årsarbetare, i tjänst helgfria vardagar mellan klockan 07–17. Någon av sjuksköterskorna finns alltid i tjänst dessa tider, vem som är i tjänst anslås på dörren till respektive sjuksköterskas kontor där kontaktuppgifter till samtliga sjuksköterskor finns. All övrig tid, kvällar, helger och nätter, finns Nyköpings Kommuns jourhavande sjuksköterskor att tillgå enligt gällande avtal.

En boende som behöver vårdas inom slutenvården skrivs in i Prator av OAS. Då boende är färdigbehandlad sker rapporteringen från sjukhuset via Prator. Behandlingsmeddelande och epikris brukar medfölja från sjukhuset, ett exemplar till den boende och ett till OAS, i utskriven form.

Nedan följer, i punktform, övriga viktiga samverkanspartners som ligger till grund för att minska risken för vårdskador i verksamheten:

- God kontakt med smittskydd och vårdhygien
- Följsamhet av riktlinjer från Region Sörmland och Nyköping Kommun
- Vaccinationer för att minska smittspridning
- SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och översäkring
- SKILS - för adekvat översäkring och samarbete med Region Sörmland

- Samverkan fotvårdsspecialist
- Webbutbildningar
- Insatser av paramedicinska professioner via Kommunrehab

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden såsom hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Denna gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om denne själv har lämnat samtycke. Det gäller som regel 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.

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter ska klippas bort, tejpas över eller stryks över med svart
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar utan risk för att denna kan höras av tredje part
- Skriftlig, sekretessbelagd, information får inte finnas åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn tillsammans med personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
- Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal
- Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT
- Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. Den utförs OAS årligen på uppdrag av MAS. Granskningen visar tyvärr på återkommande brister, något som försvagar patientsäkerheten. En förklaring anses vara bristen på utbildningsmöjligheter
- Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC, den innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal och OVP
- För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av VC och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas. Vi har under året upplevt svårigheter i kommunikationer med kommunen som utfärdar dessa kort. Många gånger är korten inte fungerande när de lämnas ut då korrekt licens saknas. Enligt ansvarig för kortens utfärdande har de varit kopplade emot felaktig domän
- Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare om inte jouten är inkopplad

## Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

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

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är att verksamheten genomsyras av en god säkerhetskultur. I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur, som också bidrar till ett lärande, arbetar A&O med att varje enhet ska ha lokala kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och ska innehålla representanter av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder. Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar. I syfte att skapa dialog och ökad medvetenhet kring säkerhetskultur utgår A&O från säkerhetskulturtrappan från A till E som finns tillgänglig via SKR.



Tabell 3; verksamhetens systematiska arbete gällande säkerhetskultur

Verksamhetens målsättning för en god säkerhetskultur	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Värna om medarbetarnas hälsa och välmående på arbetsplatsen	Identifiera olika mått på medarbetares fysiska såväl som psykiska mående	Medarbetarenkät, analys av resultat samt jämförelse med tidigare år	2021 års enkät visar ett mycket fint resultat och vittnar om gott mående och hög nöjdhet hos medarbetarna. Detsamma gällde för år 2020 så resultatet bibehölls under 2021
	Schemaläggning som säkerställer att medarbetare får återhämtning i den grad som behövs. Vidare arbetar vi för att ingen medarbetare inbeordras utöver sin arbetstid och tvingas arbeta emot sin vilja	Vi har arbetat för att samtliga medarbetare ska känna delaktighet och få möjlighet att påverka sin arbetssituation, vi menar att detta är ett nödvändigt steg för att känna nöjdhet och öka, fram för allt, den mentala hälsan	Medarbetare har varit involverade i de schemaändringar som skett under året. Vi har inga inbeordringar på Flora, dock två på Freja under 2021 vid manfall på helgtid, dessa skedde enligt gällande rutin och utgjorde inget brott emot arbetstidslagen
	Uppmärksamhet på nattpersonalens mående som, efter egna önskemål, arbetar på hög tjänstgöringsgrad	Målvärdet är att hålla underskötersketätheten, och därmed kompetensen på nätterna, fortsatt hög. Alltså hög närvaro av ordinarie personal utan ökande sjukskrivningarna	En förändring kommer att ske på Freja efter årsskiftet 21/22 då vi sett ökad sjukfrånvaro, tecken på dåligt psykiskt mående och försämrad stämning i arbetsgruppen. Åtgärd vidtas för att minska antalet timmar per år där kompetensen är lägre än målvärdet under natten

Vi ska verka för en kontinuitet hos personalen	Bemöta samtliga medarbetare med respekt, vara närvarande i verksamheten och lyssna in önskemål för att i ett tidigt skede upptäcka behov av stöd och vägledning	Under 2021 har St Anna haft en enhetschef på Freja vilket har underlättat chefsnärvaro dagligen. VC har delat tiden mellan St Anna och Björkgården. Anser att vi har haft ett bra samarbete och en god psykosocial arbetsmiljö under året	Vi jobbar ständigt för att skapa möjligheter för alla att delta i verksamhetens kvalitetsarbete men är även tydliga med att vissa förändringar och önskemål inte kan uppfyllas. Exempelvis schemaläggning behöver följa lagar och riktlinjer före önskemål och personliga behov
Jobba för att höja benägenhet att rapportera händelser och skriva avvikelser	Implementera ett aktivt tänk kring patientsäkerhet och vikten av att belysa de eventuella risker och avvikande händelser som inträffar	Viktigt att poängtera att det aldrig är person som rapporteras utan händelse där olika personer är involverade. Detta tankesätt är tyvärr fortfarande något som kan förhindra att man	Samtliga ovp har under året varit involverad i verksamhetens ständigt pågående kvalitetsarbete. Avvikelsegenomgång sker varje månad på kvalitetsråd samt under schemalagda hälskonferenser
Vi ska verka för att involvera alla medarbetare i det övergripande kvalitetsarbetet i verksamheten samt poängtera vikten av en god patientsäkerhetskultur	Tydlighet emot medarbetare vad som förväntas av dem utifrån den anställning de har	God introduktion med genomgång av befattningsbeskrivning  Genomgång av befattningsbeskrivning sker minst en gång varje år i samband med APT	Vi har under året arbetat bättre med att följa upp nya medarbetares utveckling. Vi har en tydlig rutin för inskolning- och uppföljning och denna har följts till stor del men är absolut ett förbättringsområde som behöver mer fokus under 2022
Undersöka risker som kan förekomma i verksamheten	Både patientsäkerhet och arbetsmiljö undersöks kontinuerligt enligt A&O:s kvalitetssäkrande mötesstruktur	Genomgång av brandsäkerhet och arbetsmiljö i boendes lägenheter  Övergripande skyddsronder samt skyddskommittéer	Ett kontinuerligt pågående arbete gällande riskanalyser i verksamheten. God kommunikation med uppdragsgivare och fastighetsägare såväl som fackförbund och dess representanter

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Tabell 4; verksamhetens arbete för kompetensförsörjning

Verksamhetens målsättning för kompetensförsörjning	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Öka den praktiska kompetensen hos befintlig personal genom verksamhetsövergripande kompetensutvecklingsplan	Medarbetare som är utbildade undersköterskor förväntas öka sina praktiska kunskaper inom hälso- och sjukvård	Utföra kontroller av samtliga vitalparametrar och förstå aktuella mätvärden. Arbeta utifrån framtagen kompetensutvecklingsplan Utvärderas och ses över varje kvartal av sjuksköterskor samt av VC vid medarbetarsamtal	Under slutet av 2021 tog verksamheten fram en övergripande kompetensutvecklingsplan gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för St Annas medarbetare, då med fokus på utbildade undersköterskor och vårdbiträden med lång erfarenhet. Denna är presenterad och kommer att gälla alla från årsskiftet 21/22
Bibehålla kompetens hos samtlig omvårdnadspersonal för att på så vis upprätthålla den säkerhetskultur som finns	Årligen genomgå webbutbildningar och lämna diplom till OAS.	Vid nyanställning och vid delegering (en gång årligen) ska alla medarbetare utföra webbutbildningar och lämna diplom till OAS Utbildningar som krävs för delegering: Basal hygienrutin Palliation ABC Demens ABC Jobba säkert med läkemedel (två delar)	De flesta medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs, dock finns det personer som avslutat sin anställning innan utbildningarna är färdiga. Vi tappar även de som inte är aktuella för delegering, detta är något som måste förbättras inför kommande verksamhetsår
Bemanning och schemaläggning	Schemaläggning som säkerställer att kompetensen är jämnt fördelad inom verksamheten	Översyn av scheman görs om någon personal slutar sin tjänst eller vid en planerat lång frånvaro som föräldraledighet	Görs om behov uppstår. Förändringar i verksamheten riskbedöms alltid innan de genomförs
		Målvärdet är att hålla underskötersketätheten, och därmed kompetensen på nätterna, fortsatt hög. Alltså hög närvaro av ordinarie personal utan	Åtgärd planeras på Freja för att minska antalet timmar per år där kompetensen är lägre än målvärdet under natten. Beräknas vara klart kvartal 2 2022

		ökad sjukfrånvaro	
	Daglig kompetensfördelning	Varje morgon kl 07.30 ska omvårdnadspersonal träffas på en avdelning (Freja 2 och Flora 1) och fördela kompetens för dagen utifrån de behoven finns	Detta görs på St Anna för att säkerställa att rätt bemanning finns på samtliga avdelningar och att kompetensen för det aktuella arbetspasset är fördelad utifrån vårdtyngd, eventuell vård i livets slutskede, dubbelbemanningar etc

## Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. All vård och omvårdnad ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Innan flytt till St Anna får boende och/eller närstående en folder där verksamheten beskrivs tydligt. Boendes biståndsbeslut skrivs ut till omvårdnadspersonal och den lägenhet som personen ska bo i riskbedöms genom okulär besiktning.

Kort efter inflyttning, enligt rutin inom två veckor, erbjuds ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med den boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. I vissa fall närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för personen och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad. Vi tar upp vikten av att fylla i foldern 'Det här är jag' som ger en tydlig bild av levnadsberättelsen och ett gott underlag för genomförandeplanen.

Det är varje kontaktpersons ansvar att starta upp en genomförandeplan i anslutning till inflyttning. Det ska alltid framgå om den boende har varit delaktig i upprättandet eller inte. Om boende inte varit det ska skäl framgå, exempelvis kognitiv nedsättning som följd av demens eller liknande. Anhöriga ska, om den boende ger samtycke, delges innehållet i genomförandeplanen och även ha möjlighet att påverka innehållet.

En viktig del av genomförandeplanen, förutom delaktighet, är hur den boende önskar bli bemött. Detta gör att all omvårdnadspersonal kan anpassa bemötande utifrån önskemål. Detta är av särskild vikt när boende har svårigheter att uttrycka sig verbalt.

Tätt efter inflyttning planeras och utförs ett inskrivningssamtal med PAL och OAS, här bjuds även anhörig in om boende och önskar.

OAS kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om så är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boendes och närståendes delaktighet:

- Informationsbrev sänds ut till närstående



- Boenderåd hålls 4 ggr/år. Under pandemin har dessa hållits separat på avdelningarna vilket gör att vissa avdelningar inte har kunnat genomföra boenderåd. I normala fall är rutinen att vi har ett boenderåd per hus där de boende som önskar deltar och diskuterar områden som behöver ses över på ett eller annat sätt
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt. En spårbarhet ska finnas i Procapita, dock är detta något som ofta inte utförs enligt rutin, fram för allt när det gäller kontakt med anhöriga som ofta hälsar på och pratar med personal på så vis
- Information om anhörigcenters olika stöd till anhöriga finns synlig i verksamheten
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende kan uttrycka sina åsikter om verksamheten
- Socialstyrelsens brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år, dock ej genomförd under 2021
- 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 och digitalt på företagets hemsida

## 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 med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Tabell 5; verksamhetens genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Infektionsregistrering Screening Hygienombudsmöten
Smittspridning Covid-19	Kontinuerligt	Lägesbedömningar av OAS och VC enligt gällande riktlinjer
Basala hygienrutiner och klädregler	Varje år kontinuerligt	Hygienombudsmöte APT Webbutbildning
Hygienronder och självskattning	4 gånger per år	Hygienrond av utsedda hygienombud och OAS Självskattning av samtlig OVP
Avvikelser	12 gånger per år	Kvalitetsråd Hälsokonferenser Månadsuppföljning
Trycksår, undernäring och fallrisk	2 gånger per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år samt kontinuerligt vid inkomna åsikter	Kvalitetsråd Patientsäkerhetsnämnden IVO Interna kvalitetsutvecklare
Journalgranskning	1 gång per år	Uppdrag från MAS

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	Intern kvalitetsrevision Månatlig kontroll av VC gällande rutinefterlevnad
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år Årligen	Kontrollräkning Granskning av apotek

Fortlöpande förbättringsarbete är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Analys, åtgärder och resultat av St Annas arbete följer i tabell 6.

Tabell 6; systematisk tabell analys, åtgärder och resultat för säker vård

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Sörmland Under året har ingen screening för MRSA utförts Väldigt många screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer
Smittspridning Covid-19	Verksamheten har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19. Målet har varit att verksamheten ska vara smittfri under 2021 Vaccination av boende och personal God rutinefterlevnad Goda kunskaper inom basal hygien, smittspridning och användande av skyddsutrustning	Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer för Covid-19 vilket bedöms ha varit en stor bidragande orsak till att boende ej insjuknat trots stor smittspridning i samhället. God rutinefterlevnad hos personalen gällande skyddsutrustning, smittspridning och basal hygien anses också vara en stor bidragande faktor. Åtgärderna bedöms som tillräckligt goda för att nå målsättning om noll Covid-19-smittade boende under 2021 vilket vi också gjort
Basala hygienrutiner och klädregler	Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner. Vi går även igenom samtliga verksamhetsknutna rutiner på APT minst en gång varje år, här ingår rutin för arbetskläder och basala hygienrutiner	Goda kunskaper och god rutinefterlevnad Under 2021 har samtliga genomgått utbildningen
Hygienronder och självskattning	Vi genomför två hygiensjälvskattningar per år och två hygienobservationer som norm, dessa har varit mer frekventa under 2021	God rutinefterlevnad dock märks slarv gällande fram för allt förklädesanvändning vid sängbäddning och användande av handskar då dessa inte behövs
Avvikelser	Följs upp månad för månad i Procapita och diskuteras på hälsokonferens, kvalitetsråd och/eller sjuksköterskemöte. VC gör händelseutredning på avvikelser och skapar åtgärder tillsammans med OAS och OVP där behov finns.	Se bifogad fil för utförlig sammanställning

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
Trycksår, undernäring och fallrisk	OAS registrerar och följer upp. Kontrolleras av VC två gånger varje år samt ses över vid utredning av allvarligare fallavvikelser	Bra överblick över de risker som finns. Vi ser tyvärr brister i bedömningar enligt ROAG. Detta ska finnas som mål för 2022
Boendes klagomål och synpunkter	VC ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller hela verksamheten. Alla synpunkter och klagomål förmedlas till OVP, antingen direkt till den/dem det berör eller vill samtliga på enheten	Ett ärende har under 2021 skickats till IVO 2 ärenden har lett till handlingsplaner, båda avser kost och måltider Gott samarbete och god kommunikation med anhöriga under året
Journalgranskning	Under 2021 genomfördes ett granskningstillfälle. Underlag skickades ut till OAS	Visar brister i journalföring, på det stora hela är bristerna genomgående för både privata utförare och DSO-enheter
Granskning av hela verksamheten	A&O gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten. Avstämningsmöte med uppdragsgivare, Vård- och Omsorgsnämnden	Under 2021 har intern kvalitetsrevision skett digitalt och åtgärdsplan har upprättats. Verksamhetens kvalitetsarbete har förbättrats på flertalet punkter jämfört med år 2020. Vård- och Omsorgsnämndens granskningar har inte visat några större brister eller lett till åtgärdsplaner
Narkotikaklassade preparat	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision.	Inga avvikelser kunde ses i förra årets kontroll. När kontrollräkning ska ske framgår tydligt i verksamhetens lokala läkemedelsrutin

## 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 §*

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

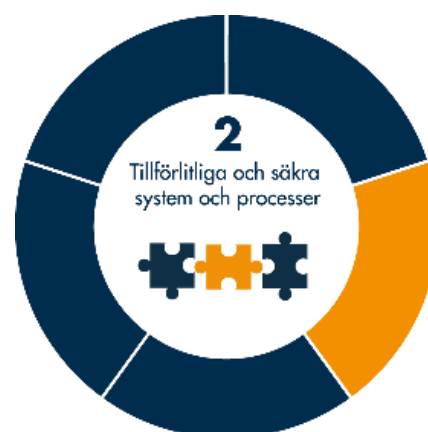
3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada. Syftet med utredningar är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och faktorer som påverkat att händelsen inträffat samt ska de ge ett underlag för beslut om åtgärder. Åtgärderna som skapas ska ha till ändamål att hindra inträffandet av liknande händelser eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning samt utförare av internutredningar är företagets interna MAS. Se översikt i tabell 7.

Tabell 7; ansvarsfördelningen gällande bearbetning av avvikelser inom A&O rörande hälso- och sjukvård

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
1 Mindre obehag eller obetydlig skada	VC/HSL-ansvarig (Leg ssk)	VC/HSL-ansvarig (Leg ssk)	VC/MAR-ansvarig (Leg AT/FT)	VC
2 Måttlig övergående funktionsnedsättning	VC/HSL-ansvarig (Leg ssk)	VC/HSL-ansvarig (Leg ssk)	VC/MAR-ansvarig (Leg AT/FT)	VC
3 Betydande bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
4 Katastrofal dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

## 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. 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. Flera rutiner har uppdaterats under året i syfte att åstadkomma en enhetlig layout och därmed underlätta för medarbetare. Detta gör att de olika arbetsprocesser som bidrar till ökad patientsäkerhet på verksamheterna, inkluderat St Anna, blir tydliga och resultatet blir mätbart och jämförbart.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Tabell 8; systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
Informationssäkerhet	Dokumentation och överföring av personuppgifter	Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekretess – genomgång årligen Säker inloggning i system – e-tjänstekort; SITHS Journalgranskning årligen Loggkontroller enligt avtal med uppdragsgivare samt vid misstankar om lagöverträdelser Arbeta i enlighet med GDPR Inhämtande av samtycke nationell patientöversikt samt informationsöverföring till ev anhöriga
Läkemedelssäkerhet	Narkotikahandling Basförråd generella läkemedel Genomgång av läkemedel för individ Vaccinationer Medicinska behandlingar	Årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar för de med över 10 läkemedel Alla boende ska få sina läkemedel översedda minst en gång per år Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc Ronder – varje vecka ordinationer från PAL och andra förskrivare i Pascal Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje månadskifte Beställningslistor sparas för spårbarhet av narkotikaklassade läkemedel Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel sker avstämning av antal av två personer, antingen båda OAS eller OAS och VC. Vi eftersöker ett säkrare sätt att kassera narkotikaklassade läkemedel, ev stödsäkra behållare?
Brandsäkerhet	Riskundersökning Brandskyddsronder Utbildning för all personal inom brandsäkerhet	Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter Årliga kontroller av extern granskande verksamhet (idag Schneider) Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar
Arbets- och boendemiljö	Skyddsronder	Lokalanpassad rutin med medföljande signeringslistor städ

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
	Skyddskommittéer Undersökningar av arbetsmiljö i boendelägenheter Tydliga rutiner för städ- och renhållning av allmänna utrymmen samt boendelägenheter	Tydliga och uppdaterade lokala rutiner i verksamhetsstödet Årlig översyn av hela verksamheten vid intern kvalitetskontroll
Transportsäkerhet	SKILS – bedömning inför ev vidare vård inom slutenvården Rätt vårdnivå och rätt transport för ev behandling inom slutenvården Beslut om färdtjänst efter behov	Rutin för när SKILS ska användas för tolkningshjälp av vitalparametrar. Säkerställer att rätt vårdnivå appliceras Rekvirering av ambulans, akut eller icke akut Trygga färdtjänstresor baserade på individuell bedömning av behov (ex rullstol, medföljare etc)
Smittskyddslagen och tillhörande riktlinjer	Kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner vid smitta	Verksamhetsstöd Närvarande chef Jourhavande verksamhetschef Arbetsplatsträffar Tät kommunikation med arbetsledande sjuksköterskor
Tryggad kompetens hos all personal	Webbutbildningar Delegeringsutbildning Utbildningar av externa aktörer inom inkontinenshjälpmedel Utbildning munvård och munhälsa (enligt ROAG) Förflyttningstekniker och belastningsergonomi	Oral Care – webbaserad utbildning Demenscentrum Kommunrehab samt intern MAR SKILS Arbetsledande sjuksköterskor

## 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.



Tabell 9; identifierade risker i verksamheten

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäkert larmsystem	Hög risk för minskad patientsäkerhet	Enda åtgärden som bedöms vara hållbar och öka patientsäkerheten är byte av larmsystem. Upphandling har pågått under flera år och dragit ut på tiden enormt. Detta påverkar i allra högsta grad patientsäkerheten åt det negativa hållet
Patientsäker journalföring	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet	I dagsläget beställer arbetsgivare e-tjänstelegitimation till samtliga medarbetare. Dessa är ofta felaktiga vilket gör att det är svårt att få i gång dokumentationen i ett tidigt stadie i en anställning, något som borde vara en självklarhet. Vissa kort tar mycket lång tid att få ordning på, andra går inte att ordna utan nya kort måste beställas. Det är enormt tidskrävande arbete och kommunikationen med beställande enhet känns infekterad
Tillgång till sjuksköterskor	Viss påverkan åt det negativa hållet gällande patientsäkerhetsrisker	Vi har avtalat med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor under kvällar, nätter, helger och storhelger. Dessa har mycket stora områden att täcka och det kan ta lång tid innan ett besök kan ske. I den mån det går prioriterar sjuksköterskorna enligt personals bedömning utifrån SKILS men om flera patienter kräver tillsyn, bedömning och åtgärd samtidigt kan det dra ut på tiden. Dock anser jag att vi har ett mycket välfungerande samarbete med jouren, enstaka individer kan vara problematiska
Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor	Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten	Tyvärr blir tillgången på kompetenta undersköterskor allt mindre. Detta blir tydligt kännbart i verksamheten och vi ser att man har allt sämre kunskaper, både språkmässiga och praktiska

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
		färdigheter trots genomgången utbildning. En skrämmande utveckling

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Under 2021 fokuserade vi på risker kopplat till följande punkter:

- Smittspridning
- Fall
- Trycksår
- Undernäring
- Social dokumentation
- Bedömning av vitalparametrar enligt SKILS

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Vi har under 2021 inte haft några fall av Covid-19, Calici eller säsongsinfluensa. Riskbedömningar gällande fall, trycksår och nutrition sker löpande och utförs av OAS tillsammans med OVP, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

Vi har som beskrivits ovan haft stora problem med åtkomst till Procapita och jobbar hårt för att förbättra den sociala dokumentationen. Vi har haft som målsättning att samtlig personal ska dokumentera och alla boende ska få sina genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning samt kontinuerligt minst var sjätte månad eller oftare vid behov. Detta är något vi diskuterat flitigt på APT och en ny rutin är framtagen där man i direkt anslutning till inflyttning skapar en genomförandeplan för att sedan arbeta i den under de första två veckorna. Målsättningen är att genomförandeplanen ska vara ett mer levande dokument där förändringar i hälsa skrivs in direkt. Vi kommer att fortsätta arbetet med dokumentation under 2022. Arbeta med riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner är en ständigt pågående process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munohälsa görs av OAS vid inflyttning till verksamheten. Vid inflyttning, var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd som medför en förändring i personens hjälpbehov görs en riskbedömning i den boendes lägenhet, både med risker för fall för den boende och risker i personals arbetsmiljö. Här används en mall för att identifiera brister och risker, därefter skapas en plan för åtgärder. Risker för fall och trycksår tas kontinuerligt upp med rehab och vård- och åtgärdsplaner skapas för att minska risker. Här finns ett ständigt pågående kvalitetsarbete.



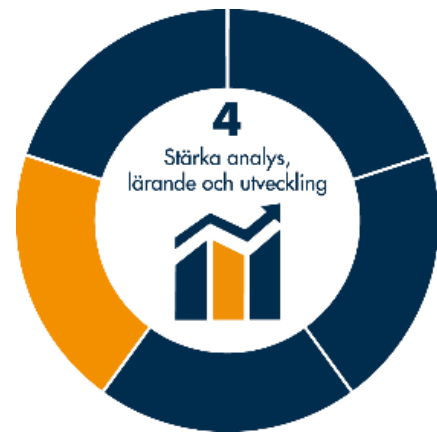
För boende som lider av BPSD har vi fram till oktober 2021 haft ett gott samarbete med Björkgårdens sjuksköterska och skapat handlingsplaner för vård och behandling. Tyvärr finns hon inte längre kvar i företaget vilket gör att möjligheten för utbildning av BPSD-administratörer har minskat drastiskt.

Vid risk för självskada eller skada för annan boende/personal görs alltid en separat handlingsplan, förstärkning och utbildning i personalgruppen är exempel på åtgärder som vidtas vid behov.

Risikanalys för smittspridning har fortsättningsvis under 2021 varit högaktuell. Detta görs normalt varje år men har utvecklats enormt i och med pandemin. De lärdomar som kommit av denna tid är bland annat ökade kunskaper i smittspridning, skyddsutrustning och vikten av den, basal hygien och följsamhet av rutiner.

## 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*

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonal om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I företagets interna verksamhetsstöd framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Samma skyldighet gäller även att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande enligt Socialtjänstlagen, vilket framgår i separat rutin. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten. Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten, rapporterna sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, Stratsys. Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av VC och OAS enligt en tydlig rutin för ansvarsfördelning.

Område	Antal inkomna avvikelser 2021	Jmf 2020	Antal som utretts	Antal allvarliga* avvikelser	Sammanställning	Lärdom/ rutinförändringar/ åtgärd
<b>HSL</b>						
Omvårdnad /tillsyn	38 st -61%	98 st			<p>8 avser hygien. Här innefattas boende som ej fått sina behov mötta</p> <p>22 avser larm som inte fungerat som de ska, fram för allt rörelselarm och kvittering av trygghetslarm</p> <p>1 avser utebliven munvård</p> <p>7 faller under rubriken Övrigt</p>	<p>Ständiga påtryckningar gällande hur man utför allmän omvårdnad. Diskussioner huruvida inkontinensskydd ska bytas tidig morgon eller om sömn under morgontimmarna prioriteras. Boendes behov ska styra när på dygnet omvårdnad ska ske, detta ska framgå tydligt i genomförandeplan</p> <p>Att larmet är icke patientsäkert har varit känt under lång period. Det enda som kan göras är att byta larmsystem då vi inte längre kan köpa in reservdelar till befintligt system.</p> <p>Vikten av att utföra munvård och värna om förbättrad munhälsa är eftersatt då kompetensen är låg. Utbildningsinsatser planeras, se nedan</p> <p>Felaktigt bäddad säng med glid- och draglakan, säng oläst eller i högläge, felaktigt användande av sänggrindar, felaktig KAD-skötsel, utebliven såromläggning, felaktigt lindade ben</p>
Dokumentation	0					
Fall	169 st -27%	233 st				<p>Gott samarbete med kommunrehab och samtliga fall diskuteras på hälsokonferenser. Fallriskutredningar utförs och fallen läggs även in i Senior Alert</p>
Informations-Överföring	3 st	0				<p>En boende som av sagt sig slutenvård har skickats till sjukhus utan att anhöriga tillfrågats eller informerats. Skedde under jourtid, dokumentation av beslutet</p>

Område	Antal inkomna avvikelser 2021	Jmf 2020	Antal som utretts	Antal allvarliga* avvikelser	Sammanställning	Lärdom/ rutinförändringar/ åtgärd
						är tydlig från OAS och PAL.
Läkemedel	75 st -56%	170	0	0	Utebliven medicin 41, tidigare år 96 st → -57%  Ej signatur på lista 20 st  6 avvikelser avser fel tidpunkt  2 st avser för liten dos  2 st avser för stor dos  4 avser förväxling av läkemedel	Mål på halvering av antal uteblivna doser är uppnått  Inga av avvikelserna har lett till lidande eller vårdskada för den enskilde
Specifik omvårdnad/ Rehab/ Hjälpmedel	6 st -67%	18 st			4 st avser felaktigt handhavande hjälpmedel  1 avser utebliven ordinerad träning  1 avser felaktigt utförd omläggning	Inga av dessa har resulterat i lidande eller vårdskada för den enskilde  Har orsakat övergående smärta hos den enskilde
<b>S:a HSL</b>	<b>291 -44%</b>	<b>519</b>				
<b>SOL</b>						
Dokumentation	0					
Informationsöverföring (SOL+LSS)	0					
Utebliven insats	0					
Felaktigt utförd insats	0					
Insats utan beslut	0					
Avgift (bombslut)	0					
<b>S:a SOL</b>	<b>0</b>					
<b>Totalt antal avvikelser</b>	<b>291</b>					

## Klagomål och synpunkter

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

Boende, anhöriga och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret 'Hjälp oss bli bättre'. Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats till Vård- och Omsorgsnämnden, patientnämnden eller IVO.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av VC.

Tabell 11, sammanställning av synpunkter och klagomål

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2021</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/ klagomål inom området</i>
Omvårdnad – uteblivet bemötande av behov	1			Anhörig på Flora E är orolig över att det tar lång tid att svara på larm. Personal säger att man inte hör när man är inne hos annan boende.  Uppföljning med anhörig; anser att det blivit bättre dock vet hon om att maken har ett stort behov som inte omedelbart kan mötas. Vi diskuterar kring detta och lämnar punkten i samförstånd
Bemötande, kränkande behandling eller försummelse av behov	2			Boende och anhörig från Flora 2 har klagomål på personal som under helgen har tramsat runt, pratat högt på annat språk och gjort måltidssituationen på söndagskvällen så rörig att vissa boende valt att avbryta middagen. Detta ska under inga omständigheter förekomma, det är en arbetsplats och de boendes hem och allt fjant hör hemma utanför arbetstid. Jag kommer inte att acceptera sådant beteende från någon. Är man vänner utanför arbetsplatsen får man träffas utanför arbetstid. Språket som ska användas i arbetet är svenska om ingen boende har behov av annat språk.  En anhörig känner sig illa bemött av en medarbetare på Freja 2, beskrivning av händelseförlopp går isär. Diskussioner kring detta. VC och OAS har samtalat med anhöriga. EC har samtalat med de medarbetare som varit på plats när händelsen inträffade
HSL – utebliven vård	0			
Kost och måltidssituation	Ca 10			Väldigt många har lämnat synpunkter på matens kvalitet under sommaren. Detta har dom helt klart belägg för då jag har provsmakat och är av samma uppfattning  Anhöriga till två boende tar kontakt gällande den mkt låga kvaliteten på mat som serveras våra boende. En handlingsplan är upprättad och VC har kontakt för återkoppling till anhöriga som klagat  Uppföljning klagomål från sommaren gällande kost och diverse annat (finns minnesanteckningar). Uppföljningsmöte med boende och anhöriga är utfört, samtliga är nu

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2021</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/ klagomål inom området</i>
				nöjda och ser en tydlig förbättring i de områden de tidigare har klagat på (främst mat men även vikarier). Ärendet anses avslutat
Städning, renhållning och hygien	1			Slarvig städning i lgh. Anhöriga är mkt ledsna och har flertalet gånger städat lgh själv. När VC kontrollerar städning är det tydligt att man inte ser efter behovet av uppfräschning.  Samtal med hela arbetsgruppen på APT. Enskilt samtal med kp
Informationsöverföring, utebliven återkoppling	0			
Övrigt	1			En boendes anhöriga är missnöjd med kommande omorganisation på Freja då det innebär att deras mamma kommer att behöva byta kontaktperson efter 8 år. Flera samtal har hållits med anhöriga och de verkar ha accepterat att förändringen ändå kommer att ske. Även denna togs upp på kvalitetsråd och finns protokollfört.  Mejl har gått ut till i stort sett samtliga anhöriga, dock har några inte fått av olika anledningar. Dessa har vi nu haft god kontakt med. Givetvis är det en stor omställning även för vissa anhöriga att behöva byta kp, detta inträffar ju dock av andra orsaker också, ex föräldradedighet, uppsägning, tjänstledigheter mm.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi ser att vi nått vår målsättning med att minska antalet läkemedelsavvikelser avseende utebliven dos med över 50%. Detta är ett resultat av tydlig rutin gällande egenkontroll och reflektionsstunder vid varje arbetspass samt god kommunikation mellan OVP och med OAS.

Vi ser även att antalet registrerade fallavvikelser sjunker, dock är detta ett problem som är svårt att komma undan. Däremot ser vi att personal upptäcker en fallolycka snabbt, detta anser vi är ett resultat av gott samarbete med fysioterapeut och arbetsterapeut, tydliga vårdplaner och uppföljningar. IV fortsätter dock det förebyggande arbetet med stöd av paramedicinska professioner och Senior Alert.

Vidare kommer vi att arbeta med kompetensfördelning på ett mer tydligt sätt och fördela kompetens inför varje arbetspass och inte hålla oss till avdelningsgränser på samma vis som tidigare år. Vi kommer även att ha ett utökat samarbete med våra systemenheter Björkgården och Riggargatan och arbeta tillsammans för att öka både riskmedvetenhet och kompetens.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målsättning 2021	Tillvägagångssätt	Åtgärd för vidare arbete 2022
BPSD-utbildning för både Flora och Frejas sjuksköterskor samt för minst två medarbetare per arbetsgrupp	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning planeras till år 2022. KU på företaget ska se över vem som ska hålla i utbildningen samt när i tid den kommer att ske. Då VC har haft som målsättning att BPSD-utbildning ska ske under flera år nu anses detta vara av högsta prioritet för att öka patientsäkerheten
Tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser	SSK ansvarar för att följa upp samtliga avvikelser kopplade till HSL inom områdena fall samt läkemedel, VC ansvarar för att utreda och följa upp de avvikelser som skrivs under allmän omvårdnad HSL och samtliga avvikelser som hamnar under Socialtjänstlagen. Under 2021 har vi inte helt kommit i gång med den tänkta fördelningen. VC har följt upp de flesta avvikelser, oavsett händelse	En tydlig plan finns för vem som ska göra vad. Uppföljning sker på ledningsgruppsmöten varje månad för att säkerställa att planeringen hålls under 2022
Patientsäkert larmsystem	Inget nytt larmsystem har installerats under 2021, upphandling pågår i kommunen, denna har dragit ut på tiden	Patientsäkerheten påverkas mycket negativt av ett larmsystem som inte fungerar och som det inte längre går att beställa alla reservdelar till. Enligt plan ska nytt larmsystem installeras under 2022
Minska antalet avvikelser gällande utebliven läkemedelsdos med 50% jämfört med året innan	Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument har vi arbetat aktivt för att minska antalet tillfällen där boende inte får ordinerade läkemedel på utsatt tid.	Mål uppnått, en minskning i antalet uteblivna doser med dryga 50%. Ytterligare målsättning om 20% minskning gällande utebliven dos sätts till 2022
Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård	Upplever att St Anna har förhållandevis hög kompetens för att ge god vård i livets slutskede, dock finns områden där vi behöver mer kunskaper. Genom	Satsningen som skulle ha genomförts gällande nätverk för palliativombud har inte skett under 2021, däremot är planeringen för 2022 tydlig och klar på

	att planera för nätverksträffar för palliativombud på våra tre Nyköpingsenheter skapar vi ett större diskussionsrum och har bättre möjlighet att lära av varandra, ta fram goda exempel och skapa tydliga rutiner som är välfungerande i samtliga verksamheter	den punkten. Målsättningen tas alltså vidare till 2022
Delaktighet och en aktiv, meningsfull vardag för alla boende	Individanpassade dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner. Detta var planen, vi ha kommit långt men har en bra bit kvar innan vi når målsättningen.	Vi har en tydlig förbättring i antalet utförda aktiviteter och till stor del bra och tydliga genomförandeplaner där individens önskemål framkommer. Dock har vi några steg kvar innan vi kan sälla oss till gruppen ”nöjda med resultatet”. Jag är däremot nöjd med utvecklingen hittills. Målsättningen tas vidare till 2022.
Förbättra kost och måltidssituationen för alla boende	Fokus har legat på området kost. Vi har fokuserat på måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men har utökats under 2021.	Vi har haft ett pågående arbete med fokus på kost och måltider under året. Under sommarens semesterperioder stänge tillagningsköket, något som inte inträffat förut. Detta resulterade i att vi i stället fick en helkonceptlösning med levererad mat från extern leverantör. Nöjdheten med denna mat var mycket låg och enormt många klagomål och synpunkter inkom. Läs mer om detta i tabell 11.  Om vi bortser från sommaren och fokuserar på resterande delen av året anser jag att vi fått högre nöjdhet på både kost och måltidssituationer. Vi kommer fortsätta arbetet under 2022 och absolut inte använda någon extern leverantör under semestern.