



# Patientsäkerhetsberättelse

St Anna

2020

Datum och ansvarig för innehållet

Hanna Nyberg  
verksamhetschef  
2020-02-02

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	11
Patienters och närståendes delaktighet .....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Egenkontroll.....	14
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>15</b>
Riskanalys .....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>18</b>
Egenkontroll.....	18
Avvikelser .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Klagomål och synpunkter.....	20
Händelser och vårdskador .....	22
Riskanalys .....	22
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>23</b>

---

## Sammanfattning

Vi är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Övergripande målsättning för verksamheten är att utföra trygg och patientsäker vård på ett individanpassat sätt.

<i>Målsättning</i>	<i>Resultat</i>	<i>Åtgärd</i>
Komma igång med BPSD-arbete. Samtliga medarbetare ska utbildas under året	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning planeras till år 2021. Silviacertifierad demenssjuksköterska på Björkgården kommer att hålla i utbildningen
Systematiskt arbeta med samtliga avvikelser som registreras	Arbetet är påbörjat i oktober. VC går igenom samtliga avvikelser och dokumenterar enligt gällande rutin.	Fortsatt arbete med ansvarsfördelning mellan VC och OAS. Genomgång av samtliga avvikelser en gång per månad
Möten med utsedda ombud för att förbättra arbetet med inkontinenshjälpmedel, kostanpassning, anhörigstöd mm ska möten hållas enligt företagets mötesmatris	Många möten har under året ställts in för att undvika att samlas i större grupper.	Följa satt mötesmatris under 2021 och införa digitala möten om personliga sådana inte går att genomföra för att undvika inställda möten
God kommunikation i verksamhetens ledningsgrupp för att ha en enad linje i förändringsarbeten och kvalitetshöjande insatser	Möten har hållits på fokus har mestadels varit på pandemirelaterade frågor.	Ledningsmöten varje månad enligt mötesmall från A&O
Goda kunskaper inom inkontinensvård och hjälpmedel för samtlig personal	Floras OVP har genomgått utbildning, Frejas har inte	Utbildning för samtlig OVP under 2021 då för lång tid gått sedan Floras utbildning

---

*Viktigaste åtgärderna vidtagna för att öka patientsäkerheten år 2020 listas nedan i punktform*

- Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel
- Arbetet med att öka kvaliteten på palliativ vård är påbörjat enligt kompetensutvecklingsplan för HSL
- Registreringar i Palliativa registret enligt gällande riktlinjer
- Förbättrade kunskaper inom kontinens och inkontinensvård genom utbildning av omvårdnadspersonal på Flora
- Gott samarbete med anhöriga i enlighet med det arbete i anhörigstödsutveckling som påbörjats. Pandemin har krävt andra sätt än personliga möten med anhöriga vilket också varit välfungerande
- Sjuksköterskor har haft beredskap under vardagar kl 07-17 för att säkra att inga verksamhetsövergångar skett
- Påbörjat systematiskt kvalitetsarbete i Procapitas avvikelsemodul

*De viktigaste resultaten som uppnåtts inom patientsäkerhetsarbetet 2020*

- Arbetet i Senior Alert med registreringar, uppföljningar och fallregistrering
- Ökade kunskaper inom basala hygienrutiner och smittspridning
- Förbättrat samarbete mellan avdelningar på respektive hus samt mellan dag och nattpersonal
- Tydlig och välkänd rutin för delegering

*Målsättning för patientsäkerhetsarbetet 2021*

- Samtliga boende ska ha en aktuell genomförandeplan som revideras minst var sjätte månad med fokus på individanpassade aktiviteter
- Avvikelsehantering ska förbättras och samtliga avvikelser ska följas upp
- Fokus på kost, näringslära och måltidsglädje
- Ökade kunskaper i palliativ vård
- Bättre kunskaper i inkontinensvård och tillhörande hjälpmedel

---

## Inledning

Ansvar och Omsorg AB driver St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun sedan 2009. Samtlig boende som flyttar in på St Anna har ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Boendet har plats för totalt 60 boende varav 40 med demensdiagnos och 20 för somatisk vård. Verksamheten är uppdelad på två olika hus, Flora och Freja. Freja har tre demensavdelningar, Flora en demensavdelning och två säboavdelningar. Alla avdelningar har tio lägenheter, på Flora finns sammanlagt två lägenheter per avdelning som är större och möjliggör parboende. Under 2020 har inget parboende förekommit. Till verksamheten hör Annas Restaurang, där tillreds lunch och middag för samtliga boende på Flora och Freja.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

A&O har som övergripande mål och värdegrund att förmedla värme, omtanke och trygghet till de som är i behov av särskilt boende. Vi arbetar därför aktivt med att nå våra mål och ständigt höja kvaliteten i verksamheten.

Verksamhetens målsättning för året gällande Hälso- och Sjukvårdslagen HSL och Patientsäkerhetslagen PSL:

- Ökad kompetens inom palliativ vård
- Individuella vårdplaner, åtgärder och måluppfyllnad för boende som behöver inkontinenshjälpmedel

Målsättning utifrån Socialtjänstlagen SOL:

- samtliga boende ska ha journalanteckning minst en gång varje vecka
- alla boendes genomförandeplaner ska vara uppdaterade minst var sjätte månad
- 100% av omvårdnadspersonal ska vara aktiva i Procapita

## Leva upp till gällande lagstiftning i HSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
<b>Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr hälso- och sjukvård</b>	Säker journalföring enligt gällande riktlinjer	<i>Journalgranskning enligt riktlinjer från uppdragsgivare</i>	<i>Journalgranskningar utförda. Loggkontroller gjorda utan anmärkning Påbörjat arbete med att arbeta systematiskt med avvikelser</i>
<b>Upprätta vårdplaner efter behov</b>	Arbeta aktivt med att upprätta, följa upp och utvärdera vårdplaner utifrån boendens behov	<i>Varje boende bedöms av OAS, OVP och paramedicinsk personal enligt gällande riktlinjer och vårdplaner upprättas för hälsohinder</i>	<i>Vårdplaner finns och följs upp kontinuerligt</i>
<b>Arbeta aktivt i kvalitetsregister</b>	Palliativa registret: Alla som avlider på verksamheten ska registreras i Palliativa registret.	<i>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 och utvecklas</i>	<i>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</i>
	Senior Alert: Samtliga boende ska skattas i Senior Alert. För boende som inte samtycker till registrering i registret ska samma arbetsmetod appliceras.	<i>Vid uppmärksammade risker upprättas vårdplaner</i>	<i>Gott samarbete med OVP vid viktkontroller, falldiskussioner och åtgärdsplanering</i>
	BPSD: Samtliga boende med BPSD problematik ska skattas i BPSD registret	<i>I dagsläget finns få utbildade inom BPSD, dock finns alltid möjlighet till hjälp från demenssjuksköterska på Björkgården.</i>	<i>Ingen utbildning, dåligt arbete med BPSD.</i>

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
<b>Effektiv rond</b>	Maximera den tid där läkare och sjuksköterska har till rond varje vecka genom att personal är delaktig och förberedd inför ronderna	<i>OVP ska delta i rond eller lämna synpunkter till OAS</i>	<i>Ronderna fungerar väl både på Flora och Freja. Läkare har under 2020 varit densamma i stort sett hela året. En välfungerande PAL som OAS har god kommunikation med</i>
<b>Delegering för HSL-uppgifter</b>	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	<i>Utbildningar som ska utföras innan delegering kan utföras är följande: Demens ABC Palliativ webb-utbildning Jobba säkert med läkemedel Basala hygienrutiner</i>	<i>Rutin för delegeringar har varit välfungerande</i>
<b>Säker läkemedelshandling</b>	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker handtering av samtliga läkemedel	<i>Månatlig kontroll av narkotikaklassade preparat Granskning av Apoex årligen Genomgång av rutin för läkemedelshandling</i>	<i>Verksamheten har en välfungerande rutin. Apoex har under hösten 2020 granskat detta utan anmärkningar</i>

### Leva upp till gällande lagstiftning enligt SOL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
<b>Verka för att den boende ska få leva ett värdigt liv och känna välbehållande</b>	Brukarundersökning A&O:s företagsövergripande boendeenkät	<i>Vi vill ständigt förbättra kvaliteten för de som bor på vår verksamhet. Öppna jämförelser är ett bra verktyg för att undersöka nöjdheten.</i>	<i>Vårt mål var att ligga över rikets snitt för året 2020, så blev inte fallet. Vi kommer att lägga fokus på de områden som understiger dessa värden under 2021</i>

Verksamhets- ens mål	Analys /beskrivning	Utförande	Uppföljning
	Egentid med kontaktperson ska planeras utifrån gällande avtal för verksamheten, dock minst sex timmar under året	<i>Det ska tydligt framgå av genomförandeplanen vad den boende önskar gällande egentid. Det är upp till varje kontaktperson att dokumentera när egentiden är utförd, både i Procapita och på checklista för kontaktsmannaskapet som ska lämnas in till VC varje månadsskifte</i>	<i>Har varit mer utmanande i år än tidigare då möjligheten att komma ut och hitta på saker har minskat</i>
	Aktiviteter anpassade efter behov och önskemål	<i>I genomförandeplanen ska tydligt framgå vilka aktiviteter den specifika boende önskar och vill delta i. Det ska även framgå om den boende fransägar sig deltagande i aktiviteter och vad som istället önskas för en meningsfull vardag</i>	<i>Tyvärr fortfarande en brist. Dock pågår arbetet med att förbättra kvaliteten på genomförandeplaner och individuella aktivitetsplaner</i>
<b>Följa gällande lagstiftning för social dokumentation</b>	100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen,	<i>Samtlig personal har behörighet att dokumentera i journalsystemet, Procapita. Detta följs upp inför lönesamtal och medarbetarsamtal och är i allra högsta grad lönegrundande</i>	<i>Fortsatt stora problem med inloggning via Citrix. Detta leder till ambivalens hos OVP vilket är en brist i patientsäkerhetsarbetet</i>
	Genomföra minst två revideringar av genomförandeplaner under året	<i>Det är varje kontaktpersons ansvar att upprätta och revidera genomförandeplaner enligt gällande riktlinjer.</i>	<i>VC gör kontroller av samtliga genomförandeplaner under året. Detta är uppnått till ca 85% under året</i>
	Varje boende ska ha minst en journalanteckning per vecka	<i>Kontaktperson ansvarar för att veckoanteckning görs.</i>	<i>Detta kontrolleras av VC med slumpmässig stickkontroll samt checklista som ska lämnas in varje månad</i>



## Arbeta systematiskt för att bibehålla och öka kvaliteten i verksamheten

Verksamhetens mål	Analys /beskrivning	Utförande	Uppföljning
<b>Implementera gemensam struktur i verksamheten</b>	Följa företagsövergripande mötesmatris	<i>Inför verksamhetsåret upprättas mötesmatrisen och delges samlig personal</i>	<i>Har inte gått att genomföra enligt planering under året</i>
<b>Alla medarbetare ska känna sig trygga i sin profession och sin yrkesroll</b>	Att ha en tydlig kunskap om vad som förväntas av OVP under anställning på St Anna	<i>Samtliga medarbetare har gått igenom befattningsbeskrivning. Den lämnas alltid ut till nyanställd personal och tas upp på APT minst en gång varje år</i>	<i>Vi har gått igenom befattningsbeskrivningen på APT Den delas alltid ut i samband med nyanställning</i>
<b>Reflektionsstunder</b>	Skapa större förståelse för verksamheten och kvalitetsarbetet som är pågår	<i>En punktlista finns för personalen att gå igenom, i dagsläget ska denna genomgå tre gånger per dygn, förmiddag, eftermiddag och natt för att säkra patientsäkerhet och arbetsmiljö under pandemin</i>	<i>Blankett lämnas in efter varje tillfälle. I förlängningen är det inte hållbart då utskrifterna blir väldigt många. Dock har det känts viktigt att få igång en kontinuitet genom att samla in dessa. Har varit välfungerande</i>
<b>Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar</b>	För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar arbeta utifrån dagplaneringsmallar där arbetsbelastning är välfördelad	<i>Väl detaljerade dagplaneringsmallar finns i företagets verksamhetsstöd. Dessa lokalanpassas efter St Annas behov och används av all OVP</i>	<i>Samtliga avdelningar har dagplaneringsmall som används, dock ej nattetid</i>
<b>De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete</b>	Boenderåd där de boende på St Anna får lämna sina synpunkter och önskemål ska hållas fyra gånger årligen	<i>Verksamheten utgår från en mall som är företagsövergripande. Boenderådet utförs alltid före ett aktivitetsombudsmöte och kostombudsmöte för att boendes åsikter ska kunna tas upp</i>	<i>Har genomförts avdelningsvis. Har dock ej följts av planerade kost- och aktivitetsombudsmöten som planerat under hela året</i>

---

## Organisation och ansvar

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

Målet är att förmedla värme, omtanke och trygghet till de som är i behov av vård och omsorg. Genom att ha välutbildade och engagerade medarbetare samt arbeta med värdegrund och bemötande kan vi nå våra mål. I våra verksamheter ska vi även skapa möjlighet till en meningsfull vardag där vi erbjuder ett utbud av såväl fysiska, sociala som kulturella aktiviteter.

### Ägare

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

### Styrelse

Styrelseordförande för A&O är Frank Mårdh, tillika grundare av företaget. Här ingår även företagets VD Sakarias Mårdh.

### Företagsledning

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

### Verksamhetschef

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

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i verksamheten, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (OAS), ansvarar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet och är omvårdnadspersonals närmsta arbetsledare i omvårdnadsarbetet.

### Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, följa sin befattningsbeskrivning och fastställda rutiner. De utför vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig sjuksköterska. OVP är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga om-

---

vårdnaden och en otroligt viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

### **Ledningssystem**

A&O:s ledningssystem är utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån detta har verksamheten bland annat månatligt hållna kvalitetsråd där patientsäkerhetsarbetet och andra kvalitetsrelaterade punkter diskuteras och planeras. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt VC med.

VC fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet och att arbetet följs upp kontinuerligt. Detta förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O. Här finns tydlighet, målsättning, uppföljning samt utvärdering. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplanen.

OAS är ytterst ansvariga för arbetet med vårdhygien och kunskaper gällande smittskydd.

### **Verksamhet St Anna**

A&O Ansvar och Omsorg AB driver sedan 2009 St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

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

Förutom verksamhetschef finns en heltidsanställd samordnare och två heltidsanställda sjuksköterskor utöver OVP. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Delar av HSL-ansvaret är delegerat till verksamhetens sjuksköterskor. VC, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna. Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Bagaregatan där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

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

Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare varav en är intern MAS och en MAR. Verksamheten har tät kontakt med samtliga, beroende på område. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Allt material ses över och kvalitetsansvarig ansvarar för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

I verksamheten har OAS tillsammans med OVP kontinuerlig uppföljning utifrån de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs.

Samverkan mellan PAL och OAS sker under inplanerad rond en dag varje vecka men möjlighet till kontakt finns även utöver detta om behov finns.

Daglig kontakt mellan OAS och OVP hålls, både via dokumentationssystem och muntligen.

Vid inflyttning till verksamheten hålls ett inskrivningssamtal med OAS och PAL. Mötet journalförs enligt gällande rutin och OAS ansvarar för att vård-

---

rutinavvikelser, observationer, ställda diagnoser och liknande dokumenteras. Här inhämtas även samtycke för sammanhållen journalföring och liknande. Om boende flyttar från annat boende eller sjukhus görs en muntlig översäkring innan inflyttning mellan sjuksköterskorna. OAS beställer tandvårdskort för nödvändig tandvård via T99. Verksamheten samarbetar med både Oral Care och Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

A&O har i Nyköping 5 sjuksköterskor, 4,9 årsarbetare, i tjänst helgfria vardagar mellan klockan 07–17. Någon av sjuksköterskorna finns alltid i tjänst dessa tider. 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 i Prator. Behandlingsmeddelande och epikris brukar medfölja från sjukhuset, ett exemplar till den boende och ett till OAS.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Under 2019 påbörjade vi ett bra arbete gällande anhörigstöd. Meningen var att vi skulle utöka vårt samarbete med anhöriga ytterligare under 2020 vilket blev annorlunda än vi planerat. I skrivandets stund har vi endast en OVP som är utbildad anhörigstödjare, vi har under 2020 förlorat en till pension och en till annat yrke. Planen är att utbilda minst en till i anhörigstöd.

Vi har under 2020 haft än mer kontakt med anhöriga än tidigare, dock i andra former än fysisk. VC har under hela pandemins gång kontinuerligt uppdaterat anhöriga om gällande rutiner, riktlinjer för besök och lägesrapporter för verksamheten. Kontaktpersoner har ökat sin kontakt med anhöriga via telefon, mejl och sms då det har varit de enda sätten att diskutera olika frågor.

En stor del i OAS arbete är kontakt med just anhöriga. Anhörigas intresse att delta i arbetet runt en boende varierar självklart men de flesta är nogga med att hålla sig uppdaterade och vill vara involverade i beslut som tas, åtgärder som sätts in och ordinationer som görs. Vissa anhöriga har under året deltagit i rond via telefon för att få kontakt med läkare och diskutera hälsohinder och övrigt hälsotillstånd. Om något sker som resulterar i en avvikelse diskuterar OAS och VC om huruvida anhöriga ska informeras eller ej. Vid upprepade fall exempelvis informeras inte anhöriga vid varje tillfälle om så inte är uppgjort från start. Om en allvarigare händelse sker informeras anhöriga löpande. Samtycke för informationsöverföring till närstående inhämtas alltid vid inflyttning.

Vid inflyttning får varje boende också en kontaktperson. Denne har, tillsammans med den boende, OAS och anhöriga ett välkomstmöte. Här tar vi upp sådant som är viktigt att veta för att kunna skapa en genomförandeplan och ge individanpassad omvårdnad. Vi diskuterar även anhörigas önskemål om kontakt, hur dom önskar kontakt och hur ofta. Vi efterfrågar alltid levnadsberättelse då den är ett otroligt viktigt instrument, fram för allt vid demenssjukdom.

Samtliga anhöriga till boende som vårdats i livets slut har fått komma in i verksamheten under ordnade former även under besöksförbud och besöksrestriktioner och vi har lyckat upprätthålla en väldigt god anhörigvård under det gångna året, trots vissa svårigheter. Samtliga har erbjudits brytpunktssam-

---

tal, dock ej i de fall där boende hastigt insjuknat för att senare avlida på sjukhus eller avlidit hastigt på boendet.

Vi uppmuntrar alltid till konstruktiv kritik och uppmanar anhöriga såväl som boende att använda vår blankett 'hjälp oss att bli bättre'. Varje månad är synpunkter och klagomål en stående punkt på kvalitetsråd, allt i enlighet med vår strävan att förbättra. En sammanställning över dessa bifogas.

A&O har, utöver Socialstyrelsens brukarenkät, en egen boendeenkät som skickas ut under hösten. Dessa går endast ut till säboavdelningar, i St Annas fall 20 boende. 2020 svarade 20 personer på denna enkät, ett deltagartal på 100% vilket är högre än deltagandet i Socialstyrelsens enkät för året. Resultatet visar på mycket högre nöjdhet än Socialstyrelsens enkät för samma år. En sammanställning delges alltid anhöriga till boende på enheten och givande diskussioner brukar vara normalt, dock ej detta år.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. En del i detta ligger i att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till OAS och VC av den som först upptäcker händelsen. Alla händelser ska registreras i Procapitas avvikelsemodul, detta görs av den som uppmärksammar det avvikande. VC startar en utredning, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in från OVP och OAS och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs och skickas, avidentifierad, till kvalitetsansvarig på företaget. Det sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av VC vid inledande av en utredning.

Under 2020 gjorde en (1) lex Sarahutredning. Åtgärder för denna händelse är vidtagna och uppföljning har skett.

Verksamheten arbetar aktivt med avvikelshantering och avvikelserapportering. Under 2020 har vi förbättrat vårt arbetssätt gällande händelseutredning, orsak, åtgärd och uppföljning. Verksamhetens riktlinjer och rutiner kring avvikelshantering är väl förankrat hos all hälso- och sjukvårdspersonal. OAS har ansvaret att kontrollera, uppmärksamma och utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. VC har övergripande ansvar för uppföljning och åtgärdsplanering.

## **Klagomål och synpunkter**

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

A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2020 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av VC som dokumenterar och för in i Stratsys. En stående punkt på varje kvalitetsråd är just detta och vi diskuterar hur vi ska förbättra oss. VC ansvarar för att återkoppla till de som

---

lämnat synpunkter, oavsett om det är en anhörig eller en boende.

## Egenkontroll

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

<i>Egenkontroll</i>	<i>Omfattning</i>	<i>Utformning</i>
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Infektionsregistrering Screening Hygienombudsmöten
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	10 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
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år Årligen	Kontrollräkning Granskning av apotek

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Målsättning	Resultat från tidigare år	Aktivitet för att uppnå samt göra resultat mätbart
Hög kvalitet på vård och omsorg med hög nöjdhet hos boende hos A&O.	Vi har under flera år legat på en bra nivå, dock ej över rikets snitt. År 2020 ser vi dock en minskning i nöjdhet hos verksamhetens boende.	Socialstyrelsens brukarenkät, jobba för att ligga över rikets snitt på samtliga punkter. Specifik handlingsplan för 2020 års enkät är skapad A&O:s årliga brukarenkät och medföljande handlingsplan Boenderåd fyra gånger under året God samverkan med anhöriga
God samverkan med anhöriga	Under 2020 har kontakten med anhöriga sett annorlunda ut än normalt. Digital kontakt har ersatt fysiska möten	Kontinuerliga informationsbrev samt telefonsamtal med VC, OAS och OVP God struktur på välkomstsamtal samt uppföljning av dessa har vi lyckats hålla till viss del under pandemin, dock med några undantag där boende bött längre än normalt innan välkomstsamtal skett. Anhöriga involverade i genomförandeplaner i högre utsträckning. Flera anhöriga har under året efterfråga genomförandeplaner, detta skiljer sig från tidigare år.
God hantering av avvikelser	Innan pandemin har vi haft god struktur på våra kvalitetsråd som är ett av två forum där avvikelser diskuteras och hanteras. Pandemin har omöjliggjort detta, dock har samtliga avvikelser hanterats men den breda input vi normalt haft har uteblivit. Hälsokonferenser har fungerat bra, här ses samtliga fallavvikelser över	Samtliga avvikelser över varje månad och åtgärder vidtas där behov finns. Nytt för året 2020 är att VC har fått bättre struktur på händelseutredning än tidigare.

Gott samarbete med paramedicinska professioner för att skapa bättre och bredare bedömningar	Hälsokonferenser	Fortsatt utveckling av kvaliteten på hälsokonferenser.
Förbättrat palliativt arbete	Det palliativa arbetet på St Anna är bra men behöver förbättras med anledning av stor personalomsättning	Verksamheten har satt två huvudsakliga HSL-mål för 2020 där förbättrat palliativt arbete är ett. Bättre kunskaper om palliativt vårdande och vårdpersonals delaktighet. Pga. rådande omständigheter har stor del av det kompetenshöjande arbetet fått vänta.
God och säker vårdhygien	Stort arbete med att förbättra rutiner gällande vårdhygien har pågått under hela året.	Självskattning så ofta som dagligen under våren Hygienobservationer varje vecka under pandemins första våg Webbutbildningar
Ökade kunskaper inom inkontinenshjälpmedel	Inkontinenshjälpmedel förskrivs på person och alla har en aktuell vårdplan	Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel Uppföljning av vidtagna åtgärder och måluppfyllelse Utbildning från TENA
Dokumentation	Under lång tid har vi haft svårigheter att dokumentera i Procapita då inloggning i Citrix ofta är problematisk.	Registrera varje tillfälle där inloggning i Procapita inte är möjlig Diskutera med företagsledning och uppdragsgivare hur problemen ska lösas.

## Risikanalyis

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

Arbete 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 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 ett gott samarbete med Björkgårdens sjuksköterska och skapar tillsammans med henne 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. Under våren 2020 hade vi under två månaders ökad bemanning på natten då en boende krävde en personal för att må bra under den tiden. Här fördes en god dialog med OAS, demenssjuksköterska och OVP. Resultatet blev att den boende mådde bättre och personalen kände sig trygga, ett gott exempel på riskanalys och handlingsplan som lett till förbättrad patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Riskanalys för smittspridning har under 2020 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.

Under rubrik Resultat och analys finns exempel på riskanalyser som gjorts under året.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

En händelse har lett till en lex Sarahutredning under året. Händelsen är utredd enligt gällande rutin. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska. Bedömning gjordes att händelsen var av betydande allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som mycket liten. Utredningen utfördes av kvalitetsansvarig på A&O. För åtgärdsplan, se tabell under resultat och analys.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan 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 hen själv har lämnat sitt medgivande. 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.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och 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. Den visar för 2020 återkommande brister, något som försvagar patientsäkerheten.

Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC och 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 verksamhetschef 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.

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. I dagsläget har vi stora problem med åtkomst även till Prator, något som påverkar patientsäkerheten, fram för allt vid inflyttning till verksamheten.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

Se frekvens och utformning under 'Strukturer – egenkontroll'

<i>Egenkontroll</i>	<i>Tillvägagångssätt</i>	<i>Resultat</i>
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner.  En screening för MRSA har gjorts då en boende testats positivt vid sjukhusvistelse. Samtliga negativa.	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion såsom Calicivirus konsulteras MAS vid osäkerhet.  Goda kunskaper i smittspridning och infektionssjukdomar som Covid-19 och MRSA
Basala hygienrutiner och klädregler	Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner. Under 2020 har samtliga genomgått utbildningen två gånger  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 rutineftelevnad

Hygienronder och självskattning	Vi genomför två hygien-självskattningar per år och två hygienobservationer som norm, dessa har varit mycket mer frekventa under 2020, under en period gjordes dessa dagligen.	En sammanfattning av 2020 kan göras med en mening, alla är medvetna om vikten av hygienrutinefterlevnad
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	SSK registrerar och följer upp. Kontrolleras av VC två gånger varje år samt ses över vid utredning av fall-avvikelser.	Bra överblick över de risker som finns
Patientens 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.	All OVP har fått genomgång i hur klagomål tas emot. Inget ärende under 2020 har utretts med hjälp av patientnämnden eller IVO. Gott samarbete och god kommunikation med anhöriga under pandemin
Journalgranskning	Under 2020 genomfördes endast ett journalgranskningstillfälle. Detta skickas ut, tillsammans med granskningsmall, till OAS.	Visar brister i vår journalföring. Ssk har inte fått adekvat utbildning i dokumentationsprogrammet eller ICF. Ssk har heller inte tillgång till de lathundar som finns för kommunens sjuksköterskor, trots av vi är privata utförare, för att säkra att journalföringen sker enligt gällande riktlinjer. Se målsättning för 2021

Granskning av hela verksamheten	A&O gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten. Två avstämningsmöten med uppdragsgivare, Vård- och Omsorgsnämnden, görs också årligen och så även under 2020.	Under 2020 har internrevision skett digitalt och åtgärder har tagits fram för att komma tillrätta med avvikelser. Verksamhetens kvalitetsarbete har förbättrats på flertalet punkter. Vård- och Omsorgsnämndens två granskningar har inte visat på brister eller lett till några åtgärdsplaner MAS har delgivit VC brister i psb för 2019, detta korrigeras för psb 2020 efter bästa förmåga
Narkotikaklassade preparat	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision.	Inga avvikelser kunde ses i förra årets kontroll.

<i>Antal avlidna 2020</i>	<i>Flora</i>	<i>Freja</i>	<i>Antal registrerade i Palliativa registret</i>	<i>Avlidna på sjukhus</i>	<i>Ej registrerade enl rutin</i>
16	8	8	13	3	0

## Klagomål och synpunkter

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2019</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	1		0	En anhörig är upprörd över att hennes make blivit sittandes på toaletten alltför länge. Personal hävdar att larvet inte kommit upp vilket är högst troligt pga. att larmsystemet är under all kritik.
Bemötande	0		0	
HSL	0		0	
Mat	1		0	En boende önskar mer fisk och tycker att maten som serveras idag är dålig, köttet är torrt och fisken likaså. Hon anser även att det serveras alldeles för lite färska grönsaker och för mycket kokta.

Städning	1		0	En anhörig har klagat på städningen på Flora 2, ssk har haft möte med anhöriga och ytterligare ett möte ska hållas då VC deltar. Möte med hela personalgruppen hålls
Information	5		0	Samtliga handlar om att det inte går att komma fram på telefonerna till avdelningar. Finns inget att göra då Telia är dom som måste felsöka och rätta till. Problemet är löst
Övrigt (kopplat till pandemin)	5			<p>En anhörig till en avliden boende på Freja är mkt missnöjd med tiden på St Anna och anser att verksamheten har bidragit till hennes makes död då smitta kommit in. Detta ärende är lämnat till OC. Efter granskning av journalföring etcetera så anser vi att inga fel har begåtts. Ingen utredning startade då det inte fanns grund</p> <p>En anhörig tycker att tiderna för besök är för få. Hon tycker att det är mkt dåligt att vi inte erbjuder besök under helgerna. Agerar ej vidare på detta utan har informerat om att vi har lägre bemanning på helgerna och att vi vidtagit försiktighetsåtgärder pga. rådande omständigheter</p> <p>Anhörig klagat på att hon inte får komma och gå som hon vill, hon vill till och med flytta mamma 93 år till Betelhemmet vilket är mkt tråkigt då mamman trivs ypperligt på St Anna. Efter en månad med diskussioner ändrar sig dottern och mamma får bo kvar. Mamman vårdas i livets slut och den anhörige är efter dödsfallet mycket nöjd med vårdtiden</p> <p>En anhörig anser att det är orimligt att hon inte får ta en promenad med sin 98-åriga mamma. Detta var under det regeringsbeslutade besöksförbudet. Vi kommer till en överenskommelse om att hon får ta en promenad under förutsättning att hon använder sig av visir och medhavt munskydd. Detta godtas av anhörig</p> <p>En anhörig har varit väldigt arg på både omvårdnadspersonal och samordnare då vi inte bokar besök på helgerna. Hon är väldigt otrevlig i sin framtoning, samtal hölls med henne om våra rutiner. Anhörig har slutligen förstått att restriktionerna är till för att skydda de boende på St Anna</p>

---

## Händelser och vårdskador

Under året har en lex Sarahutredning gjorts. Nedan följer en åtgärdsplan för händelsen som inträffade i november.

Identifierad risk/orsak till händelsen	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Uppföljning
Okunskap gällande tecken på smärta	utbildning Abby Pain Scale	OAS och VC	maj 2021	juni 2021
Dålig tillgång till dokumentationssystem och därför svag dokumentation av händelsen	Samtal och försök till lösningar på problem med Procapita hålls i dagsläget mellan IT på A&O och Nyköpings Kommuns IT-enhet	VC+ uppdragsgivare	snarast	mars 2021
Lång tid innan jour kom till avdelning för åtgärd	svårt att åtgärda då kommunens journalsjuksköterskor har ett mycket stort område att täcka, extra drabbat under Covid-19-utbrott på äldreboende i kommunen	uppdragsgivare	2021	dec 2021
Rapportering till jour har ej skett enligt SBAR	implementera SBAR hos all OVP	OAS	första halvan av 2021	december 2021

*Allvarlighetsgrad 1-4: 3*

*Sannolikhet för inträffande/förekomst/vanlighet 1-4: 1*

*Utredarens kommentar: Bedömer risken för upprepad händelse som låg. Reflektioner och upprepade samtal om händelsen har varit många. Samtliga har vid APT gått igenom rutinerna för lex Sarah och lex Maria och uppdaterat kunskaperna.*

## Risakanalys

Under 2020 fokuserade vi på risker kopplat till följande punkter:

- Smittspridning
- Fall
- Trycksår
- Undernäring
- Social dokumentation

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Trots att vi tidigt under våren drabbades av Covid-19 på Freja har vi resterande året varit smitt-

---

fria där och på Flora har vi inte haft några konstaterade fall av Covid-19.

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

Vi har som beskrivits ovan haft stora problem med åtkomst till Procapita och jobbar hårt för att förbättra den sociala dokumentationen. Vi har haft som målsättning att samtlig personal ska dokumentera och alla boende ska få sina genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning samt kontinuerligt minst var sjätte månad eller oftare vid behov. Detta är något vi diskuterat flitigt på APT, dock har pandemin tagit fokus då de flesta rutiner har handlat om smittskydd och hygienrutiner under året. Vi kommer att fortsätta arbetet med dokumentation under 2021.

I november hade vi en händelse som utreddes enligt lex Sarah enligt företagets rutin. Då vi skapat handlingsplan för att undvika liknande händelser bedöms risken för upprepning minimal.

## Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål finns att läsa i bifogad kompetensutvecklingsplan.

- Minska antalet läkemedelsavvikelser med 50% jämfört med 2020. Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument ska vi arbeta aktivt för att minska antalet boende som inte får ordinerade läkemedel. Vi strävar emot noll avvikelser för uteblivet eller ej signerat läkemedel för året
- Under augusti till oktober 2021 kommer ett tätt samarbete med TENA att ske. Målsättningen är att alla boende ska få de bästa inkontinenshjälpmedelen för just dom. Läckagemätningar, utprovning och uppföljning kommer att ske inom ovanstående tidsram
- Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård.
- Delaktighet och en meningsfull vardag för alla boende genom att individanpassa dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner.
- Fokus kommer också att läggas på området kost. Vi kommer att fokusera på måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men kommer att utökas under 2021.
- Utbildning BPSD
- Förbättrad hantering av avvikelser genom att följa upp samtliga händelser

---

## **Bilagor**

Bilaga 1 - Sammanställning avvikelser 2020

Bilaga 2 – kompetensutvecklingsplan HSL 2021