

Patientsäkerhetsberättelse för Division social omsorg 2021



2021-02-28
Mattias Carlsson
Verksamhetschef

Upprättad av kvaitetsutvecklare: Anna Andmarken
Mia Kihlstrand

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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 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 AV PATIENTSÄKERHETSARBETET 2021	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet	9
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Patienters delaktighet i vården	12
Anhörigmedverkan.....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Egenkontroller	14
Riskhantering.....	20
Vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu.....	21
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Riskanalyser	22
Avvikelser	22
Synpunkter och klagomål.....	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2022	25
Bilaga 1. Sammanställning av egenkontroller 2021	26

SAMMANFATTNING AV PATIENTSÄKERHETSARBETET 2021

Under 2021 har Division social omsorg genomgått organisatoriska förändringar i syfte att nå en ekonomi i balans och samtidigt som organisationen blir tydligare och mer målgruppsorienterad med tre delar, äldreomsorg, verksamhet för personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg.

Verksamhetsområdet äldreomsorg bestod tidigare av två separata verksamhetsområden som nu slagits samman till ett gemensamt. Detta syftar till en sammanhållen mer ändamålsenlig styrning av äldreomsorgsfrågorna och hälso- och sjukvårdsfrågorna mot uppdragsgivaren.

Verksamhetsområdena äldreomsorg och funktionsstödsomsorg har sett över ledningslagsstrukturen, antalet ledningslag på områdesnivå samt vilket behov av enhetschefer och andra funktioner som krävs för att se över för att klara de kvalitetsmässiga kraven. Gemensamma nämndare är att någon form av samordningsfunktion/strategifunktion inrättats samt att kvalitetsutvecklare finns inom alla verksamhetsområden som stöd i kvalitetsarbetet. Genom likheterna i struktur och funktion ska ett DSO-övergripande samarbete möjliggöras, där varje funktion har en motsvarande funktion på verksamhetsnivå som gör att samverkan underlättas och kan ske på rätt nivå med rätt mandat

Förändringarna har skett stegvis under 2021 och den nya organisationen gäller från 1 januari 2022. Arbetet med att forma arbetet på både övergripande nivå och på verksamhetsnivå fortsätter under 2022. Den stora omorganisation som skett under 2021 har på många sätt synliggjort flera brister i verksamheten. För att komma till rätta med bristerna har det varit nödvändigt att identifiera bakomliggande orsaker och inom ramen för pågående förändringsarbetet skapa förutsättningar framåt.

Flera av de brister som konstateras i verksamheterna kan relateras till att det saknas ordnings och reda i divisionen och ett systematiskt arbetssätt i verksamheten. Utifrån det är det uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem en av de delar som kommer att prioriteras under 2022. Ledningssystem kommer ge det stöd som krävs för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Arbetet har startats upp och Implementeringen har påbörjats i samband med chefsmötet i januari 2022.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Övergripande mål och strategier

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

Nämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls. Vård- och omsorgsnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

En vårdgivares ansvar omfattar även att:

- ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens
- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen
- se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler
- utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.

Årets resultat har till stor del präglats av det omställningsarbete som varit under 2021 samt ett fortsatt fokus på att följa de restriktioner som gällt under hela 2021, även om det funnits vissa lättnader som i slutet av 2021. Planerat utvecklingsarbete och kompetensutvecklingsinsatser har skjutits på framtiden, vilket även



flera andra delar i patientsäkerhetsarbetet har fått gjort för att i det omställningsarbete som pågår, bygga nya hållbara strukturer som stärker patientarbete framåt.

De övergripande målen och strategier för att patientsäkerheten i division social omsorg har under 2021 utöver säkerställandet av nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser varit att:

- följa restriktioner och förebygga smittspridning av covid-19 hos patienter/brukare
- skapa en effektiv robust äldreomsorg där särskilda boenden för äldre, hemtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamheten samverkar i äldrefrågor.
- skapa en tydlig struktur inom verksamhetsområden där kvalitetsfrågor för att utveckla patientsäkerheten tillsammans med ledning och styrning, är i fokus.
- påbörja arbetet med uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem för att skapa ordning och reda så att det på ett systematiskt och fortlöpande sätt går att säkra verksamhetens kvalitet.

Organisation och ansvar

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

Kommunfullmäktige i Nyköpings kommun har beslutat att Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att nämnden har det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på en ”god vård”. Ansvaret för det direkta utförandet av hälso- och sjukvårdsarbetet innehas av verksamhetschef för HSL samt medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschefen är ansvarig för att det senast 1 mars varje år upprätta en för ansvarsområdet övergripande patientsäkerhetsberättelse för divisionen. Patientsäkerhetsberättelsen ska utgöra underlag för nästa års handlingsplan avseende förbättringsbehov inom hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer utifrån divisionens och de privata utförarnas patientsäkerhetsberättelsen en rapport som överlämnas till nämnden. I vård- och omsorgsförvaltningen (Voo) är ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelat på flera chefsnivåer.

- Divisionschef tillika förvaltningschef
- Verksamhetschef med ansvar för äldreomsorgsverksamheter och HSL
- Verksamhetschef med ansvar för funktionsstödsomsorgen
- Enhetschefer med ansvar för en enhet.

Verksamhetschef för äldreomsorg och HSL är på nämndens uppdrag ansvarig för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Patientsäkerhetsarbetet ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Innehållet i verksamhetschefens ansvar och uppdrag finns beskrivet i en uppdragsbeskrivning upprättad i samråd mellan nämnden och divisionen. Verksamhetschefen ansvarar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det ska ske genom systematiskt kvalitetsarbete för att styra, följa upp och förbättra arbetet genom att analysera, hantera och åtgärda verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare och annan legitimerad personal ordinerat
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och säkra rutiner för läkemedelshantering, rapportering av händelser att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS tar fram riktlinjer för hur hälso- och sjukvården ska utföras, utvärdera och kontrollera verksamhetens kvalitet i samråd med nämnden. Riktlinjerna ska säkerställa att arbetet sker i enlighet med de lagar, förordningar och föreskrifter som finns för att på så sätt säkra verksamhetens kvalitet. MAS ska vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbetet kopplat till patientsäkerheten.

Enhetschef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som MAS, nämnd och verksamhetschef HSL fastställt är väl kända i verksamheten. Enhetschefer ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer på brister i verksamheten ansvarar enhetschefen för att leda ett förbättringsarbete som åtgärdar bristerna. Chefen är ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetsstrateger äldreomsorgen- under utveckling i den nya organisationen 2022

Ansvarar för att tillsammans med enhetschefer och i nära samverkan med andra funktioner i sitt verksamhetsområde, så som exempelvis kvalitetsutvecklare, säkerställa att arbetet som bedrivs är av god kvalitet utifrån gällande lagstiftning, andra styrande dokument och överenskommelse med nämnden. Verksamhetsstrategen ingår i ledningslaget för äldreomsorgen och leder verksamhetsmöten med enhetscheferna inom hemtjänst och särskilda boende för äldre. Verksamhetsstrategen ska utifrån ett kvalitetsfokus stödja enhetscheferna genom att samordna frågor för att det ska bedrivas mer likvärdigt.

Medarbetare ska aktivt medverka i och bidra i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt uppmärksamma och rapportera händelser som har eller kunde ha lett till vårdskada. Medarbetare ska aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet. Arbetsterapeuter och sjuksköterskor ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens kvalitetsledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbetsterapeut eller sjuksköterska är vid genomförandet hälso- och sjukvårdspersonal. Med det följer ett yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Funktioner med spetskompetens Det finns hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens eller annan spetskompetens för att driva utveckling inom olika områden. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitén i verksamheterna och är ett viktigt stöd för ledning, chefer och samtliga medarbetare för en god och säker vård.

Kvalitetsutvecklare finns i varje verksamhet. Utöver det finns en kvalitetsutvecklare inom psykiskhälsa, inom anhörigstöd samt för biståndsmyndigheten. Kvalitetsutvecklare i verksamheterna ska stödja verksamheterna i kvalitetsfrågor och samverka i divisionsövergripande uppdrag vilka samordnas av en av kvalitetsutvecklare med ett särskilt utsett ansvar.

Resursteamet demens ska arbeta gränsöverskridande mellan regionen och kommunen för att genom samordningen säkerställa vård och omsorg av god kvalitet. Resursteamet ska stödja privata och kommunala utförare i arbetet med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, för att säkerställa god vård genom tidiga insatser. Resursteamet ansvarar dels för att utbilda och handleda personal i Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp, dels säkerställa systematisk planering av insatser så att vården bli mer jämlik. Resursteamet demens är sammanhållande av undersköterskor med specialistkompetensdemens och ansvarar

för att planera och genomföra minst 3 möten per år för att handleda så att arbetet kan utvecklas på ett lika sätt i verksamheterna.

Undersköterskor med specialistkompetensdemens i demens ska i sin roll synliggöra effekten av rätt bemötande av personer med demenssjukdom samt sprida kunskap om den fysiska miljöns påverkan på målgruppen. De ska vägleda arbetet att använda levnadsberättelsen i arbetet kopplat till den socialdokumentationen och arbetet i genomförandeplanen. De ska även vara väl insatta i arbetet i BPSD-registret och samverka med resursteamet demens.

Undersköterskor med specialistkompetensdemens i palliativ vård – under utveckling 2022. Ett antal undersköterskor inom äldreomsorgen genomgår specialistutbildning i palliativ vård. Ambitionen är att under våren 2022 utarbeta ett arbetssätt som på samma sätt som specialistundersköterska i demens kan utveckla arbetet i verksamheterna.

Hemgångsteam – under utveckling våren 2022. Trygg hemgång är ett nationellt taget begrepp som innebär arbete för att förebygga, bibehålla eller återställa personer i ordinärt boendes funktions- och aktivitetsförmåga. Det innebär även att skapa trygga förhållanden vid hemgång efter sjukhusvistelse genom samverkan mellan olika professioner utifrån det individuella behovet på ett sätt som inte kan erbjudas genom hemtjänstinsats.

Organisationens verksamheter

Verksamheter inom funktionsstödsomsorgen

Fördelning av brukare per verksamhet:

- Grupp- och servicebostäder	196 personer
- Boenden inom socialpsykiatri	45 personer
- Boendestöd	123 personer
- Personlig assistans	94 personer

Verksamheter inom äldreomsorgen

Fördelning av brukare per verksamhet:

- Hemtjänsten	690 personer
- Särskilt boende äldre	240 personer
- Särskilt boende demens	200 personer
- Korttidsboende	24 platser

Hemsjukvård

Äldre- och funktionsstödsomsorg 439 personer

Uppgifter inhämtade december 2021

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Övergripande samverkan

Nyköping kommun ingår i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) med gemensamma samverkansmål för Sörmland. Näravårdssamverkan organiseras genom vårdcentraler, sjukhus och kommunens vård- och omsorg, skola och socialtjänst har mötesplatser på olika nivåer där även

privata aktörer med avtal med region eller kommun i Sörmland kan delta. Uppdrag kommer också från länets huvudmän genom länets närvårdsstruktur samt från nationell nivå bland annat genom partnerskapet med SKL och Socialstyrelsen men också direkt från myndigheter med ansvar för frågor inom socialtjänst och vård

NSV har även ansvar för att samverka mellan Region Sörmland och länets nio kommuner när det gäller olika områden och målgrupper. De ska stödja och främja samverkan mellan länets kommuner och region Sörmland och mellan länets kommuner. Syftet är att tillvarata de synergieffekter som finns genom samverkan i hela regionen mellan de olika huvudmännen, öka effektiviteten och förbättra kvaliteten inom berörda verksamheter samt skapa en region med så likvärdig service som möjligt. NSV ska identifiera behov av kunskaps- och kompetensutveckling, samla och sprida bästa tillgängliga kunskap samt stödja systematiskt förbättringsarbete, implementering, uppföljning och analys

Samverkansavtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård

Det finns ett avtal inom ramen för nära vård som innebär samverkan mellan kommuner och landsting. Avtalet sträcker sig till 2023. Avtalet reglerar ansvarsfördelningen formerna och omfattningen för läkarmedverkan för verksamhet i ordinärt boenden, särskilda boenden för äldre, kortvård och särskilda boenden inom funktionsstödsomsorgen. Till avtalet följer bilagor och att antal checklistor för att dels definiera och tydliggöra ansvarsförhållanden, dels för uppföljning av avtalet på lokal nivå enligt checklista. Det finns en överenskommelse mellan kontaktperson på vårdcentral och i kommunen för uppföljning på lokalnivå där MAS är kommunens kontaktperson. Avtalet följs upp årligen där även enhetschefer för hälso- och sjukvård deltar. Generellt är samverkan i det gemensamma uppdraget god och avtalet och de lokala överenskommelserna efterlevs. 2021 års uppföljning har emellertid visat på ett antal förbättringsområden:

- vårdcentralerna behöver förkorta svarstiderna i prator
- att SIP utförs och dokumenteras när behov föreligger
- läkemedelsgenomgångar behöver dokumenteras på rätt sätt
- att in- och utskrivningar sker i samråd med läkare i hemsjukvården

Det behöver utarbetas en plan för hur arbetet med de förbättringsområden som konstaterats ska se ut, samt en plan för hur åtgärderna ska följas upp utöver den årliga uppföljningen.

Samverkan inom divisionens verksamhetsområden

I den nya organisationsstrukturen inom divisionen, pågår arbetet med att se över samverkansformer mellan olika professioner, på olika nivåer i organisation. Syftet är att skapa en effektivare och tydligare styrning av hälso- och sjukvårdsfrågor frågor tvärsektionellt mellan verksamheter och professioner samt inom verksamhetsområdena från verksamhetschef till medarbetare. Strukturen behöver tydliggöra ansvarsfördelningen så att alla vet vilka som ska samverka, i vilka sammanhang och i vilka frågor. Samverkans- och kommunikationsstrukturen behöver vara förankrad och väl kända i organisationen så att det sker på rätt nivå med rätt mandat. Det finns rutiner och riktlinjer som styr verksamheten idag, men utifrån att det saknas ett helhetsperspektiv och samverkans- och kommunikationsformer som är effektiva, när det inte alla mottagare vilket kan förklara brister i det systematiska arbetet.

Kvalitetsperspektivet ska stärkas genom att kvalitetsutvecklare inom varje verksamhet ska samverka med andra professioner inom den egna verksamheten. I gemensamma kvalitetsfrågor och divisionsövergripande kvalitetsfrågor samordnas frågorna av en kvalitetsutvecklare med särskilt ansvar. I äldreomsorgen ledningslag finns alla enhetschefer för legitimerade professioner, MAS, verksamhetsstrateger samt kvalitetsutvecklare för att från ledningsnivå samordna och styra frågorna utifrån samtliga perspektiv innan de når kärnverksamheten. Enhetscheferna har verksamhetsmöten som leds av verksamhetsstrategen tillsammans med verksamhetschef och eller kvalitetsutvecklare vid behov, där frågor från ledningslaget

tillsammans med verksamhetsfrågor samverkas och planeras för att likställa genomförandet så långt som möjligt i verksamheterna. Samtliga verksamheter har stående verksamhetsmöten på samma tid så att förutsättningar till tvärsektionell samverkan alltid finns inom äldreomsorgensverksamheter. Kvalitetsforum med MAS, kvalitetsutvecklare och verksamhetschef ska leda till ett större kvalitetsfokus.

När det gäller ledningsstrukturen för funktionsstödsomsorgen är den inte formad. Målet är att det ska finnas samma förutsättningar för samverkan mellan verksamhetsområdena som inom äldreomsorgsområdet under våren 2022.

För att säkerställa en god patientsäkerhet för den enskilda har ett arbete påbörjats för att säkerställa planering, genomförande och uppföljning av insatser i hälsokonferenser på särskilda boenden för äldre. Formen finns idag men har inte standardiserats mellan verksamheterna och det saknas ett tillräckligt systematiskt mellan samtliga professioner och det finns brister i dokumentationen. Risker utreds inte i tillräcklig omfattning för att identifiera bakomliggande orsaker så att rätt åtgärder vidtas följs upp. Arbetet behöver kopplas till arbetet med de nationella kvalitetsregistren så att de används på ett systematiskt sätt för att åtgärda risker på individnivå och på en aggregerad nivå för förebyggande arbete på enhets och verksamhetsnivå. Arbetet har påbörjats på särskilda boenden för äldre och kommer utvecklas under 2022. Arbetet ska löpande utvärderas för att forma liknande arbetsmetoder inom hela äldreomsorgen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I Nyköpings kommun finns ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete som styrs av en Kommunövergripande Policy för IT-säkerhet och riktlinje för IT-resurser inom kommunen. Det finns även en kommunövergripande rutin för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar. IT-enheten ansvarar för centrala system och för IT-infrastrukturen i kommunens samlade IT-miljö och divisionerna och de centrala enheterna ansvarar för sina verksamhetsspecifika system. Således följer ansvaret för informationssäkerhetsarbetet det ordinarie verksamhetsansvaret. Det innebär att den som är ansvarig för ett visst verksamhetsområde också är ansvarig för själva informationssäkerheten inom det specifika området.

Enligt dataskyddsförordningen ska det finnas rutiner för att kunna upptäcka, rapportera och utreda personuppgiftsincidenter. Av rutinen för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar framgår vad som är att betrakta som en personuppgiftsincident och hur det ska rapporteras till dataskyddsombudet. I varje division och verksamhet ska det finnas en eller flera lokala informationssäkerhetssamordnare stöttar ledningen, verksamheterna och medarbetare i informationssäkerhetsfrågor, vilket divisionen för tillfället saknar.

Rapporter om säkerhetsincidenter går till en kommungemensam funktionsbrevlåda som medarbetare på Räddning och säkerhet, enheten för informationsförvaltningen och IT-enheten bevakar. De gör en första bedömning och skickar rapporten vidare till rätt enhet för åtgärd och det är rapportören som får återkoppling i ärendet. Det saknas idag systematik i hanteringen av incidenter som rapporteras in enligt riktlinjen när det gäller hur dessa utreds, åtgärdas, återkopplas på en aggregerad nivå och hur de följs upp. Informationssäkerhetsincidenter behöver ingå i det systematiska arbetet för hantering av avvikelser för att säkerställa att de åtgärdas och följs upp på ett systematiskt och ingår i rapporteringen av avvikelser till nämnden.

Ett ärende har under 2021 rapporterats och registrerats som en informationssäkerhetsincident. Det var en felregistrering och föranledde därav ingen vidare utredning. En anledning till att det registrerats så få informationssäkerhetsincidenter är sannolikt att kommunens riktlinjer- och rutiner inte är kända i verksamheterna, och att det saknas samverkan mellan kommunens säkerhetssamordnare och divisionen.

När det gäller divisionens egna system finns rutiner för bland annat styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller. Bristen på systemförståelse hos enhetschefer medför emellertid att behörigheter ofta ligger på fel nivå vilket påverkar möjlighet att dokumentera eller ta del av information. Det kan även innebära tillgång till information som inte ska tillhandahållas utifrån ett informationssäkerhetsperspektiv. Det pågår ett arbete i divisionen när det gäller effektiv stödverksamhet där en del berör behov av stöd i dessa frågor.

Det finns även riktlinje framtagen av MAS och nämnden för hantering av Nationell patientöversikt (NPÖ) NPÖ är ett nationellt initiativ som syftar till en stärkt patientsäkerhet och effektivare flöden för vårdövergångar mellan region, kommuner och privata vårdgivare. Med patientdatalagen skapas en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter hos en annan vårdgivare. Syftet är att få en samlad information av patientens vårdbehov och därmed säkerställa vården. Patienten ska informeras om legitimerad personals möjlighet att inhämta information under förutsättning att patienten givit sitt samtycke till att uppgifterna hämtas ur patientjournal.

För samordnad planering och kommunikation mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och Kommunerna används systemstödet, Prator.

Utifrån granskning av patientjournaler 2020 saknades dokumentation av samtycke samt att information till patienter brister, vilket är något som journalgranskningarna visat förbättrats under 2021.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

En god säkerhetskultur

Nämnden har beslutat att enkätundersökningen ska genomföras vartannat år för att följa upp säkerhetskulturen i verksamheterna, i syfte att divisionens ledning ska få en nulägesbild att utgå från i förbättringsarbetet att skapa en god säkerhetskultur.

Under våren 2021 genomförde MAS undersökningen som riktade sig till ca 1 500 medarbetare i kommunens och privata utförares verksamheter.

Svarsfrekvensen var 60% där 50 % av de svarande uppfattar patientsäkerheten som mycket bra eller utmärkt. Resultatet visar styrkor och förbättringsområden men ger inga närmare förklaringar till orsaken för utfallet. Resultatet behöver därav analyseras på både enhets- och verksamhetsnivå. De huvudsakliga förbättringsområdena gäller:

- ökad närvaro och bättre stöd från enhetschef
- säkerställande av att rutiner och riktlinjer efterlevs
- bättre systemstöd
- gemensamma riskanalyser utifrån rapporterade avvikelser och åtgärder med alla professioner.
- system för att rapportera risker och avvikelser på organisatorisk nivå
- enkelt system för att ge förbättringsförslag
- arbetsbeskrivningar där förväntningar är tydliggjorda
- bättre introduktion av medarbetare och tydliga arbetsbeskrivningar
- samarbete på alla nivåer i det dagliga arbetet för ett mer likvärdigt arbete
- ökad grundbemanning för att minska stress och risken för att fel begås.
- arbeta förebyggande med individen i fokus utifrån ett helhetsperspektiv

SKR förespråkar två dialogverktyg i förbättringsarbetet



- Hållbart Säkerhets Engagemang samt Säkerhetskulturtrappan från A - E.
- Hållbart Medarbetar Engagemang (HME) och Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) där 11 frågeställningarna kompletterar HME-frågorna för en bättre systematisk uppföljning utifrån både arbetsmiljö och patientsäkerhetsperspektiv. Kommuner och regioner erbjuds att kostnadsfritt använda HSE för att komplettera sina respektive medarbetarenkäter, eller att använda dem fristående.

Under 2022 behöver resultatet analyseras där resultatet tillsammans med de brister som identifierats omhändertas i det förbättringsarbete som pågår på divisionsnivå och i verksamheterna. Bland annat uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem, tydligare ledningsstruktur med en samordningsnivå under verksamhetschefen och kvalitetsutvecklare i varje verksamhet samt arbetet med att bygga samverkans och kommunikationsstrukturer tvärsektionellt i verksamheterna.

Adekvat kunskap och kompetens

Det finns ett stort arbete att göra inom divisionen när det gäller arbetet med att ta fram en långsiktig strategi för kompetensutveckling och kompetensförsörjning för att möta det kunskapsbehov som finns i framtiden när det gäller den digitala utvecklingen och frågan om välfärdsteknik. Men även när det gäller att vara en attraktiv arbetsgivare då det kommer att vara svårt möte rekryteringsbehovet i framtiden.

Det behövs även vidtas åtgärder på kortare sikt såsom att planera utbildningar utifrån de brister som framkommit i uppföljningen av patientsäkerheten på olika sätt. Det har under slutet av 2021 genomförts en del kompetensutvecklingsinsatser och det kommer under 2022 hållas utbildningar inom divisionen för att åtgärda flera brister.



Vidareutbildning

En av de åtgärder som är viktiga utifrån ett framtida kompetensförsörjningsperspektiv är att vårdbiträden och undersköterskor ges möjlighet till vidareutbildning jämte arbetet, genom omsorgslyftet. Den viktigaste aspekten är emellertid att säkerställa en god vård genom välutbildade medarbetare och chefer i divisionens verksamheter.

Under 2021 har:

- 5 undersköterskor inom särskilda boenden har påbörjat utbildning till specialistundersköterska inom demens
- 10 personal inom hemtjänsten har påbörjat eller slutfört utbildningen till undersköterska
- Två enhetschefer inom hemtjänst samt en enhetschef inom hälso- och sjukvårdsenheten har påbörjat ledarskapsutbildningen genom Linköpings universitet och -
- 5 enhetschefer inom särskilda boenden

Personal inom funktionsstödsomsorgen har inte deltagit i omsorgslyftet i samma omfattning. Det kan konstateras att det finns ett stort behov framåt.

Kompetensutveckling

Dokumentation

Utifrån de brister i dokumentationen som avser omvårdnadspersonal kommer en fortbildning hållas under våren 2022. Utbildningen hålls för särskilt utsedda personer som ska ha en stärkt kompetens med uppdrag att utbilda annan personal i äldre verksamheterna, både inom SOL och HSL. Inom funktionsstödsomsorgen

finns det stödpedagoger som har den rollen, varför de inte omfattas av utbildningsinsatsen. Utbildningens främsta syfte är att beskriva vad som ska dokumenteras, hur man dokumenterar och vart man dokumenterar både när det gäller journal och genomförandeplan. Utbildningen kommer även att innehålla en del om hur arbetet med avvikelser och hur de ska hanteras.

Det finns även ett behov av att fortsätta arbeta med kompetensutvecklande insatser när det gäller legitimerad personals dokumentation utifrån vad journalgranskningen 2021 visat. Särskilt när det gäller arbetet med hälsoplaner.

Utbildning i BPSD

En utbildningsplan har under 2021 tagits fram för utbildning på olika nivåer för att kunna fortsätta implementeringen på särskilda boenden för äldre under 2022.

Personalplanering

Bemanningsenhet

Som en del av den nya organisationen finns det en bemanningsenhet från januari 2022. Bemanningsenheten ska på ett professionellt sätt tillse att äldre- och funktionsstödsomsorg har den personal som behövs, vid rätt tillfälle och med rätt kompetens. Bemanningsenheten ska ha fastanställda poolmedarbetare med utbildning som kan täcka upp vid frånvaro upp till tre månader vilket förbättrar kontinuiteten och kvalitén i vården.

Närvarande ledarskap

Efter uppföljningen av vilka åtgärder som vidtagits utifrån den riskanalys som MAS gör inför sommaren, visade det sig att divisionen vidtagit otillräckliga åtgärder för att förebygga riskerna. Under sommaren 2021 har chefsnärvaro varit för låg.

Det har under perioder under hela 2021 varit låg chefsnärvaro till följd av att de restriktioner som gällt även påverkat chefer precis som annan personal och andra i samhället. Bristerna har legat i en att det har saknats en struktur och kommunikation till personal om vem som arbetsleder i den frånvarande chefs ställe. I samband med den nya ledningsstrukturen har det mellan enheterna säkerställs vem som ersätter vid frånvaro där den som ersätter bär ansvaret för att meddela berörs personalgrupp. Det pågår ett arbete för att möjliggöra ett nära ledarskap inom ramen för omställningsarbetet. Utöver en ny ledningsstruktur pågår ett arbete där divisionen ser över stödverksamheten. En del av det uppdraget att effektivisera chefsstödet så att chefsrollen kan renodlas vilket har stor betydelse för att handleda och stötta personalen i det vardagliga arbetet samt ha tid för att driva förbättringsarbete. Uppdraget är inte slutfört under 2021 utan fortsätter under våren 2022.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patients delaktighet i vården

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att planera och utföra vården i samverkan med individen där dennes ställning ska stärkas och tydliggöras. Vården ska främja den enskildas integritet, självbestämmande och delaktighet.



Verksamheterna arbetar med att delaktiggöra patienten och anhöriga i det fall det finns samtycke i vården genom att:

- vid flytt i särskilt boende eller vid påbörjande av hemtjänstinsats eller boendestöd finns rutiner och stödmaterial för inflyttningsamtal/välkomstsamtal och planering av vården. Det för lära känna den enskilde och dennes anhöriga samt planera för den vård och omsorg som personen har behov av så att de utförs utifrån den enskildas önskemål så långt som möjligt.
- upprätta och följa upp genomförandeplanen tillsammans med den enskilda för att beskriva hur beviljade insatser ska verkställas utifrån de individuella behoven och önskemålen förändras.
- vid bedömning av vilket behov av hälso- och sjukvård som finns ska den enskilda delaktiggöras i planeringen av åtgärder. Vara delaktig i upprättande och uppföljning av hälsoplan om behoven är långvariga.
- vara delaktiga i beslut, val och uppföljning av hjälpmedel upprätta en samordnad individuell plan (SIP), tillsammans med den enskilda vid behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten där behov av samverkan och samordning finns och den enskilda lämnat samtycke.
- i samband med att en händelse som kan innebära risk för eller värdskada utreds informera den enskilde och/eller anhöriga. Informera om händelsen anmäls till IVO eller annan myndighet för vidare utredning (lex Maria), vad utredningen visat och vilka åtgärder man vidtagit.
- Den enskilda delaktigörs även i äldre undersökningen genom att resultaten delges de boenden samt vilka förbättringsåtgärder som verksamheten kommer att arbeta med under kommande år. I flera verksamheter inom särskilda boenden för äldre finns brukarråd vilket kommer att införas i samtliga verksamheter inom särskilda boenden för äldre under 2022.

I nämndens interna tillsynsrapport 2021 belystes bland annat behovet av förbättringsåtgärder när det gäller förtydligandet i genomförandeplanen av vad individen själv klarar av. Utifrån det pågår ett arbete med att genom granskning av genomförandeplanerna göra förtydligande samt revidera stödmaterialen så att det tydliggörs.

Under 2021 har SIP på sjukhuset och/eller i samband med utskrivning minskat, vilket har påverkat både patient och anhörig delaktighet i planeringen av vården. Det är ett +arbete som behöver bli bättre och vara en del av agendan vid de samverkansmöten som sker utifrån samverkansavtalet om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård.

Anhörigmedverkan

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga, där ett antal aktiviteter skulle genomföras och säkerställas av huvudman. Bland annat skulle en handlingsplan tas fram och riktlinjer och rutiner revideras i syfte att stärka anhörigperspektivet. Divisionen tog fram en handlingsplan som godkändes av nämnden i december 2019. Arbetet med handlingsplanen har avrapporterats årligen för att följa effekterna av åtgärderna, där divisionen delvis har genomfört åtgärderna under 2021. Återstående är att säkerställa att det finns anhörigombud i verksamheterna samt att det finns rutiner som är kända och efterlevs. Anhörigombud är en viktig del i utvecklingen av anhörigstöd då de ska ha ökad kunskap om anhörigperspektivet och lyfta anhörigperspektivet i arbetsgruppen. Arbetet med att fullfölja handlingsplanen pågår och under våren 2022 ska kompetensutveckling hos chefer och medarbetare genomföras för att fördjupa kompetensen kring anhörigperspektiv hos både chefer och medarbetare.

Anhörigas delaktighet i vården har varit begränsad under pandemin 2021 inom samtliga verksamheter. Det övergripande anhörigstödet för äldreomsorgen har fått anpassats utifrån rådande restriktioner. Personalen har utifrån det och begränsningen gällande besök, haft en stärkt roll i kontakten med anhöriga efter medgivande av omsorgstagaren för att lämna relevant information och besvarat anhörigas frågeställningar.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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



Egenkontroller

Egenkontroll är en systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll av den egna verksamheten, för att följa att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ska ingå i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Egenkontroll ska ske i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och tillsammans med avvikelser och riskanalyser utgöra underlag för förbättringsarbete. Arbetet med uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem pågår i divisionen där hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål, Lex Sarah samt Lex Maria har prioriterats då det har störst inverkan på den enskilde utifrån ett patientsäkerhets perspektiv. Arbetet kommer att följas av hur vi arbetar med riskanalyser, egenkontroller och internkontroller under våren 2022.

När det gäller egenkontroller, mål, resultat, analyser och från 2021 så finns arbetet sammanställda i Bilaga 1.

Basala hygienregler

God hygienisk standard kräver goda rutiner, lokalmässiga förutsättningar, tydliga riskbedömningar, engagerad ledning samt följsam personal.

Efter uppföljningen av åtgärder som identifierats i riskanalys som gjordes av MAS inför sommaren 2021 när det bland annat efterlevnad av basala hygienrutiner har det vidtagits otillräckliga åtgärder för att förebygga riskerna. Utifrån uppföljningen har verksamheterna vidtagit åtgärder genom att samtlig personal ska genomgå e-utbildningen i Basal hygien årligen samt att nyanställd personal ska genomgå den i samband med introduktionen. Basal hygien har därutöver varit en punkt på enheternas APT för att arbeta förebyggande i samband med ökad smitta av Covid-19.

Hygienronder har genomförts av hygiensjuksköterska på 3 enheter, 1 inom äldreomsorgen och 2 inom funktionsstödsomsorgen, där det bland annat framgick att det fanns hygienombud på enheterna men att det skannades tid för att utföra uppdraget. En annan brist var att egen kontrollerna inte efterlevdes. Det är något som verksamheterna behöver arbeta med under 2022.

Delegeringsriktlinje

MAS genomför varje år en uppföljning av tillvägagångssättet när det gäller delegeringar. MAS konstaterade efter 2020 års uppföljning att verksamheterna inom divisionen inte är patientsäkra utifrån att delegering ges till personal som inte uppfyller kraven. Nämnden gav divisionen i uppdrag att ta fram en handlingsplan under hösten 2021, för hur riktlinjen skulle implementeras.

Inom äldreomsorgen har rutinerna kopplade till riktlinjen gått igenom och en standardisering ska göras för enhetlig hantering inom hela divisionen. Egenkontroller av delegering är initierad och under våren kommer ett motsvarande arbete att göras inom funktionsstödsomsorgen. De delar som återstår ska redovisas hösten 2022. Uppföljning av delegering ingår även som en del i internkontrollplanen för 2022.

Journalgranskning

Det finns en riktlinje för dokumentation och informationshantering inom hälso- och sjukvårdsområde som styr arbetet i Nyköpings kommun. MAS genomför årligen journalgranskningar som en del av egenkontrollen för att säkerställa att riktlinjerna efterlevs, vilka visat stort behov av förbättringar i journalföringen hos alla utförare med legitimerad personal. Hälso- och sjukvårdsverksamheten utarbetad en handlingsplan för att åtgärda de brister som konstaterats i granskningen. Handlingsplanen följdes upp under våren 2021 där åtgärder vidtagits genom dokumentationsforum inom rehabiliterings- och sjuksköterskearbetsgrupperna. 2021 års granskning visar att flera brister åtgärdats särskilt inom särskilda boenden för äldre och inom rehabiliteringsteamet. Andra brister kvarstår såsom bland annat ofullständiga hälsoplaner där åtgärder saknas samt att hälsoplan när det gäller kroniska sjukdomar saknas. Dessutom visade granskningen att bedömningsinstrument behöver användas och dokumenteras i högre utsträckning.

Granskningar visade på förbättringar i dokumentationen inom särskilda boenden för äldre och att journalföringen är av relativt god kvalitet inom rehabverksamheten och funktionsstödsomsorgen. Inom hemsjukvården visade granskningen på stora brister. En handlingsplan upprättades av MAS för att åtgärda bristerna. Handlingsplanen är emellertid inte känd och implementerad i divisionen varpå åtgärder för att komma till rätta med bristerna kvarstår.

Utifrån den journalgranskning som genomförts finns ett behov av att fortsätta arbeta med förbättringsåtgärder när det gäller dokumentationen samt introduktionen av nyanställd legitimerad personal under 2022.

Nationella kvalitetsregister

Det har genom uppföljningen av registreringar i Senior alert samt utifrån den journalgranskning som genomförts 2021, visat att det finns ett behov av att utarbeta en struktur för hur verksamheterna ska arbeta systematiskt med informationen från de nationella registerna. När det gäller särskilda boenden för äldre arbetar man till viss del med vårdpreventiva åtgärder och planer utifrån kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och svenska, palliativregistret i hälsokonferenser. Det finns exempel där det finns ett visst systematiskt arbete med kvalitetsregistren kopplat till genomförande, hälso- och rehabiliteringsplan. Arbetet behöver emellertid utvecklas och införas på ett likartat sätt i hela verksamheten vilket är ett arbete som påbörjats under våren 2022.

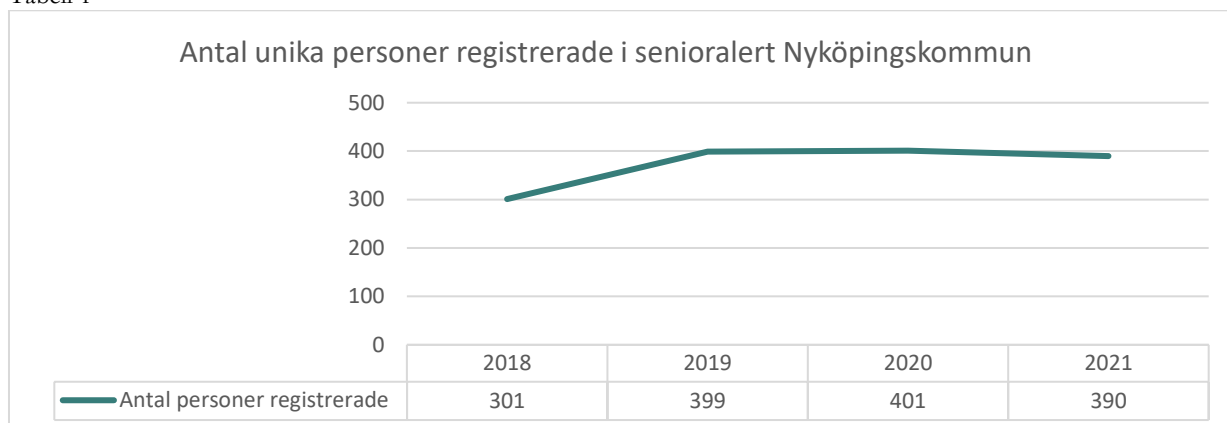
I internkontrollen som nämnden genomförde 2021 visades stora brister i arbetet med att implementera arbetet med BPSD på särskilda boenden för äldre. Under 2021 påbörjades arbetet med att öka samverkan mellan resursteamet demens och verksamheterna. Bland annat genom att resursteamet har fått en sammanhållande roll för undersköterskor med specialistutbildning i demens, i syfte att öka kunskapen hos olika professioner och därmed öka kvaliteten i vården av personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Verksamheten har utarbetat en handlingsplan som säkerställer ett systematiskt arbete, genom utbildning på olika nivåer, en tydligare rutin för arbetet har utarbetats samt en plan för hur arbetet ska fortsätta implementeras i verksamheterna under 2022.

Senioralert

Egenkontrollen av arbetet utifrån kvalitetsregistret Senioralert infattar jämförelse mellan nuvarande resultat med tidigare resultat.

Mål: Målet för 2021 var att antalet registreringar dvs antal personer som fått en riskbedömning utförd i Senioralert, skulle öka.

Tabell 1



Källa: Senioralert

Resultat: Antalet registrerarna i senior alert har minskat något från 2020.

När det gäller egenkontroll av den preventiva vården enligt kvalitetsregistret Senioralert finns ett behov av att utveckla egenkontrollen. Egenkontrollen behöver utöver antal registreringar även omfatta hur många riskbedömningar som visar risk, bakomliggande orsaker som identifierats, planerade och utförda åtgärder vid risk ser ut i verksamheterna inom utvalda områden. För att få en bild av hur arbetet med riskbedömningar ser och hur arbetet behöver utvecklas i divisionen och det förbättringsarbete som pågår med att standardisera hälsokonferenser inom särskilda boenden för äldre omfattar egenkontrollen

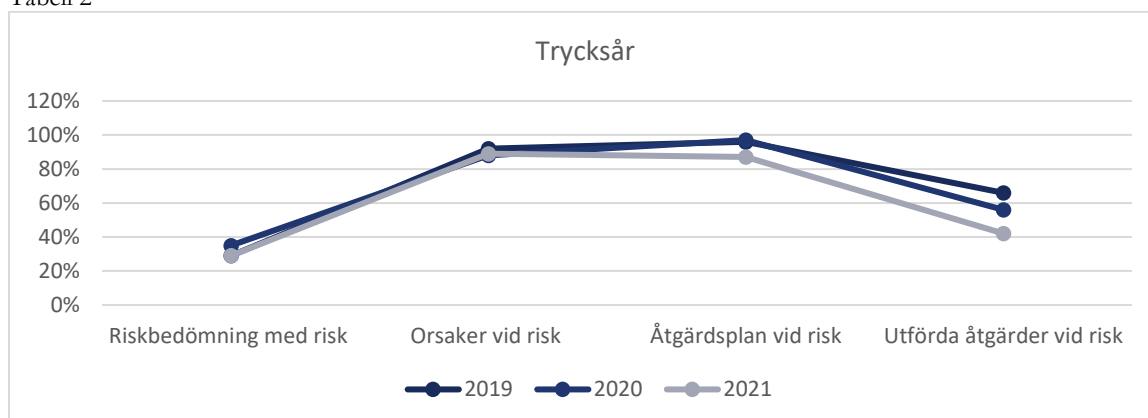
- Trycksår
- Fall
- Undernäring

Utifrån att det inte funnits ett systematiskt arbete saknas heltäckande analyser för 2021 vilket behöver utvecklas under 2022

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska genom systematiskt arbete på individnivå. Resultaten ska analyseras på en aggregerad nivå för ett förebyggande arbete i verksamheten.

Tabell 2



Källa: Senioralert

Resultat: Det är färre antal riskbedömningar där risk påvisas och i de fall där en risk konstateras, identifieras bakomliggande orsaker i ungefär samma omfattning som tidigare. Trenden visar att det sedan 2019 skett en minskning av planerade åtgärder utifrån de orsaker som identifierats. Den största skillnaden är

att det vid uppföljning inom 6 mån visat sig att planerade åtgärder för att minska risken för fall, inte vidtagits i samma utsträckning som tidigare.

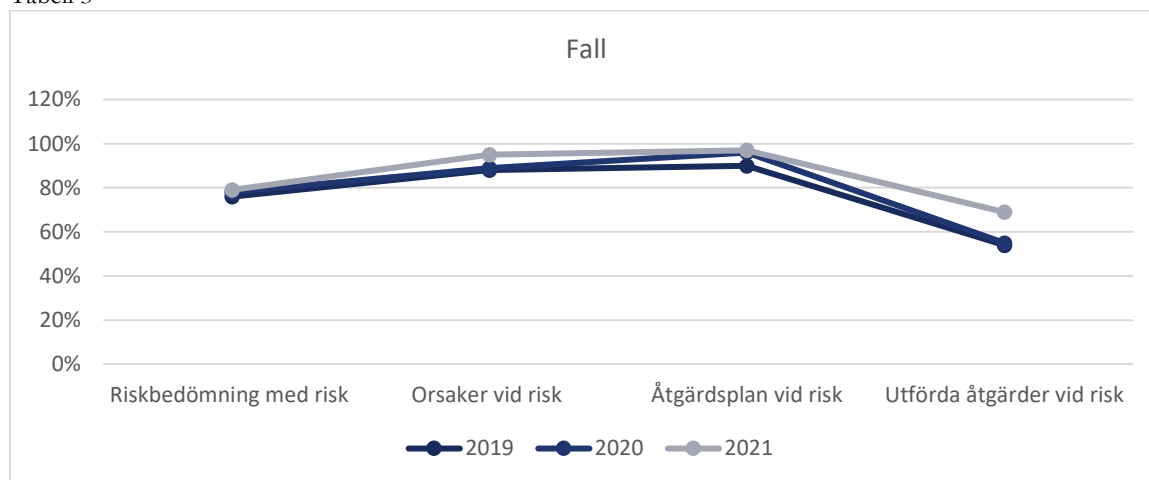
Resultatet har inte analyserats

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Det behöver finnas en systematik i arbetet så att det fullt ut används som ett bedömningsverktyg. Det för att analyserna av riskerna leder till att åtgärder vidtas och följs upp.

Fall

Mål: Förekomsten av fall ska årligen minska genom systematiskt arbete på individnivå. Resultaten ska analyseras på en aggregerad nivå för ett förebyggande arbete i verksamheten.

Tabell 3



Källa: Senioralert

Resultat: Riskbedömningar görs i ungefär lika stor utsträckning som tidigare. Bakomliggandeorsaker till riskerna identifieras i större omfattning än tidigare medan åtgärdsplaner för att åtgärda riskerna upprättas i samma omfattning som 2020. Åtgärder planeras i samma omfattning som tidigare, men fler åtgärder har genomförts efter uppföljning inom 6 månader, vilket är positivt.

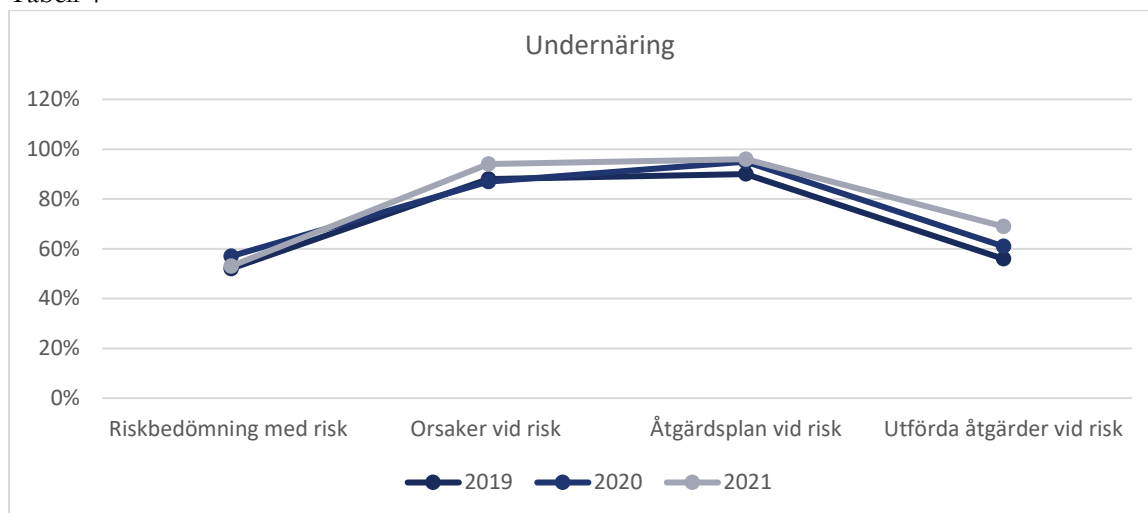
Resultatet har inte analyserats

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Arbetet med att följa upp att åtgärder genomförs behöver fortsätta utvecklas. Det finns en länsövergripande handlingsplan är framtagen för fallförebyggande arbete som hälso- och sjukvårdsverksamheten har haft en genomgång av. För att arbeta förbyggande på individnivå behöver arbetet utvecklas i samverkan men primärvården

Undernäring

Mål: Undernäring ska förebyggas genom systematiskt arbete på individnivå. Resultaten ska analyseras på en aggregerad nivå för ett förebyggande arbete i verksamheten.

Tabell 4



Källa: Senioralert

Resultat: Något färre riskbedömningar visar att det föreligger risk än tidigare. Det har skett en ökning av risker där bakomliggandeorsaker identifieras. Åtgärder planeras i samma omfattning som tidigare, men fler åtgärder har genomförts efter uppföljning inom 6 månader.

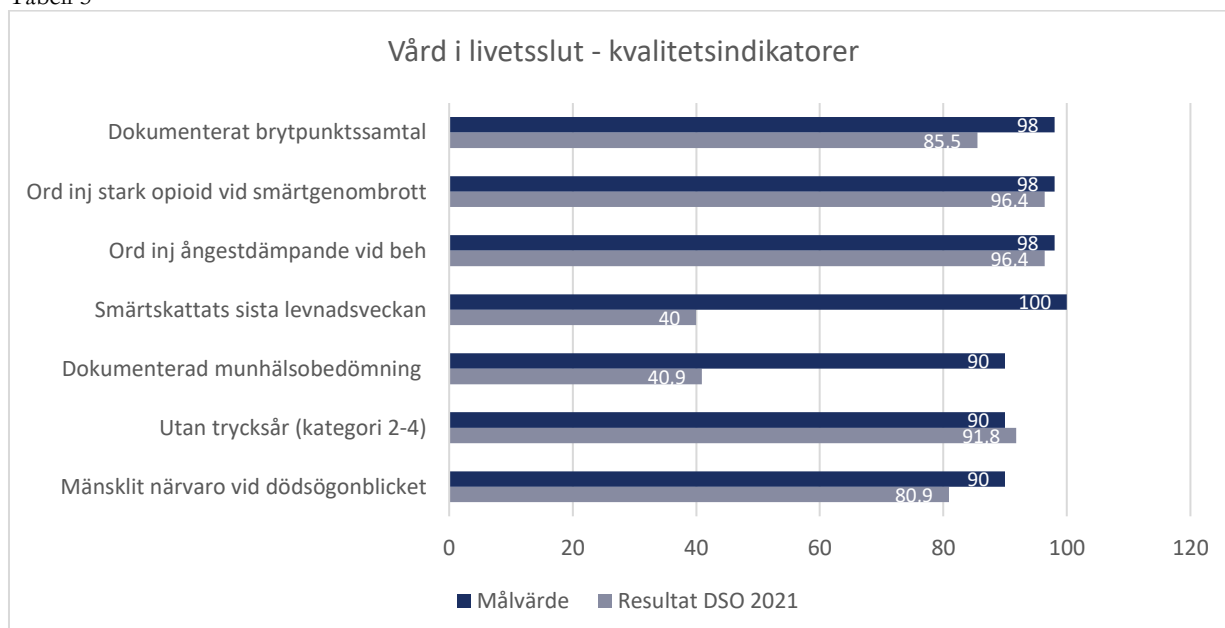
Analys av resultat: Det finns ett preventivt arbete i samverkan med sjuksköterska kring undernäring på enhetsnivå där bland annat måltidsordningen under dygnet ses över för att korta nattfastan. Det i kombination med viktkontroller kan vara orsaken till ökningen av att åtgärder vidtas och följs upp på individnivå. Det finns även flera enheter som samverkar med måltidservice och restaurangkök i syfte att förebygga undernäring och för att måltiden ska smaka bra och upplevas som en positiv stund på dagen.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Uppföljningen visar att bedömningsverktyget utöver att minska riskerna för den enskilda används på en aggregerad nivå för att förebygga risker övergripande på enheten/ verksamheterna.

Palliativa registret

Jämförelse mellan kvalitetsindikatorer 2020 saknas.

Tabell 5



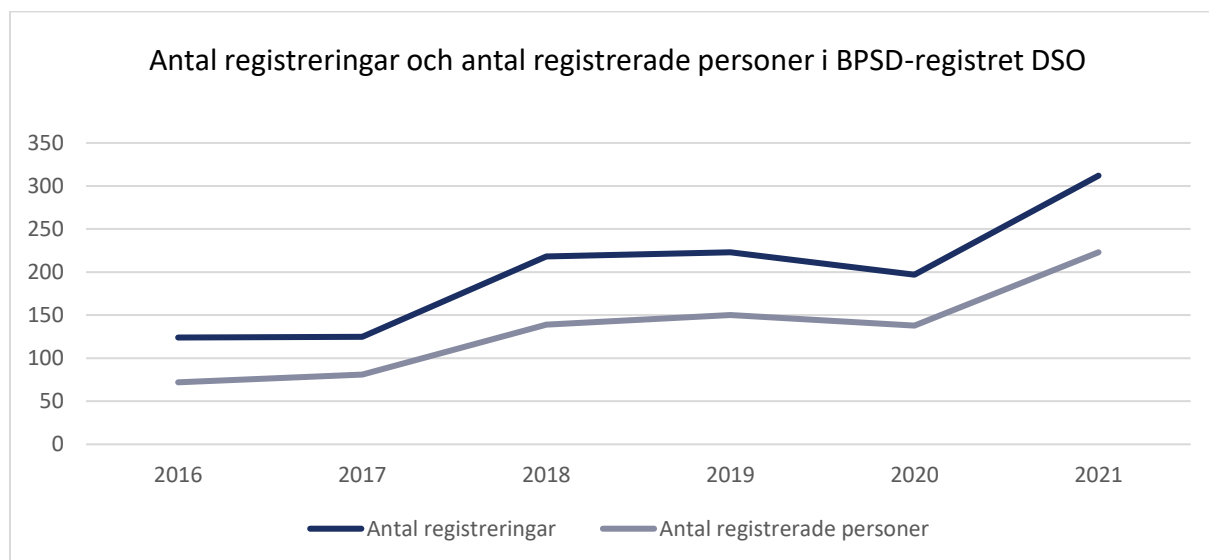
Källa: Palliativa registret

När det gäller rutinen för dödsfall pågår ett arbete med att förtydliga ansvarsförhållanden internt och externt samt mellan professioner inom ordinärt boende. Rutinen ska vara klar för att implementeras i verksamheten inför sommaren 2022.

BPSD

Mål: Öka antalet registreringar i BPSD

Tabell 6



Källa: BPSD registret

Resultat: BPSD enheter som registrerar har ökat med 22% under 2021. Antalet registreringar har ökat med 58% jämfört med 2020 och antalet registrerade personer har ökat med 62%. Fler personer med demenssjukdom än tidigare får en regelbunden uppföljning av sina BPSD-symtom samt en bemötandeplan och åtgärder för att minska dessa.

Analys av resultat: Ökningarna beror på flera faktorer. Antal aktiva enheter har ökat, resursteamet demens har efterfrågat aktuella BPSD-skattningar i samband med handledning på enheter, administratörer registrerar regelbundet och sprider kunskap om registret.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Ett förbättringsarbete har genomförts på 2 enheter tillsammans med en verksamhetsutvecklare från BPSD-registret där engagerade enhetschefer ger förutsättningar, följer upp och driver arbetet med BPSD-registret på enheterna. Det teambaserade arbetssättet betonas av BPSD-registret och den lokala rutin som utvecklades 2019 fortsatte implementeras under 2021, vilket gett enheterna stöd i att arbeta med BPSD-registret.

Utbildningar i BPSD kom i gång hösten 2021 och i nuläget har divisionen 3 certifierade utbildare inom resursteamet demens som i sin tur ska utbilda i BPSD registrering. De certifierade utbildarna har under 2021 utvecklat digitala arbetsätt för att informera om och följa upp arbetet tillsammans med enheterna som arbetar i registret. Det digitala arbetet avser fortsätta som ett komplement till fysiska möten under 2022. På samtliga demensenheter inom särskilda boenden kommer de certifierade BPSD utbildarna fortsätta utbildningarna utifrån den utbildningsplan som tagits fram för 2022.

Förbättringsområden till 2022 är att kunna ge ett ökat stöd till de administratörer som finns, ett önskemål är att erbjuda administratörsträffar med syfte att fördjupa kunskapen i registret genom utbyte av erfarenheter och erbjuda fortbildningsmöjligheter.

Riskhantering

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

Det finns en riktlinje för riskhantering utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv som syftar till att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet och som beskriver ansvarsfördelningen mellan olika professioner på olika nivåer kring riskhanteringen i divisionen. Riktlinjen ska vara ett stöd och anvisning i verksamhetens arbete med riskanalyser. Divisionschefen ansvarar för att initiera övergripande riskanalyser på verksamhetsnivå, då förändringar riskerar att påverka patientsäkerheten. Ledningen ska årligen analysera sammanställning av genomförda riskanalyser i verksamheten och utifrån behov vidta åtgärder. Enhetschefen planerar, leder och dokumenterar riskanalyserarbetet på enheten dokumentera riskanalyserarbetet. Dessa ska årligen sammanställas till patientsäkerhetsberättelsen.

Legitimerad personal ansvarar för att initiera och utföra riskanalys på individnivå utifrån varje professions ansvarsområde samt vid behov vidta åtgärder. Delta i riskanalyser som påkallas av enhetschef. Alla medarbetare ansvarar för att uppmärksamma risker och kommunicera dem vidare till sin chef samt rapportera risker och delta i riskanalyshanteringen.

Vårdskador

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

Under 2021 har inga utredningar av hälso- och sjukvårds avvikelser visat att vårdskada förelegat.

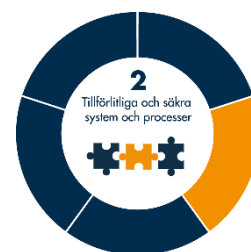


Tillförlitliga och säkra system och processer

I Nyköpings kommun är förbättringshjulet en gemensam utgångspunkt i det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att arbeta utifrån detta säkerställs att erfarenheter dras ur genomförd verksamhet och att dessa ligger till grund i kommande års verksamhetsplanering.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att vårdgivare bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med ett ledningssystem för kvalitet är att skapa systematik, struktur och samordning i verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Arbetet med uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem pågår inom divisionen där arbetet börjat med hanteringen av avvikelser där behovet är som störst utifrån de negativa konsekvenser det kan medföra för bland annat patientsäkerheten. Arbetet inkluderar hur vi analyserar och bedömer risker på olika nivåer i organisationen där alla delaktig görs för att bättre styra arbetet mot välplanerade åtgärder, kontroller och uppföljning. En implementeringsplan ska vara klar den 1 april 2022.

När det gäller internkontrollerna som nämnden ansvarar för och som bland annat ska bidra till att verksamheten efterlever lagar och regler, är den oförändrad från 2021. Det utifrån att verksamheten inte har några analyser att utgå ifrån vilket även gäller för egenkontrollerna. Internkontrollen omfattar, bemanning, delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift, dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt dokumentation inom äldreomsorgen.



Säker vård här och nu



Bemanningsjuksköterskor

Under 2021 har en genomlysning av hälso- och sjukvårdsorganisationen genomförts då trenden att hyra bemanningssjuksköterskor var stigande utifrån svårigheten att rekrytera sjuksköterskor inom hemsjukvården. Det är kostnadsdrivande och kan bidra negativt i patientsäkerhetsarbetet.

Genomlysningen visade att hyrbemanning har en negativ effekt på arbetsmiljön för tillsvidareanställda sjuksköterskor vilket kan medföra risker för patientsäkerhet då de är nära sammankopplade. Arbetsbelastningen var högre genom att ordinarie sjuksköterskor ansvarade för att introducera hyrbemannade sjuksköterskor, även om det är för en kortare period. De tog även ett ökat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser och samverkan med andra professioner då hyrbemanningsjuksköterskor inte har samma förutsättningar att utföra arbetet då de saknar kunskap om Kommunens riktlinjer, rutiner, arbetssätt och dokumentationssystem. Ett stort rekryteringsarbete genomfördes vilket lett till att 10 sjuksköterskor rekryterats till hemsjukvården.

Hemgångsteam

Den åldrande befolkningen i Nyköpings kommun ökar vilket medför att fler kommer att behöva hemtjänstinsatser. För att klara utvecklingen var ett av målen och strategierna för 2021 att utveckla tidiga och förebyggande insatser i samverkan med primärvården med mål att minska återinläggningar men även att samordna och organiseras de egna resurserna på ett effektivare sätt. Det finns utifrån det ett behov av att förebygga, bibehålla eller återställa kundens funktions- och aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse. Trygg hemgång är ett nationellt begrepp som används i det arbetet som sammantaget leder till fördröjning av behovet av hemtjänstinsatser. Divisionen kommer utifrån nämndbeslut att påbörja arbetet med hemgångsteam under våren 2022.

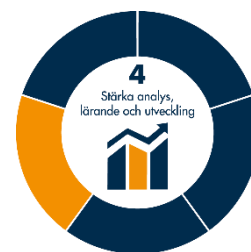
Trygghetslarm

Utifrån behovet av att uppdatera trygghetslarmen i främst äldreomsorgen upphandlades 2020 en ny leverantör av trygghetslarm upp. I april 2021 sades avtalet upp då leverantören inte uppfyllde kraven. Ett nytt tidsbegränsat avtal slöts med en ny leverantör som under sommaren 2021 installerade larm på de enheter där larm installerats. Utifrån det har Kommunen gått ut med en ny upphandling för att säkerställa fungerande trygghetslarm för särskilda boenden inom äldreomsorgen samt två boenden för särskilda service inom funktionsstödsomsorgen. Målet är en användarvänlig, enkel och kvalitativ produkt som är långsiktigt hållbar. implementeringen väntas påbörjas våren 2022.

Covid-19

Pandemin har fortsatt präglats verksamheten under 2021, där rutiner fått revideras kontinuerligt omvärlds bevakat och följt förändringarna och de länsgemensamma riktlinjer/rutiner på samverkanswebben. Förändringarna har kommunicerats i chefsleden ner till medarbetare och uppdaterat information har funnit på Kommunens interna webbplats IN. Divisionen har på övergripande nivå i divisionen haft stående möten veckovis för att göra analyser av risker i verksamheterna, där den största utmaningen för att säkerställa en god patientsäkerhet har varit hög sjukfrånvaro hos medarbetare och chefer i perioder.

Stärka analys, lärande och utveckling



Risakanalyser

SOSFS 2011:9 5 kap.

Arbetet med riskanalyser är en del av det systematiska kvalitetsarbete som ska bidra till att risker i verksamheten förebyggs. Det genom att göra analyser av verksamheten för att identifiera händelser som kan medföra att verksamheten inte kan leva upp lagar, föreskrifter och andra styrdokument. Riskanalyserna innebär att en uppskattning av sannolikheten för att en händelse ska inträffa görs och identifierar vilka negativa konsekvenser händelsen skulle kunna medföra om den inträffar. Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande både på individnivå samt utifrån förändringar i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten.

Under våren 2021 gjorde nämnden tillsyn av samtliga särskilda boenden för äldre där en av bristerna var att riskbedömningar på enhetsnivå inte dokumenterades i tillräcklig omfattning. Utifrån det har divisionen utarbetat en rutin för hur de ska dokumenteras. Det finns en riktlinje som är framtagen av MAS och nämnd som styr arbetet med riskanalyser. Det saknas ett systematiskt analysarbete på övergripandenivå i divisionen, på verksamhets- och enhetsnivå. Arbetet med riskanalyser är en del av det utvecklingsarbete som pågår i uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem. Det innebär inte att det inte genomförs riskanalyser. Riskanalyser har genomförts i verksamheterna utifrån det omställningsarbete som fortfarande pågår och i samband med att avtalet med larmoperatör sades upp i april samt regelbundet utifrån rådande pandemi.

När det gäller riskanalyser på individnivå finns ett behov av att utveckla arbetet med riskbedömningar och analyser bland annat kopplat till nationella register inom äldreomsorgen. Riskbedömningar som rör enskild är en av de delar som ska utvecklas och implementeras i arbetet med hälsokonferenser på enheterna inom särskilda boenden för äldre. Inom funktionsstödsomsorgen finns ett fortsatt behov av att implementera fördjupad riskbedömningsmall för hot och våld HCR-20 inom socialpsykiatri vilket inte genomfördes under 2021.

Avvikelse

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

Av riktlinjen för avvikelshantering hälso- och sjukvård framgår ansvarsfördelningen mellan de olika professionerna när det gäller hanteringen av avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen, samt hur det ska dokumenteras. Av den framgår att enhetschefen ansvarar för att samordna och följa upp arbetet i en åtgärdsplan och bär ansvar för att personalen har utbildning i avvikelser samt att riktlinjerna efterlevs. Sammanställning av avvikelshanteringen ska göras på enhetsnivå och på en aggregerad nivå till patientsäkerhetsberättelsen.

Fortsatt finns avsaknad av systematiskt arbete som påverkar hur avvikelser hanteras inom divisionen. Det medför brister i rapporteringen, händelseutredning, vidtagande av åtgärder samt uppföljning av effekterna av de åtgärder som vidtagits. Det finns även en okunskap när det gäller syftet med händelseutredning vilket gör att åtgärder vidtas i stället för att se till vilka bakomliggande orsaker som kan ha påverkat händelsen, så att rätt åtgärder kan vidtas.

Utifrån de brister som konstaterats har ett antal aktiviteter under hösten 2021 och våren 2022 prioriterats för att utveckla och förbättra avvikelshanteringen på divisionsövergripande nivå inom ramen för uppbyggnaden av ett kvalitetsledningssystem.

- en övergripande process har kartlagts för att tydliggöra olika ansvarsförhållanden och kvalitetssäkra rapportering, utredningsförfarande samt de åtgärder och uppföljning av åtgärder i handlingsplanen.
- en plan för analysarbetet på olika nivåer i organisationen och med nämnden.
- hjälptexter som stöd till den som rapporterar, utreder och ansvarar för åtgärderna har tydliggjorts i avvikelsemodulen tillsammans med systemförvaltningen. Det utifrån att det saknats en tydlig vägledning för vad som ska dokumenteras, vart och av vem.
- utbildning planers i samband med dokumentationsutbildning våren 2022.
- en implementeringsplan för bland annat hantering av avvikelser inom divisionen ska vara framtagen till den 1 april 2022.

Uppföljning av avvikelser 2021

Under 2021 har totalt:

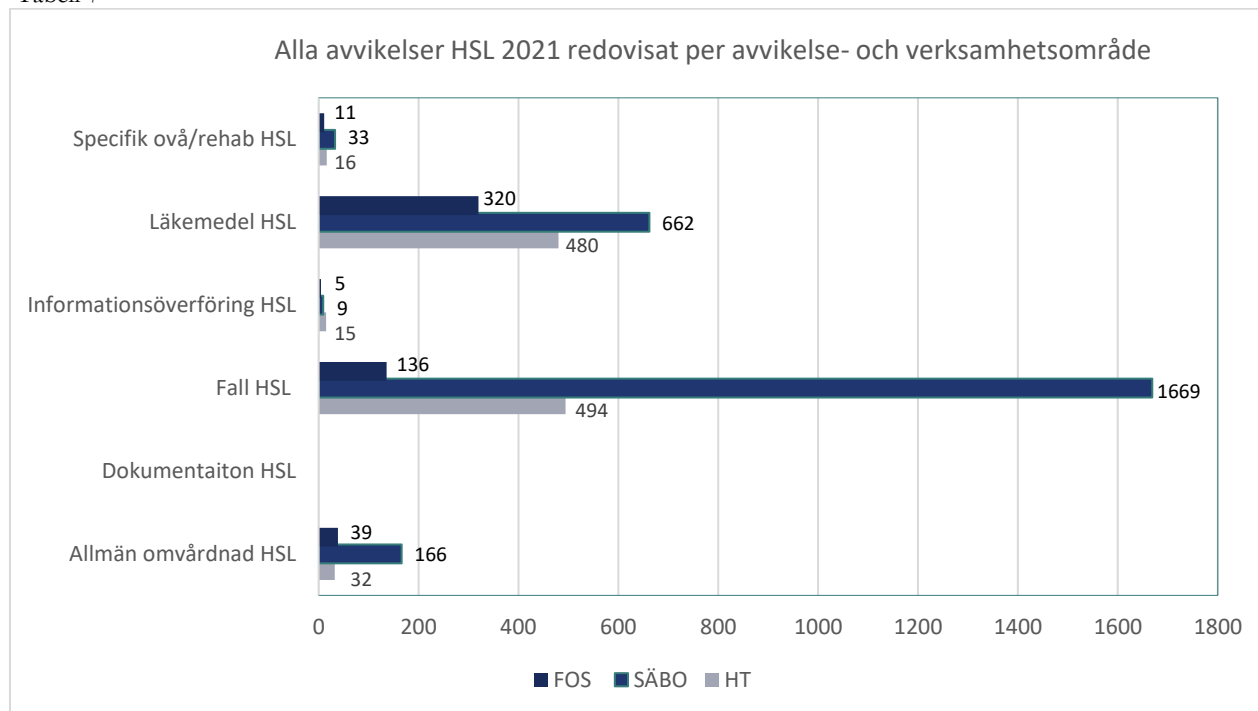
3 588 avvikelser rapporterats inom äldreomsorgen

- 1039 har rapporterats inom hemtjänsten, varav 2 rörde insats till boendestödskund.
- 10 avvikelser har rapporterats inom hemsjukvården.
- 2 539 har rapporterats inom särskilda boenden för äldre.

538 inom funktionsstödsomsorgen.

- 494 avvikelser rapporterats inom särskild boendeservice
- 22 inom personlig assistans
- 14 inom daglig verksamhet
- 7 inom korttidsvistelse och i vid korttidstillsyn.

Tabell 7



Källa: Verksamhetssystemet Procapita.

Uppföljning av läkemedelsavvikelser

Jämförelse per år och verksamhet (infattar inte samtliga verksamheter inom FOS)

Tabell 8

Verksamhet	2021	2020	2019
Särskilda boenden för äldre	662	672	836
Hemtjänst	480	498	364
Bostad särskild service	306	173	182
Hemsjukvård	10	3	1
Totalt	1 458	1 346	1 383

Källa: verksamhetsystemet Procapita

Läkemedelsavvikelserna har ökat jämfört med 2020, särskilt inom funktionsstödsomsorgen där ökningen är markant. Utifrån att det saknas en analys över resultatet går det inte att avgöra om rapporteringar av avvikelser ökat eller om det är kopplat till en mer bristfällig läkemedelshantering. En relativt stor ökning ses även inom hemsjukvården.

Synpunkter och klagomål

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

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vård och omsorgstagare och deras närstående samt från personalen. Nyköpings kommun har en ett kommungemensamt kvalitetsverktyg, synpunkten, för att fånga upp beröm, förslag och klagomål. Synpunkter kan lämnas via webbformulär, skriftligen och muntligen. Samtliga synpunkter skickas till den verksamhet synpunkten gäller och tas där om hand av respektive registrator. Av rutinen för synpunkten framgår att de ska följas upp på ett systematiskt sätt där resultaten används för att planera och utveckla verksamheten. Sammanställning av mottagna synpunkter och vilka förbättringar som de lett till ska göras av varje verksamhet och utgör underlag för redovisning till nämnd och allmänhet. I varje division bör det finnas en funktion som ansvarar för uppföljning och resultatsammanställning till divisions- och kommunledning.

Det saknas enhetlig struktur för regelbunden sammanställning och analys av resultat samt åtgärder för de synpunkter som inkommer till verksamheterna på en aggregerad nivå. Det utvecklingsarbete när det gäller avvikelser omfattar även synpunkter och klagomål som ingår som en del av processen för att utifrån sammanställning och analyser kunna förbättra verksamheterna.

De synpunkter som föranlett utredning av medicinskt ansvarig, sammanställs i patientsäkerhetsberättelsen. Det har under 2021 inkommit 36 synpunkter och klagomål inom verksamheterna, inga synpunkter rör vård- och behandling. Tidigare brukarundersökningar inom äldreomsorgen har visat att det är relativt låg kunskap om vart man kan vända sig om man har synpunkter på verksamheten. Utifrån det behöver det säkerställas att det är känt vart man lämnar sina synpunkter och klagomål.

Det har inkommit 3 klagomål från patientnämnden 2021. Ärendena avser ej utförda insatser, Brister i bemötande samt samordning mellan vårdcentral och Kommun. Klagomålen är åtgärdade på enhetsnivå.

Särskild tillsynsinsats – Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har med anledning av pandemin under 2021 genomfört en särskild tillsynsinsats avseende medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende. IVO begärde journaler från ett antal vårdgivare och divisionen levererade enligt en fastlagd urvalsmetod ca 350 journaler, hösten 2021. Ingen rapport har ännu publicerats och divisionen har inte heller fått någon enskild återkoppling.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2022

Flera av de åtgärder och aktiviteter som var planerade utifrån mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2020 har inte genomförts. Den främsta anledningen har varit det stora omställningsarbete som fortfarande pågår, men pandemin har även påverkat arbetet 2021.

Det finns många möjligheter men även flera i arbetet med att forma en ny äldreomsorg med de tre verksamheterna integrerade. Under 2022 kommer divisionen utöver formandet av den nya äldreomsorgen arbeta med tillförlitliga och säkra system och processer:

Kvalitetsarbete och kvalitetsledningssystem

- att kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen och öka kunskapen om alla delar och tydliggöra ansvarsfördelningen.
- att implementera avvikelseprocessen, utvecklas och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna
- att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser
- att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå.
- utifrån analyser ta fram egenkontroller och kontroller i internkontrollplanen tillsammans med nämnden.
- att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
- utveckla samverkansformer i den nya organisationen och skapa en struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete på individnivå- Såsom exempelvis utvecklingen av Hälsokonferenser.

Hemgångsteam

- i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa kundens funktions- och aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.

Implementera nya trygghetslarm

- på särskilda boenden för äldre och de enheter inom funktionsstödsomsorgen som berörs.

Kompetensutveckling

- att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Bland annat att det finns en plan för uppföljning av dokumentationsutbildningen och en översyn av introduktionen av legitimerad personal.

Utifrån ovanstående mål och strategier behöver verksamheten i samverkan med MAS och andra funktioner fortsätta det arbetet som pågår i de handlingsplaner som finns inom olika områden.

Bilaga 1. Sammanställning av egenkontroller 2021

Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Basala Hygienrutiner och klädregler	Att säkra efterlevnaden av rutinerna	Efterlevnad en har försämrats under 2021	Analys saknas		Mätning av basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Enkät vår PPM mätning höst
				e-utbildning	Enhetschefer följer upp på enhetsnivå.	Årligen samt vid nyanställningar.	Intyg?
				Punkt på APT			Protokoll
				Hygienrond er	De hygienrond er som genomförts under 2021 inom FOS och SÄBO visar att hygienombud finns men saknar tid för uppdraget. Egenkontroller behöver genomföras årligen inom samtliga områden.	Årliga egenkontroller	
Läkemedels-genomgång						Årligen	Patientjournal
Läkemedelsgranskning						Årligen	

Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Uppföljning av utskrivningsdagar och återinläggningar						Årligen i samverkan med Regionen	Prator

Stärka analys, lärande och utveckling

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
HSL-avvikelser <i>Se tabell 7 och 8</i>	Systematiskt patientsäkerhetsarbete med stöd av avvikelser	.	Hantering av avvikelser behöver förtydligas utifrån ansvarsfördelning, analys och återkoppling	Ta fram en struktur för sammanställning och analys av avvikelser på samtliga organisatoriska nivåer	En process för hantering av avvikelser är fastställd och en implementeringsplan ska vara klar till den 1 april.	2-4 ggr/år på enhetsnivå Årligen i patientsäkerhetsberättelsen	Avvikelsemodulen i Procapita
	Minska läkemedelsavvikelser.	83 500 insatser januari 2022 97% är signerade 89% är signerade i tid. minuter. Detta är jättebra siffror och sådant som vi aldrig har	Det är ännu tidigt att utvärdera och se faktiska effekter av införandet. Av insatser som inte är signerade i tid är den genomsnittliga	Införa Digital signering av läkemedelshantering (APPVA) Har införts på samtliga särskilda boenden för äldre	Rutin för uppföljning samt dokumentation av saknas.	Pilot Under första kvartalet 2021 Efter utvärdering breddinförande på kommunens särskilda boenden för äldre med signeringsstart 1 december 2021	APPVA MCSS

		haft möjlighet att få en överblick av tidigare.	avvikelse tiden 6 min.				
Klagomål och synpunkter	Använda resultatet på en aggregerad vi i förbättrings arbetet.	36 synpunkter och klagomål har inkommit Inga synpunkter kring vård- och behandling	Få resultat kan bero på att det inte är känt vart man kan vända sig med sina synpunkter			Årlig sammanställning	Platina
Journal- granskningar	Öka efterlevnade n av dokumente ns riktlinjer	Brister kan konstareas i dokumentat ionen		Utbildning planeras under våren 2022		Årligen på enhetsnivå enl granskningsmall	Patientjournal
Genomförandep laner (FOS)	Öka antalet genomföran deplaner samt öka kvaliteten	Har det genomförts?				Årligen av MAS Enligt gransknings mall	Procapita
Öka registreringen och målvärdet i de Nationella registren för:	BPSD Se tabell 6	2021 har registreringa rna ökat med 22%. Antalet registreringa r har ökat med 58% och antal registrerade personer med 62%. 2020 gjordes 203 registreringa r		<i>Se sid 20</i>	<i>Se sid 20</i>	1-2 ggr/år	Kvalitetsregistren
	Palliativ vård <i>Se tabell 5</i>	Analys saknas 2021		Utarbeta en struktur för systematiskt arbete med nationella register	Har inte genomförts under 2021.	1-2 ggr/år	Kvalitetsregistren
	Senior alert <i>Se tabell 1-4</i>	Registrering arna har minskat under 2021		Utarbeta en struktur för systematiskt arbete med nationella register	Har inte genomförts under 2021.	1-2 ggr/år	Kvalitetsregistren

Begränsning och skyddsåtgärder inom	Minskad användning av skyddsåtgärder inom FOS.	Ny riktlinje framtagen 2020-01-01. Det finns behov av göra en genomlysning av begränsning och skyddsåtgärder inom FOS: Det för att utifrån den nya riktlinjen säkerställa efterlevnaden genom egenkontroll.	Medvetenheten har ökat och färre begränsnings- och skyddsåtgärder används i verksamheten	Genomföra genomlysning Utveckla egenkontroll av användandet av skyddsåtgärder i samtliga verksamheter utifrån riktlinjen	Genomlysning har inte genomförts under 2021.	Årlig genomlysning samtliga enheter Mas uppföljning av följsamhet Samt årlig kontroll av antal skyddsåtgärder typ av åtgärder.	Genomförandeplanen
-------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------