



Patientsäkerhetsberättelse för Björkgården 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, Björkgården.

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	6
Organisation och ansvar	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	12
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	21
Riskhantering	22
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning	Fel! Bokmärket är inte definierat.

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. Avvikelser, synpunkter och klagomål är en viktig källa för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Händelser och tillbud av allvarlig karaktär utreds med stöd av kvalitetsutvecklare och MAS. Ansvar och Omsorg har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende. Vårt mål är att de boende ska känna *värme, omtanke* och *trygghet*, genom det skapa förutsättningar för att ha kvar sin personliga integritet hela livet.

Vi vill vårda efter vår vision "*Hela människan – hela livet*" att möta de behov som varje individ har hela livet och värna om den enskildes bestämmanderätt och integritet.

Björkgårdens äldreboende drivs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Björkgården har 29 rum varav 4 på nedre plan är tänkta som parboende. Uppdelningen är 11 säbo platser avdelning Svalan, 11 säbo platser avdelning Sädesärlan samt demensavdelningen på 7 platser, avdelning Duvan. Alla lägenheter varierar i storlek och form.

Vi har ett eget kök där maten lagas från grunden och serveras i ljus och luftig matsal där vi även har en öppen spis att samlas omkring.

Tabell 1 visar sammanfattning av målsättningar för 2021

Målsättning 2021	Planering för att nå mål	Uppföljning
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan Tydliggöra värdegrunden vid introduktion Alla medarbetare deltar i reflektion Alla anställda ska delta i introduktion	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan. De flesta har genomgått utbildningen. Fokusområde på höstens planeringsdag med mycket givande diskussioner Stående punkt under introduktion Reflektion på förmiddagen samt fredag sker i stort sett dagligen Introduktionschecklista har införts för ny personal och fungerar väl
Utveckla arbetet med BPSD-registret	Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret. Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan	Målsättningen var att all personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD, detta har inte genomförts fullt ut utan blir en kvarstående målpunkt för 2022 Mål är att sjuksköterska som är ny i verksamheten ska utbildas följt av minst två personal per avdelning
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka 100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.	Revidering två gånger om året samt vid behov. Varit välfungerande, trots att vi haft svårigheter med åtkomst till dokumentationssystem
Kost och nutritionsfokus	Nöjda boende med måltider, ökat välbefinnande Minskad malnutrition	Kostombudsmöten samt boenderåd enligt planering är utförda. God kommunikation med tillagningskök och kostorganisationsansvarig Skattningar i Senior Alert Webbutbildning kost och äldre för OVP
Fortsatt utveckling av kunskaper inom inkontinens för omvårdnadspersonal utifrån det arbete som påbörjades 2020	Insatserna har lett fram till individuella vårdnadsplaner 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

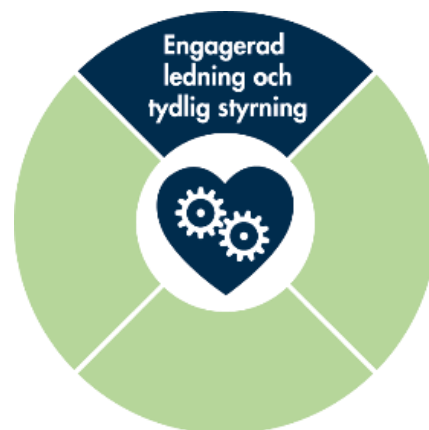
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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	Följa gällande lagstiftning om trygg och säker journalföring. Alla bedömningar som gjorts och beslut som tagits avseende boendes vård och behandling följer nedanstående termer; <i>Identifiering</i> <i>Planering</i> <i>Genomförande</i> <i>Utvärdering</i>	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 framtagen dagplaneringsmall för att säkerställa att omvårdnadspersonal arbetar enligt gällande lagstiftning	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. Problemen med åtkomst till Citrix dominerade årets första halva samt sommaren. 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

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
			gör att vissa händelser helt enkelt inte journalförs enligt gällande lagstiftning. En förändring gällande privata utförarens ökade möjligheter till dokumentation är ett måste, oavsett hos vem ansvaret ligger
Patientsäkert larmsystem	Dagens installerade trygghetslarm är någorlunda välfungerande (Everon) dock är det långt ifrån helt tillfredsställande	Avvaktar larmupphandling	Inverkan på patientsäkerheten har inte varit påtalande stor trots att visa brister finns
Arbeta aktivt i kvalitetsregister	Palliativa registret: Alla som avlider på verksamheten ska registreras	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	Registreringar är utförda, dock utförs registreringarna till största delen av OAS, OVP behöver bli mer delaktiga för att få en bättre bild över det palliativa vårdandet. Genomför 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 halkat efter då verksamheten har bytt sjuksköterska under oktober månad. Det har då dröjt med behörigheter.
	BPSD: Samtliga boende med demensdiagnos ska skattas enligt BPSD	Haft ett aktivt arbete med BPSD fram till oktober	Arbetet pågår, dock behöver ny sjuksköterska utbildas för att arbetet ska fortsätta enligt plan
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

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
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. Tas även upp under planeringsdagen, då utifrån värdegrundsperspektiv. Mycket intressanta och givande diskussioner med bra insikter, goda kunskaper och kritiskt granskande av det dagliga omvårdnadsarbetet	En vårdskadeavvikelser under våren 2021 där informationsöverföring mellan verksamheten och Regionen gick fel. Åtgärdsplan upprättades och jag bedömer riskerna för att liknande händelser ska inträffa till mycket låg.
Säker läkemedels- och narkotikahandtering	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker hantering av samtliga läkemedel	Månatlig kontroll av narkotikaklassade preparat, inget svinn Årlig apoteksgranskning Genomgång av rutin för hantering av läkemedel Årlig PSB	Vi har en välfungerande rutin vilket jag anser att patientsäkerheten gällande just läkemedelshandtering är hög och inte behöver ses över. Dock har vi haft svinn av narkotikaklassade läkemedel under hösten 2021, misstanke finns att det har inträffat en stöld men detta är inte fastställt. VC och OAS har haft god kontakt med MAS under hösten och en välfungerande rutin finns för att förhindra upprepning av händelse Apoteksgranskningen utfördes ej under 2021 pga misskommunikation med Kronans apotek som hade dubbelbokat datum.
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	Utbildningar som ska utföras innan delegering kan utfärdas är följande: Demens ABC Palliativ webbutbildning Jobba säkert med läkemedel (två delar) Basala hygienrutiner	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

Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren

kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamhetenens samarbetar med Vårdcentralen Ekensberg där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation.

Björkgården har patientansvarig läkare från Ekensbergs vårdcentral. Kontakten med läkare sker genom rond varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av boendes mående. Regelbunden samverkan mellan verksamheten och ansvarig verksamhetschef på Ekensbergs Vårdcentral.

Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador, som ligger till grund i verksamheten:

- Ramavtal vårdhygien
- Riktlinjer Nyköpings kommun
- Avtal jourverksamhet
- Samverkan Oral Care och Folktandvården tandvårdintyg, tandvård, munhälsa
- Vaccination
- Prator – för dialog med Region och kommun vid in och utskrivning
- SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och överrapportering
- SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region.
- Samverkan fotvårdsspecialist
- Webb utbildningar för personal inom hygien, läkemedel samt palliativt.
- Förflyttningsteknik
- Hälsokonferenser
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempel Abby Pain Scale

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.

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.

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 strykas 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 juren 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.
	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	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.

Vi ska verka för en kontinuitet hos personalen	Låg personalomsättning och närvarande chef	Rent krasst har verksamheten relativt hög personalomsättning om man jämför med tidigare år. Björkgården har dock haft en extremt låg personalomsättning och det är inte alltid negativt att få in ny personal med nya idéer	Lyhörd ja, närvarande nja. VC har under året delat sig mellan två verksamheter, Björkgården och St Anna vilket har gjort att närvaro av chef har varit lägre än vanligt.
Jobba för att höja benägenhet att rapportera händelser och skriva avvikelser	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
Vi ska verka för att involvera alla medarbetare i det övergripande kvalitetsarbetet i verksamheten samt poängtera vikten av en god patientsäkerhetskultur	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 Björkgårdens medarbetare, då med fokus på utbildade undersköterskor och vårdbiträden med lång erfarenhet. Denna är presenterad och ny VC kommer att arbeta med detta 2022
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)	Alla medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs.
Bemanning och schemaläggning	Målvärdet är att hålla underskötersketätheten hög.	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

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 §

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

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

Övrig samverkan för att främja patienters och närståendes delaktighet:

- Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov
- Månadsbrev sänds ut av verksamhetschef till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt vanligt en gång i veckan.
- Information om patientföreningar till anhöriga för råd och stöd.
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år. Dock inte 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 samt digitalt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll 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
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 arbetet 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 Väldigt många screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
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 goda, dock inte fullt tillräckliga för att nå målsättning om noll smittade. 2021 inleddes med ett stort utbrott av Covid-19 med stor påverkan på boende och personal. Under året följande månader har endast enstaka fall upptäckts.
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!
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
Trycksår, undernäring och fallrisk	OAS registrerar och följer upp. Kontrolleras av VC två gånger varje år samt ses över vid utredning av allvarigare fallavvikelser	Bra överblick över de risker som finns. Åtgärder finns skapade och uppföljningen är god fram till oktober 2021 då tidigare ssk slutade sin tjänst.
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	Inga ärenden har lett till handlingsplaner 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. Vård- och Omsorgsnämndens granskningar har inte visat några större brister eller lett till åtgärdsplaner

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
Narkotikaklassade preparat	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision.	Under 2021 uteblev apoteksgranskningen vilket inte är bra. Granskande enhet hade dubbelbokat sig och efter det fick verksamheten ett utbrott av magsjuka. Vi har upptäckt svinn av narkotikaklassade läkemedel, detta är kommunicerat med MAS. OAS och ny VC följer upp och avslutar ärendet.

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.

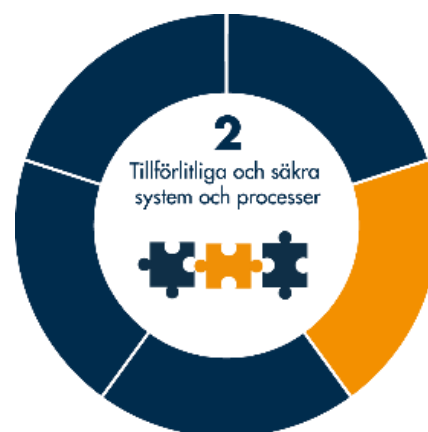


Har vården varit säker

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.

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 Björkgården, 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	Narkotikahantering 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

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		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	Skydds rond Skyddskommittéer Undersökningar av arbetsmiljö i boendelägenheter Tydliga rutiner för städ- och renhållning av allmänna utrymmen samt boendelägenheter	Lokalanpassad rutin med medföljande signeringslistor städ 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	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet	Björkgården har ett molnbaserat larmsystem från Everon. Systemet har brister men inte av den kaliber vi upplever i andra verksamheter med äldre system.
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 stadi 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

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
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 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.

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

Riskanalyser sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på riskanalys som sker årligen är smittspridning, den har varit extra aktuell de senaste två åren.

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Trots detta har verksamheten drabbats av både Covid-19-utbrott och ett relativt utdraget utbrott av magsjuka.

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och nutrition sker löpande och utförs av OAS tillsammans med OVP, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

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 pågående arbete där OAS och OVP har skapat handlingsplaner för vård och behandling.

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. Riskanalys 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.

Avvikelse 2021	jan	feb	mar	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Omvårdnad /tillsyn	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3
Läkemedel	2	4	3	3	2	4	6	4	3	3	2	8	44
Fall	2	10	11	24	8	1	9	6	7	7	7	6	98
Dokumentation/ information	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Avvikelser	2019	2020	2021
Hjälpmedel	1	0	1
Omvårdnad/tillsyn	26	18	3
Läkemedel	47	18	44
Fall	158	73	98
Dokumentation/ information	1	0	0

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 analysera 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	1	1	En anhörig är mycket ledsen över att inte ha blivit informerad om att hennes mor har ramlat och slagit sig. VC söker info och upptäcker att ingen avvikelse om fallet finns skriven då systemet inte gick att komma in i den specifika natten-. Avvikelse har skrivits på blankett men är ej införd i Procapita. OVP som arbetar under natten har inte heller följt gällande rutin för kontakt med sjuksköterska om patienten intar blodförtunnande läkemedel vilket denna patient gjorde. Inleder en lex Sarah-utredning
Bemötande, kränkande behandling eller försummelse av behov	1	0	0	En anhörig är upprörda över att hans närstående blir vårdad i karantän efter sjukhusvistelse. Har skickat riktlinjer från samverkanswebben samt hänvisar till vår MAS om att vi följer de restriktioner som finns för att minska smittspridning

<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>
HSL – utebliven vård	1	0		En anhörig upplever inte att hennes pappa har fått tillräckligt god vård under livets sista tid. Vi diskuterar synpunkterna, anhöriga har samtal med OAS och KP och det kommer fram mycket annat som ligger till grund för den anhöriges påverkan, sådant som ligger utanför vår möjlighet att påverka.
Städning, renhållning och hygien	1		1	En måndagsmorgon i september är många boende på Björkgården mycket arga och besvikna. Varmvattnet har då varit borta sedan torsdag eftermiddag. En akut felanmälan gjordes redan på torsdagseftermiddagen när felet uppmärksammas. Först på måndagseftermiddagen skickar Nyköpingshem en reparatör och varmvattnet återkommer. Under denna tid har det inte gått att utföra duschar. Kontakt tas med Kommunfastigheter som tar försummelsen på allvar.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi kommer 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 St Anna och Riggargatan och arbeta tillsammans för att öka både riskmedvetenhet och kompetens.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion Alla medarbetare deltar i reflektion Alla anställda ska delta i introduktion Tydlig uppföljning av introduktion	Stående punkt under introduktion Reflektion på förmiddagen samt fredag Introduktionschecklista – tydliga uppföljningssamtal med OAS och VC samt med huvudmentor på verksamheten
Utveckla arbetet med BPSD-registret	Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret. Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan	OAS ska genomgå utbildning All personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD APT
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka 100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.	Revidering 2 gånger om året samt vid behov Checklista lämnas in varje månad Checklista lämnas in varje månad
Kost och nutritions fokus	Nöjda boende med måltider, ökat välbefinnande Minskad malnutrition	Kostombudsmöten Boenderåd Senior Alert Webbutbildning kost och äldre
Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL och PSL	Vi ska vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister Upprätta vårdplaner Kvalitetssäkra HSL arbete Trygg och säker hjälpmedelshantering	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte Vid ett behov eller ett problem upprättar vi vårdplaner Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering. Årlig funktionskontroll av hjälpmedel Stärka samarbetet med paramedicinsk personal, förebyggande arbete gällande fall.