

# KALLELSE TILL VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS SAMMANTRÄDE

**Torsdagen den 21 april 2022 klockan 13:30  
i Stadshuset Sal A**

**Sammanträdet är öppet för allmänheten**

**Gruppmöten: 12.30-13.30**

S-, C- och MP-grupp: A-salen

M-, KD- och L-grupp: B-salen

SD-grupp: Översikten

V-grupp: Avsikten

## Informationsärenden

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 1 | Information om Översiktsplan 2040        | Per Skyllberg                      |
| 2 | Information om Nyköpings hemtjänstmodell | Lina Eklund,<br>Susanne<br>Svenman |
| 3 | Information om Lex Sarah                 | Felicia<br>Brännlund               |
| 4 | Lägesrapport                             | Jan Holmlund                       |

## Beslutsärenden

- |   |   |          |
|---|---|----------|
| 1 | 2021 års patientsäkerhetsberättelser  | VON22/13 |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Patientsäkerhetsberättelse (Sammanställning och bedömning)</li><li>- Rapport: Division Social Omsorg</li></ul> |          |

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport: St Anna</li> <li>- Rapport: Björkgården</li> <li>- Rapport: Riggargatan</li> <li>- Rapport: Betelhemmet</li> </ul>	
2	<p>Rapport om målet att varje hemtjänstkund ska ha beslut som speglar behovet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport</li> </ul>	VON21/105
3	<p>Målrapporering - Fokus på förebyggande och rehabiliterande arbete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport</li> </ul>	VON21/105
4	<p>Rapport över möjliga hemflyttningsmöjligheter inom funktionsstödsomsorgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport</li> </ul>	VON21/39
5	<p>Rapport över åtgärder efter nämndens tillsyner inom funktionsstödsomsorgen hösten 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport</li> </ul>	VON21/69
6	<p>Ekonomisk uppföljning efter februari 2022, Vård- och omsorgsnämnden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dagordning</li> <li>- Uppföljningsrapport</li> </ul>	VON22/2
7	<p>Satsning på rehab-verksamheten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Bilaga</li> </ul>	VON22/40

8	<p>Ändring av ersättningsbeloppen inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) i hemtjänsten från och med 2022-06-01</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Bilaga</li> </ul>	VON22/33
9	<p>Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Förslag: Förfrågningsunderlag</li> </ul>	VON22/38
10	<p>Återrapportering av 2021 års statsbidrag för habiliteringsersättning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Återrapport</li> </ul>	VON21/49
11	<p>Återrapportering av 2021 års statsbidrag för Äldreomsorgslyftet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Återrapport</li> </ul>	VON21/46
12	<p>Återrapportering av 2021 års statsbidrag för främjande av ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Återrapport</li> </ul>	VON21/104
13	<p>Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON22/20
14	<p>Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON22/26

- |    |   |           |
|----|---|-----------|
| 15 | Rekvirering av statsbidrag för habiliterings-ersättning 2022<br>- Tjänsteskrivelse                            | VON22/39  |
| 16 | Förändrad representation i budgetgruppen, Vård-och omsorgsnämnden, till och med år 2022<br>- Tjänsteskrivelse | VON18/117 |
| 17 | Delegationsärenden<br>- Förteckning över anmälda delegationsbeslut  | VON21/4   |
| 18 | Anmälningsärenden<br>- Förteckning över inkomna anmälningsärenden   | VON21/1   |

Carina Wallin  
Ordförande

Johanna Sterner  
Sekreterare

## **VON § 2021 års patientsäkerhetsberättelser**

### **Diarienummer: VON22/13**

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS har nu granskat 2021 års patientsäkerhetsberättelser från Division Social omsorg (DSO), Ansvar & omsorg samt Betelhemmet och kan konstatera att de privata utförarna redovisar ett strukturerat patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Patientsäkerhetsberättelsen från DSO uppvisar dock i stort sett samma brister som tidigare år. Man redogör dock för en rad åtgärder som man planerar att vidta under 2022. Det framgår däremot inte hur dessa åtgärder kommer att påverka patientsäkerheten - vilka effekter man förväntar sig av dem. MAS's slutsats är att patientsäkerheten är tryggad hos de privata utförarna, men att det är svårt att dra några slutsatser om patientsäkerheten i DSO:s verksamheter, utifrån den minimala redovisningen.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen över 2021 års patientsäkerhetsberättelser, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-08
- 2) **att** uppdra åt Division Social Omsorg att till nämndens sammanträde i september inkomma med en skriftlig rapport över hur de planerade åtgärderna förväntas påverka patientsäkerheten.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg  
Ansvar & omsorg  
Betelhemmet

Vård- och omsorgsnämnden

## 2021 års patientsäkerhetsberättelser

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS har nu granskat 2021 års patientsäkerhetsberättelser från Division Social omsorg (DSO), Ansvar & omsorg samt Betelhemmet och kan konstatera att de privata utförarna redovisar ett strukturerat patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Patientsäkerhetsberättelsen från DSO uppvisar dock i stort sett samma brister som tidigare år. Man redogör dock för en rad åtgärder som man planerar att vidta under 2022. Det framgår däremot inte hur dessa åtgärder kommer att påverka patientsäkerheten - vilka effekter man förväntar sig av dem. MAS's slutsats är att patientsäkerheten är tryggad hos de privata utförarna, men att det är svårt att dra några slutsatser om patientsäkerheten i DSO:s verksamheter, utifrån den minimala redovisningen.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen över 2021 års patientsäkerhetsberättelser, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-08.
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i september inkomma med en skriftlig rapport över hur de planerade åtgärderna förväntas påverka patientsäkerheten.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Division Social omsorg  
Ansvar & omsorg  
Betelhemmet

## Rapport – Patientsäkerhetsberättelser 2021

### Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (PSL 2010:659). PSB är en del av det kvalitetsledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för den som vill ta del av den, redovisa strategier, mål, resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten och även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. Den ska beskriva hur verksamheten har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Där ska även finnas en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

2020 publicerade Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024", där visionen är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar fram:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder. Fokusområdena är:

- Ökad kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärkt analys, lärande och utveckling
- Ökad riskmedvetenhet och beredskap



Inom varje fokusområde finns förklaring och motivering, syfte och exempel på vad som behöver säkerställas av vårdgivare.

Det förebyggande arbetet ska få genomslag. Centralt är att arbeta riskmedvetet och förebyggande med det yttersta syftet att vårdskador aldrig inträffar. Genom detta kan vi närma oss de två perspektiven frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.



Figur 1. Illustration av handlingsplanens fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden.

[Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Sveriges kommuner och regioner (SKR), har utkommit med en ny mall som stöd för PSB. Den är framtagen för att PSB ska stämma överens med den nationella handlingsplanen. Mallen är ett stöd i arbetet med patientsäkerhet och kan användas av alla vårdgivare oavsett storlek.

## **Kommentarer**

### **Betelhemmet**

Betelhemmets PSB ger en utförlig beskrivning över verksamheten i sin helhet och hur boendes behov ombesörjs dygnets alla timmar. Berättelsen följer mallen och det är lätt att följa processerna. Där finns tydliga beskrivningar av analyser, åtgärder och uppföljningar. Där påvisas ett helhetstänk utifrån individens delaktighet, personalens arbetssätt och hur verksamheten åtgärdar samt implementerar förhållningsätt, kontinuitet och uppföljning. Man arbetar proaktivt och tyckts gör förändringar löpande utifrån patientperspektivet. Låg personalomsättning ger stabilitet till verksamheten och medvetna rutiner för nyanställning säkerställer ett upprätthållande av patientsäkerheten.

### **Ansvar och Omsorg (AoO)**

PSB påvisar en engagerad ledning på alla tre boenden. Den beskriver överskådligt och strukturerat arbetet ur olika perspektiv för att påvisa hur olika faktorer påverkar hela dygnet. S:t Annas beskrivning över verksamhetens informationssäkerhet innefattar en detaljnivå av särklass.

Utav de tre patientsäkerhetsberättelserna ger S:t Annas beskrivning en tydligare förståelse om hur vardagen i verksamheten ser ut. Samtliga berättelser har delar som kunde ha utvecklats ytterligare, utöver nuvarande punktform. Vissa analyser är otydliga med ett ofullständigt resonemang.

Verksamheterna lyfter de boendes roll och delaktighet/påverkan på omvårdnaden. Redovisningen bär med sig patientperspektivet genomgående och understryker omvårdnadspersonalens, liksom arbetsmiljöns roll för genomförandet av god vård. Även team-samarbetets betydelse framhävs på ett beskrivande sätt, vilket påvisas genom kompetensförsörjningsplan.

### **Division Social Omsorg (DSO)**

DSO:s PSB innefattar flera beskrivande delar, där verksamheten lyfter fram samt identifierar åtskilliga aspekter berörande patientsäkerhet som har utvecklingspotential. Mallen följs, men många stycken skulle kunna utvecklas ytterligare, då informationen blir bristfällig för att ge en övergripande insyn i verksamheternas alla delar.

Det framkommer tydligt att verksamheten berörs av omfattande förändringar och vissa av dessa presenteras mer generellt än specifikt. Berättelsens huvudfokus ligger på det patientsäkerhetsarbete som ska ske 2022, snarare än att beskriva vad som gjorts under 2021. Analysunderlag som motiverar insatser och förändringar saknas. Patientperspektivet tycks ligga sekundärt i omorganiseringen. Likaså uppstår frågetecken runt medarbetarnas inblandning och möjlighet till påverkan i säkerställandet av "god vård".

### **Bedömning**

Den nya PSB-mallen ger läsaren en standardiserad grund som är jämförbar och

koncentrerar sig på hur verksamheterna genomför det strukturerade patient-säkerhetsarbetet. Detta gör PSB lättläst, informativ och konstruktiv. Mallen är tydlig i beskrivningarna om vilken redovisning som efterfrågas och ger en bild av hur den nationella visionen om ökad patientsäkerhet kan uppnås. Mallen påvisar även vikten av att alla, från ledningsstruktur till enskild individ, behöver samarbeta för att uppnå ett beständigt resultat.

En kortare beskrivning av den egna verksamheten under inledningen i PSB underlättar för läsaren att förstå innehållet bättre. Beskrivningar av exempelvis storlek på verksamheten, antal patienter/boende och personal, skulle ge läsaren något att förhålla sig till och kunna ta ställning till innebörden i redovisningarna. Förhoppningsvis innefattas detta utförligare i nästa års PSB från samtliga utförare.

Betelhemmet visar att mindre enheter kan ha en tydligt strukturerad verksamhet med patientsäkerhet i fokus, dygnet runt. Beskrivningar, analyser och uppföljningar är grundade i alla led, med individen/patienten som huvudaktör. Betelhemmets PSB är ett gott exempel på en detaljnivå som ger insikt i verksamheten. Den är informativ och påvisar tydligt huvuduppdraget - att vårda och värna våra äldre.

Ansvar & omsorgs tre PSB påvisar också adekvata beskrivningar av det strukturerade patientsäkerhetsarbetet under hela året. Tabellerna gör det lätt för läsaren att följa processerna. Det finns en engagerad ledning som på ett överskådligt sätt beskriver verksamheten med bra jämförelser. Här behövs endast mindre justeringar och förtydliganden till nästkommande PSB för att läsaren ska få en bättre helhetsbild.

IT- och siths-problemen som alla privata utförare lyfter, innebär patientsäkerhetsrisker. Att inte ha tillgång till eller kunna dokumentera i patientjournal kan leda till att misstag kan ske, med vårdskada som följd. Även de privata utförarna ska kunna utföra arbetet på lika villkor och genomföra lika vård till alla individer/patienter. Kommundatorer med vissa tillgångsbegränsningar till de privata utförarna, åtminstone till legitimerad personal, skulle kunna säkerställa tillgång till journal, men det behöver kanske regleras i avtal.

Det är positivt att DSO har identifierat många processer som inte har fungerat i verksamheten och som nu ska åtgärdas under 2022. PSB har beskrivningar på strukturnivå, vad verksamheten är skyldig att göra enligt lagar, förordningar och riktlinjer, men den skildrar inte hur verksamheten har bedrivits under 2021. Det blir också svårt att utröna varför just de beskrivna åtgärderna som ska vidtas 2022 kommer att säkerställa patientsäkerheten eller hur de ska gagna individen/patienten, eftersom de inte förankras. Individens/patientens behov lyfts inte fram i den nya organisationen eftersom den endast beskrivs på övergripande ledningsnivå. Att man ser över organisationen är till godo, men hur samverkar hälso-och sjukvården över alla verksamhetsdelarna?

DSO's PSB lämnar läsaren med många frågor obesvarade, eftersom vissa redovisningar, förtydliganden och analyser saknas. Exempelvis finns inte dygnet-runt-aspekten alls. Detsamma gäller olika verksamhetsbehov utifrån patientperspektivet, kompetensförsörjning på alla nivåer, uppföljningar och hur man blir en lärande organisation. En redovisning av hur DSO arbetar med att bli en attraktiv arbetsgivare för att bibehålla kompetens och få kontinuitet saknas. Likaså saknas analys över den ekonomiska konsekvensen och den ökade patientsäkerhetsrisken som inhyrd personal innebär i förhållande till medveten kompetensförsörjning.

Det har varit organisatoriska förändringar under 2021 som har påverkat patienter, såsom nedläggningen av Sörgården. Dessa uppföljningar borde ha redovisats i PSB - hur patientförflyttningar säkerställts, risken för vårdskador, läkarmedverkan mm. Hur pandemin påverkat individerna/patienterna i vardagen i verksamheterna framkommer inte. Anhörigstödet varande och genomförande hade varit intressant att få läsa om.

Funktionsstödsomsorgen (FSO) nämns endast på få ställen och en beskrivning av verksamheten i sin helhet och hur hälso-och sjukvården bedrivs och samverkar, saknas. Kvalitetsutvecklare har tilldelats till särskilda boenden för äldre och hemtjänst. Detsamma skulle behövas för hälso-och sjukvården som stöd-funktion till dess chefer och legitimerad personal för att säkerställa säker vård med HSL som lagrum.

Gemensam nämnare för årets PSB är att den psykiska hälsan eller ohälsan hos boende/patient inte belyses i den omfattning som skulle kunna förväntas, särskilt efter den isolering, rutinförändringar, rädsla och sjukdom som pandemin inneburit. Analyser, beskrivning av suicidpreventionsarbetet och synen på hela människan borde funnits med.

Privata utförare lämnar in en PSB från varje enhet och DSO endast en för hela verksamheten. DSO bör till nästa år ställa samman en PSB för varje verksamhetsområde.

## **Slutsats**

De privata utförarna redovisar ett strukturerat patientsäkerhetsarbete under hela 2021 på alla nivåer i sina PSB.

DSO behöver göra en klar och tydlig redovisning för alla sina verksamhetsdelar där Hälso-och Sjukvård bedrivs. Man behöver också specificera hur patientsäkerhetsarbetet utifrån nationella handlingsplanen har implementerats och vilka resultat som finns i hela verksamheten. Organisationens verksamheter ska beskrivas utifrån antal enheter, antal personal, patientgrupper med mera. Samma brister kvarstår som tidigare påtalats i MAS's rapporter. Inga förbättringar har skett i redovisningen.

Patientsäkerheten är tryggad hos de privata utförarna. Däremot är svårt att dra några slutsatser om patientsäkerheten i DSO:s verksamheter, utifrån den minimala redovisningen.

*Medicinsk ansvarig sjuksköterska*

*Tarja Viitanen*

# Patientsäkerhetsberättelse för Division social omsorg 2021



2021-02-28  
Mattias Carlsson  
Verksamhetschef

Upprättad av kvaitetsutvecklare: Anna Andmarken  
Mia Kihlstrand

## Inledning

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

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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



Källa:

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

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

## Innehåll

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



# SAMMANFATTNING AV PATIENTSÄKERHETSARBETET 2021

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

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

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

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

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

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### Övergripande mål och strategier

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

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

En vårdgivares ansvar omfattar även att:

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

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



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

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

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

## Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

**Verksamhetsstrateger äldreomsorgen-** under utveckling i den nya organisationen 2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Organisationens verksamheter

### Verksamheter inom funktionsstödsomsorgen

Fördelning av brukare per verksamhet:

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

### Verksamheter inom äldreomsorgen

Fördelning av brukare per verksamhet:

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

### Hemsjukvård

Äldre- och funktionsstödsomsorg 439 personer

*Uppgifter inhämtade december 2021*

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

## Övergripande samverkan

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

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

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

### **Samverkansavtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård**

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

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

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

### **Samverkan inom divisionens verksamhetsområden**

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

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

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

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

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

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

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

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

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

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

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

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

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

## Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

## En god säkerhetskultur

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

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

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

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

SKR förespråkar två dialogverktyg i förbättringsarbetet



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

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

## Adekvat kunskap och kompetens

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

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



### Vidareutbildning

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

Under 2021 har:

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

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

### Kompetensutveckling

#### Dokumentation

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



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

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

## **Utbildning i BPSD**

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

## **Personalplanering**

### **Bemanningsenhet**

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

### **Närvarande ledarskap**

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

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

## **Patienten som medskapare**

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

### **Patienters delaktighet i vården**

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



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

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

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

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

## **Anhörigmedverkan**

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

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

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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



## Egenkontroller

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

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

## Basala hygienregler

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

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

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

## Delegeringsriktlinje

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

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

## Journalgranskning

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

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

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

## Nationella kvalitetsregister

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

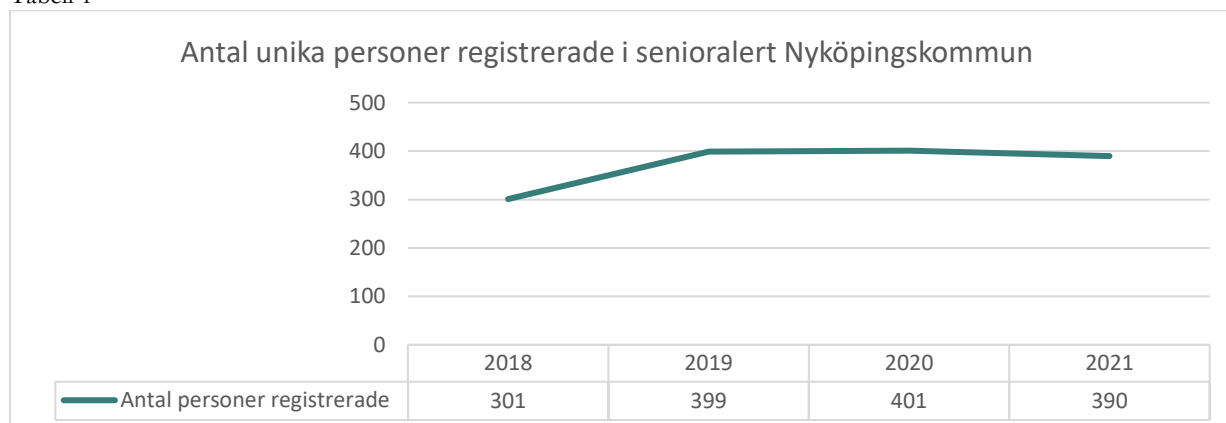
I internkontrollen som nämnden genomförde 2021 visades stora brister i arbetet med att implementera arbetet med BPSD på särskilda boenden för äldre. Under 2021 påbörjades arbetet med att öka samverkan mellan resursteamet demens och verksamheterna. Bland annat genom att resursteamet har fått en sammanhållande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

## Senioralert

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

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

Tabell 1



Källa: Senioralert

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

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

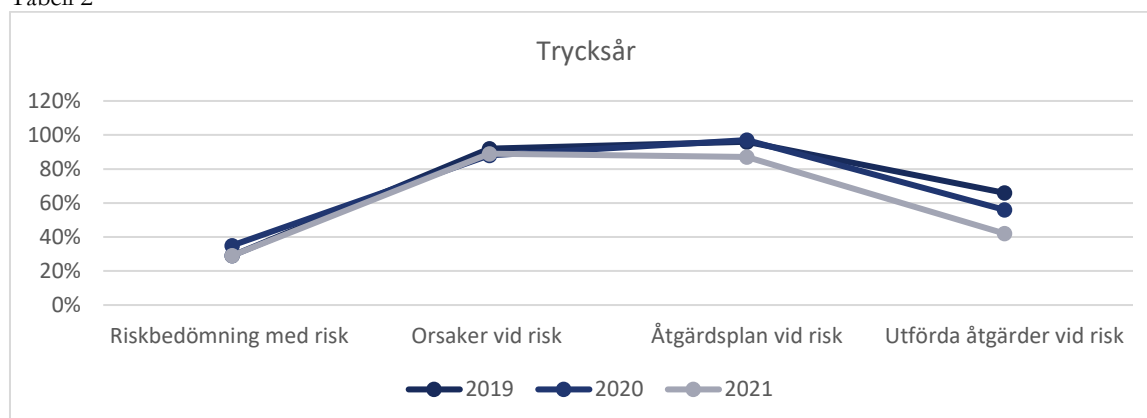
- Trycksår
- Fall
- Undernäring

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

### Trycksår

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

Tabell 2



Källa: Senioralert

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

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

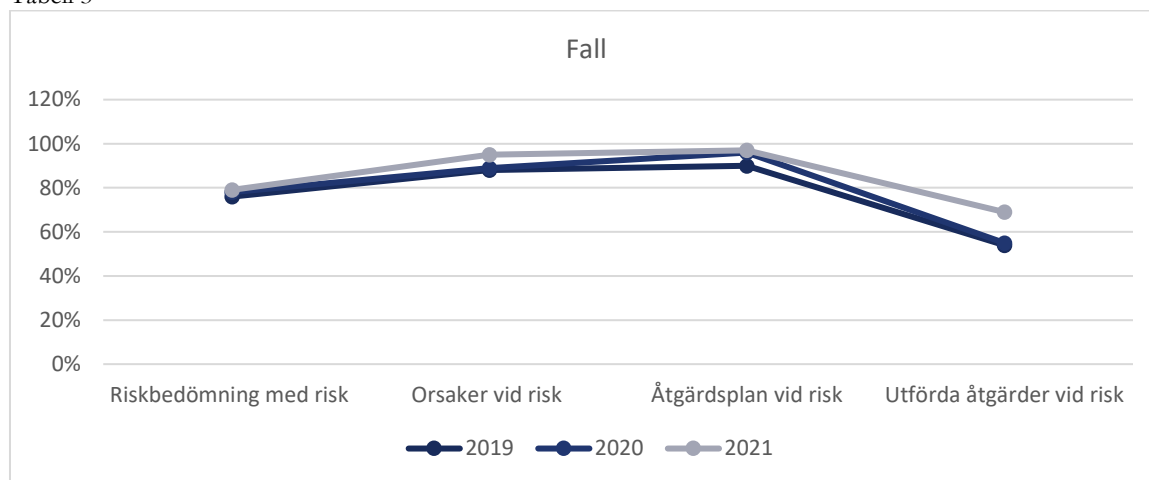
### Resultatet har inte analyserats

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

## Fall

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

Tabell 3



Källa: Senioralert

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

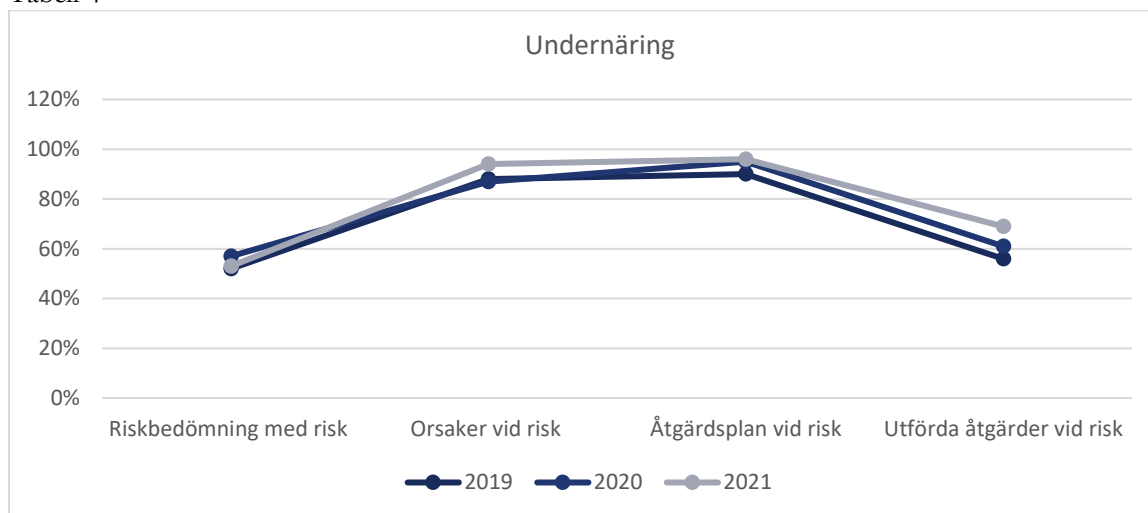
### Resultatet har inte analyserats

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

## Undernäring

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

Tabell 4



Källa: Senioralert

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

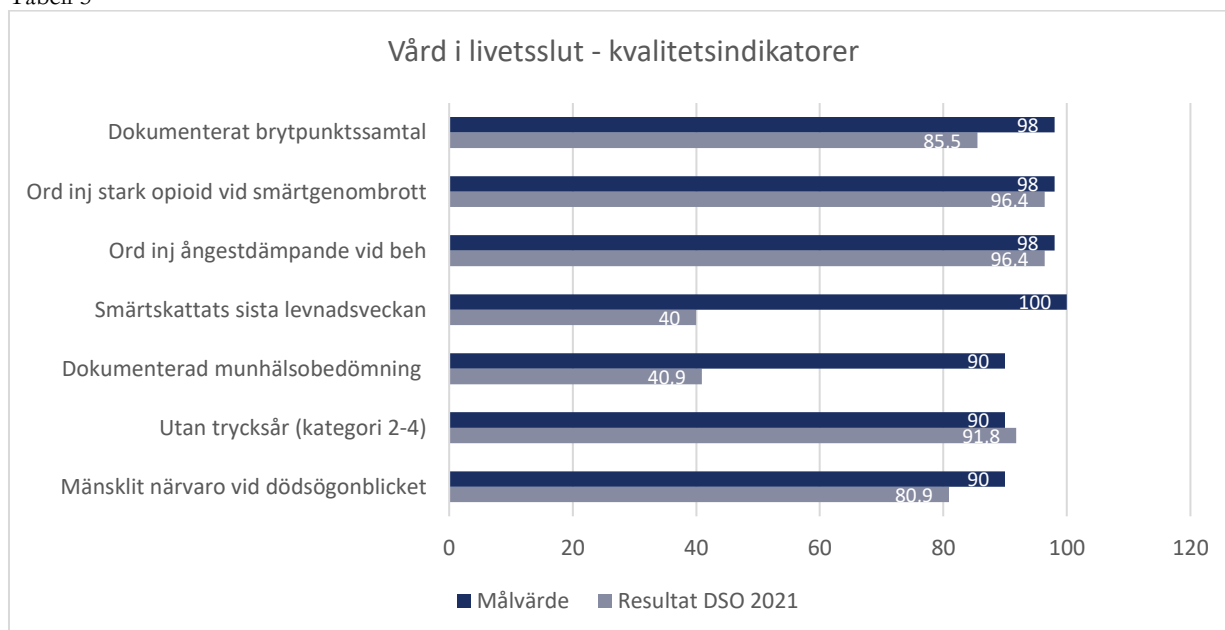
**Analys av resultat:** Det finns ett preventivt arbete i samverkan med sjuksköterska kring undernäring på enhetsnivå där bland annat måltidsordningen under dygnet ses över för att korta nattfastan. Det i kombination med viktkontroller kan vara orsaken till ökningen av att åtgärder vidtas och följs upp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

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

### Palliativa registret

Jämförelse mellan kvalitetsindikatorer 2020 saknas.

Tabell 5



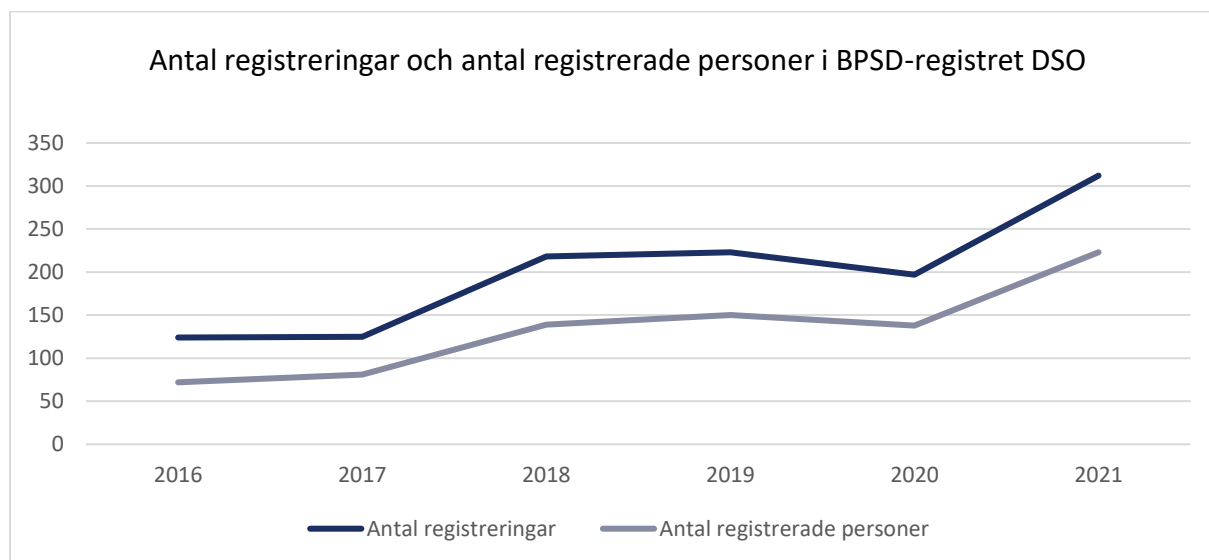
Källa: Palliativa registret

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

## BPSD

**Mål:** Öka antalet registreringar i BPSD

Tabell 6



*Källa: BPSD registret*

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

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

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

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

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



## Riskhantering

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

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

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

## Vårdskador

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

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

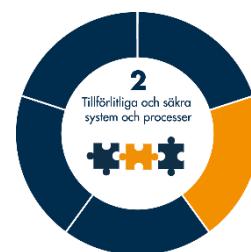


## Tillförlitliga och säkra system och processer

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

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

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



## Säker vård här och nu



### Bemanningsjuksköterskor

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

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

### Hemgångsteam

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

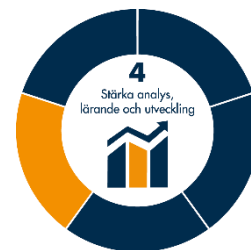
### Trygghetslarm

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

### Covid-19

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

## Stärka analys, lärande och utveckling



### Risakanalyser

SOSFS 2011:9 5 kap.

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

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

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

### Avvikelse

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

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

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

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

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

## Uppföljning av avvikelser 2021

Under 2021 har totalt:

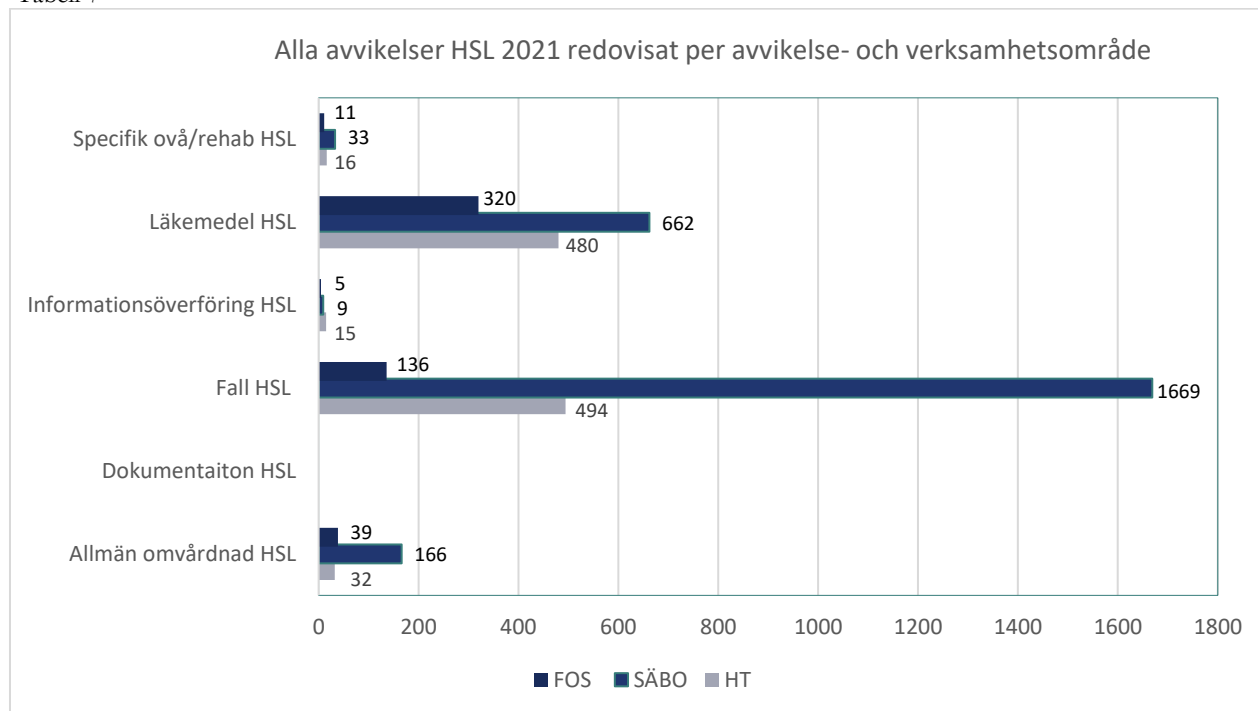
3 588 avvikelser rapporterats inom äldreomsorgen

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

538 inom funktionsstödsomsorgen.

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

Tabell 7



Källa: Verksamhetssystemet Procapita.

## Uppföljning av läkemedelsavvikelser

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

Tabell 8

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

Källa: verksamhetsystemet Procapita

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

### Synpunkter och klagomål

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

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

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

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

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

## **Särskild tillsynsinsats – Inspektionen för vård och omsorg**

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

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2022**

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

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

### **Kvalitetsarbete och kvalitetsledningssystem**

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

### **Hemgångsteam**

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

### **Implementera nya trygghetslarm**

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

### **Kompetensutveckling**

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

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

## Bilaga 1. Sammanställning av egenkontroller 2021

### Tillförlitliga och säkra system och processer

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

### Säker vård här och nu

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

### Stärka analys, lärande och utveckling

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

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



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



# Patientsäkerhetsberättelse för St Anna År 2021



2022-02-21  
Hanna Nyberg  
Diarienummer

## Inledning

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

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

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

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av 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 .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Informationssäkerhet .....	5
Strålskydd.....	5
En god säkerhetskultur .....	6
Adekvat kunskap och kompetens .....	6
Patienten som medskapare .....	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	8
Säker vård här och nu .....	8
Riskhantering .....	8
Stärka analys, lärande och utveckling.....	9
Avvikelse .....	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	9
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	9
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete .....	10
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning .....	11

## SAMMANFATTNING

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

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

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

Tabell 1 visar sammanfattning av målsättningar för 2021

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
BPSD-utbildning för både Flora och Frejas sjuksköterskor samt för minst två medarbetare per arbetsgrupp	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning planeras till år 2022. KU på företaget ska se över vem som ska hålla i utbildningen samt när i tid den kommer att ske. Då VC har haft som målsättning att BPSD-utbildning ska ske under flera år nu anses detta vara av högsta prioritet för att öka patientsäkerheten
Tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser	SSK ansvarar för att följa upp samtliga avvikelser kopplade till HSL inom områdena fall samt läkemedel, VC ansvarar	En tydlig plan finns för vem som ska göra vad. Uppföljning sker på ledningsgruppsmöten varje månad

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
	<p>för att utreda och följa upp de avvikelser som skrivs under allmän omvårdnad HSL och samtliga avvikelser som hamnar under Socialtjänstlagen.</p> <p>Under 2021 har vi inte helt kommit i gång med den tänkta fördelningen. VC har följt upp de flesta avvikelser, oavsett händelse</p>	<p>för att säkerställa att planeringen hålls</p>
<p>Fortsatt utveckling av kunskaper inom inkontinens för omvårdnadspersonal utifrån det arbete som påbörjades 2020</p>	<p>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</p>	<p>Arbetet fortsätter, dock krävs ingen åtgärdsplan för det specifika målet</p>
<p>Patientsäkert larmsystem</p>	<p>Inget nytt larmsystem har installerats under 2021, upphandling pågår i kommunen, denna har dragit ut på tiden</p>	<p>Patientsäkerheten påverkas mycket negativt av ett larmsystem som inte fungerar och som det inte längre går att beställa alla reservdelar till.</p> <p>Enligt plan ska nytt larmsystem installeras under 2022</p>
<p>Minska antalet avvikelser gällande utebliven läkemedelsdos med 50% jämfört med året innan</p>	<p>Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument har vi arbetat aktivt för att minska antalet tillfällen där boende inte får ordinerade läkemedel på utsatt tid. Vi strävar emot</p>	<p>Mål uppnått, en minskning i antalet uteblivna doser med dryga 50%.</p> <p>Ytterligare målsättning om minskning gällande utebliven dos sätts till 2022</p>

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
	<p>att varje år minska antalet och målsättningen för 2021 var att reducera detta med 50%.            Drömnivån är givetvis noll, dock känns det inte rimligt med den teknik som vi idag har tillgång till, eventuellt möjligt om läkemedelssigenering hade varit digital och påminnelser hade gått ut för att indikera att läkemedel ej givits i korrekt tid</p>	
<p>Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård</p>	<p>Upplever att St Anna har förhållandevis hög kompetens för att ge god vård i livets slutskede, dock finns områden där vi behöver mer kunskaper. Genom att planera för nätverksträffar för palliativombud på våra tre Nyköpingsenheter skapar vi ett större diskussionsrum och har bättre möjlighet att lära av varandra, ta fram goda exempel och skapa tydliga rutiner som är välfungerande i samtliga verksamheter</p>	<p>Satsningen som skulle ha genomförts gällande nätverk för palliativombud har inte skett under 2021, däremot är planeringen för 2022 tydlig och klar på den punkten. Målsättningen tas alltså vidare till 2022</p>
<p>Delaktighet och en aktiv, meningsfull vardag för alla boende</p>	<p>Individanpassade dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner. Detta var planen, vi har kommit långt men har en bra bit kvar innan vi når målsättningen.</p>	<p>Vi har en tydlig förbättring i antalet utförda aktiviteter och till stor del bra och tydliga genomförandeplaner där individens önskemål framkommer. Dock har vi några steg kvar innan vi kan sälla oss till gruppen "nöjda med resultatet". Jag är däremot nöjd med utvecklingen hittills. Målsättningen tas vidare till 2022.</p>
<p>Förbättra kost och måltidssituationen för</p>	<p>Fokus har legat på området kost. Vi har fokuserat på</p>	<p>Vi har haft ett pågående arbete med fokus på kost och måltider under året.</p>

Målsättning 2021	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
alla boende	måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men har utökats under 2021.	Under sommarens semesterperioder stänge tillagningsköket, något som inte inträffat förut. Detta resulterade i att vi i stället fick en helkonceptlösning med levererad mat från extern leverantör. Nöjdheten med denna mat var mycket låg och enormt många klagomål och synpunkter inkom. Läs mer om detta i tabell 11.  Om vi bortser från sommaren och fokuserar på resterande delen av året anser jag att vi fått högre nöjdhet på både kost och måltidssituationer. Vi kommer fortsätta arbetet under 2022 och absolut inte använda någon extern leverantör under semestern.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

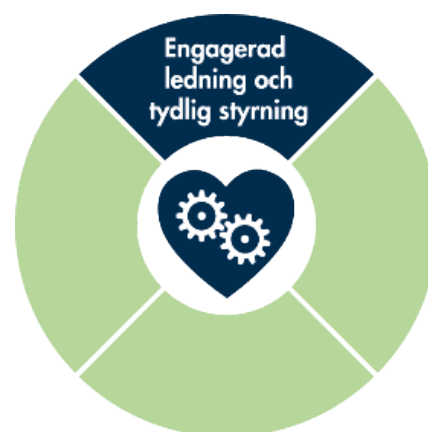
Ansvar och Omsorg AB (A&O:s) förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys, resultat samt uppföljning av resultat. A&O arbetar utifrån det nationella ramverket för patientsäkerhet som SKR tagit fram tillsammans med representanter från 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>	Samtlig personal har behörighet att dokumentera i Procapita. SITHS-kort krävs för inloggning och beställs vid anställningens början. Tid för dokumentation finns avsatt i en nyligen framtagna dagplaneringsmall för att säkerställa att omvårdnadspersonal	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

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
	<p><i>Planering</i></p> <p><i>Genomförande</i></p> <p><i>Utvärdering</i></p>	<p>arbetar enligt gällande lagstiftning</p>	<p>nyanställs också personal men då finns ingen möjlighet att hämta ut SITHS-kort då det är semesterstängt. Det skapar brister i dokumentation, leder till irritation hos personal och gör att vissa händelser helt enkelt inte journalförs enligt gällande lagstiftning. En förändring gällande privata utförares ökade möjligheter till dokumentation är ett måste, oavsett hos vem ansvaret ligger</p>
<p>Patientsäkert larmsystem</p>	<p>Dagens installerade trygghetslarm är baserat på en gammal teknik, larmupphandling pågår och målet är ett långt mer patientsäkert system än dagens</p>	<p>Inget nytt larmsystem har installerats under 2021, upphandling pågår i kommunen, denna har dragit ut på tiden.</p>	<p>Patientsäkerheten påverkas mycket negativt av ett larmsystem som inte fungerar och som det inte längre går att beställa alla reservdelar till.</p> <p>Det är av stor vikt att nytt, långt mer patientsäkert, larm installeras där vi kan dra nytta av den enorma välfärdsteknologi som finns på marknaden.</p>
<p>Arbeta aktivt i kvalitetsregister</p>	<p>Palliativa registret: Alla som avlider på verksamheten ska registreras</p>	<p>Ju fler på avdelningen som deltar i varje skattning desto bättre. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att registreringar görs</p>	<p>Registreringar är delvis utförda, dock utförs registreringarna till största delen av OAS, OVP behöver bli mer delaktiga för att få en bättre bild över det palliativa vårdandet. Registreringar</p>

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
		och att det palliativa arbetet går framåt	<p>har prioriterats bort under sommaren vid byte av sjuksköterska på Flora. Detta är på inget sätt försvarbart då det leder till en missvisande statistik och minska möjligheterna att mäta verksamhetsspecifika framsteg.</p> <p>Registreringar i Palliativa registret har prioriterats bort och det är nu för sent att efterregistrera. Rutinerna skärps och VC kommer att göra tätare stickkontroller utöver att det tas upp på månatliga ledningsgruppsmöten</p>
	Senior Alert: Samtliga boende ska skattas i Senior Alert. För boende som inte samtycker till registrering i registret ska samma arbetsmetod användas, dock ska själva registreringen inte göras	Vid uppmärksammade risker upprättas vårdplaner. Dessa följs upp vid hälsokonferenser samt vid ev förändring av hälsohinder	Gott samarbete med OVP vid viktkontroller, falldiskussioner och åtgärdsplanering. Tyvärr har uppföljningar och skattningar av nyinflyttade boende inte fungerat efter sommaren då den stolvåg som finns på Freja har varit ur funktion. Är nu åtgärdat och OAS på Freja jobbar i kapp med de uppföljningar som släpat
	BPSD: Samtliga boende med	I dagsläget finns inga utbildade inom BPSD, utbildning	Ingen utbildning eller pågående arbete med BPSD. Målsättningen tas

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
	demensdiagnos ska skattas enligt BPSD	har efterfrågats, och även planerats, under flera år. Dock har pandemin och medföljande lagar och riktlinjer satt käppar i hjulen för detta	med till 2022 och kommer att ha högsta prioritering
Upprätta vårdplaner efter boendes behov	Arbeta aktivt med att upprätta, följa upp och utvärdera vårdplaner utifrån boendens behov	Varje boende har bedömts av OAS, OVP och paramedicinsk personal enligt gällande riktlinjer och vårdplaner upprättas för hälsohinder	Vårdplaner skapas och följs upp kontinuerligt. Förbättring krävs när det gäller att dokumentera i en vårdplan, detta bör vara ett fokusområde för kommande verksamhetsår då främst för OVP
Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr journalføring inom hälso- och sjukvård	Säker journalføring enligt gällande riktlinjer	Journalgranskning enligt riktlinjer från uppdragsgivare är utförd utan anmärkningar	Journalgranskningar utförda. Loggkontroller gjorda utan anmärkning Systematiskt utförda analyser för avvikelser med orsakssamband och åtgärdsplanering
Verksamheten ska inte ha några vårdskadeavvikelse	Belysa riskerna för att avvikelser kopplat till hälso- och sjukvård kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde	Diskussion under APT vår och höst om händelser som potentiellt sett kan leda till vårdskador. Grupperna diskuterar och skriver samtidigt under nya blanketter gällande anmälningsplikt för	Inga vårdskadeavvikelse under 2021. Vi fortsätter att belysa vikten av att undvika vårdskador. Diskussioner kommer att fortsätta och aktuella händelser på andra verksamheter kommer att tas upp för att tydliggöra hur lätt dessa kan inträffa och att det

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
		<p>händelser som har, eller kunde ha, lett till vårdskador. Mycket intressanta och givande diskussioner med bra insikter, goda kunskaper och kritiskt granskande av det dagliga omvårdnadsarbetet</p>	<p>inte alltid sker med ont uppsåt utan snarare utan sådant i de allra flesta fall...den mänskliga faktorn är icke att förringa när det gäller vårdskador eller missförhållanden inom vård och omsorg</p>
Säker läkemedels- och narkotikahantering	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker hantering av samtliga läkemedel	<p>Månatlig kontroll av narkotikaklassade preparat, inget svinn</p> <p>Årlig apoteksgranskning</p> <p>Genomgång av rutin för hantering av läkemedel</p> <p>Årlig PSB</p>	<p>Verksamheten har en välfungerande rutin som också efterlevs. Den har även uppdaterats utifrån företagets mallar för att få bättre jämförelsemöjligheter. Tyvärr är vissa punkter i den företagsövergripande rutinen inte applicerbara i vår verksamhet och den upplevs något rörig. Dock finns den och är anpassad så långt det går.</p> <p>Under hösten 2021 har apoteksgranskning utförts, denna gång av Kronans Apotek. Granskningen resulterade inte i några värre anmärkningar utan visade att St Anna har goda rutiner som efterlevs inom området</p>

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
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, framför 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*

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

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

### Ägare

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

## **Styrelse och företagsledning**

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

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

## **Verksamhetschef**

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

## **Hälso- och sjukvårdspersonal**

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

## **Omvårdnadspersonal**

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

## **Ledningssystem**

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

VC fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet och ansvarar för att arbetet följs upp kontinuerligt. Allt förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O. Arbetsverktyget gör det lätt att få mätbara och jämförbara resultat. Vi ser en tydlighet, vår målsättning, kan utföra en bra uppföljning samt utvärdera effekt. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplanen.

## **Verksamhet St Anna**

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

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

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

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:94 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

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

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

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



Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

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

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

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

- God kontakt med smittskydd och vårdhygien
- Följsamhet av riktlinjer från Region Sörmland och Nyköping Kommun
- Vaccinationer för att minska smittspridning
- SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och överrapportering
- SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region Sörmland
- Samverkan fotvårdsspecialist
- Webbutbildningar
- Insatser av paramedicinska professioner via Kommunrehab

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden såsom hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Denna gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om denne själv har lämnat samtycke. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter ska klippas bort, tejpas över eller 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 jouren är inkopplad

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

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

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är att verksamheten genomsyras av en god säkerhetskultur. I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur, som också bidrar till ett lärande, arbetar A&O med att varje enhet ska ha lokala kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och ska innehålla representanter av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder.

Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar. I syfte att skapa dialog och ökad medvetenhet kring säkerhetskultur utgår A&O från säkerhetskulturtrappan från A till E som finns tillgänglig via SKR.



Tabell 3; verksamhetens systematiska arbete gällande säkerhetskultur

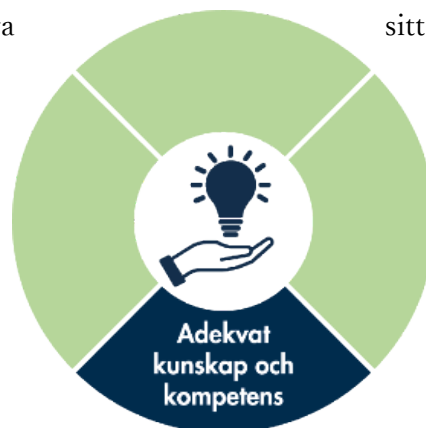
Verksamhetens målsättning för en god säkerhetskultur	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Värna om medarbetarnas hälsa och välmående på arbetsplatsen	Identifiera olika mått på medarbetares fysiska såväl som psykiska mående	Medarbetarenkät, analys av resultat samt jämförelse med tidigare år	2021 års enkät visar ett mycket fint resultat och vittnar om gott mående och hög nöjdhet hos medarbetarna. Detsamma gällde för år 2020 så resultatet bibehölls under 2021
	Schemaläggning som säkerställer att medarbetare får återhämtning i den grad som behövs.	Vi har arbetat för att samtliga medarbetare ska känna delaktighet och få möjlighet att påverka sin	Medarbetare har varit involverade i de schemaändringar som skett under året. Vi har inga inbeordringar på

	Vidare arbetar vi för att ingen medarbetare inbeordras utöver sin arbetstid och tvingas arbeta emot sin vilja	arbetsituation, vi menar att detta är ett nödvändigt steg för att känna nöjdhet och öka, fram för allt, den mentala hälsan	Flora, dock två på Freja under 2021 vid manfall på helgtid, dessa skedde enligt gällande rutin och utgjorde inget brott emot arbetstidslagen
	Uppmärksamhet på nattpersonalens mående som, efter egna önskemål, arbetar på hög tjänstgöringsgrad	Målvärdet är att hålla underskötersketätheten, och därmed kompetensen på nätterna, fortsatt hög. Alltså hög närvaro av ordinarie personal utan ökande sjukskrivningarna	En förändring kommer att ske på Freja efter årsskiftet 21/22 då vi sett ökad sjukfrånvaro, tecken på dåligt psykiskt mående och försämrad stämning i arbetsgruppen. Åtgärd vidtas för att minska antalet timmar per år där kompetensen är lägre än målvärdet under natten
Vi ska verka för en kontinuitet hos personalen	Bemöta samtliga medarbetare med respekt, vara närvarande i verksamheten och lyssna in önskemål för att i ett tidigt skede upptäcka behov av stöd och vägledning	Under 2021 har St Anna haft en enhetschef på Freja vilket har underlättat chefsnärvaro dagligen. VC har delat tiden mellan St Anna och Björkgården. Anser att vi har haft ett bra samarbete och en god psykosocial arbetsmiljö under året	Vi jobbar ständigt för att skapa möjligheter för alla att delta i verksamhetens kvalitetsarbete men är även tydliga med att vissa förändringar och önskemål inte kan uppfyllas. Exempelvis schemaläggning behöver följa lagar och riktlinjer före önskemål och personliga behov
Jobba för att höja benägenhet att rapportera händelser och skriva avvikelser	Implementera ett aktivt tänk kring patientsäkerhet och vikten av att belysa de eventuella risker och avvikande händelser som inträffar	Viktigt att poängtera att det aldrig är person som rapporteras utan händelse där olika personer är involverade. Detta tankesätt är tyvärr fortfarande något som kan förhindra att man	Samtliga ovp har under året varit involverad i verksamhetens ständigt pågående kvalitetsarbete. Avvikelsegenomgång sker varje månad på kvalitetsråd samt under schemalagda hälskonferenser
Vi ska verka för att	Tydlighet emot	God introduktion med	Vi har under året arbetat

<p>involvera alla medarbetare i det övergripande kvalitetsarbetet i verksamheten samt poängtera vikten av en god patientsäkerhetskultur</p>	<p>medarbetare vad som förväntas av dem utifrån den anställning de har</p>	<p>genomgång av befattningsbeskrivning</p> <p>Genomgång av befattningsbeskrivning sker minst en gång varje år i samband med APT</p>	<p>bättre med att följa upp nya medarbetares utveckling. Vi har en tydlig rutin för inskolning- och uppföljning och denna har följts till stor del men är absolut ett förbättringsområde som behöver mer fokus under 2022</p>
<p>Undersöka risker som kan förekomma i verksamheten</p>	<p>Både patientsäkerhet och arbetsmiljö undersöks kontinuerligt enligt A&amp;O:s kvalitetssäkrande mötesstruktur</p>	<p>Genomgång av brandsäkerhet och arbetsmiljö i boendes lägenheter</p> <p>Övergripande skyddsronder samt skyddskommittéer</p>	<p>Ett kontinuerligt pågående arbete gällande riskanalyser i verksamheten. God kommunikation med uppdragsgivare och fastighetsägare såväl som fackförbund och dess representanter</p>

## Adekvat kunskap och kompetens

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



Tabell 4; verksamhetens arbete för kompetensförsörjning

Verksamhetens målsättning för kompetensförsörjning	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Öka den praktiska kompetensen hos befintlig personal genom verksamhetsövergripande kompetensutvecklingsplan	Medarbetare som är utbildade undersköterskor förväntas öka sina praktiska kunskaper inom hälso- och sjukvård	Utföra kontroller av samtliga vitalparametrar och förstå aktuella mätvärden. Arbeta utifrån framtagen kompetensutvecklingsplan Utvärderas och ses över varje kvartal av sjuksköterskor samt av VC vid medarbetarsamtal	Under slutet av 2021 tog verksamheten fram en övergripande kompetensutvecklingsplan gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för St Annas medarbetare, då med fokus på utbildade undersköterskor och vårdbiträden med lång erfarenhet. Denna är presenterad och kommer att gälla alla från årsskiftet 21/22
Bibehålla kompetens hos samtlig omvårdnadspersonal för att på så vis upprätthålla den säkerhetskultur som finns	Årligen genomgå webbutbildningar och lämna diplom till OAS.	Vid nyanställning och vid delegering (en gång årligen) ska alla medarbetare utföra webbutbildningar och lämna diplom till OAS Utbildningar som krävs	De flesta medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs, dock finns det personer som avslutat sin anställning innan utbildningarna är

		för delegering: Basal hygienrutin Palliation ABC Demens ABC Jobba säkert med läkemedel (två delar)	färdiga. Vi tappar även de som inte är aktuella för delegering, detta är något som måste förbättras inför kommande verksamhetsår
Bemanning och schemaläggning	Schemaläggning som säkerställer att kompetensen är jämnt fördelad inom verksamheten	Översyn av scheman görs om någon personal slutar sin tjänst eller vid en planerat lång frånvaro som föräldraledighet	Görs om behov uppstår. Förändringar i verksamheten riskbedöms alltid innan de genomförs
		Målvärdet är att hålla underskötersketätheten, och därmed kompetensen på nätterna, fortsatt hög. Alltså hög närvaro av ordinarie personal utan ökad sjukfrånvaro	Åtgärd planeras på Freja för att minska antalet timmar per år där kompetensen är lägre än målvärdet under natten. Beräknas vara klart kvartal 2 2022
	Daglig kompetensfördelning	Varje morgon kl 07.30 ska omvårdnadspersonal träffas på en avdelning (Freja 2 och Flora 1) och fördela kompetens för dagen utifrån de behoven finns	Detta görs på St Anna för att säkerställa att rätt bemanning finns på samtliga avdelningar och att kompetensen för det aktuella arbetspasset är fördelad utifrån vårdtyngd, eventuell vård i livets slutskede, dubbelbemanningar etc

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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

Kort efter inflyttning, enligt rutin inom två veckor, erbjuds ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med den boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. I vissa fall närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för personen och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad. Vi tar upp vikten av att fylla i foldern 'Det här är jag' som ger en tydlig bild av levnadsberättelsen och ett gott underlag för genomförandeplanen. Det är varje kontaktpersons ansvar att starta upp en genomförandeplan i anslutning till inflyttning. Det ska alltid framgå om den boende har varit delaktig i upprättandet eller inte. Om boende inte varit det ska skäl framgå, exempelvis kognitiv nedsättning som följd av demens eller liknande. Anhöriga ska, om den boende ger samtycke, delges innehållet i genomförandeplanen och även ha möjlighet att påverka innehållet.

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

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

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

Övrig samverkan för att främja boendes och närståendes delaktighet:

- Informationsbrev sänds ut till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år. Under pandemin har dessa hållits separat på avdelningarna vilket gör att vissa avdelningar inte har kunnat genomföra boenderåd. I normala fall är



rutinen att vi har ett boenderåd per hus där de boende som önskar deltar och diskuterar områden som behöver ses över på ett eller annat sätt

- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt. En spårbarhet ska finnas i Procapita, dock är detta något som ofta inte utförs enligt rutin, fram för allt när det gäller kontakt med anhöriga som ofta hälsar på och pratar med personal på så vis
- Information om anhörigcenters olika stöd till anhöriga finns synlig i verksamheten
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende kan uttrycka sina åsikter om verksamheten
- Socialstyrelsens brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år, dock ej genomförd under 2021
- Vid brytpunktsbedömningar välkomnas anhöriga att delta för information och vårdplaner samt förväntningar på fortsatt vård. Det gäller även vid avvikelsehantering
- Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt för boende och närstående, både på boendet och digitalt på företagets hemsida

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Tabell 5; verksamhetens genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Infektionsregistrering Screening Hygienombudsmöten
Smittspridning Covid-19	Kontinuerligt	Lägesbedömningar av OAS och VC enligt gällande riktlinjer
Basala hygienrutiner och klädregler	Varje år kontinuerligt	Hygienombudsmöte APT Webbutbildning
Hygienronder och självskattning	4 gånger per år	Hygienrond av utsedda hygienombud och OAS

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
		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 St Annas arbete följer i tabell 6.

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

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Sörmland Under året har ingen screening för MRSA utförts Väldigt många screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer
Smittspridning Covid-19	Verksamheten har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19. Målet har varit att	Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer för Covid-19 vilket

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
	<p>verksamheten ska vara smittfri under 2021</p> <p>Vaccination av boende och personal</p> <p>God rutinefterlevnad</p> <p>Goda kunskaper inom basal hygien, smittspridning och användande av skyddsutrustning</p>	<p>bedöms ha varit en stor bidragande orsak till att boende ej insjuknat trots stor smittspridning i samhället. God rutinefterlevnad hos personalen gällande skyddsutrustning, smittspridning och basal hygien anses också vara en stor bidragande faktor. Åtgärderna bedöms som tillräckligt goda för att nå målsättning om noll Covid-19-smittade boende under 2021 vilket vi också gjort</p>
Basala hygienrutiner och klädregler	<p>Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner.</p> <p>Vi går även igenom samtliga verksamhetsknutna rutiner på APT minst en gång varje år, här ingår rutin för arbetskläder och basala hygienrutiner</p>	<p>Goda kunskaper och god rutinefterlevnad</p> <p>Under 2021 har samtliga genomgått utbildningen</p>
Hygienronder och självskattning	<p>Vi genomför två hygiensjälvskattningar per år och två hygienobservationer som norm, dessa har varit mer frekventa under 2021</p>	<p>God rutinefterlevnad dock märks slarv gällande fram för allt förklädesanvändning vid sängbäddning och användande av handskar då dessa inte behövs</p>
Avvikelser	<p>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.</p>	<p>Se bifogad fil för utförlig sammanställning</p>
Trycksår, undernäring och fallrisk	<p>OAS registrerar och följer upp. Kontrolleras av VC två gånger varje år samt ses över vid utredning av allvarigare fallavvikelser</p>	<p>Bra överblick över de risker som finns. Vi ser tyvärr brister i bedömningar enligt ROAG. Detta ska finnas som mål för 2022</p>

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

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som



avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

### Har vården varit säker

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

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

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

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. A&O har under 2021 arbetat aktivt med att skapa en enhetlig process för avvikelshantering och fördjupade utredningar. En ny version av verksamhetsstödet har tagits i bruk och uppdateringar sker löpande. Flera rutiner har uppdaterats under året i syfte att åstadkomma en enhetlig layout och därmed underlätta för medarbetare. Detta gör att de olika arbetsprocesser som bidrar till ökad patientsäkerhet på verksamheterna, inkluderat St Anna, blir tydliga och resultatet blir mätbart och jämförbart.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Tabell 8; systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
Informationssäkerhet	Dokumentation och överföring av personuppgifter	Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekreteress – 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

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		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 månadsskifte Beställningslistor sparas för spårbarhet av narkotikaklassade läkemedel Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel sker avstämning av antal av två personer, antingen båda OAS eller OAS och VC. Vi eftersöker ett säkrare sätt att kassera narkotikaklassade läkemedel, ev stöldsäkra behållare?
Brandsäkerhet	Riskundersökning Brandskyddsronder Utbildning för all personal inom brandsäkerhet	Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		Årliga kontroller av extern granskande verksamhet (idag Schneider) Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar
Arbets- och boendemiljö	Skyddsron 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	Oral Care – webbaserad utbildning Demenscentrum



Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
	Utbildning munvård och munhälsa (enligt ROAG) Förflyttningstekniker och belastningsergonomi	Kommunrehab samt intern MAR SKILS Arbetsledande sjuksköterskor

## Säker vård här och nu

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



Tabell 9; identifierade risker i verksamheten

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäkert larmsystem	Hög risk för minskad patientsäkerhet	Enda åtgärden som bedöms vara hållbar och öka patientsäkerheten är byte av larmsystem. Upphandling har pågått under flera år och dragit ut på tiden enormt. Detta påverkar i allra högsta grad patientsäkerheten åt det negativa hållet
Patientsäker journalföring	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet	I dagsläget beställer arbetsgivare e-

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

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
		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.

Under 2021 fokuserade vi på risker kopplat till följande punkter:

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

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

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

process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

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

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

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

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.

Tabell 10, sammanställning avvikelser 2021

<i>Område</i>	<i>Antal inkomna avvikels er 2021</i>	<i>Jmf 202 0</i>	<i>Antal som utret ts</i>	<i>Antal allvarlig a* avvikels er</i>	<i>Samman- ställning</i>	<i>Lärdom/rutinförändri ngar/ åtgärd</i>
<b>HSL</b>						
Omvårdnad /tillsyn	38 st -61%	98 st			8 avser hygien. Här innefattas boende som ej fått sina behov möta	Ständiga påtryckningar gällande hur man utför allmän omvårdnad. Diskussioner huruvida inkontinensskydd ska bytas tidig morgon eller om sömn under morgontimmarna prioriteras. Boendes behov ska styra när på

<i>Område</i>	<i>Antal inkomna avvikels er 2021</i>	<i>Jmf 202 0</i>	<i>Antal som utret ts</i>	<i>Antal allvarlig a* avvikels er</i>	<i>Samman- ställning</i>	<i>Lärdom/rutinförändri ngar/ åtgärd</i>
					<p>22 avser larm som inte fungerat som de ska, fram för allt rörelselarm och kvittering av trygghetslarm</p> <p>1 avser utebliven munvård</p> <p>7 faller under rubriken Övrigt</p>	<p>dygnet omvårdnad ska ske, detta ska framgå tydligt i genomförandeplan</p> <p>Att larmet är icke patientsäkert har varit känt under lång period. Det enda som kan göras är att byta larmsystem då vi inte längre kan köpa in reservdelar till befintligt system.</p> <p>Vikten av att utföra munvård och värna om förbättrad munhälsa är eftersatt då kompetensen är låg. Utbildningsinsatser planeras, se nedan</p> <p>Felaktigt bäddad säng med glid- och draglakan, säng oläst eller i högläge, felaktigt användande av sänggrindar, felaktig KAD-skötsel, utebliven såromläggning, felaktigt lindade ben</p>
Dokumentation	0					

<i>Område</i>	<i>Antal inkomna avvikelser 2021</i>	<i>Jmf 2020</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga* avvikelser</i>	<i>Sammanställning</i>	<i>Lärdom/rutinförändringar/åtgärd</i>
Fall	169 st -27%	233 st				Gott samarbete med kommunrehab och samtliga fall diskuteras på hälsokonferenser. Fallriskutredningar utförs och fallen läggs även in i Senior Alert
Informations- Överföring	3 st	0				En boende som av sagt sig slutenvård har skickats till sjukhus utan att anhöriga tillfrågats eller informerats. Skedde under jourtid, dokumentation av beslutet är tydlig från OAS och PAL.
Läkemedel	75 st -56%	170	0	0	Utebliven medicin 41, tidigare år 96 st → -57%  Ej signatur på lista 20 st  6 avvikelser avser fel tidpunkt  2 st avser för liten dos	Mål på halvering av antal uteblivna doser är uppnått  Inga av avvikelserna har lett till lidande eller vårdskada för den enskilde

<i>Område</i>	<i>Antal inkomna avvikels er 2021</i>	<i>Jmf 202 0</i>	<i>Antal som utret ts</i>	<i>Antal allvarlig a* avvikels er</i>	<i>Samman- ställning</i>	<i>Lärdom/rutinförändri ngar/ åtgärd</i>
					2 st avser för stor dos  4 avser förväxling av läkemedel	
Specifik omvårdnad/ Rehab/ Hjälpmedel	6 st -67%	18 st			4 st avser felaktigt handhavan de hjälpmedel  1 avser utebliven ordinerad träning  1 avser felaktigt utförd omläggning	Inga av dessa har resulterar i lidande eller vårdskada för den enskilde  Har orsakat övergående smärta hos den enskilde
<b>S:a HSL</b>	<b>291 -44%</b>	<b>519</b>				
<b>SOL</b>						
Dokumentation	0					
Informationsöverfö ring (SOL+LSS)	0					
Utebliven insats	0					
Felaktigt utförd insats	0					



<i>Område</i>	<i>Antal inkomna avvikelser 2021</i>	<i>Jmf 2020</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga avvikelser</i>	<i>Sammanställning</i>	<i>Lärdom/rutinförändringar/åtgärder</i>
Insats utan beslut	0					
Avgift (bombslut)	0					
<b>S:a SOL</b>	<b>0</b>					
<b>Totalt antal avvikelser</b>	<b>291</b>					

### Klagomål och synpunkter

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

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

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

Tabell 11, sammanställning av synpunkter och klagomål

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2021</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/klagomål inom området</i>
Omvårdnad – uteblivet bemötande av behov	1			Anhörig på Flora E är orolig över att det tar lång tid att svara på larm. Personal säger att man inte hör när man är inne hos annan boende.  Uppföljning med anhörig; anser att det blivit bättre dock vet hon om att maken har ett stort behov som inte omedelbart kan mötas. Vi diskuterar kring detta och lämnar punkten i samförstånd
Bemötande, kränkande behandling eller försummelse av behov	2			Boende och anhörig från Flora 2 har klagomål på personal som under helgen har tramsat runt, pratat högt på annat språk och gjort

<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>
				<p>måltidssituationen på söndagskvällen så rörig att vissa boende valt att avbryta middagen. Detta ska under inga omständigheter förekomma, det är en arbetsplats och de boendes hem och allt fjant hör hemma utanför arbetstid. Jag kommer inte att acceptera sådant beteende från någon. Är man vänner utanför arbetsplatsen får man träffas utanför arbetstid. Språket som ska användas i arbetet är svenska om ingen boende har behov av annat språk.</p> <p>En anhörig känner sig illa bemött av en medarbetare på Freja 2, beskrivning av händelseförlopp går isär. Diskussioner kring detta. VC och OAS har samtalat med anhöriga. EC har samtalat med de medarbetare som varit på plats när händelsen inträffade</p>
HSL – utebliven vård	0			
Kost och måltidssituation	Ca 10			<p>Väldigt många har lämnat synpunkter på matens kvalitet under sommaren. Detta har dom helt klart belägg för då jag har provsmakat och är av samma uppfattning</p> <p>Anhöriga till två boende tar kontakt gällande den mkt låga kvaliteten på mat som serveras våra boende. En handlingsplan är upprättad och VC har kontakt för återkoppling till anhöriga som klagat</p>

<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>
				<p>Uppföljning klagomål från sommaren gällande kost och diverse annat (finns minnesanteckningar).</p> <p>Uppföljningsmöte med boende och anhöriga är utfört, samtliga är nu nöjda och ser en tydlig förbättring i de områden de tidigare har klagat på (främst mat men även vikarier).</p> <p>Ärendet anses avslutat</p>
Städning, renhållning och hygien	1			<p>Slarvig städning i lgh. Anhöriga är mkt ledsna och har flertalet gånger städlat lgh själv. När VC kontrollerar städning är det tydligt att man inte ser efter behovet av uppfräschning.</p> <p>Samtal med hela arbetsgruppen på APT. Enskilt samtal med kp</p>
Informationsöverföring, utebliven återkoppling	0			
Övrigt	1			<p>En boendes anhöriga är missnöjd med kommande omorganisation på Freja då det innebär att deras mamma kommer att behöva byta kontaktperson efter 8 år. Flera samtal har hållits med anhöriga och de verkar ha accepterat att förändringen ändå kommer att ske. Även denna togs upp på kvalitetsråd och finns protokollfört.</p> <p>Mejl har gått ut till i stort sett samtliga anhöriga, dock har några inte fått av olika anledningar. Dessa har vi nu haft god kontakt med. Givetvis är det en stor omställning även för vissa anhöriga att behöva byta kp, detta inträffar ju dock av andra orsaker</p>

<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>
				också, ex föräldraledighet, uppsägning, tjänstledigheter mm.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

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

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

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



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

	antalet tillfällen där boende inte får ordinerade läkemedel på utsatt tid.	
Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård	Upplever att St Anna har förhållandevis hög kompetens för att ge god vård i livets slutskede, dock finns områden där vi behöver mer kunskaper. Genom att planera för nätverksträffar för palliativombud på våra tre Nyköpingsenheter skapar vi ett större diskussionsrum och har bättre möjlighet att lära av varandra, ta fram goda exempel och skapa tydliga rutiner som är välfungerande i samtliga verksamheter	Satsningen som skulle ha genomförts gällande nätverk för palliativombud har inte skett under 2021, däremot är planeringen för 2022 tydlig och klar på den punkten. Målsättningen tas alltså vidare till 2022
Delaktighet och en aktiv, meningsfull vardag för alla boende	Individanpassade dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner. Detta var planen, vi ha kommit långt men har en bra bit kvar innan vi når målsättningen.	Vi har en tydlig förbättring i antalet utförda aktiviteter och till stor del bra och tydliga genomförandeplaner där individens önskemål framkommer. Dock har vi några steg kvar innan vi kan sälla oss till gruppen "nöjda med resultatet". Jag är däremot nöjd med utvecklingen hittills. Målsättningen tas vidare till 2022.
Förbättra kost och måltidssituationen för alla boende	Fokus har legat på området kost. Vi har fokuserat på måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men har utökats under 2021.	Vi har haft ett pågående arbete med fokus på kost och måltider under året. Under sommarens semesterperioder stänge tillagningsköket, något som inte inträffat förut. Detta resulterade i att vi i stället fick en helkonceptlösning med levererad mat från extern leverantör. Nöjdheten med denna mat var mycket låg och enormt många klagomål och synpunkter inkom. Läs mer om detta i tabell 11.  Om vi bortser från sommaren och

		fokuserar på resterande delen av året anser jag att vi fått högre nöjdhet på både kost och måltidssituationer. Vi kommer fortsätta arbetet under 2022 och absolut inte använda någon extern leverantör under semestern.
--	--	---



# Patientsäkerhetsberättelse för Björkgården År 2021



2022-02-28  
Hanna Nyberg  
Diarienummer



## 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 korttidsplaceringar 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 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

<a href="#">SAMMANFATTNING</a> .....	4
<a href="#">GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</a> .....	5
<a href="#">Engagerad ledning och tydlig styrning</a> .....	5
<a href="#">Övergripande mål och strategier</a> .....	5
<a href="#">Organisation och ansvar</a> .....	5
<a href="#">Samverkan för att förebygga vårdskador</a> .....	5
<a href="#">Informationssäkerhet</a> .....	5
<a href="#">Strålskydd</a> .....	5
<a href="#">En god säkerhetskultur</a> .....	6
<a href="#">Adekvat kunskap och kompetens</a> .....	6
<a href="#">Patienten som medskapare</a> .....	6
<a href="#">AGERA FÖR SÄKER VÅRD</a> .....	7
<a href="#">Öka kunskap om inträffade vårdskador</a> .....	8
<a href="#">Tillförlitliga och säkra system och processer</a> .....	8
<a href="#">Säker vård här och nu</a> .....	8
<a href="#">Riskhantering</a> .....	8
<a href="#">Stärka analys, lärande och utveckling</a> .....	9
<a href="#">Avvikelser</a> .....	9
<a href="#">Klagomål och synpunkter</a> .....	9
<a href="#">Öka riskmedvetenhet och beredskap</a> .....	9
<a href="#">MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</a> .....	9
<a href="#">Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete</a> .....	10
<a href="#">Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning</a> .....	11

## 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 utvecklats 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	<p>Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan</p> <p>Tydliggöra värdegrunden vid introduktion</p> <p>Alla medarbetare deltar i reflektion</p> <p>Alla anställda ska delta i introduktion</p>	<p>Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan. De flesta har genomgått utbildningen.</p> <p>Fokusområde på höstens planeringsdag med mycket givande diskussioner</p> <p>Stående punkt under introduktion</p> <p>Reflektion på förmiddagen samt fredag sker i stort sett dagligen</p> <p>Introduktionschecklista har införts för ny personal och fungerar väl</p>
Utveckla arbetet med BPSD-registret	<p>Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret.</p> <p>Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan</p>	<p>Målsättningen var att all personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD, detta har inte genomförts fullt ut utan blir en kvarstående målpunkt för 2022</p> <p>Mål är att sjuksköterska som är ny i verksamheten ska utbildas följt av minst två personal per avdelning</p>
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	<p>Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året</p> <p>Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka</p> <p>100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.</p>	<p>Revidering två gånger om året samt vid behov. Varit välfungerande, trots att vi haft svårigheter med åtkomst till dokumentationssystem</p>
Kost och nutritionsfokus	<p>Nöjda boende med måltider, ökat välbefinnande</p>	<p>Kostombudsmöten samt boenderåd enligt planering är utförda. God</p>

Målsättning 2021	Planering för att nå mål	Uppföljning
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	<p>Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan</p> <p>Tydliggöra värdegrunden vid introduktion</p> <p>Alla medarbetare deltar i reflektion</p> <p>Alla anställda ska delta i introduktion</p>	<p>Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan. De flesta har genomgått utbildningen.</p> <p>Fokusområde på höstens planeringsdag med mycket givande diskussioner</p> <p>Stående punkt under introduktion</p> <p>Reflektion på förmiddagen samt fredag sker i stort sett dagligen</p> <p>Introduktionschecklista har införts för ny personal och fungerar väl</p>
Utveckla arbetet med BPSD-registret	<p>Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret.</p> <p>Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan</p>	<p>Målsättningen var att all personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD, detta har inte genomförts fullt ut utan blir en kvarstående målpunkt för 2022</p> <p>Mål är att sjuksköterska som är ny i verksamheten ska utbildas följt av minst två personal per avdelning</p>
	Minskad malnutrition	<p>kommunikation med tillagningskök och kostorganisationsansvarig</p> <p>Skattningar i Senior Alert</p> <p>Webbutbildning kost och äldre för OVP</p>
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	Arbetet fortsätter, dock krävs ingen åtgärdsplan för det specifika målet

Målsättning 2021	Planering för att nå mål	Uppföljning
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	<p>Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan</p> <p>Tydliggöra värdegrunden vid introduktion</p> <p>Alla medarbetare deltar i reflektion</p> <p>Alla anställda ska delta i introduktion</p>	<p>Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan. De flesta har genomgått utbildningen.</p> <p>Fokusområde på höstens planeringsdag med mycket givande diskussioner</p> <p>Stående punkt under introduktion</p> <p>Reflektion på förmiddagen samt fredag sker i stort sett dagligen</p> <p>Introduktionschecklista har införts för ny personal och fungerar väl</p>
Utveckla arbetet med BPSD-registret	<p>Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret.</p> <p>Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan</p>	<p>Målsättningen var att all personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD, detta har inte genomförts fullt ut utan blir en kvarstående målpunkt för 2022</p> <p>Mål är att sjuksköterska som är ny i verksamheten ska utbildas följt av minst två personal per avdelning</p>
	<p>långsiktigt kvalitetsarbete, ökad kunskap och praktisk träning kring vikten av att fixera skydden korrekt</p>	

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

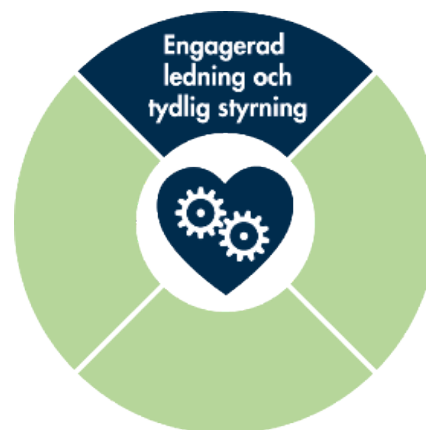
Ansvar och Omsorg AB (A&O:s) förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys, resultat samt uppföljning av resultat. A&O arbetar utifrån det nationella ramverket för patientsäkerhet som SKR tagit fram tillsammans med representanter från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

- Patientfokuserad

- Kunskapsbaserad
- Organiserad

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

Tabell 2 visar en översikt av verksamhetens övergripande patientsäkerhetsarbete

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Förbättrade förutsättningar för trygg och säker dokumentation i journalsystem Procapita	<p>Följa gällande lagstiftning om trygg och säker journalföring.</p> <p>Alla bedömningar som gjorts och beslut som tagits avseende boendes vård och behandling följer nedanstående termer;</p> <p><i>Identifiering</i></p> <p><i>Planering</i></p> <p><i>Genomförande</i></p> <p><i>Utvärdering</i></p>	<p>Samtlig personal har behörighet att dokumentera i Procapita. SITHS-kort krävs för inloggning och beställs vid anställningens början.</p> <p>Tid för dokumentation finns avsatt i en nyligen framtagna dagplaneringsmall för att säkerställa att omvårdnadspersonal arbetar enligt gällande lagstiftning</p>	<p>Under året har vi upplevt att många utfärdade SITHS-kort har legat på fel domän vilket gjort att de inte fungerar. Vi har även haft problem med att koder som ska skickas per post inte kommer fram eller att de tar flera veckor innan de kommer.</p> <p>Problemen med åtkomst till Citrix dominerade årets första halva samt sommaren.</p> <p>Under semesterperioden nyanställs också personal men då finns ingen möjlighet att hämta ut</p>

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
			SITHS-kort då det är semesterstängt. Det skapar brister i dokumentation, leder till irritation hos personal och gör att vissa händelser helt enkelt inte journalförs enligt gällande lagstiftning. En förändring gällande privata utförares ökade möjligheter till dokumentation är ett måste, oavsett hos vem ansvaret ligger
Patientsäkert larmsystem	Dagens installerade trygghetslarm är nägorlunda 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	Vid uppmärksammade risker upprättas	Gott samarbete med OVP vid viktkontroller,



Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
	skattas i Senior Alert. För boende som inte samtycker till registrering i registret ska samma arbetsmetod användas, dock ska själva registreringen inte göras	vårdplaner. Dessa följs upp vid hälsokonferenser samt vid ev förändring av hälsohinder	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
Verksamheten ska inte ha några vårdskadeavvikelse	Belysa riskerna för att avvikelser kopplat till hälso- och sjukvård kan få	Diskussion under APT vår och höst om händelser som potentiellt sett kan	En vårdskadeavvikelse under våren 2021 där informationsöverföring mellan verksamheten och

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
	allvarliga konsekvenser för den enskilde	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	Regionen gick fel. Åtgärdsplan upprättades och jag bedömer riskerna för att liknande händelser ska inträffa till mycket låg.
Säker läkemedels- och narkotikahantering	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 läkemedelshantering 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.

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
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.

Verksamheten 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 Chefsläkare, 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 2011:94 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 jouten är inkopplad

### Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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

### En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är att verksamheten genomsyras av en god säkerhetskultur. I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur, som också bidrar till ett lärande, arbetar A&O med att varje enhet ska ha lokala kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och ska innehålla representanter av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder.

Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar. I syfte att skapa dialog och ökad medvetenhet kring säkerhetskultur utgår A&O från säkerhetskulturtrappan från A till E som finns tillgänglig via SKR.



Tabell 3; verksamhetens systematiska arbete gällande säkerhetskultur

Verksamhetens målsättning för en god säkerhetskultur	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Värna om medarbetarnas hälsa och välmående på	Identifiera olika mått på medarbetares	Medarbetarenkät, analys av resultat samt jämförelse med tidigare	2021 års enkät visar ett mycket fint resultat och vittnar om gott mående

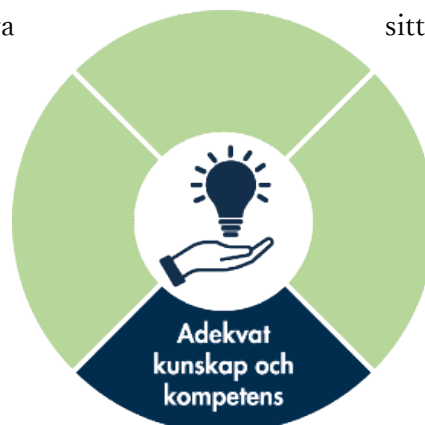


arbetsplatsen	fysiska såväl som psykiska mående	år	och hög nöjdhet hos medarbetarna.
	Bemöta samtliga medarbetare med respekt, vara närvarande i verksamheten och lyssna in önskemål för att i ett tidigt skede upptäcka behov av stöd och vägledning	VC har delat tiden mellan St Anna och Björkgården. Anser 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 framtagna 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	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	Alla medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs.

finns		Utbildningar som krävs för delegering: Basal hygienrutin Palliation ABC Demens ABC Jobba säkert med läkemedel (två delar)	
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 information 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

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
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	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Sörmland

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
	VRI precis som vid andra infektioner	Väldigt många screenings gällande Covid-19 har utförts enligt gällande riktlinjer
Smittspridning Covid-19	<p>Verksamheten har jobbat för att motverka smittspridning av Covid-19. Målet har varit att verksamheten ska vara smittfri under 2021</p> <p>Vaccination av boende och personal</p> <p>God rutinefterlevnad</p> <p>Goda kunskaper inom basal hygien, smittspridning och användande av skyddsutrustning</p>	<p>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.</p>
Basala hygienrutiner och klädregler	<p>Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner.</p> <p>Vi går även igenom samtliga verksamhetsknutna rutiner på APT minst en gång varje år, här ingår rutin för arbetskläder och basala hygienrutiner</p>	<p>Goda kunskaper och god rutinefterlevnad</p> <p>Under 2021 har samtliga genomgått utbildningen</p>
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	Se bifogad fil för utförlig sammanställning

Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
	avvikelser och skapar åtgärder tillsammans med OAS och OVP där behov finns.	
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. Avstämningmöte 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
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



Analysområde	Utförande åtgärd	Resultat
		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.



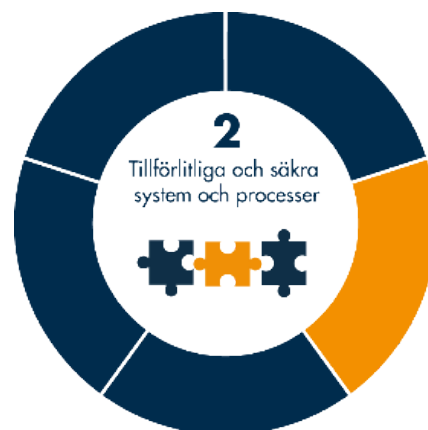
### Har vården varit säker

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 Sekreteress – 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

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		<p>Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc</p> <p>Ronder – varje vecka</p> <p>ordinationer från PAL och andra förskrivare i Pascal</p> <p>Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel</p> <p>Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje månadskifte</p> <p>Beställningslistor sparas för spårbarhet av narkotikaklassade läkemedel</p> <p>Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel sker avstämning av antal av två personer, antingen båda OAS eller OAS och VC. Vi eftersöker ett säkrare sätt att kassera narkotikaklassade läkemedel, ev stöldsäkra behållare?</p>
Brandsäkerhet	<p>Riskundersökning</p> <p>Brandskyddsronder</p> <p>Utbildning för all personal inom brandsäkerhet</p>	<p>Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen</p> <p>Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter</p> <p>Årliga kontroller av extern granskande verksamhet (idag Schneider)</p> <p>Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar</p>

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
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 stadie i en anställning, något som borde vara en självklarhet. Vissa kort tar mycket lång tid att få ordning på, andra går inte att ordna utan nya kort måste beställas. Det är enormt

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
		tidskrävande arbete och kommunikationen med beställande enhet känns infekterad
Tillgång till sjuksköterskor	Viss påverkan åt det negativa hållet gällande patientsäkerhetsrisker	Vi har avtalat med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor under kvällar, nätter, helger och storhelger. Dessa har mycket stora områden att täcka och det kan ta lång tid innan ett besök kan ske. I den mån det går prioriterar sjuksköterskorna enligt personals bedömning utifrån SKILS men om flera patienter kräver tillsyn, bedömning och åtgärd samtidigt kan det dra ut på tiden. Dock anser jag att vi har ett mycket välfungerande samarbete med jouren, enstaka individer kan vara problematiska
Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor	Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten	Tyvärn 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.

Risicanalys 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	jun	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 analyseras i första hand av VC.

Tabell 11, sammanställning av synpunkter och klagomål

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2021</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/klagomål inom området</i>
Omvårdnad – uteblivet bemötande av behov	1	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

<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>
				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
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.

<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>
				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 systerenheter 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	<p>Tydliggöra värdegrunden vid introduktion</p> <p>Alla medarbetare deltar i reflektion</p> <p>Alla anställda ska delta i introduktion</p> <p>Tydlig uppföljning av introduktion</p>	<p>Stående punkt under introduktion</p> <p>Reflektion på förmiddagen samt fredag</p> <p>Introduktionschecklista – tydliga uppföljningssamtal med OAS och VC samt med huvudmentor på verksamheten</p>
Utveckla arbetet med BPSD-registret	<p>Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret.</p> <p>Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan</p>	<p>OAS ska genomgå utbildning</p> <p>All personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD APT</p>
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	<p>Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året</p> <p>Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka</p> <p>100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.</p>	<p>Revidering 2 gånger om året samt vid behov</p> <p>Checklista lämnas in varje månad</p> <p>Checklista lämnas in varje månad</p>
Kost och nutritioners fokus	<p>Nöjda boende med måltider, ökat välbefinnande</p> <p>Minskad malnutrition</p>	<p>Kostombudsmöten</p> <p>Boenderåd</p> <p>Senior Alert</p> <p>Webbutbildning kost och äldre</p>
Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL och PSL	<p>Vi ska vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister</p> <p>Upprätta vårdplaner</p>	<p>Temakonferenser &amp; uppföljning på ledningsmöte</p>

	<p>Kvalitetssäkra HSL arbete</p> <p>Trygg och säker hjälpmedelshantering</p>	<p>Vid ett behov eller ett problem upprättar vi vårdplaner</p> <p>Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering.</p> <p>Årlig funktionskontroll av hjälpmedel Stärka samarbetet med paramedicinsk personal, förebyggande arbete gällande fall.</p>
--	--	--

# Patientsäkerhetsberättelse för Riggargatan År 2021



Datum 2022-02-17  
Rina Karlsson  
Diarienummer

## Inledning

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

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

## Verksamhetsbeskrivning

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

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

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

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

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

## Innehåll

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

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



## **SAMMANFATTNING**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **En blick framåt**

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

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

## Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

## Läkarkontakt

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

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

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

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

Identifiera och förebygga vårdskada

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

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

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

## **GDPR**

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

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

## **Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter**

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

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

## **HSL-dokumentation**

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

Övriga åtgärder för att främja informationssäkerhet i verksamheten:

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

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

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

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

## **En god säkerhetskultur**

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



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

## Adekvat kunskap och kompetens



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



## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



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

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

Övrig samverkan för att främja boende och närståendes delaktighet:

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

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

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

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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

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

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



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

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

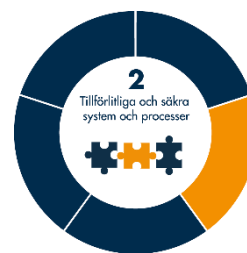
Patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året har haft extra focus på att skydda bonden och medarbetare mot smitta.

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

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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

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



### Tillförlitliga och säkra system och processer

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

## Säker vård här och nu

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

Säker vård handlar om att se hela vårdkedjan.

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



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

## Riskhantering

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

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

Risker som har arbetats mest med under 2021

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

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

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



### Avvikelser

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

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



## Avvikelser jämförelse

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

## Lärdom och förbättringsförslag

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

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

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

## Klagomål och synpunkter

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

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

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

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

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

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

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

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

# Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2021



Datum 2022-02-28

Ansvarig för innehållet: Johanna Olin, Verksamhetschef

## Inledning

Betelhemmet i Jönåker är en stiftelse som bedriver vård och omsorg för äldre i särskilt boende på uppdrag av Nyköpings Kommun. Betelförsamlingen i Jönåker är huvudman. Betelhemmet består av en enhet och har 16 boendeplatser. I hjärtat av boendet har vi vår välkomnande matsal och köket där alla våra måltider lagas. Vi har en trevlig trädgård med olika tillgängliga promenadslingor och ett flertal olika uteplatser. Att behandla sin nästa så som man själv vill bli behandlad är utgångspunkten i vårt sätt att bemöta våra boende och en familjär och hemtrevlig känsla genomsyrar vår verksamhet.



Källa:

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

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Informationssäkerhet .....	10
Strålskydd .....	10
En god säkerhetskultur .....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	15
Säker vård här och nu .....	16
Riskhantering .....	16
Stärka analys, lärande och utveckling .....	17
Avvikelse .....	17
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	22

## SAMMANFATTNING

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

Betelhemmet ska enligt patientsäkerhetslagen varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa mål, strategier, och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Betelhemmets övergripande mål är att de boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga. Vi vill främja en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga, att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. En hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav i vår verksamhet. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Näringsriktiga måltider och en bra måltidssituation är en förutsättning för välbefinnande och god hälsa hos de boende.

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och deras anhöriga och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar och följer upp genomförandeplaner för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina önskemål och åsikter. 2021 har en enkät lämnats ut till de boende med frågor som rör exempelvis bemötande och trivsel.

Vi har satsat på att återkommande presentera statistik gällande hantering av läkemedel, att analysera avvikelser både i små och stora grupper på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar och gemensamt ta fram förslag på förbättringar.

Under 2021 har extra tid avsatts för omvårdnadspersonal för dokumentation, framförallt för att skriva genomförandeplaner. Omvårdnadspersonal fortsätter också att befästa sina kunskaper gällande att skriva avvikelser direkt i journalsystemet.

Aktivitetsansvariga i personalgruppen har haft regelbundna möten och planerat aktiviteter. Under sommaren anställdes två extra personal för att arbeta med aktiviteter och möjliggöra extra mycket utomhusvistelse för de som önskade det. Arbetet med att utveckla vår trädgård har fortsatt, något som både boende och personal är involverade i och uppskattar. Detta arbete kommer att fortsätta under kommande år.

Under 2020 genomgick all personal en utbildning gällande stöd till anhöriga. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar har en rutin för stöd till anhöriga tagits fram och arbetet med att förbättra stödet till anhöriga kommer att fortsätta under 2022.

Utifrån resultat och lärdomar från föregående år låg fortsatt fokus inför 2021 på att ytterligare öka säkerheten när det gäller läkemedelshantering och dokumentation, att fortsätta att utveckla arbetet kring aktiviteter samt en fördjupning gällande stöd till anhöriga. Dessa områden kommer vi att ha fokus på även kommande år. Gällande dokumentation har behovet av en satsning gällande vikariers dokumentation uppmärksamats. Ett ytterligare område där behov och önskemål om kompetensutveckling finns är inom sårvård.

Under 2021 har pandemin i stor utsträckning fortsatt att påverka vår verksamhet. Sedan föregående år fanns i grunden fungerande rutiner gällande Covid-19 som allteftersom har reviderats utifrån nya förutsättningar. Besöken till boendet och kontakten med anhöriga har även under detta år påverkats, liksom bemanningen, i perioder har det varit stor sjukfrånvaro i personalgruppen.

Sammanfattningsvis har Betelhemmet ett väl fungerande arbetssätt och rutiner som bidrar till att verksamheten uppnår en hög patientsäkerhet och kvalitet. Precis som under 2020 har vår högsta prioritet under 2021 varit att göra allt vi kan för att minska riskerna för smittspridning av Covid-19 på Betelhemmet. Det är med stolthet och glädje vi kan summera året och konstatera att vi fortfarande inte har haft någon smitta alls på boendet.



# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

## 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 §

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Måluppfyllelse	Uppföljning
<b>Nöjda och aktiva boende</b>	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	Boenderåd har hållits 4 ggr under året	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	81% av de boende har en uppdaterad genomförandeplan under året. Resterande del är nyinflyttade.	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	Fortsatt förbättringsarbete gällande aktiviteter, både i grupp och individuellt -Bli bättre på att tillgodose individuella behov -All personal ska hålla i aktiviteter	Boende har tillfrågats individuellt i enkät. Svårigheter att få fram vad varje enskild boende önskar.	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Återuppta anhörigträffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	Anhörigträffar och fester där anhöriga bjuds in har inte kunnat genomföras med anledning av pandemin.	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i "Sinnenas trädgård" -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	Trädgårdsdag har genomförts och utveckling har fortsatt i form av ny temaavdelning (Söderhavstema) och ytterligare planteringar.	-Boenderåd -APT
<b>Hög kvalitet på vården</b>	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 2ggr/år	Se ovan.	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år

	All personal ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	80% av ordinarie personal läser i Pro Capita i början av nytt arbetspass. 20% läser ibland.	- Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	All ordinarie personal känner till vad/vilka händelser som ska dokumenteras. En del av vikarier osäkra på vad som förväntas gällande dokumentation	Enkät har lämnats ut till all personal. Behov av ytterligare fokus på dokumentation för både ordinarie personal och vikarier.
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Har presenterats på boenderåd och APT	-Boenderåd -APT
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Synpunkter och klagomål har presenterats på kvalitetsmöte och APT i samband med händelsen.	-Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	Alla boende har 2 bedömningar registrerade under 2021 och har även pågående uppföljningar.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i palliativa registret.	5 av 6 avlidna registrerades under 2021. En missades under sommaren då ordinarie sjuksköterska hade semester.	-Enligt rutin för sjuksköterska.
	Nära och väl fungerande teamarbete och god kommunikation	Sker dagligen/flera gånger per dag med omvårdnadspersonal och sjuksköterska.	-Rapporteringsmöten och avstämningar
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Finns stående punkt	-Kvalitetsfrågor från kvalitetsmötet tas upp
	Det ska finnas rutiner för anhörigstöd -arbetsgrupp är tillsatt	Rutinen är framtagen och förankrad i personalgruppen.	-APT
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	P.g.a. pandemin med ökad arbetsbelastning har prioriterade rutiner uppdaterats.
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd	Korten har uppdaterats vid behov under året.	-Avstämning på morgonmöten, kvalitetsmöten och APT

	-anpassa bemanningen efter behov		
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Prioriteras vid varje tillsättning. Vid vikariat finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster -Sammanställning vid årets slut
<b>Bra måltidssituationer</b>	-Återinföra matråd 2ggr/termin -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	Maten har tagits upp som punkt vid varje boenderåd. Pedagogiska måltider ännu inte möjliga p.g.a. pandemin med smittskyddsåtgärder. Ommöblering/omplacering har gjorts vid behov.	-I samband med boenderåd -Checklista  -Vårdplanering, kvalitetsmöte

## Organisation och ansvar

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

**Betelhemmets styrelse** har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Betelförsamlingen i Jönåker, som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet, har utsett en styrelse bestående av 6 medlemmar.

**Verksamhetschefen** är underordnad styrelsen och ansvarar för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för patientsäkerhetsarbetet utifrån gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har den kompetens som krävs i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma samt de resultat som kvalitetsmätningarna ger. Verksamhetschefen har också ansvaret för bemanningen och resursanvändningen så att en trygg och säker vård kan bedrivas.

**Omvårdnadsansvarig sjuksköterska** ansvarar för att varje äldre får vård utifrån sina behov.

Sjuksköterskan ansvarar även för att bedöma och säkerställa omvårdnadspersonalens kunskaper inför att få delegering att utföra medicinska uppdrag. Sjuksköterskan ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. Sjuksköterskan ansvarar för registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelser gällande Lex Sarah och Lex Maria.

**Paramedicinsk personal** (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), som är anställda av Nyköpings Kommun, ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt kompensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sinarepektive professioner.

**Omvårdnadspersonal** ansvarar för att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund. Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal (ej timvikarier) är kontaktperson till minst en boende. Är ansvarig för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

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

*SOSFS 2011:94 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Inom verksamheten har omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef dagligen ett nära samarbete i det vardagliga arbetet. Varje dag finns flera rapporttillfällen och avstämningstillfällen där personalen samlas. Daglig rapportering sker därmed muntligt, men också skriftligt via dokumentation i patientjournal. Andra interna forum där patientsäkerhet behandlas är på kvalitetsmöten varje månad, där omvårdnadspersonal, sjuksköterska, verksamhetschef och ibland paramedicinsk personal deltar samt på arbetsplatsträff en gång varje månad. Vårdplanering hålls 2 gånger per år för varje boende. Till vårdplanering kallas olika yrkeskategorier utifrån den boendes behov, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, eller tandhygienist.

Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer till Betelhemmet varje vecka. De samverkar med omvårdnadspersonal och sjuksköterska utifrån de behov som finns just då. Var tredje vecka hålls en hälsokonferens då paramedicinsk personal deltar tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska och vid behov verksamhetschef. Vid hälsokonferensen diskuteras exempelvis åtgärder gällande fallprevention och instruktioner, ordinationer och uppföljningar görs av de boendes hälso- och sjukvårdsinsatser.

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. Patientansvarig läkare från Bagaregatans vårdcentral kommer till Betelhemmet varje vecka för rond tillsammans med sjuksköterska. I samband med rond görs läkemedelsgenomgångar och på medicinska grunder görs hembesök av läkare hos de boende. Tillgång till läkarmedverkan finns dygnet runt.

Helgfria vardagar mellan klockan 7 och 17 är Betelhemmets sjuksköterska i tjänst. All övrig tid finns tillgång till tjänstgörande jousjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun.

En hygiensjuksköterska från Region Sörmland delas med de andra kommunerna i Sörmland och kan bland annat erbjuda utbildningar och hygienronder.

Tandvårdsenheten i Region Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden. Folk tandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

Kronans Apotek har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Verksamheten har lokala rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Inloggning till olika system hanteras av verksamhetschefen som gör alla nybeställningar.

Dokumentation som rör den boendes personliga förhållanden, såsom hälsotillstånd, sjukdomar, eller privata förhållanden dokumenteras i patientjournalen i Pro Capita. För att komma in i ProCapita måste inloggning ske till Nyköping kommuns server, detta sker med hjälp av SITHS-kort. Vid support gällande Pro Capita är det Nyköpings Kommuns IT-support som kontaktas.

Digital signering av läkemedel sker i APPVA. Inloggning i APPVA sker med hjälp av SITHS-kort.

Verksamheten anlitar återkommande en extern utförare som ansvarar för generellt dataunderhåll och IT-support som inte har med journalsystemet att göra, exempelvis uppkoppling och nätverk.

Under 2021 har det i perioder varit stora svårigheter att logga in i Pro Capita för både sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Det har också varit stora problem med att få SITHS-korten att fungera när nya kort har hämtats ut. Det har varit bristfällig support vid kontakt med Nyköpings Kommuns IT-enhet och vid många tillfällen har det tagit lång tid att få fungerande kort. Dessa problem innebär en allvarlig risk för patientsäkerheten. Kontakt har tagits med IT-enheten i Nyköpings Kommun vid ett flertal tillfällen, men det har varit svårt att hitta någon lösning på dessa problem.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2021 utan anmärkning.

## Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

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

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Utgångspunkten är att all personal, oavsett yrkeskategori, utbildning eller erfarenhet tillsammans ska verka för att bedriva en säker vård.

För att uppnå detta måste säkerhet och riskhantering vara en del i det dagliga arbetet. På Betelhemmet har omvårdnadspersonal täta avstämningar under arbetspassen, både med varandra men också med sjuksköterska och verksamhetschef.

Vi värnar om dessa dagliga reflektionsstunder då händelser kan lyftas i arbetsgruppen redan innan någonting allvarligt inträffar eller innan en händelse växer sig för stor.

All personal uppmanas att rapportera risker och negativa händelser så fort de upptäcks. Vi tar frågor om risker och negativa händelser på allvar genom att ge tid till att reflektera tillsammans vid våra dagliga rapportstunder. Utifrån allvarlighetsgrad tas dessa frågor och händelser också vidare till kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar för ytterligare diskussion och lärande inför fortsättningen. Risker och händelser



rapporteras också som avvikelser i journalsystemet eller enligt intern rutin för avvikelser som rör verksamheten, men som inte rör en specifik boende.

All personal uppmanas också att lyfta frågor och dela fungerande arbetssätt med varandra för ett öppet arbetsklimat. Att ge varandra feedback i det dagliga arbete är något som har aktualiserats och uppmärksammats under det senaste året. Detta för att lyfta goda exempel för att sprida arbetssätt som fungerar bra.

Arbetsmiljö finns som en stående punkt på arbetsplatsträffarna och frågor gällande arbetsmiljö tas även upp till utredning och diskussion kontinuerligt när behov uppstår. Medarbetarna erbjuds också medarbetarsamtal där fysisk och psykosocial arbetsmiljö lyfts och tas upp till diskussion.

## Adekvat kunskap och kompetens

Betelhemmet har en låg personalomsättning och därmed en stabil personalgrupp. Många medarbetare har arbetat i verksamheten under många år och en stor andel av personalstyrkan (12 av 15) är utbildade undersköterskor. De som inte är undersköterskor har många års erfarenhet inom vården.



När nya medarbetare anställs prioriteras undersköterskor i första hand, före personer utan utbildning. Vid nyanställning används en checklista för introduktion för att säkerställa att verksamhetens alla processer och system går igenom. Introduktionen anpassas utifrån individuella behov, som exempelvis utbildningsnivå och tidigare erfarenheter och introduktionens längd varierar utifrån individuella behov.

Tack vare kvalitetsmöten varje månad där kvalitetsfrågor och patientsäkerhet diskuteras blir såväl ordinarie som vikarierande personal uppmärksammade att tänka och arbeta utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv. Kvalitetsfrågor är också återkommande på arbetsplatsträffar, där diskuteras tidigare, pågående och kommande förbättringsarbeten så att de blir en naturlig del i verksamheten.

En av undersköterskorna har schema- och vikarieansvar. Det innebär bland annat att ha kunskap om och ta hänsyn till de olika medarbetarnas erfarenhet och kompetens och planera bemanningen så att nya medarbetare arbetar tillsammans med erfaren personal. Betelhemmets vårdkultur kan då spridas från ordinarie personal till nyanställda och vikarier.

Kompetensutveckling sker utifrån de behov som är aktuella vid en viss tidpunkt eller period och lyfts fram vid exempelvis medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar. Under pandemin har det varit begränsade möjligheter att delta i kurser och utbildningar externt på grund av att många har blivit inställda. En stor del av vårt arbete har under pandemin handlat om att ta fram och implementera nya rutiner gällande Covid-19, vilket har inneburit att kompetensutveckling inom andra områden inte har kunnat prioriteras.

Ett område där kompetensutveckling har efterfrågats inom verksamheten är sårvård, detta som kommer att satsas på under 2022.

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid **ankomstsamtal** när boende flyttar in och vid **individuell vårdplanering** inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Individuella vårdplaneringar hålls två gånger per år för alla våra boende. Då träffas den boende, sjuksköterskan, kontaktpersonen, anhöriga (om den boende önskar det) och vid behov verksamhetschefen. Den boende har möjlighet att berätta om sitt mående, boende och närstående får framföra sina önskemål, förväntningar, synpunkter och involveras i de genomförandeplaner som personalen utarbetar. Genomförandeplanen godkänns av den boende. Ibland har den boende själv svårt att förmedla sig och då är det bra om närstående som känner den boende väl kan vara med för att se till dennes intressen. De olika professionerna kan sedan föra fram den information de har om den boendes situation utifrån sina kunskapsområden. Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.



**Boenderåd** har under 2021 utökats till att hållas tre gånger per termin. Då bjuds de boende in till ett möte tillsammans med verksamhetschefen och representanter för omvårdnadspersonalen. Där informeras om vad som är på gång i verksamheten och olika frågor tas upp till diskussion i grupp. De boende har då möjlighet att framföra förslag, frågor, synpunkter och klagomål gällande exempelvis maten, aktiviteter eller boendemiljön. De boende har möjlighet att diskutera och dela sina tankar och erfarenheter med varandra. Vid ett boenderåd 2021 fick de boende information gällande personalens arbetssätt för ökad förståelse och öppenhet.

Årligen genomförs en **brukarenkät** av socialstyrelsen med frågor om vad de boende tycker om äldreomsorgen. Resultatet av denna undersökning får verksamheten sedan del av och vi utgår från det i vår verksamhetsplanering på en mer generell nivå. Vi delade under 2021 även ut en enkät som vi har tagit fram själva. Syftet med även denna enkät var att få fram åsikter som vi använde för att arbeta vidare med vårt kvalitetsarbete.

Omvårdnadspersonalen som arbetar nära de boende gör också hela tiden **observationer i det dagliga arbetet**. De ser reaktioner hos de boende som kanske inte har framkommit på annat sätt. Detta kan också bli en utgångspunkt för samtal med den boende om dennes upplevelser och önskningsar som också kan användas vid planering av vården och utformning av genomförandeplanen.

Under 2020 genomgick all personal en utbildning gällande **stöd till anhöriga**. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar har en rutin för stöd till anhöriga tagits fram och arbetet med att förbättra stödet till anhöriga kommer att fortsätta under 2022.

Betelhemmets vård ska präglas av trygghet för våra boende och deras närstående. En del av tryggheten består i att de vet att deras åsikter och klagomål är välkomna och att det är ett viktigt instrument i vårt kvalitetssäkringsarbete. När en boende eller närstående vill framföra ett klagomål eller en synpunkt ska vi tillhandahålla en för ändamålet särskild blankett. Om en boende eller närstående endast vill lämna en muntlig synpunkt eller klagomål ska personalen ta emot synpunkten eller klagomålet och fylla i blanketten. Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschefen.

Verksamhetschefen skickar flera gånger per termin ut brev/mail till närstående med allmän information om det som är aktuellt i verksamheten. I den mån den boende och de närstående önskar finns också möjlighet till en individuell kontakt med kontaktperson, sjuksköterska och verksamhetschef utifrån de behov som finns, t.ex. via mail, sms, telefonsamtal eller samtal vid besök. Vi värnar om en öppenhet och en nära kontakt med både boende och närstående.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll	Mål	Resultat	Källa	Analys/lärande
Läkemedelsgenomgång	Ska göras vid varje nyinflyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	Genomförd på alla nya boende 2021	Rond med läkare	Uppdatera läkemedelslista relaterat till aktuellt status. Rensa i läkemedelslista Identifiera ev. biverkningar/interaktioner mellan läkemedel.
Läkemedelsgenomgång fördjupad	Minst 2 boende/år eller vid behov	3 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförda under 2021	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	Ingen under 2021	Region Sörmland Självskattning Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.
Patientsäkerhetsdiologer	2 gånger per år	Målet uppnått	Vårdplanering	Genomförs med kontaktperson, sjuksköterska och boende/anhörig
Avvikelser	12 gånger per år	Har sammanställts inför varje APT	Avvikelsehanteringssystemet	Diskussion och återkoppling på kvalitetsmöte och APT
Trycksår	Riskbedömning var 3:e vecka 2ggr/år 2ggr/år	1 trycksår uppstod i samband med sjukhusvistelse. Sårets läktes.	Hälsokonferens Vårdplanering Riskbedömning i samband	Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast bedriver ett förebyggande arbete identifierar tidiga tecken och åtgärdar omgående.



		1 trycksår uppstod i palliativt skede	med vårdplanering	
Fallrisk	Riskbedömning var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Antalet fall har ökat under 2021	Hälsokonferens Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering	Ökning av fall relaterat till försämrad funktionsförmåga och ökad sjukdom.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Inkomna klagomål och rutiner har följts upp enligt rutin.	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal	Redovisning och diskussion på kvalitetsmöte och APT leder till lärande, ökad kvalitet och ibland uppdatering av lokala rutiner.
Doskontroll	Var 14:e dag	Är utförd vid varje leverans under året	Enligt rutin för sjuksköterska	Utförs i samband med läkemedelsleverans.
Läkemedelshandling	3ggr/vecka	Sjuksköterska följer upp signeringar i APPVA minst 3 gånger per vecka	Digital signering i APPVA	Kontinuerlig uppföljning av signeringar ger snabb identifiering av risker och händelser. Åtgärd kan påbörjas omgående.
Hälsoplaner	4ggr/år (oftare vid behov)	Görs av sjuksköterska som bedömer behovet	Pro Capita	Hälsoplaner revideras vid skiftande status. Är en flexibel planering som ligger till grund för omvårdnaden.
Journalgranskning	1 gång/år	5 journalen granskades under 2021	Mas begär in journalgranskning	Önskvärt att bli granskad av kollega för ökat lärande och bättre bli uppmärksam på ev. brister
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Granskat av apotekare utan anmärkning.	Kontrollräkning görs av sjuksköterska och verksamhetschef	Utfört enligt rutin.
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare med gott resultat.	Med apotekare	Ett fåtal mindre förbättringsförslag framkom vid granskningen som exempelvis inköp av

				digital termometer till kylskåp där insulin förvaras.
Delegeringar	Vid nyanställning + 1 gång per år	All personal delegeras individuellt och utifrån utbildningsnivå, erfarenhet och personlig lämplighet.	Sjuksköterska och berörd personal. Samtal, instruktioner, kunskapsstest.	Säker delegeringsprocess tack vare närhet till sjuksköterska dagligen för uppföljningar och kontinuerlig återkoppling.
Utökade hygienrutiner i samband med Covid-19	Varje natt	Väl fungerande, utfört enligt checklista.	Ytdesinficering enligt checklista	Genomfördes i början av året enligt checklista, men under andra delen av året inkluderades i rutin för städning.

## 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 §

### Har vården varit säker

All personal är skyldig att skriva avvikelser då de upplever risker i patientsäkerhet eller brister i vården. Sjuksköterskan och verksamhetschefen bedömer alla inkomna avvikelser inklusive klagomål.



Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad. Allvarliga eller vanligt förekommande avvikelser redovisas och tas upp till diskussion på kvalitetsmötet som hålls en gång i månaden. På mötet diskuteras hur avvikelserna ska hanteras och åtgärder tas fram för att undvika att händelsen upprepas. Resultatet presenteras sedan på arbetsplatsträff så att all personal får kännedom och kan vara delaktiga i att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsarbetet har under året fokuserats på att förhindra smittspridning bland boende och personal, ett arbete som har gett ett mycket gott resultat då vi inte har haft någon smittspridning alls, vare sig bland boende eller personal.

Under 2021 har ingen allvarlig vårdskada inträffat och det har inte gjorts någon utredning enligt Lex Maria.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Avvikelsehantering

Betelhemmet har en väl inarbetad avvikelsehanteringsprocess. Personal har kunskap om att rapportera händelser och avvikelser i Pro Capita och dessa utreds och följs upp återkommande på kvalitetsmöte. Behov av kompetensutveckling ses hos vikarier. Vikarierna har kännedom om att avvikelser ska rapporteras, men behöver bättre kunskap gällande dokumentationen av avvikelser i Pro Capita.



## Hygienrutiner

Hygienrutiner finns sedan tidigare gällande exempelvis basal hygien och hygien vid smittor. Det som har saknats tidigare, men som har tagits fram under året är en rutin för egenkontrollen gällande hygien, t.ex. hygienrond och självskattning gällande hygien. Rutinen tydliggör exempelvis vilka egenkontroller som ska genomföras och hur ofta.

## Senior Alert

Alla boende på Betelhemmet har två gånger per år en genomförd riskbedömning. Om risker upptäcks i riskbedömningen görs en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som kan vara lämpliga utifrån behov. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades där risk förelåg.

## Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden.

## APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **75 039** insatser under 2021. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 99% av insatserna är signerade, vilket är ett mycket fint resultat. 89 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 66 784 insatser utfördes utan anmärkning. Av de 11 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 6 minuter. De resterande har fått avvikelse som t.ex. läkemedel ej givet i tid, patient kan ej ta emot läkemedel eller ej signerade läkemedel. Dessa avvikelser följs upp av sjuksköterskan beroende på allvarlighetsgrad.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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

Hela personalgruppen uppmanas att uppmärksamma risker eller brister i verksamheten. Riskanalys görs vanligen dagligen vid rapporteringsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll. Uppföljning har gjorts under arbetets gång på dagliga rapporteringsmöten samt på nästkommande kvalitetsmöte eller arbetsplatsträff. Vanligtvis har det vid uppföljning visat sig finnas behov av modifieringar och mer tid att försätta arbete enligt planen för att uppnå önskat resultat. Riskanalys utförs också för varje boende i samband med inflytt och sedan återkommande vid hälsokonferenser och vårdplaneringar. Varje boende bedöms avseende risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa.



Under 2021 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

- Smittspridning av Covid-19
- Läkemedelsavvikelser
- Missad eller bristfällig dokumentation

Vi har under 2020 och 2021 haft fokus på läkemedelshantering. Resultatet visar att vi precis som föregående år har ett lågt antal läkemedelsavvikelser. Vi har stor hjälp av APPVA där vi signerar givna läkemedel digitalt. Vi tog fram statistik varje månad och jämförde resultatet från månad till månad. Vi analyserade resultatet tillsammans på APT och kom fram till åtgärder för att minska riskerna att för ytterligare läkemedelsavvikelser. Resultatet visar att de månader när vi har lagt extra fokus på diskussion kring läkemedelshantering har antalet avvikelser minskat. En lärdom vi har kommit fram till är att vi ständigt behöver hålla diskussionen levande vid våra dagliga rapport- och avstämningsmöten samt på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar för att minska eller bibehålla ett lågt antal läkemedelsavvikelser.

Gällande dokumentation har arbetet fortsatt enligt tidigare genomförda riskanalyser och uppsatta mål. All fast personal dokumenterar avvikelser i journalsystemet och personalen får bättre och bättre inblick i hur genomförandeplanen ska skrivas. Erfarenheter från tidigare år visar att utöver utbildning behövs också avsatt tid för att befästa sina kunskaper genom att träna på att skriva samt möjligheten till stöd vid dokumentation av exempelvis en kollega. Enbart utbildning är inte tillräckligt för att uppnå ett tillfredsställande resultat. En enkät som lämnats ut till all personal inklusive vikarier visar att vikarierna har behov av ökad kunskap gällande dokumentation.

Det har under året funnits fortsatta brister när det gäller inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita som skulle ha kunnat innebära patientsäkerhetsrisker. En återkommande kontakt hålls med Nyköpings Kommun dit vi har återkopplat svårigheter vid ett flertal gånger under året.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

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

Betelhemmet har lokala rutiner för identifiering, rapportering, sammanställning och analys av avvikelserapporter med syfte att förbättra patientsäkerheten. Alla avvikelser skrivs in i journalsystemet av den personal som upptäcker avvikelserna. Sjuksköterskan tar emot och analyserar alla avvikelser skyndsamt. Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad.



Verksamhetschefen sammanställer alla avvikelser varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där allvarligare avvikelser, vanligen förekommande avvikelser och fall diskuteras. Personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på arbetsplatsträff varje månad så att alla i hela personalgruppen får samtidig information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder. Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Avvikelse rapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Om avvikelser innehåller ett ärende kopplat till verksamheten men inte till någon speciell boende, eller ärende kopplat till förbättringsarbete finns en speciell blankett som fylls i och lämnas till verksamhetschefen.

De vanligaste händelserna som har inträffat under 2021 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. Utredning görs kontinuerligt tillsammans med hela personalgruppen där olika orsaker till missade signeringar identifierades, exempelvis stress eller att man blir avbruten av larm. Utifrån de olika orsaker som framkom har arbetet att ta fram åtgärder fortsatt.

#### Avvikelse rapporterade i Pro Capita 2021:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	5	2	14	8	15	8	4	-	3	4	6	6	75
Fall	10	2	2	2	-	4	-	3	-	5	2	16	46
Allmän omvårdnad					1	1	1					1	4
Specifik omvårdnad/rehab						4							4
Utebliven insats SOL					1				1		1		3
Informationsöverföring										1			1

#### Avvikelse jämförelse år 2018, 2019, 2020, 2021:

Avvikelse	2018	2019	2020	2021
Läkemedel	99	101	86	75
Fall	44	21	33	46
Allmän omvårdnad		1	6	4
Specifik omvårdnad/rehab	9	1	3	4
Utebliven insats SOL				3
Informationsöverföring				1

Antalet avvikelser gällande läkemedel har återigen sjunkit 2021 jämfört med föregående år. Under 2020 lades fokus på ett förbättringsarbete gällande läkemedelshanteringen och rutinerna är levande i verksamheten. Detta gör att vi har mycket få avvikelser när det gäller läkemedel under året. Avvikelse

som registrerats gällande läkemedel avser ordinationer som inte har utförts på ett riktigt sätt eller inte signerats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Även om antalet avvikelser är förhållandevis lågt finns det fortfarande möjlighet att göra läkemedelshandlingen ännu säkrare genom att hålla rutinerna kring handlingen levande genom återkoppling, påminnelse och gemensamma diskussioner för att hitta ytterligare förbättringsförslag. Vi har kunnat se att genom att vi uppmärksammar avvikelser och har en återkommande diskussion angående hur vi hanterar läkemedel kan minska risken för avvikelser ytterligare.

Under flera år hade Betelhemmet totalt ett lågt antal fall. Vi kopplade ihop det med att våra boende överlag var pigga, rörliga och självständiga. Under 2021 har ett stort arbete lagts ner på att förebygga fall. Trots det har antalet fall ökat. Flera av de boende har på grund av ökad ålder och sjukdomsutveckling med minskad funktionsförmåga och ökad fallrisk drabbats av fall. Vid sammanställning kan man tydligt se att det är ett fåtal individer som har drabbats av många fall och utifrån personlig kännedom så är orsaken försämring i funktioner relaterat till ålder och sjukdomstillstånd. Flera av de boende värderar sin egen självständighet högt och vill så långt det är möjligt klara sig på egen hand utan att få hjälp av personal, vilket vid några tillfällen har resulterat i fallolyckor. Vid ett fåtal av fallen upptäcktes orsaker i miljön som kunde åtgärdas, exempelvis ommöblering.

Det fanns inga allvarliga avvikelser gällande allmän eller specifik omvårdnad som krävde någon djupare analys eller åtgärd.

#### **Exempel på vidtagna åtgärder gällande läkemedelsavvikelser:**

- Samtal med berörd personal
- Diskussion på daglig rapport, kvalitetsmöte, APT
- Påminnelser om gällande rutiner på APT
- Personal återkopplar och uppmärksammar varandra under arbetspasset, påminnelse om signering i APPVA
- Medicin ska alltid ges i den boendes rum
- Medicingivning ska alltid signeras direkt efter att medicinen har givits

#### **Exempel på vidtagna åtgärder gällande fall:**

- Händelseanalys och åtgärdsförslag diskuteras omgående efter fall på daglig rapport där omvårdnadspersonal och sjuksköterska (ofta också verksamhetschef) deltar
- Utökade/tätare tillsyn
- Rörelselarm i boendes lägenhet
- Bedömning
- Höftskyddsbyxor
- Ommöblering av boendes lägenhet
- Ändring av läkemedel
- Hjälpmedelsutprovning
- Plockat undan sladdar
- Händelseutredning och åtgärds genomgång på kvalitetsmöten samt omvårdnadskonferens.

- Summering och genomgång på APT

## Klagomål och synpunkter

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

När en boende eller närstående vill framföra ett klagomål eller en synpunkt ska vi tillhandahålla en för ändamålet särskild blankett. Om en boende eller närstående endast vill lämna en muntlig synpunkt eller klagomål ska personalen ta emot synpunkten eller klagomålet och fylla i blanketten.

Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschef. Klagomål eller synpunkter analyseras och diskuteras också på kvalitetsmöten för att gemensamt komma fram till orsaker och förbättringsförslag. Verksamhetschef ansvarar för att återkoppla till den som har lämnat in synpunkten eller klagomålet.

Klagomål, synpunkter eller önskemål av enklare karaktär tas emot och åtgärder påbörjas omedelbart av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska och åtgärder dokumenteras i patientjournal eller genomförandeplan.

Klagomål som inkommer via Nyköpings Kommun, från sjukhus, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg tas emot, utreds, åtgärdas och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Under 2021 har 5 klagomål/synpunkter inkommit.

Typ av synpunkt	Beskrivning	Analys	Åtgärd
Rutiner	Anhörig upplever att rutiner för besök inte fungerar. Det tar lång tid att bli insläppt när man ringer på dörren.	Problem med dörrklockan, den ringer inte alltid. Personal är ibland upptagna inne i de boendes lägenheter och har inte möjlighet att öppna dörren just då.	Ny dörrklocka är monterad. Återkoppling till berörd anhörig. Förklaring om arbetssätt och att personal ibland inte har möjlighet att öppna dörren precis när det ringer på.
Rutiner	Ommöblering har gjorts i lägenheten och Tv:n har kopplats ur utan att kopplas tillbaka igen. Den boende kunde därför inte sätta på Tv: n. Anhörig på besök anmälde händelsen.	Personal har inte uppmärksammat att tv:n är urkopplad och den boende har inte bett om att få se på TV.	Samtal om händelsen på kvalitetsmöte, då det framkom att den boende inte hade tittat på tv under en tid tillbaka innan händelsen, därför uppmärksammades det inte av någon.
Bemötande	Anhörig på besök uppmärksammar brist i bemötande hos en personal gentemot mot den boende.	Personal har agerat på ett stressat sätt och upplevts irriterad på grund av stressig situation den dagen och hög arbetsbelastning.	Händelsen har tagits upp på kvalitetsmöte och stress och bemötande har diskuterats i hela arbetsgruppen på arbetsplatsträff.
Bemötande	Anhörig på besök upplever att personal är oförberedd på att besök	Personal som tog emot besökare var ny på arbetsplatsen och var inte	Händelsen har tagits upp med berörd personal samt på kvalitetsmöte. Stress och

	ska komma trots att besöket är bokad. Det kändes inte välkomnande.	insatt i rutiner för besök och vad som förväntades.	bemötande har diskuterats i hela arbetsgruppen på arbetsplatsträff.
Rutiner	Anhörig har synpunkter på besöksrutinen under pandemin. Är missnöjd över begränsad möjlighet att komma på besök.	Betelhemmet har lokal rutin för besök utformad utifrån rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Region Sörmland och Nyköpings Kommun. Rutinen är till för att skydda boende och personal från smittspridning.	Återkoppling till berörd anhörig, med förklaring om hur rutinen ser ut och varför vi har den rutinen.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Betelhemmet kommer att fortsätta med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

De viktigaste identifierade områdena som vi vill fortsätta att fokusera på och utveckla inom vår verksamhet:

- Dokumentation i Pro Capita inklusive genomförandeplaner och avvikeleregistrering för både ordinarie personal och vikarier.
- Aktiviteter, både i grupp och individuellt
- Läkemedelshantering

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

Pandemin är ett exempel där vården har behövt anpassas efter ändrade förhållanden och stora krav har ställts på riskmedvetenhet och beredskap. Kompetens, flexibilitet, samarbete och tydliga rutiner på olika nivåer här krävs för att upprätthålla patientsäkerheten. Vikten av fungerande hygienrutiner och skyddsutrustning har uppmärksammats och varit en viktig lärdom i verksamheten, vilket kommer att ha stor betydelse för patientsäkerheten även i fortsättningen.





## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även 2022 vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Uppföljning
<b>Nöjda och aktiva boende</b>	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år -Utgångspunkt i dagliga rapporter som sammanställs
	Fortsatt förbättringsarbete gällande aktiviteter, både i grupp och individuellt -Bli bättre på att tillgodose individuella behov -All personal ska hålla i aktiviteter	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT -Vagn med material/aktiviteter som kan tas med till dem som inte kommer ut till gemensamma aktiviteter.
	Återuppta anhörigräffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	-Boenderåd -APT
<b>Hög kvalitet på vården</b>	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 2ggr/år	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	All personal, inklusive vikarier, ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	-Enkät/självskattning
	All personal, inklusive vikarier ska dokumentera i social dokumentation	-Statistik inför kvalitetsmöte och APT -Enkät/självskattning
	Alla avlidna ska registreras i Palliativa registret	-Avstämning i samband med kvalitetsmöte
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Boenderåd APT
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	2 ggr/år i samband med VPL
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Stående punkt på dagordningen
	Det ska finnas rutiner för anhörigstöd -arbetsgrupp är tillsatt	APT
	Öka kunskap inom sårvård	Utbildning till hela personalgruppen på APT
	Samordna teamets olika perspektiv	-Daglig rapport med USK, SSK, -USK/kontaktperson representerad på rond
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Avstämning på kvalitetsmötet 1gång/månad
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Kontinuerligt vid tillsättning Sammanställning vid årets slut

<b>Bra måltidssituationer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Återinföra matråd 2ggr/termin</li> <li>-Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag.</li> <li>-Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I samband med boenderåd</li> <li>Checklista</li> <li>Vårdplanering, kvalitetsmöte</li> </ul>
-------------------------------	--	---

## **VON § Rapport om målet att varje hemtjänstkund ska ha beslut som speglar behovet**

### **Diarienummer: VON21/105**

I 2022 års överenskommelse mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg (DSO) finns, avseende hemtjänst, målet "Varje brukares beslut ska följas upp så ofta som krävs för att beslutet alltid ska spegla det aktuella behovet". Det har blivit dags för årets första uppföljning av målet och DSO har därför inkommit med en rapport.

I rapporten beskrivs hur beslutsuppföljningen går till idag och man har också identifierat vilka aktiviteter som bör ske under året för att uppnå målet, såsom:

- God samverkan med utförare vid uppföljning
- Ta fram mall för systematisk uppföljning
- Mäta antalet uppföljningar per månad och utvärdera uppföljningarnas kvalité

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport "Uppföljning hos kund för att säkerställa aktuellt behov", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-29.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport om målet att varje hemtjänstkund ska ha beslut som speglar behovet

### Bakgrund

I 2022 års överenskommelse mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg (DSO) finns, avseende hemtjänst, målet "Varje brukares beslut ska följas upp så ofta som krävs för att beslutet alltid ska spegla det aktuella behovet". Det har blivit dags för årets första uppföljning av målet och DSO har därför inkommit med en rapport.

I rapporten beskrivs hur beslutsuppföljningen går till idag och man har också identifierat vilka aktiviteter som bör ske under året för att uppnå målet, såsom:

- God samverkan med utförare vid uppföljning
- Ta fram mall för systematisk uppföljning
- Mäta antalet uppföljningar per månad och utvärdera uppföljningarnas kvalité

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport "Uppföljning hos kund för att säkerställa aktuellt behov", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-29.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2022-04-11

**Beslut til:**

Division Social omsorg

## Uppföljning hos kund för att säkerställa aktuellt behov

### Uppdrag

Utifrån överenskommelsen 2022 mellan Vård och omsorgsnämnden och Division social omsorg har Myndighetsfunktionen för äldre fått i uppdrag att säkerställa att kund har aktuellt beslut efter det faktiska behovet.

### Hur biståndshandläggarna arbetar idag

Enligt riktlinjer har olika beslut olika uppföljningsintervaller: Insats enligt socialtjänstlagen ska följas upp efter:

- Hemtjänst ny kund 5-7 veckor
- Hemtjänst, endast service 8-9 veckor
- Hem från korttidsboende 5-7 veckor
- Hemgångsbeslut från sjukhuset 4-5 veckor
- Växelvård 3 månader
- Dagverksamhet 3 månader
- Kontaktperson 1 år
- Årsuppföljning 1gång /år

Dessutom ska uppföljning ske vid förändrat behov/anmälan om att minska eller utöka insatser.

I verksamhetssystemet Procapita kommer det en automatbevakning en månad innan beslutet "går ut", idag skrivs t o m-datum för att få upp en sådan automatbevakning.

Handläggare tar kontakt med kund för att boka in ett hembesök för uppföljning. Myndighetsfunktionens handläggare kan ge arbetsterapeuter i uppdrag att göra observationsbedömningar i aktiviteter som beviljats inför uppföljningen.

Innan uppföljningen läser handläggaren in sig på dokumentation som verkställigheten skrivit - både genomförandeplan, löpande dokumentation och eventuellt hälso-och sjukvårdsuppdrag.

Vid uppföljning hos kund går handläggare igenom vad som beskrivs i SOSFS 2014:5.

- när och på vilket sätt insatsen har följts upp
- hur den enskilde uppfattar insatsen i förhållande till sina behov och önskemål
- vilken bedömning nämnden har gjort av om insatsen har genomförts enligt nämndens beslut och gällande författningar
- vilken bedömning nämnden har gjort av den enskildes situation
- om några behov av åtgärder har identifierats genom uppföljningen

Dessutom skrivs en kort journalföring om att uppföljning är gjord enligt § 9.

Gruppen ansvarar gemensamt för uppföljningar som ska genomföras inom månadens ram.

Vid uppföljning är det en individuell bedömning som görs utifrån kunds behov, vad kunden klarar och om det finns rehabiliteringspotential. Beslutets tidsram skrivs utifrån behov, max ett år till nästa uppföljning.

En uppföljning ska göras hos kund och inte på telefon. Under pandemin har dock flertalet uppföljningar gjorts på telefon. Vid behov sammankallar handläggare andra aktörer till uppföljningen, såsom hemsjukvården, vuxenenheten och demenssjuksköterska.

### **Beslut med slutdatum**

Enligt Socialstyrelsen ska sökande inte behöva söka om en insats, utan det är biståndshandläggare som har uppföljningsansvar på beviljade insatser. Dock bör betänkas att ett gynnade beslut utan slutdatum aldrig kan upphävas. (Finns HFD mål nr 6714-19)

### **Förändringsarbete och förslag på förbättringsområden under 2022**

De schablontider som finns i systemet stämmer sällan med verkligheten hos kund. Med en bättre samverkan hos kund med vald utförare, kan besluten bli mer verklighetsbaserade.

Om alla kunder ska följas upp utifrån en förändring är det viktigt att myndighetsfunktionen får en signal från utföraren. Kunder som det inte sker förändringar hos har uppföljning en gång per år. Detta är ett utvecklingsområde att under året tillsammans med samtliga utförare genomföra tester, vara med på hälsokonferenser, att kontaktpersonal får större ansvar att påkalla biståndshandläggare vid förändring.

Om det nya hemtagningsteamet tillsammans med biståndshandläggaren hittar en arbetsmodell som genererar att utforma besluten efter en tids utredning i det ordinära boendet, borde arbetssättet införas i större utsträckning på alla nya kunder.

Ytterligare uppföljningar ska göras på de kunder som går hem från sjukhuset till nya hemgångsteamet efter 2-4 veckor, vilket blir en ny arbetsuppgift.

Statistik tas fram varje månad under 2022 för att kunna se förväntat resultat av uppnådda uppföljningar. Kvalitéutvecklare gör stickprov på uppföljningar för att bedöma kvalitén på uppföljningar och resultat.

Uppföljningar tas upp på APT. Vid bristande dokumentation tar kvalitetsutvecklare det vidare till berörd handläggare.

Serviceinsatser bör ligga på förenklad handläggning utan någon större utredning enligt SoL 4 § 1 kap. Myndighetsfunktionen har dock uppföljningsansvaret.

Det åligger idag handläggare att följa upp serviceinsatser tätt efter beslutet (8-9 veckor för ny kund). Förutsättningen vid uppföljning är att det finns en bra genomförandeplan som beskriver hur insatserna genomförs.

### **Aktiviteter under 2022**

- Samverka med hemtjänstutförare vid uppföljning med kontaktpersonal och biståndshandläggare via fysiska träffar eller Teams
- Ta fram en mall för systematisk uppföljning som ska vara känd för samtliga utförare
- Genomföra olika samverkansmodeller mellan utförare och handläggare för att kunna göra kvalitativa uppföljningar och arbeta mer proaktivt
- Starta upp hemgångsteam
- Mäta hur många uppföljningar som görs per månad
- Utvärdera kvalitén på uppföljningarna

### **Förutsättningar**

Myndighetsfunktionen för äldre har under flera år haft flertalet sjukskrivningar, vilket påverkat hela gruppen. Av de 19 anställda handläggarna arbetar tre mot regionen med utskrivningar och övriga 16 arbetar med nya ansökningar, anmälningar och uppföljningar.

Stora nackdelar finns idag i det gamla verksamhetssystemet från 2001, vilket resulterar i tidskrävande arbete redan vid en liten förändring hos kund, såsom att ta bort en insats. Då krävs att hela utredningen skrivs om. I nytt kommande verksamhetssystem måste det vara lätt att ändra beslut efter kundens behov utan att skriva om hela utredningen.



## **VON § Målrapporering - Fokus på förebyggande och rehabiliterande arbete**

### **Diarienummer: VON21/105**

I 2022 års överenskommelse mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg (DSO) finns, avseende verksamhetsområde Hälso- och sjukvård, målet "Det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom såväl hemtjänst som särskilda boenden". Det önskade resultatet för 2022 är att andelen som flyttar in på särskilda boenden och som får sin förmåga bedömd inom en månad, ska öka. Det har blivit dags för årets första uppföljning av målet och DSO har därför inkommit med en rapport.

Av rapporten framgår att målet redan är nått. Alla får en bedömning under sin första månad på boendet. Arbetet kommer dock att fortsätta med att se över kvalitén på bedömningarna, liksom att definiera vad en bedömning ska innehålla.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna årets första avrapportering av målet om förmågebedömningar vid inflyttning på särskilt boende för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-04.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Målrapporering - Fokus på förebyggande och rehabiliterande arbete

### Bakgrund

I 2022 års överenskommelse mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg (DSO) finns, avseende verksamhetsområde Hälso- och sjukvård, målet "Det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom såväl hemtjänst som särskilda boenden". Det önskade resultatet för 2022 är att andelen som flyttar in på särskilda boenden och som får sin förmåga bedömd inom en månad, ska öka. Det har blivit dags för årets första uppföljning av målet och DSO har därför inkommit med en rapport.

Av rapporten framgår att målet redan är nått. Alla får en bedömning under sin första månad på boendet. Arbetet kommer dock att fortsätta med att se över kvalitén på bedömningarna, liksom att definiera vad en bedömning ska innehålla.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna årets första avrapportering av målet om förmågebedömningar vid inflyttning på särskilt boende för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-04.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut til:**

Division Social omsorg

## **Rapport utifrån Överenskommelse 2022 mellan Vård och- omsorgsnämnden och Division Social omsorg, särskilda uppdrag Hälso- och sjukvård**

### **Uppdrag**

Att utifrån Överenskommelse 2022 mellan Vård-och omsorgsnämnden och Division Social omsorg under mål och särskilda uppdrag Hälso- och sjukvård rapportera gällande det förebyggande och rehabiliterande arbete som ska vara i fokus inom såväl den kommunala hemtjänsten som de kommunala särskilda boendena.

Önskat resultat år 2022:

Andel inflyttade på kommunala särskilda boenden för äldre som fått den egna förmågan och hur den bäst bevaras bedömd av fysioterapeut och sjukgymnast under sin första boendemånad ska öka.

### **Genomfört**

Alla personer på kommunala särskilda boenden ska av arbetsterapeut och fysioterapeut erbjudas en bedömning av individuellt rehabiliteringsbehov. Bedömningarna resulterar i en specifik ordinerad rehabilitering som bibehåller och ökar funktioner för individen. Denna specifikt ordinerade rehabilitering är ett led i det hälsofrämjande förhållningssätt vilket legitimerad personal samt omvårdnadspersonal tillämpar. Den specifika bedömningen beskrivs i individens hälsoplan samt även i dennes genomförandeplan. Den specifikt ordinerade rehabiliteringen följs upp av fysioterapeut samt arbetsterapeut enligt de individuella målen som är satta i ordinationen.

Hälsokonferenser är en mötesform som finns på de kommunala särskilda boendena, en mötesform där individen samt alla i individen involverade professioner samverkar kring individen utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. På hälsokonferensen ser man över individens hälsoplan samt dennes genomförandeplan, följer upp och justerar dessa efter behov. På hälsokonferenserna arbetas det även med de olika delarna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert se beskrivning nedan.

Senior Alert används inom vården och omsorgen om äldre, med hjälp av registret kan vården och omsorgen tidigt upptäcka och förebygga trycksår, undernäring, risk för fall, ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion.

Senior Alert syftar till att skapa bra rutiner för det förebyggande arbetet. Ny riskbedömning i Senior Alert görs 1 gång per år samt vid behov vid förändring.

## **Resultat**

Det önskade resultatet år 2022 är uppfyllt till 100% i dags dato, dvs alla som flyttar in på kommunalt särskilt boende får sin egen förmåga och hur den bäst bevaras bedömd under sin första boendemånad.

## **Återstår**

En översyn av innehållet och kvaliteten i bedömningarna på de kommunala särskilda boendena kommer att göras 2022. En tydlig definition på vad en bedömning ska innehålla kommer att tas fram.

## **Tidplan**

Målet för 2022 är uppnått.

## **Effekter**

Ett hälsofrämjande samt förebyggande arbete på det sätt som beskrivs ovan leder till fördröjning av insatser samt minskat vårdbehov på särskilt boende. De personcentrerade insatserna utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt bidrar också till ökad kvalitet för de boende samt ökad patientsäkerhet.

## **Ekonomi**

Minskade samt framskjutna insatser främjar ekonomin på så sätt att resursbehovet inte blir lika omfattande dvs resurskostnaderna i form av personal kan minska.

För att uppnå ett hälsofrämjande förhållningssätt och för att kunna arbeta proaktivt med förebyggande insatser enligt Vård och Omsorgsnämndens målbild under de särskilda uppdragen Hälso-och sjukvård så krävs det en rehab-enhet som motsvarar behovet.

Rehab-enheten inom DSO är idag kraftigt eftersatt vad det gäller bemanning kopplat till uppdrag och behov. (Ur verksamhetschef Mattias Carlssons rapport "Hälso- och sjukvårdsorganisationen i Nyköpings kommun" 2021-08-06)

Att anpassa bemanningen inom rehab-enheten utifrån de behov som finns torde ha positiv effekt ekonomiskt. En initial kostnadsökning som ger en utjämning över tid.

Mia Kihlstrand, kvalitetsutvecklare  
[mia.kihlstrand@nykoping.se](mailto:mia.kihlstrand@nykoping.se)

## VON § Rapport över möjliga hemflyttningsmöjligheter inom funktionsstödsomsorgen

### Diarienummer: VON21/39

Det råder idag en brist på platser på grupp- och servicebostäder i Nyköping. Det står personer i kö, varav vissa gjort så under lång tid. Dessutom är ett stort antal externt placerade. Det behöver säkerställas rätt antal tillgängliga platser och rätt typ av plats efter de behov som finns, med utgångspunkt i att brukarna så långt det är möjligt ska ges omsorg inom kommunens egen verksamhet. Därför gavs Division Social omsorg (DSO) enligt § 32 (2021) i uppdrag att ta fram ett underlag för hur detta ska genomföras.

Ett underlag när det gäller kartläggning av befintliga boenden presenterades för nämnden enligt § 103 (2021). I samband därmed uppdrogs åt DSO att inkomma med ytterligare en rapport som mer detaljerat skulle redogöra för möjligheterna till hemflyttning på brukarnivå. Denna rapport finns nu färdigställd. Se bilaga till tjänsteskrivelsen. Kontentan i denna rapport är att man bedömer att 17 brukare som idag är externt placerade är möjliga att flytta hem till kommunens egen verksamhet under rätt förutsättningar. Med hjälp av de framtagna underlagen behöver nu en plan tas fram för hur ytterligare platser ska tillskapas och hur brukare ska säkras omsorg på rätt nivå och på rätt plats utifrån vars och ens unika behov.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport över möjliga hemflyttningsmöjligheter inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-06
- 2) **att** uppdra åt Division Social Omsorg att i samarbete med nämndens sakkunniga tjänsteman, Tekniska divisionen och Kommunfastigheter, planera hur ytterligare platser ska tillskapas och hur brukare ska säkras omsorg på rätt nivå och på rätt plats utifrån vars och ens unika behov
- 3) **att** uppdra åt Division Social Omsorg att till nämndens sammanträde i oktober 2022 återkomma med en skriftlig rapport över detta arbete.

**Beslut till:**

Division Social omsorg



Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport över möjliga hemflyttningsmöjligheter inom funktionsstödsomsorgen

### Bakgrund

Det råder idag en brist på platser på grupp- och servicebostäder i Nyköping. Det står personer i kö, varav vissa gjort så under lång tid. Dessutom är ett stort antal externt placerade. Det behöver säkerställas rätt antal tillgängliga platser och rätt typ av plats efter de behov som finns, med utgångspunkt i att brukarna så långt det är möjligt ska ges omsorg inom kommunens egen verksamhet. Därför gavs Division Social omsorg (DSO) enligt § 32 (2021) i uppdrag att ta fram ett underlag för hur detta ska genomföras.

Ett underlag när det gäller kartläggning av befintliga boenden presenterades för nämnden enligt § 103 (2021). I samband därmed uppdrogs åt DSO att inkomma med ytterligare en rapport som mer detaljerat skulle redogöra för möjligheterna till hemflyttning på brukarnivå. Denna rapport finns nu färdigställd. Se bilaga till tjänsteskrivelsen. Kontentan i denna rapport är att man bedömer att 17 brukare som idag är externt placerade är möjliga att flytta hem till kommunens egen verksamhet under rätt förutsättningar. Med hjälp av de framtagna underlagen behöver nu en plan tas fram för hur ytterligare platser ska tillskapas och hur brukare ska säkras omsorg på rätt nivå och på rätt plats utifrån vars och ens unika behov.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport över möjliga hemflyttningsmöjligheter inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-06

- 2) **att** uppdra åt DSO att i samarbete med nämndens sakkunniga tjänsteman, Tekniska divisionen och Kommunfastigheter, planera hur ytterligare platser ska tillskapas och hur brukare ska säkras omsorg på rätt nivå och på rätt plats utifrån vars och ens unika behov.
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2022 återkomma med en skriftlig rapport över detta arbete.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Division Social omsorg



**Nyköping**

Eeva-Liisa Simola-Blomberg, Kvalitetsutvecklare, DSO.  
Felicia Brännlund, Kvalitetsutvecklare, DSO.

# Fördjupningsrapport

## *Hemflytt/ FSO*

## **Innehåll**

Bakgrund .....	3
Syfte .....	3
Avgränsningar .....	3
Tillvägagångsätt .....	3
Riskanalys .....	3
Sammanställning.....	3
Analys .....	6

## **Bakgrund**

Under 2021 utreddes på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden, VON, möjlig hemflytt av externt placerade individer enligt SoL och LSS boende i grupp eller servicebostad. VON har gett ett nytt uppdrag åt division social omsorg, DSO, att utföra en mer fördjupad kartläggning som skall vara klar 2022-03-30.

## **Syfte**

Syftet är att beskriva möjligheten och förutsättningar för individer att flytta hem till Nyköpings kommun och bedömning av rimligt tidsperspektiv. Syftet är vidare att belysa till vilka boendeformer den enskilde kan ges i Nyköpings kommun.

## **Avgränsningar**

Utredningen beskriver inte vad som behövs i form av exakt antal bostäder eller behov av nyproduktion.

## **Tillvägagångsätt**

Biståndshandläggare har besvarat enkäter där möjligheten till hemflytt och inom vilken tidsram beskrivs. Detta har sammanställts på gruppnivå.

## **Riskanalys**

Underlaget är en beskrivning av aktuellt läge vid mättillfället och är inte uppgifter som kan användas som prognosunderlag över tid.

## **Sammanställning**

Nyköping kommun hade, 2022-02-08, 34 individer externt placerade med boendebeslut enligt SoL eller LSS. Av dessa var 13 individer boende inom det som i Nyköpings kommun benämns Socialpsykiatriboenden (SoL), fem i serviceboende (LSS) och 16 individer på gruppboende (LSS).

Av dessa totalt 34 individer har 12 individer daglig verksamhet, sex individer har integrerad daglig verksamhet och en individ integrerad daglig sysselsättning.

Fyra av individerna är av biståndshandläggare bedömda som att hemflytt skulle kunna ske omgående om en gruppboende kan erbjudas. För tre individer bedöms hemflytt vara möjlig omgående om socialpsykiatriboenden i Nyköpings kommun kan erbjudas. För sex individer bedöms hemflytt vara möjlig inom tre månader varav två till gruppboende och fyra till socialpsykiatriboende.

17 individer är av biståndshandläggare bedömda som att hemflytt skulle vara möjlig inom 3-6 månader under förutsättning att individens behov av särskilt stöd kan tillgodoses och att bostad finns i Nyköpings kommun. För sju individer bedöms av biståndshandläggare hemflytt inte vara möjlig utan bedöms fortsatt vara i behov av extern placering längre än sex månader.

För att möjliggöra hemflytt har biståndshandläggare bedömt att för 22 individer behövs fortsatt ytterligare särskilda åtgärder än enbart boendeform. Åtgärderna bedöms biståndshandläggarna är kopplade till specialkunskap hos medarbetare på boendena b l a i form av bemötande av autism, samsjuklighet och av hot och våld. Flertalet individer är i behov av någon form av individanpassad sysselsättning.

Inom boendeformen gruppboendestad bedöms av biståndshandläggare att det finns sju individer med behov av dygnet runt tillsyn och för en individ ett särskilt stort omvårdnadsbehov.

Tre individer befinner sig i en utslussningsfas efter vård inom rättspsykiatri som skall avslutas innan hemflytt är aktuellt. För en individ bedöms av biståndshandläggare hemflytt vara i dagsläget omöjlig även på längre sikt.

Nedan redovisas i tabellform individernas nuvarande boendeinsatser och om behov av ytterligare insatser föreligger vid en eventuell hemflytt. Tiden för möjlig påbörjan av hemflytt anges i tabellen. Även kostnad för pågående extern placering redovisas.

\*kommentarer till förkortningarna i tabellen. SP-Socialpsykiatri, GR-gruppboendestad, SB-serviceboendestad, DV-daglig verksamhet, IDV-integrerad daglig verksamhet, KP-Kontaktperson.

	Tid	Insats	Behov av åtgärd	Boendekostnad	DV kostnad		
Antal							

1	Omgående	SP SoL		2552/dygn			
2	Omgående	GR DV			Internt		
3	Omgående	SP SoL		1682/dygn			
4	Omgående	SP SoL		2500/dygn			
5	3 mån	GR DV		4841/dygn	Internt		
6	3 mån	SP SoL		3090/dygn			
7	3 mån	SP DV		3551/dygn	Internt		
8	3 mån	SP	Ja	3000/dygn			
9	3 mån	SP	Ja	2870/dygn			
10	3 mån	GR	Ja	7119/dygn			
11	3-6 mån	GR DV		5410/dygn	Ingår i boendepreis		
12	3-6 mån	SP	Ja	2544/dygn			
13	3-6 mån	GR IDV	Ja	9347dygn	2002/dygn		
14	6 mån	SB DV		5000/dygn	567/dygn		
15	6 mån	GR	Ja	6700/dygn			
16	6 mån	GR IDV		13308/dygn	Ingår i boendepreis		
17	6 mån	SP	Ja	3200/dygn			
18	6 mån	SP Sysseles		2450/dygn	181/dygn		
19	6 mån	GR	Ja	8761/dygn			
20	6 mån	GR DV	Ja	2575/dygn	790/dygn		
21	6 mån	GR DV	Ja	9500/dygn	3104/dygn		
22	6 mån	GR DV	Ja	7900/dygn	2000/dygn		
23	6 mån	SB DV KP	Ja	5417/dygn	1915/dygn		
24	6 mån	SP	Ja	2950/dygn			
25	6 mån	GR IDV	Ja	2930/dygn	580/dygn		
26	6 mån	SB DV		4595/dygn	1532/dygn		
27	6 mån	GR	Ja	7841/dygn			
28	Längre	SB DV	Ja	4376/dygn	1312/dygn		
29	Längre	SB DV	Ja	2575/dygn	968/dygn		
30	Längre	SP	Ja	4500/dygn			
31	Längre	SP IDV	Ja	4866/dygn	Ingår i boendepreis		
32	Längre	GR IDV	Ja	8120/dygn	1320/dygn		
33	Längre	GR IDV	Ja	9342/dygn	Ingår i boendepreis		
34	Längre	GR	Ja	3196/dygn			

## Analys

Av sammanställningen framkommer att det vid aktuellt mätillfälle finns 27 individer som idag bor utanför Nyköpings kommun men där hemflytt till Nyköpings kommun bedöms vara möjlig omgående eller inom sex månader. För sju individer bedöms hemflytt inte vara möjlig inom de närmaste 6 månaderna.

En hemflytt förutsätter att olika boendeformer finns tillgängliga i Nyköpings kommun. Det bedöms finnas behov av fler gruppboenden än serviceboende och socialpsykiatriboenden vid mättilfället. Biståndshandläggarna bedömer att det finns särskilda behov av kompetens hos medarbetare för att kunna tillgodose individernas alla behov.

Aktuell boende situation vid mättilfället:

Gruppboenden 16 antal  
Serviceboenden 5 antal  
Socialpsykiatriboenden 13 antal



## **VON § Rapport över åtgärder efter nämndens tillsyner inom funktionsstödsomsorgen hösten 2021**

### **Diarienummer: VON21/69**

Hösten 2021 genomförde Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman tillsyner i alla verksamheter inom funktionsstödsomsorgen. En rad brister påvisades och Vård- och omsorgsnämnden beslutade därför enligt § 107 att uppdra åt Division Social omsorg (DSO) att vidta åtgärder mot dessa brister. En avrapportering av det arbetet finns bifogad tjänsteskrivelsen daterad 2022-04-07.

Bristerna handlade om:

- Introduktion i verksamhetssystemet Procapita
- Basal hygien i form av egenkontroller och hygienronder
- Följsamhet till riktlinjen rörande delegering
- Läkemedelshanteringen
- Säkerställande av brukarnas fritidsaktiviteter
- Höjd chefsnärvaro

Enligt rapporten pågår arbetet med vissa av punkterna, medan det finns en plan för andra. Gällande bristerna kring fritidsaktiviteter och chefsnärvaro finns inga åtgärder planerade.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport över åtgärder efter nämndens tillsyner inom funktionsstödsomsorgen hösten 2021, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-07
- 2) **att** uppdra åt Division Social Omsorg att till nämndens sammanträde i september återkomma med en förnyad rapport över det fortsatta arbetet.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport över åtgärder efter nämndens tillsyner inom funktionsstödsomsorgen hösten 2021

### Bakgrund

Hösten 2021 genomförde Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman tillsyner i alla verksamheter inom funktionsstödsomsorgen. En rad brister påvisades och Vård- och omsorgsnämnden beslutade därför enligt § 107 att uppdra åt Division Social omsorg (DSO) att vidta åtgärder mot dessa brister. En avrapportering av det arbetet finns bifogad tjänsteskrivelsen daterad 2022-04-07.

Bristerna handlade om:

- Introduktion i verksamhetssystemet Procapita
- Basal hygien i form av egenkontroller och hygienronder
- Följsamhet till riktlinjen rörande delegering
- Läkemedelshantering
- Säkerställande av brukarnas fritidsaktiviteter
- Höjd chefsnärvaro

Enligt rapporten pågår arbetet med vissa av punkterna, medan det finns en plan för andra. Gällande bristerna kring fritidsaktiviteter och chefsnärvaro finns inga åtgärder planerade.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport över åtgärder efter nämndens tillsyner inom funktionsstödsomsorgen hösten 2021, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-07.

- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i september återkomma med en förnyad rapport över det fortsatta arbetet.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## **Redogörelse för åtgärder vidtagna inom Funktionsstödsomsorgen (FSO) efter Vård- och omsorgsnämndens (VON:s) tillsyn hösten 2021.**

Vård- och omsorgsnämnden (VON) genomförde intern tillsyn hösten 2021 inom Funktionsstödsomsorgen, (FSO). Syftet var att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet utifrån nämndens beställning.

Uppdrag gavs till Division Social omsorg (DSO) att redogöra för åtgärder vidtagna inom följande områden.

- Säkerställa en god introduktion i verksamhetssystemet Procapita för medarbetare inom Funktionsomsorgsområdet (FSO).
- Börja arbeta mer medvetet med den basala hygien genom exempelvis egenkontroller och hygienronder
- Börja följa delegeringsriktlinjen även inom funktionshinderområdet
- Säkra läkemedelshanteringen på boendena
- Säkerställa att brukarna får rimlig möjlighet till fritidsaktiviteter
- Säkerställa chefsnärvaro

### ***Säkerställa en god introduktion i verksamhetssystemet Procapita:***

Under 2022 avser verksamheten att utbilda särskilt utsedda medarbetare/spjutspetsar inom FSO i en grundutbildning i verksamhetssystemet Procapita. IT-enheten håller i utbildningen tillsammans med kvalitetsutvecklare.

### ***Börja arbeta mer medvetet med den basala hygien genom exempelvis egenkontroller och hygienronder***

Under våren kommer enhetscheferna implementera rutin för egenkontroll avseende hygien på respektive enhet. Enhetscheferna kommer följa upp egenkontrollerna på arbetsplatsträffarna med medarbetarna som i sin tur kommer följas upp av verksamhetschef på ledningslag. Vissa enheter utför hygienronder och målsättningen under året är att alla enheter utför dessa.

***Börja följa delegeringsriktlinjen även inom funktionshinderområdet***

Riktlinjen för delegering och delegeringsprocessen har uppdaterats efter tillsynen 2021. Verksamhetsansvarig för FSO och verksamhetsansvarig för äldreomsorgen (ÄO) har tillsammans med enhetschef för hälso- och sjukvård kontinuerliga möten för att säkerställa följsamhet till riktlinjerna trots de olika verksamhetsområdenas förutsättningar.

***Säkerställa läkemedelshandlingen på boendena***

Verksamheterna har påbörjat förbättringsarbete gällande hantering av läkemedel under 2022. Tex har vissa enheter införskaffat läkemedelsskåp som säkerställer förvaringen av de läkemedel som sjuksköterskor lämnat ut till enheterna. På samverkansmöten kommer hanteringen av läkemedel diskuteras för att nå målet med adekvat hantering.

***Säkerställa att brukarna får rimlig möjlighet till fritidsaktiviteter***

Det finns inget planerat förbättringsarbete i frågan om att säkerställa och tillgodose fritidsaktiviteter för målgruppen i nuläget.

***Säkerställa en hög chefsnärvaro***

Det finns inget planerat förbättringsarbete för att höja chefsnärvaron inom FSO. Det till följd av att det i nuläget finns vakanta tjänster som inte tillsatts och pandemins effekter påverkar verksamheten fortsatt såsom hög sjukfrånvaro.

Teknik saknas i form av Wifi i gemensamma utrymmen vilket innebär svårigheter för enhetschefer att utföra sitt arbete på plats i verksamheterna.

En ny verksamhetschef har påbörjat sin anställning i början av 2022 efter en längre tid av en tillförordnad verksamhetschef.

## **VON § Ekonomisk uppföljning efter februari 2022, Vård- och omsorgsnämnden**

### **Diarienummer: VON22/2**

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat på +21 mnkr.

Huvudsakligen beror den positiva budgetavvikelsen på att de volymökningar som noterades året innan har avstannat. Äldreomsorgens överskott prognostiseras till +13,5 mnkr, varav 2 mnkr kommer sig av försenad utbyggnation av Rönnlidens äldre- och demensboende. Resterande avvikelse står hemtjänsten för. Här finns tre huvudsakliga bakomliggande orsaker - pandemin, myndighetsfunktionens arbete med att se över besluten samt övergången till MatHem. En viss ökning kan dock åter väntas då pandemieffekten klingat av. Funktionsstödsomsorgen beräknas ge ett överskott på 7,5 mnkr, vilket till fullo härrör från personlig assistans.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter februari med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-03-24 med tillhörande bilaga.

Vård- och omsorgsnämnden

## Ekonomisk uppföljning efter februari 2022, Vård- och omsorgsnämnden

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat på +21 mnkr.

Huvudsakligen beror den positiva budgetavvikelsen på att de volymökningar som noterades året innan har avstannat. Äldreomsorgens överskott prognostiseras till +13,5 mnkr, varav 2 mnkr kommer sig av försenad utbyggnation av Rönnlidens äldre- och demensboende. Resterande avvikelse står hemtjänsten för. Här finns tre huvudsakliga bakomliggande orsaker - pandemin, myndighetsfunktionens arbete med att se över besluten samt övergången till MatHem. En viss ökning kan dock åter väntas då pandemieffekten klingat av. Funktionsstödsomsorgen beräknas ge ett överskott på 7,5 mnkr, vilket till fullo härrör från personlig assistans.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter februari med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-03-24 med tillhörande bilaga.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes 2022-04-11

## Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning efter februari 2022

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2022	Prognos helår 2022	Diff
<b>Intäkter</b>			
Nämnden	0,0	0,0	+/-0
Gemensamt	31,0	31,0	+/-0
Hälso- och sjukvård	0,3	0,3	+/-0
Äldreomsorg	101,2	104,1	+2,9
Funktionsnedsatta	3,7	3,7	+/-0
<b>S:a intäkter</b>	<b>136,2</b>	<b>139,1</b>	<b>+2,9</b>
<b>Kostnader</b>			
Nämnden	-2,3	-2,3	+/-0
Gemensamt	-130,7	-130,7	+/-0
Hälso- och sjukvård	-62,6	-62,6	+/-0
Äldreomsorg	-683,1	-672,4	+10,7
Funktionsnedsatta	-424,0	-416,6	+7,4
<b>S:a kostnader</b>	<b>-1 302,7</b>	<b>-1 284,6</b>	<b>+18,1</b>
<b>Nettoresultat</b>			
Nämnden	-2,3	-2,3	+/-0
Gemensamt	-99,7	-99,7	+/-0
Hälso- och sjukvård	-62,3	-62,3	+/-0
Äldreomsorg	-581,9	-568,3	+13,6
Funktionsnedsatta	-420,3	-412,9	+7,4
<b>Nettoresultat 1)</b>	<b>-1 166,5</b>	<b>-1 145,5</b>	<b>+21,0</b>



## **VON § Satsning på rehab-verksamheten**

### **Diarienummer: VON22/40**

Befolkningen blir allt äldre med allt fler i åldersgruppen 80 år och äldre. Samtidigt ökar befolkningen i arbetsför ålder betydligt blygsammare. Detta gör att vi behöver hushålla med äldreomsorgens resurser och en satsning på rehab-verksamheten blir angelägen. Den enskilde är dock den stora vinnaren i form av bevarade förmågor längre upp i åldern och därmed en bättre livskvalitet. I bilaga till tjänsteskrivelsen beskrivs en ekonomisk satsning på rehab-verksamheten bestående av deltagande vid beslut om hemtjänst, bildande av fallpreventionsteam och anordnande av utbildning i förflyttningsteknik för personalen. Helårskostnaden för detta uppgår till 6,9 mnkr, vilken ryms inom Vård- och omsorgsnämndens budgetram.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** satsa 6,9 mnkr på helårsbasis på rehab-verksamheten i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-05.
- 2) **att** uppdra åt Division Social Omsorg (DSO) att verkställa satsningen
- 3) **att** uppdra åt Division Social Omsorg (DSO) att till nämndens sammanträde i oktober i en skriftlig rapport redogöra för hur arbetet går

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Satsning på rehab-verksamheten

### Bakgrund

Befolkningen blir allt äldre med allt fler i åldersgruppen 80 år och äldre. Samtidigt ökar befolkningen i arbetsför ålder betydligt blygsammare. Detta gör att vi behöver hushålla med äldreomsorgens resurser och en satsning på rehab-verksamheten blir angelägen. Den enskilde är dock den stora vinnaren i form av bevarade förmågor längre upp i åldern och därmed en bättre livskvalitet. I bilaga till tjänsteskrivelsen beskrivs en ekonomisk satsning på rehab-verksamheten bestående av deltagande vid beslut om hemtjänst, bildande av fallpreventionsteam och anordnande av utbildning i förflyttningsteknik för personalen. Helårskostnaden för detta uppgår till 6,9 mnkr, vilken ryms inom Vård- och omsorgsnämndens budgetram.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** satsa 6,9 mnkr på helårsbasis på rehab-verksamheten i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-05.
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg (DSO) att verkställa satsningen
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober i en skriftlig rapport redogöra för hur arbetet går

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut til:**

Division Social omsorg

## Satsning på rehab-verksamheten

### Bakgrund

Äldreomsorgen har en rad utmaningar. Det gäller såväl inom Nyköpings kommun som på nationell nivå. Befolkningen blir allt äldre med allt fler i åldersgruppen 80 år och äldre. Det är också inom den gruppen merparten av äldreomsorgens kunder finns. Samtidigt ökar befolkningen i arbetsför ålder betydligt blygsammare. I Vård- och omsorgsnämndens beslutade inriktningsdokument för äldreomsorgen konstateras att vi behöver ha systematiserade, hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till äldre. Det finns stora vinster i detta för alla parter. Framför allt gör det att den enskilde bevarar sina förmågor längre och klarar sig själv högre upp i åldern, vilket innebär självständighet och frihet. Kommunens ansvar ska inte i första hand vara att "ta hand om", utan ge hjälp att klara själv. Detta har även en positiv inverkan på kommunens ekonomi. Merparten av de svarande på nämndens medborgarenkät vill också se att det görs en större satsning på rehabiliterande insatser.

Dessa tankar stämmer väl överens med intentionerna i det nationella arbetet Nära vård, som innebär att dagens hälsosystem, som är uppbyggt kring sjukdomar och institutioner, istället ska designas för människor. Primärvården ska vara navet som sen samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Vi får en förflyttning från reaktiv vård bestående av isolerade insatser till en proaktiv och hälsofrämjande vård, som är sammanhållen med personen i fokus.

### Förslag

Mot bakgrund av ovanstående föreslås Vård- och omsorgsnämnden göra en ekonomisk satsning på rehab-verksamheten, bestående av tre delar:

#### **Rehab-verksamheten ska alltid delta i myndighetsfunktionens träff med nya hemtjänstkunder**

Syftet är att direkt uppmärksamma och ta tag i kundens eventuella behov av rehabilitering eller förebyggande träning. Idag finns två arbetsterapeuter som träffar en del av alla nya kunder. Dessa behöver kompletteras med ytterligare två arbetsterapeuter och fyra fysioterapeuter. Kostnaden för detta inklusive administrativa kringkostnader uppgår till 4,1 mnkr per helår.

### **Ett fallpreventionsteam ska bildas**

Fallprevention är ett utmärkt exempel på förebyggande insats som ger stora vinster. Fall är den vanligaste orsaken till att äldre skadas. Som yttersta konsekvens kan det leda till att personen avlider, men därutöver kan 40 % av de som råkar ut för en fallolycka sen inte återgå till sitt ursprungliga boende. Det ger således långtgående konsekvenser för såväl individ som kommun. Med förebyggande insatser kan fallolyckorna minskas med 30 %. Ett fallpreventionsteam består av en arbetsterapeut, en fysioterapeut och en sjuksköterska. De ska göra hembesök, fånga upp fallavvikelser i ordinärt boende för personer som inte har hemsjukvård, erbjuda riskbedömning enligt kvalitetsregistret Senior Alert samt bedriva fallskola för äldre. Helårskostnaden för detta är 2,1 mnkr.

### **Utbildning av personal i förflyttningsteknik ska anordnas**

Arbetsmiljöverket ställer krav på att arbetsgivaren ser till att arbetstagaren har tillräckliga kunskaper och information för att förebygga belastningsskaderisker i arbetsmiljön. Under perioden 2017-2019 gjorde Arbetsmiljöverket en omfattande nationell tillsynsinsats inom äldreomsorgen. Nyköping var en av kommunerna som besöktes. Avsaknad av utbildning i förflyttningsteknik visade sig vara en av de fyra vanligaste bristerna. Det var också en del i den kritik som Nyköpings kommun fick efter tillsynen. För att löpande hålla personalen utbildad krävs 1,0 tjänst fördelad på två personer. Helårskostnaden uppgår till 0,7 mnkr.

Sammantaget innebär detta en årlig kostnad på 6,9 mnkr. Med dessa medel kan allt fler vara aktiva högre upp i åldern med en bättre livskvalitet, vilket samtidigt innebär en positiv ekonomisk effekt för kommunen på längre sikt. Finansiering kan ske genom att nyttja den pott inom Vård- och omsorgsnämndens ram som ännu inte är disponerad för specifikt ändamål. Potten uppgår till dryga tio mnkr.

## **VON § Ändring av ersättningsbeloppen inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) i hemtjänsten från och med 2022-06-01**

### **Diarienummer: VON22/33**

Ersättningsbeloppen inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) i hemtjänsten är knutna till Omsorgsprisindex (OPI). Revidering sker varje år den 1 juni, då OPI för året brukar ha hunnit fastställas. OPI för 2022 är nu fastslaget till 1,9 %. Det innebär att ersättningsbeloppen från och med 2022-06-01 föreslås fastställas enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** fastställa ersättningsbeloppen för hemtjänst inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) till privata utförare och den kommunala utföraren i enlighet med tabell i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28
- 2) **att** ersättningsbeloppen gäller från och med 2022-06-01.

### **Beslut till:**

Samtliga utförare inom LOV - såväl kommunal som privata  
Webb-redaktör för Politisk beredning och samordning för publicering på hemsidan

Vård- och omsorgsnämnden

## Ändring av ersättningsbeloppen inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) i hemtjänsten från och med 2022-06-01

### Bakgrund

Ersättningsbeloppen inom Lagen om valfrihetssystem (LOV) i hemtjänsten är knutna till Omsorgsprisindex (OPI). Revidering sker varje år den 1 juni, då OPI för året brukar ha hunnit fastställas. OPI för 2022 är nu fastslaget till 1,9 %. Det innebär att ersättningsbeloppen från och med 2022-06-01 föreslås fastställas enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** fastställa ersättningsbeloppen för hemtjänst inom LOV till privata utförare och den kommunala utföraren i enlighet med tabell i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28
- 2) **att** ersättningsbeloppen gäller från och med 2022-06-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Samtliga utförare inom LOV - såväl kommunal som privata  
Webb-redaktör för Politisk beredning och samordning för publicering på  
hemsidan



## Ersättningsbelopp inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten från och med 2022-06-01

2022 års Omsorgsprisindex (OPI) är fastslaget till 1,9 %. Därmed revideras ersättningen från och med 2022-06-01 enligt följande:

		Timersättning fr o m 2021-06-01	Timersättning fr o m 2022-06-01
Kommunen	Tätort	439,63	447,98
	Landsbygd	555,26	565,81
Privat	Tätort	445,10	453,56
	Landsbygd	560,73	571,38

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## **VON § Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem**

**Diarienummer: VON22/38**

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering handlar i huvudsak om vad som gäller kopplat till det hemgångsteam som Vård- och omsorgsnämnden beslutade om enligt § 18. Dessutom har några övriga smärre korrigeringar och förtydliganden gjorts. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-05
- 2) **att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2022-05-01.

### **Beslut till:**

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun  
Webb-redaktör, för publicering på hemsidan  
Fakturagranskare, Politisk beredning och samordning

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

### Bakgrund

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering handlar i huvudsak om vad som gäller kopplat till det hemgångsteam som Vård- och omsorgsnämnden beslutade om enligt § 18. Dessutom har några övriga smärre korrigeringar och förtydliganden gjorts. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-04-05.
- 2) **att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2022-05-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun

Webb-redaktör, för publicering på hemsidan

Fakturagranskare, Politisk beredning och samordning

# Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

Gäller från och med 2022-05-01.

Bilagor:

1. Mall faktablad
2. Blankett "Ansökan om godkännande för Fritt Val inom hemtjänstverksamhet"
3. Kontraktsförslag
4. Mall för kontrakt gällande personuppgiftsbiträdesavtal
5. "Kvalitet och värdegrund i vården"
6. Riktlinjer Lex Sarah
7. Aktuell timersättning

## Innehåll

<b>1</b>	<b>ALLMÄN INFORMATION</b>	<b>4</b>
1.1	Huvudmannaskap	4
1.2	Upphandlingens omfattning	4
1.2.1	Målgrupp	5
1.2.2	Geografiskt område	5
1.2.3	Kapacitetstak	5
1.3	Kundens val/byte av utförare	5
1.3.1	Hemgångsteam	5
1.4	Ansökans utformning	6
1.5	Behandling av ansökan	6
1.6	Kontrakt	7
1.7	Verksamhetsstart	7
1.8	IT-krav	8
1.8.1	Procapita och Phoniro	8
1.8.2	Nyckelfritt	9
<b>2</b>	<b>KRAV PÅ TJÄNSTEN</b>	<b>9</b>
2.1	Beställning	9
2.2	Verkställighet	10
2.2.1	Hemtjänst	10
2.2.2	Larm	10
2.2.3	Hemsjukvård	10
2.2.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	10
2.2.5	Tilläggs tjänster	11
2.3	Dokumentation	11
2.4	Uppföljning	11
2.5	Kvalitetskrav	12
2.6	Checklista, krav	13
<b>3</b>	<b>KRAV PÅ UTFÖRAREN</b>	<b>15</b>
3.1	Formella krav	15
3.1.1	Yttrande – Meddelarrätt	16
3.1.2	Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet	16
3.1.3	Ombud eller företrädare	16
3.2	Kommunikation	16
3.3	Marknadsföring	17
3.4	Miljö	17
3.5	Ekonomisk insyn	17
3.6	Samverkan	17
3.7	Arbetsgivaransvar	18
3.7.1	Anhöriganställning	18

3.8	Utbildnings- och kompetenskrav .....	18
3.8.1	Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad .....	18
3.8.2	Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser.....	19
3.8.3	Omvårdnadspersonal.....	19
3.8.4	Servicepersonal .....	19
3.8.5	Alla inom verksamheten.....	19
3.9	Praktikanter.....	20
3.10	Annat språk än svenska .....	20
<b>4</b>	<b>ERSÄTTNING .....</b>	<b>20</b>
4.1.1	Moms .....	20
4.1.2	Indexreglerad ersättning .....	21
4.2	Villkor för ersättning .....	21
4.3	Fakturering.....	23
<b>5</b>	<b>Kris- och katastrofberedskap .....</b>	<b>23</b>

# 1 ALLMÄN INFORMATION

Nyköpings kommun upphandlar hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (LOV) via Vård- och omsorgsnämnden, som i detta dokument benämns Beställaren. Sökande benämns Utföraren.

Förfrågningsunderlaget beskriver de tjänster som ingår i Fritt val inom hemtjänst samt de krav som ansökande utförare måste uppfylla. Samtliga krav måste vara uppfyllda under hela kontraktperioden för att utföraren ska vara godkänd. Om kommunen ändrar kraven måste även tidigare godkända utförare uppfylla dessa.

Kommunens egenregi är direktkvalificerad.

Verksamheten ska bedrivas religiöst och politiskt obunden men får gärna ha en egen profil/inriktning vad gäller t ex personalens kompetens.

## 1.1 Huvudmannaskap

Inom Nyköpings Kommun är Vård- och omsorgsnämnden ansvarig nämnd för kommunens vård och omsorg samt den kommunala hälso- och sjukvården. I denna egenskap är Vård- och omsorgsnämnden huvudman för de tjänster som omfattas av upphandling enligt LOV.

## 1.2 Upphandlingens omfattning

Uppdraget omfattar att bedriva hemtjänst i form av omvårdnads- och/eller serviceinsatser. Ansökan enligt detta förfrågningsunderlag, om att bedriva hemtjänst, kan avse omvårdnadsinsatser inklusive serviceinsatser eller enbart serviceinsatser.

I begreppet personlig omvårdnad ingår alla förekommande uppgifter som rör den egna personen som t ex att äta, dricka, klä på/av sig, sköta personlig hygien, förflytta sig eller en ökad trygghet.

I begreppet serviceinsatser ingår städning, tvätt, inköp, promenad, social tid, post-, bank- och apoteksärenden, disk, bäddning, blomvattning, att bära ut sopor och allmän uppsnygning.

I uppdraget kan förekomma att enskilda anställda med undersköterskeutbildning, via delegering av distriktssköterska/sjuksköterska, ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. I uppdraget kan det även förekomma att enskilda anställda efter delegering/instruktion av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast får utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.



### 1.2.1 Målgrupp

Målgrupp är personer boende i Nyköpings kommun som har biståndsbeslut om hemtjänst. Det avser främst äldre personer, men även andra kan förekomma i målgruppen.

### 1.2.2 Geografiskt område

Ansökan och godkännande gäller för **hela** kommunen, d v s såväl tätort som landsbygd.

### 1.2.3 Kapacitetstak

Anbudsgivaren kan **inte** begränsa sitt åtagande genom att ange ett s k kapacitetstak. Det innebär att det inte går att tacka nej till nya kunder och om befintlig kund får utökad behov ska utföraren utföra den utökade tid som beviljats.

## 1.3 Kundens val/byte av utförare

Kunden ska alltid informeras om möjligheten att välja utförare. Målsättningen är att varje kund eller dennes företrädare ska kunna göra ett eget val. Utföraren upprättar därför ett faktablad som beskriver utförarens verksamhet enligt en bestämd mall som tillhandahålls av beställaren. Se bilaga 1. Faktabladet finns publicerat på kommunens hemsida. Utföraren ansvarar själv för att uppgifterna är aktuella genom att meddela beställaren eventuella förändringar.

Biståndshandläggaren har en neutral och vägledande roll för att hjälpa kunden i valet av utförare. Vill eller kan inte kunden välja utförare finns ett ickevalsalternativ enligt en på förhand bestämd turordningsrutin.

Efter beslut om hemtjänst väljer kunden utifrån aktuell förteckning och information om godkända utförare vem som ska utföra tjänsten. Kommunens biståndshandläggare beställer därefter insatsen hos vald utförare. Möjlighet finns att välja olika utförare för insatser som gäller personlig omvårdnad respektive för servicetjänster.

Kund har när som helst rätt att byta till en annan utförare. Byte av utförare meddelas biståndshandläggaren och ska, i normalfallet, anmälas 10 arbetsdagar i förväg. Biståndshandläggaren informerar avlämnande och mottagande utförare om bytet. Dessa kommer därefter överens om de praktiska detaljerna kring bytet.

Vid byte av utförare respektive avslut av insats ska utföraren lämna den dokumentation i ärendet, som inte redan finns i Procapita, till biståndshandläggaren.

### 1.3.1 Hemgångsteam

Då ny eller redan befintlig kund kommer hem från sjukhus med mer omfattande omvårdnadsbehov än före sjukhusvistelsen, ges omvårdnaden av ett kommunalt drivet hemgångsteam. Teamet består av omvårdnadspersonal,

arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Dessa står för omvårdnaden under de inledande två till fyra veckorna. Därefter lämnas kunden över till den hemtjänstutförare som kunden under tiden valt för fortsatta insatser, alternativt till den utförare kunden hade innan sjukhusvistelsen.

#### **1.4 Ansökans utformning**

Ansökan ska innehålla blankett "Ansökan om godkännande för Fritt val inom hemtjänstverksamhet", ifylld och undertecknad av behörig person. Se bilaga 2.

Till ansökan ska bifogas:

1. Kopia på registreringsbevis från Bolagsverket
2. Kopia på F-skattebevis
3. Tillstånd från IVO att få bedriva hemtjänstverksamhet (om sådant redan finnes)
4. Bevis om giltig ansvarsförsäkring
5. Presentation av företaget och dess ledning
6. Referens med uppgift om namn och telefonnummer
7. Företagets kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
8. Redovisning av verksamhetsansvarigs utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet (CV)
9. Sammanställning över berörd personals utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet
10. Beskrivning av företagsidé, verksamhetens innehåll samt eventuell profilering
11. Sanningsförsäkran - LOV, enligt blankett på kommunens hemsida

Ansökan märkt "Ansökan Hemtjänst" ska insändas till:

Nyköpings kommun  
Vård- och Omsorgsnämnden  
611 83 Nyköping

#### **1.5 Behandling av ansökan**

Inkommen ansökan öppnas och registreras. Den är som regel offentlig handling. Om inte anbudsgivaren anger annat kommer kommunen att tolka det som att inte någon information i ansökan omfattas av sekretess. Om anbudsgivaren anser att någon del i ansökan ska omfattas av sekretess, ska detta anges i ansökan och motiveras.

Därefter görs kontroll av att sökanden uppfyller samtliga ställda krav för att bedriva hemtjänst i Nyköpings kommun. Begäran om komplettering kan ske. Sökanden kallas sedan till ett möte där krav och åtaganden går igenom.

Normal handläggningstid är ca 1 månad. Under sommarsemesterperioden kan den dock vara längre. Om beslut fattas om godkännande och tillstånd redan finns från IVO, tecknas kontrakt. Om utföraren kan godkännas, men ännu saknar tillstånd från IVO, ska utföraren ansöka om sådant. När tillstånd har erhållits från IVO, skickas detta till kommunen, som därefter fattar beslut om godkännande och kontrakt tecknas.

Om anbudsgivaren inte godkänns och då anser sig felaktigt behandlad, har denne möjlighet att begära rättelse av beslutet genom att skriftligen och inom tre veckor till Förvaltningsrätten i Linköping ansöka om rättelse med begäran om vilken ändring som yrkas.

## 1.6 Kontrakt

Kontraktet tecknas tills vidare under förutsättning att utföraren uppfyller de kvalitetskrav som kommunen ställer.

Av det tecknade kontraktet framgår när kontraktet startar och under vilken tidsperiod det gäller.

Samtidigt som kontrakt tecknas vid ett godkännande enligt LOV, har utföraren att underteckna även ett personuppgiftsbiträdesavtal. Se bilaga 3 och 4.

Om IVO drar in utförarens tillstånd att bedriva hemtjänstverksamhet, upphör kontraktet att gälla med omedelbar verkan.

## 1.7 Verksamhetsstart

Verksamhetsstart kan ske vid något av två tillfällen varje år – 1 april eller 1 oktober. det tillfälle som överenskommit med Vård- och omsorgsnämnden.

För att verksamhetsstart ska kunna ske på utsatta tider måste Ansökan måste ha inkommit minst två månader före aktuellt startdatum.

Innan verksamheten kan starta ska följande åtgärder vara genomförda:

1. Installation och uppstart av IT-system
2. Utbildning:
  - Procapita för chefer och superanvändare, 3 x 2 tim
  - Phoniro för chefer och superanvändare, 2 tim
  - Allmän genomgång för hela personalgruppen
3. Utfärdande av sk SITHS-kort för säker inloggning i kommunens verksamhetssystem.

#### 4. Anskaffande av telefoner för nyckelfritt

### 1.8 IT-krav

Utföraren ska ha en internetuppkoppling med kapaciteten 8 Mbit eller mer för att kommunicera med kommunens verksamhetssystem samt PC-utrustning med Windows 10 (Pro eller Enterprise Edition) samt två stycken tillgängliga USB-portar. Datorn ska ha antivirusprogramvara för PC installerad med automatiska uppdateringar påslaget samt vara uppdaterad med utgivna säkerhetsuppdateringar för Windows 10 från Microsoft.

Kringutrustning i form av kortläsare Omnikey CardMan 3121 USB krävs för inloggning i kommunens verksamhetssystem med hjälp av så kallade SITHS-kort. Utföraren finansierar kortläsaren.

Skrivare kan behövas och vi rekommenderar att alltid ta kontakt med kommunens IT-support innan skrivare köps in för att säkerställa att den är kompatibel.

#### 1.8.1 Procapita och Phoniro

Beställaren tillhandahåller verksamhetssystemen Procapita och Phoniro inom ramen för beställarens licens och medför ingen kostnad för utföraren.

Utföraren ska använda verksamhetssystemet Procapita för att verkställa beslut/beställningar, dokumentation, kommunikation med biståndshandläggare avseende avvikelserapportering och andra meddelanden som rör uppdraget.

Registrering av tid och utförda insatser ska ske i Phoniro med hjälp av mobiltelefon. För att kunna börja använda den app som krävs fås en nedladdningslänk från kommunen. Denna länk är tidsbegränsad, varför kontakt behöver tas med kommunen då ny telefon ska börja användas.

Kommunen ger support av Procapita och Phoniro omfattande:

- uppläggnings av konton
- upplåsning
- borttagande av felaktigheter
- uppdateringar
- information
- skriftlig men även muntlig genomgång av förändringar, beroende på behov och omfattning av uppdatering.

Kommunen förbinder sig att tillhandahålla grundutbildning enligt ovan vid verksamhetsstart för chefer och superanvändare, allmän genomgång för personalgruppen och därefter vid behov i samband med förändringar i systemen.

Utföraren förbinder sig att delta i anordnade utbildningar. Utföraren förbinder sig även att vid behov skicka personal som deltar i utvecklingsgrupper rörande Procapita och Phoniro.

### **1.8.2 Nyckelfritt**

Alla kunder med hemtjänstbeslut ska ha nyckelfritt, vilket innebär att kundernas dörrar har Phoniro-lås installerade. Låset öppnas av utförarens personal med hjälp av en mobiltelefon.

Nyköpings kommun använder ett nyckelfritt system, kallat Phoniro Digital nyckelhantering. För att få tillgång till kommunens verksamhetssystem använder vi mobil arbetsplats som är en Citrix-lösning. Utföraren får en installationsfil från kommunen. Inloggning sker med hjälp av SITHS-kort som kommunen tillhandahåller.

Kommunen står för kostnaden att montera ett nyckelfritt lås hos kund. Utföraren står för kostnaden för de telefoner som behövs för att använda låsen. Användningen av nyckelfritt kan inte väljas bort av kund eller utförare.

Kommunen står även för service, kontroll och batteribyte.

För att kunna använda det nyckelfria systemet krävs en telefon motsvarande Samsung Galaxy X cover 4.

## **2 KRAV PÅ TJÄNSTEN**

### **2.1 Beställning**

Utföraren får beställningar på de tjänster som ska utföras från kommunens biståndshandläggare enligt nedan:

Hemtjänstinsatser beställs via verksamhetssystemet Procapita. Utföraren bekräftar mottagandet av beställningen genom funktionen verkställighet i systemet. Detta ska göras av enhetschef eller motsvarande. Utföraren ansvarar därefter för att löpande ha kontroll över vilka insatser som är beslutade och hur detta för varje enskild kund förändras över tid.

Samordningscentralen distribuerar anrop från trygghetslarm till vald utförare för åtgärd.

Hemsjukvård beställs och delegeras/instrueras av kommunens distriktsköterska/sjuksköterska, arbetsterapeut eller/och fysioterapeut/sjukgymnast till utförarens personal. Legitimerad personal lägger uppdraget från hälso- och sjukvårdsjournalen som en beställning till utföraren i verksamhetssystemet. Utföraren bekräftar uppdraget och verkställer det genom funktionen verkställighet i systemet. Hälso- och sjukvårdsuppdrag beställs separat från beställning av hemtjänst. Utföraren ansvarar för att ställa medarbetare till förfogande

för utbildning i den omfattning som den legitimerade personalen bedömer nödvändig.

## **2.2 Verkställighet**

### **2.2.1 Hemtjänst**

Omvårdnadsinsatser utförs under tiden 07:00 - 22:00 under årets samtliga dagar.

Serviceinsatser utförs vardagar 07:00 - 22:00 vid tidpunkt som kund och utförare kommer överens om.

Alla insatser under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

Insatser på annan tid kan förekomma, t ex vid vård i livets slut, då sjuksköterska/läkare ordinerar vak eller i en akut situation, t ex då anhörig till demenssjuk person måste läggas in på sjukhus. Inställelsetid är max 3 timmar.

### **2.2.2 Larm**

Hjälp vid larm ingår i insatsen personlig omvårdnad och gäller under tiden 07.00 - 22.00. **Det innebär att sådan hjälp ska ges även då larmet exempelvis inkommer strax före klockan 22.00 och leder till övertid.** Inställelsetid vid larm är max 30 minuter.

Hjälp vid larm under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

Detta gäller även mobila larm.

### **2.2.3 Hemsjukvård**

I uppdraget ingår det att enskilda anställda med undersköterskeutbildning via delegering av sjuksköterska ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa uppdrag ersätts på samma villkor som övriga hemtjänstinsatser.

Även i de fall kunden inte är beviljad hemtjänstinsats och behov uppstår av delegerade hemsjukvårdsinsatser, väljer kund vilken utförare som ska utföra insatsen.

Utföraren ska tillhandahålla utbildad delegerbar personal i den omfattning som krävs för en patientsäker hälso- och sjukvård.

### **2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Beställaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utföraren är skyldig att tillse att denna kan utöva sitt ansvar och att gällande riktlinjer och rutiner på området följs av utförarens personal. MAS ska hållas underrättad om sådant som faller inom dennes ansvarsområde samt ges tillträde till verksamheten i den omfattning som hon/han finner nödvändigt för tillsyn av verksamheten.

Eventuella Lex Maria-anmälningar görs av MAS.

### **2.2.5 Tilläggstjänster**

Privata utförare har rätt att tillhandahålla tilläggstjänster. Då avses tjänster som inte ingår i biståndsbeslutet och som kunden betalar för direkt till utföraren. Kommunen har inget ansvar för dessa tilläggstjänster.

## **2.3 Dokumentation**

Dokumentation ska ske i beställarens verksamhetssystem. Social dokumentation görs med hjälp av mobiltelefonen eller direkt i Procapita medan dokumentation avseende hälso- och sjukvård enbart ska göras i Procapita.

Utföraren ska ha rutiner för dokumentation liksom för rapportering av avvikelser enligt HSL och SoL.

Som grund för tidsredovisningen dokumenterar utföraren tidsåtgången hemma hos kunden vid varje hjälptillfälle i Phoniro. Registrering ska avse faktiskt utförd tid och göras med hjälp av mobiltelefonen. Efterregistrering i systemet får endast ske i undantagsfall och ska då motiveras genom anteckning. Beställaren följer användningen av mobiltelefonen och kan kräva rättelse om den används felaktigt eller inte i tillräcklig omfattning utan att detta är motiverat.

Utföraren har skyldighet att dokumentera ”uppgifter som har betydelse i det enskilda fallet och med hänsyn till insatsens art”. Avvikelse från beviljad tid och insats ska dokumenteras och motiveras om den beviljade tiden överskrids eller beställd insats inte utförs. Detta handlar om tillfällena då tiden avviker på likartat sätt över tid och det därför finns anledning till att beslutet följs upp samt tillfällena då en avvikelse varit större vid något enskilt tillfälle.

Vid byte till annan utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell kund överlämnas till den nya utföraren. Då kund avlider eller ärendet avslutas av annan orsak, ska all dokumentation överlämnas till biståndshandläggare vid Myndighetsfunktionen.

Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser SOSFS 2014:5.

## **2.4 Uppföljning**

Beställaren är huvudman för hemtjänsten och har det yttersta ansvaret för den verksamhet som bedrivs inom området. Utföraren är skyldig att samverka vid tillsyn och uppföljning och ska på beställarens begäran lämna information om verksamheten och dess kvalitetsresultat. Kvalitetsgranskningen innebär t ex genomgång av volymer, dokumentation, personalens kompetens och kvalitetssystem. Beställaren följer regelbundet upp verksamheten hos samtliga utförare.

Vid uppföljning på individnivå gäller följande:

- Beslut om insats jämförs med den genomförandeplan som utföraren upprättat.
- Beslutad tid för insatser jämförs med utförd tid i samband med utbetalning av ersättning. Krav om återbetalning kan ställas om felaktigheter upptäcks. Kontroll av fakturerad tid sker i efterhand och återkrav kan ställas om felaktigheter upptäcks. Återkrav från Beställaren kan komma att kvittas mot utförarens inestående fordran. Följande tider gäller: Utföraren ska ha fått granskningsunderlaget senast den sista i andra månaden efter den månad granskningen avser. Utföraren ska sen skyndsamt återkoppla och kreditering ska göras senast vid andra faktureringsstillfället efter det att granskningsunderlaget mottagits.
- Kunds uppfattning om verksamhetens kvalitet undersöks. Kommunen deltar i SCB's årliga brukarundersökning som görs för samtliga kunder hos både privat utförare och egen regi. Utföraren är skyldig att medverka och vara behjälplig för att enkäten ska kunna genomföras.

## 2.5 Kvalitetskrav

Syftet med hemtjänst är att möjliggöra ett så självständigt och aktivt liv som möjligt med ett stort mått av valfrihet och grundläggande trygghet. Detta kräver individanpassade och flexibla former för vård och omsorg. **Inom all hemtjänst ska etik, tillgänglighet, information och kommunikation, valmöjlighet och trygghet, ett professionellt bemötande, rättssäkerhet, medinflytande och flexibilitet samt kontinuitet prioriteras.** Insatserna ska syfta till att bibehålla funktions-/aktivitetsnivå så länge som möjligt.

Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre, SOSFS 2012:13 ska uppfyllas i allt arbete.

**Vård- och omsorgsnämnden har antagit dokumentet "Kvalitet och värdegrund i vården" som syftar till att utveckla det samlade kvalitetsarbetet inom vård- och omsorg. I dokumentet prioriteras etik, tillgänglighet, information och kommunikation, valmöjlighet och trygghet, ett professionellt bemötande, rättssäkerhet, medinflytande och flexibilitet samt kontinuitet. Se bilaga 5.**

Vården och omsorgen ska:



- vara kunskapsbaserad, vilket innebär att tjänsterna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter ska tas tillvara.
- vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Det är viktigt att utföraren aktivt arbetar med att minimera antalet personer som utför vård och omsorg hos varje enskild kund. Kontinuitet är ett mått som följs varje år i samband med SKL's redovisning av Kommunens Kvalitet i Kort-  
het (KKiK).

## **2.6 Checklista, krav**

Utföraren ska:

- starta personlig omvårdnad från och med det datum som anges i biståndsbeslutet
- starta serviceinsatser vid lämplig tidpunkt enligt överenskommelse med kunden
- upprätta en genomförandeplan tillsammans med kund/närstående med biståndsbeslutet som grund. Genomförandeplanen upprättas i Procapita senast 14 dagar efter att beställningen verkställts.
- utse en kontaktpersonal för varje kund när uppdraget inleds
- minimera antalet personal som besöker kunden

- vid akuta behov utföra insatser, dock längst under 7 dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet samt rapportera detta i efterhand till biståndshandläggaren samt dokumentera detta i Phoniro
- rapportera avvikelser som underlag för debitering av kunds avgift en gång per månad till avgiftshandläggaren
- ansvara för att personalen vid hembesök bär synlig namnskylt, innehar giltig legitimation samt bär lämplig klädsel som följer riktlinje för hygien som utfärdas av Regionens hygiensköterska
- säkerställa att all personal som utför uppgifter inom uppdraget följer riktlinje för hygien som gäller för verksamheten
- ansvara för att handlingar som rör kundens personliga förhållanden förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- ha ett säkert system och rutiner för hantering av kundens eventuella nycklar och portkoder. Detta gäller i avvaktan på att nyckelfritt kan monteras.
- ha ett säkert system och rutiner för hur eventuellt handhavande av privata medel hanteras
- ansvara för betalningsansvar gentemot landstinget för utskrivningsklar patient som av orsak som utföraren råar över inte kan återgå till sitt hem
- ha rutiner för rapportering av tillbud
- ha rutiner för att upptäcka hot och våld i nära relationer
- kontakta kommunens handläggare om kundens behov av hemtjänst minskar eller ökar i sådan omfattning att biståndsbeslut behöver omprövas
- omgående meddela biståndshandläggaren och andra berörda om en kund är inlagd på sjukhus eller har avlidit
- se till att all personal undertecknar en förbindelse om tystnadsplikt, enligt socialtjänstlagen 15 Kap 1 §, samt förstår och lever efter innebörden av begreppet tystnadsplikt

- kontrollera att all personal som utför uppgifter inom uppdraget iakttar den sekretess, tystnadsplikt och anmälningsplikt som gäller
- ha fungerande rutiner för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah och i enlighet med Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer. Se bilaga 6.
- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter och kunna redovisa de rutiner som upprättats (SOSFS 2011:9)
- **arbeta enligt Vård- och omsorgsnämndens dokument "Kvalitet och värdegrund i vården".**
- dokumentera åtgärder som vidtas för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som har gjorts tillsammans med den enskilde, liksom arbetssätt och metoder (SOSFS 2014:5, 6 kap).

### **3 KRAV PÅ UTFÖRAREN**

#### **3.1 Formella krav**

Sökanden ska:

- ha fullgjort sina skyldigheter avseende skatter och sociala avgifter samt inte vara på obestånd eller föremål för konkurs
- vara registrerad i bolagsregister om sådan registreringskyldighet föreligger
- inneha F-skattsedel
- ha tillstånd från IVO att bedriva hemtjänstverksamhet
- inneha giltig ansvarsförsäkring
- acceptera och arbeta efter villkoren i detta förfrågningsunderlag samt i bifogad kontraktsmall

- bilda juridisk form (om fysisk person eller grupp av fysiska personer/utförare ansöker och får tillstånd att bedriva hemtjänst) och i samband med kontraktsskrivning lämna kopia på F-skattebevis, bevis om giltig ansvarsförsäkring samt registreringsbevis från Bolagsverket (om registreringskyldighet föreligger) till kommunen
- ansvara för att nödvändiga tillstånd finns från andra tillsynsmyndigheter

Nyköpings kommun samarbetar med Skatteverket för kontroll av anbudsgivare avseende information motsvarande SKV 4820.

### **3.1.1 Yttrande – Meddelarrätt**

Personal anställd hos utföraren har rätt att uttala sig i enlighet med den meddelarfrihet som gäller i tryckfrihetsförordningen 1 kap 1 § samt offentlighets- och sekretesslagen 13 kap.

### **3.1.2 Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet**

Utföraren ska efter begäran från Beställaren, utan dröjsmål, lämna sådan information som avses i 10 kapitlet 3 och 9 §§ kommunallagen (2017:725). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur den verksamhet som omfattas av detta avtal sköts.

Informationen ska, om inte annat avtalats, lämnas i skriftlig form. Beställaren ska i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas.

Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet för Utföraren, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos Beställaren.

### **3.1.3 Ombud eller företrädare**

Utförare har ej rätt att agera som ombud eller företrädare för kunds räkning vid biståndsbedömning. En fullmakt med denna innebörd kommer att avvisas av Kommunen med hänvisning till Förvaltningslagens § 14 (2017:900).

## **3.2 Kommunikation**

Utföraren ska ha telefon samt kunna nås via e-post för att underlätta kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och utföraren. Utföraren ska vara tillgänglig per telefon under motsvarande tider som hemtjänstuppsdrag föreligger.

### **3.3 Marknadsföring**

Marknadsföringen av utförarens verksamhet ska stämma överens med god marknadsföringssed och även i övrigt vara tillbörlig mot kunder och övriga utförare. Vid marknadsföringen ska utföraren lämna information som är saklig och av särskild betydelse ur kundens synpunkt.

Marknadsföring gällande hemtjänst, direkt till kund, via direktadresserade utskick, utskick som läggs direkt i brevlåda hos kund eller annan typ av direktreklam till kund är inte tillåtet. Utförarens personal får heller ej diskutera val av utförare med kund.

Marknadsföring får däremot ske via annonsering i press, affischering på allmän plats eller andra liknande åtgärder.

### **3.4 Miljö**

Det är viktigt att miljöfrågorna integreras i det dagliga arbetet. Utföraren ska ha ett eget miljöprogram. Utföraren ska även ha kunskap om de styrdokument rörande miljö som Nyköpings kommun antagit (se kommunens hemsida).

Utföraren ska ha rutiner som säkerställer att relevanta miljökrav ställs i samband med organisationens anskaffning av varor och tjänster. Rutiner ska finnas för hantering av avfall och kemikalier, pappersförbrukning och miljöanpassat resande.

### **3.5 Ekonomisk insyn**

Utföraren ska fullgöra sitt ekonomiska åtagande beträffande inbetalning av skatter och sociala avgifter samt leva upp till de administrativa krav som ställs på en ekonomisk organisation. Beställaren följer fortlöpande upp att dessa åtaganden och krav följs.

Beställaren har rätt till insyn i utförarens ekonomiska ställning. Utföraren ska, senast den 15 april året efter det år informationen avser, lämna en skriftlig verksamhetsberättelse med bokslut inklusive resultat- och balansräkning.

### **3.6 Samverkan**

Ett nära och förtroendefullt samarbete mellan utföraren och beställaren förutsätts. Syftet är att skapa en väl fungerande helhet av insatser kring brukaren och undvika brister i information och planering.

**Beställaren erbjuder dialog i form av så kallade branschmöten minst två gånger per år.** Dialogmöten sker även med andra delar av verksamheten, såsom hemsjukvården och kommunens biståndshandläggare, efter behov.

Utföraren ska samarbeta med anhöriga och för kunden viktiga personer, liksom med andra aktörer såsom god man, förvaltare, kommunal verksamhet,

hemsjukvård, primärvård och frivilliga organisationer. Samtycke från kund behövs i vissa fall.

### **3.7 Arbetsgivaransvar**

Utföraren ska följa svensk arbetsrättslig lagstiftning.

Gällande lagar, förordningar och kollektivavtal rörande anställningsvillkor och arbetarskydd, på såväl nationell som EU-nivå, är tillämpliga vid fullgörandet av kontraktet, om dessa bestämmelser och tillämpningen av dem överensstämmer med gemenskapsrätten/gemenskapslagstiftningen.

Utföraren ska vid behov införskaffa, bekosta samt ansvara för underhåll och service av de hjälpmedel som behövs utifrån arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Som sådana hjälpmedel kan drivaggregat till rullstol samt vårdsäng räknas.

Arbetsgivaren ska löpande fortbilda/kompetensutveckla sin personal.

#### **3.7.1 Anhöriganställning**

Anhöriganställningar är inte tillåtet i Nyköpings kommun. Det åligger utföraren att, på förekommen anledning, visa att det i aktuellt fall inte handlar om en anhöriganställning.

Med anhöriganställning menas personal som anställts uteslutande för att sköta omsorgen av en närstående.

### **3.8 Utbildnings- och kompetenskrav**

#### **3.8.1 Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad**

- ska ha högskoleutbildning med inriktning mot vård, omsorg eller socialt arbete eller annan utbildning och erfarenhet som ger motsvarande kompetens och bedöms likvärdig.
- ska ha minst sex månaders egen erfarenhet av praktiskt arbete med vård av äldre med omfattande omvårdnads- och medicinska behov. Erfarenheten ska ha inhämtats under de senaste fem åren.
- ska finnas på plats i Nyköping och vara tillgänglig för arbetsledning, handledning och rådgivning.
- ska ha ingående kunskap om tillämpliga lagar och förordningar samt tillämpliga föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

Byte av verksamhetsansvarig inom omvårdnadsföretag ska skriftligen meddelas beställaren innan bytet äger rum.

### **3.8.2 Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser**

- ska ha 3-årig gymnasieutbildning eller annan utbildning och erfarenhet som är relevant för uppdraget.

### **3.8.3 Omvårdnadspersonal**

- ska ha kompetens motsvarande treårigt omvårdnadsprogram eller annan likvärdig utbildning, såsom folkhögskoleutbildning till personlig assistent eller hemtjänstpersonal, eller erfarenhet.
- som ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter från distriktsköterska/sjuksköterska, ska vara utbildad undersköterska.
- ska ha relevanta kunskaper om hygien.
- ska ha relevanta kunskaper om kostens betydelse för äldre samt om livsmedelshygien.
- ska ha en allmän kompetens och förståelse för den åldrande människan för att ha förmåga att kunna larma vid avvikelse.

### **3.8.4 Servicepersonal**

- ska ha god kompetens för sina arbetsuppgifter, d v s ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för att utföra uppdraget.
- ska ha relevanta kunskaper om hygien.
- ska ha en allmän kompetens och förståelse för den åldrande människan för att ha förmåga att kunna larma vid avvikelse.

### **3.8.5 Alla inom verksamheten**

- ska behärska det svenska språket i tal och skrift. Det innebär att såväl kollegor som kunder ska förstå det som sägs och skrivs.
- ska ha fallenhet och intresse för sina arbetsuppgifter samt ha ett gott bemötande.
- ska arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt och utföra sitt arbete med engagemang och omtanke om kunden.

- ska ha datorvana och annan administrativ kompetens för att hantera dokumentation och informationsöverföring i datasystem.

### **3.9 Praktikanter**

Utföraren ska ta emot praktikanter från omvårdnadsutbildning på gymnasienivå och högskolenivå.

### **3.10 Annat språk än svenska**

Kund som inte talar svenska ska i möjligaste mån ges chans att tala med personalen på sitt eget språk. Minimikrav är att samtalet vid upprättande av genomförandeplan sker på kundens eget språk. Om språkkunskap saknas hos utföraren ska tolk anlitas.

## **4 ERSÄTTNING**

Ersättning utgår för utförd insats och tid i enlighet med beställning och från och med den dag verkställighet påbörjas och insatser genomförts. Ersättning utgår maximalt för tid upp till beställd tid.

Ersättning utgår månadsvis i efterskott.

Ersättningen följer en modell som innebär att det är en timtaxa för varje utförd timme. En högre ersättning utgår för insatser som utförs hos kund som bor på landsbygd. Landsbygd respektive tätort definieras enligt SCB:s nyckelkodsområden. Allt som där inte betecknas som tätort betraktas som landsbygd. SCB:s nyckelkoder för tätort är de som börjar på 111, 121 eller 711. I verksamhetssystemet är Tätort förvalt och om kund bor på landsbygd ska utföraren göra ändringen. Då ska rutin från DSO-IT följas.

Som grund för ersättning finns den registrerade tiden i Phoniro och den fakturerade tiden jämförs alltid med registrerad tid.

Utförda timmar ska delas upp i tätort och landsbygd.

#### **4.1.1 Moms**

Tjänster som utförs inom hemtjänsten är normalt momsfria om utföraren tillhandahåller både omvårdnadstjänster och servicetjänster eller bara omvårdnadstjänster. Vid beräkning av timpriset för dessa utförare har hänsyn tagits till att tjänsterna är momsfria.

I de fall som utföraren endast tillhandahåller servicetjänster blir tjänsten istället momspliktig, eftersom tjänsten därmed inte kan anses ha karaktär av "social omsorg" eller "annan jämförlig social omsorg". De utförare som endast utför servicetjänster ska därför lägga på moms på det fastställda timpriset.



#### **4.1.2 Indexreglerad ersättning**

Ersättningen räknas årligen upp fr o m 1 juni utifrån innevarande års fastställda omsorgsprisindex (OPI) utan retroaktivitet. Ingen förändring av ersättningen sker således vid respektive årsskifte.

Aktuell ersättning framgår av bilaga 7.

#### **4.2 Villkor för ersättning**

- Om utföraren inte använder Phoniro för registrering av utförd tid kan betalning komma att innehållas och om rättelse inte sker kan avtalet komma att sägas upp.
- Genomförandeplan ska finnas upprättad och vara läsbar i Procapita senast 14 dagar efter att uppdraget påbörjats.
- Besök hos ny kund, då genomförandeplan upprättas, ersätts med belopp motsvarande 60 minuter och redovisas med särskild notering.
- Revidering av genomförandeplan ersätts med max 30 minuter och ska alltid göras då kundens behov förändras eller minst varje halvår.
- Tiden ska registreras i Phoniro på den kund som planen avser.
- Insats ska finnas redovisad i Phoniro senast det datum som för varje månad bestämts som stoppdatum, därefter stängs systemet och ersättning kan ej återopas. Information om gällande stoppdatum fås från Division Social omsorg, IT-support.
- När en insats utförs utanför bostaden till flera kunder samtidigt dokumenteras tiden som en gruppaktivitet. Den faktiskt utförda tiden fördelas mellan berörda kunder. Detta gäller vid samordning av till exempel tvätt eller post- och bankärenden.
- Skattad tid får enbart användas då tidsregistrering ej kunnat göras på ordinarie sätt och ska då avse faktiskt utförd tid och får ej avse schablon-tid.
- När kontakt med sjukvård, närstående/god man/förvaltare eller myndighet för kunds räkning sker i grupplokaler eller motsvarande dokumenteras tiden direkt med anteckning om anledningen till samtalet.

- Telefonsamtal med kund ersätts med faktisk tid. Tiden ska registreras vid varje tillfälle i Phoniro med anteckning om anledningen till samtalet.
- Planerade insatser, som av olika anledningar inte kan utföras, ersätts normalt inte.
- Undantag är ersättning för omställningstid. Ersättning för omställningstid utgår under högst 3 dagar för beviljad och inplanerad tid som inte kan utföras på grund av dödsfall, akut sjukhusvistelse/korttidsvård eller tillfälligt uppehåll i hemtjänstinsatserna, som inte meddelats i förväg enligt reglerna. En förutsättning för att ersättningen ska utbetalas är att utföraren fått kännedom om händelsen kortare tid än fem dagar i förväg. Varje dag ersätts med en trettiondel (1/30) av beviljad månadstid. Om kund enbart har hemsjukvårdssinsatser ersätts utebliven insats med schablontid för just den insatsen. Omställningstid får inte förväxlas med avböjd insats, s k "bomtid", och ska inte användas för enstaka insatser utan enbart för uppehåll under en följd av dagar. Omställningstid kan komma ifråga då insatserna är tätare och inte kan utföras vid andra tillfällen, så som fallet är vid t ex glesare serviceinsatser.
- Bedömning av vård i livets slut ska göras av patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterska kontaktar utföraren vid behov av s k vak. Ersättning utgår då med ordinarie timersättning plus ob- tillägg. Efter inträffat dödsfall ersätts för redan planerad tid i högst tre dagar. På fakturan specificeras vak-tid på egen rad med uppgift om antal timmar och kostnad.
- Vid kunds frånvaro av annan orsak än ovan angivna eller då kund avböjer insats, så kallad "bomtid", utgår ersättning för 30 minuter per tillfälle. Förut- sättningen är att personalen kommit hem till kunden och där får kännedom om att ingen insats alls ska utföras, alternativt att kunden informerat om att besöket inte behövs i direkt anslutning till att besöket skulle gjorts. Detta innebär exempelvis att om insatsen tvätt skulle verkställts genom tre olika besök, ges bomtid endast för första besöket. För att få ersättning för bombesök krävs dessutom att orsaken till bombesöket dokumenteras, liksom hur och när avböjning skett. För SOL-insats gäller att kontakt med

handläggare ska ske snarast, då en och samma insats avböjs flera gånger. Dokumentation ska göras om att kontakt tagits och vad som kommunicerats. För HSL-insats gäller detsamma för kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Fram till dess att myndighetsfunktionen eller den legitimerade personalen efter sådan kontakt följt upp och eventuellt reviderat beslutet, ges bomersättning vid eventuellt ytterligare bomtillfällen för motsvarande besök. Det innebär också att bomersättning inte utgår om utföraren inte tar sådan kontakt.

- Ersättning ges för samtliga timmars dubbelbemanning.
- HSL-dokumentationstid (i grupplokal eller motsvarande) ersätts med max 10 minuter per tillfälle.
- Vid akuta behov kan insatser utföras, dock längst under sju dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet. En förutsättning för ersättning är att den akuta situationen beskrivs genom anteckning i Phoniro samt att utföraren rapporterar detta i efterhand till biståndshandläggaren.
- Tid kan tillfälligt omfördelas mellan olika insatser om behov uppstår från kundens sida, under förutsättning att orsaken dokumenteras. Kvarstår omfördelningsbehovet ska kontakt tas med handläggare för uppföljning av kundens behov.
- Anledning till ledsagning ska alltid dokumenteras.

### **4.3 Fakturering**

Om korrekt faktura inkommit senast den 10:e i månaden efter den månad som debiteringen avser, utbetalas ersättningen runt den 22:a i innevarande månad. Inkommer fakturan senare än den 10:e gäller 30 dagars betalning.

## **5 Kris- och katastrofberedskap**

Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting och därför leder till att krisledningsorganisationen kallas samman.

Utföraren ansvarar för att planera och hålla beredskap för att kunna klara extraordinära händelser, som exempelvis snöoväder, störningar i vattenförsörjningen och elavbrott. Utföraren står för eventuella extra omkostnader som kan uppkomma för att fullgöra uppdraget gentemot kommunen.

I Nyköpings kommun har Division Social omsorg fastställt en Kris- och störningshanteringsplan i linje med kommunens övergripande kris- och störningshanteringsplan. Av planen framgår att verksamheten ska bedrivas så att de grundläggande livsbetingelserna tryggas. Utföraren ska vid större extraordinära händelser inordna sin verksamhet i den kommunala organisationen för vård och omsorg. Division Social omsorgs plan för extraordinär händelse skall då följas. Det innebär också att även privata utförare ska delta på av kommunen ordnade säkerhetsövningar.

Utföraren är skyldig att överlägga med kommunen om företagets medverkan vid katastrofer, kriser eller höjd beredskap, medverka i utbildningar och övningar som genomförs i beredskapshöjande syfte, på begäran bidra med information vid upprättandet av centrala beredskapsplaner, upprätta nödvändiga krisplaner för den egna verksamheten samt i övrigt följa tillämpliga delar av Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

## **VON § Återrapportering av 2021 års statsbidrag för habiliteringsersättning**

### **Diarienummer: VON21/49**

Regeringen har under de senaste åren gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela ett årligt statsbidrag för habiliteringsersättning till kommunerna. Denna ersättning är en dagpenning till de som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) Nyköpings kommun kunde för 2021 rekvirera sammantaget 2 239 932 kronor. Ursprungligen hade kommunen rätt att rekvirera 2 166 192 kronor. Därefter kunde ytterligare 73 740 kronor rekvireras på grund av att inte samtliga kommuner utnyttjat sin motsvarande möjlighet. Återrapportering till Socialstyrelsen görs på webben enligt det formulär som bifogas detta beslut.

Hela det rekvirerade beloppet har nyttjats till att göra en extra engångsersättning utöver den ordinarie timersättningen. Tidigare år har bidraget betalats ut i proportion till hur stor närvaro respektive person haft på den dagliga verksamheten. År 2021 baserades utbetalningen endast på om man haft beslut på insatsen eller ej. Man har inte velat att personer skulle drabbas av lägre ersättning på grund av egen eller annans covid-smitta.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen av hur statsbidraget för habiliteringsersättning disponerats under 2021, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-25.

Vård- och omsorgsnämnden

## Återrapportering av 2021 års statsbidrag för habiliteringsersättning

### Bakgrund

Regeringen har under de senaste åren gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela ett årligt statsbidrag för habiliteringsersättning till kommunerna. Denna ersättning är en dagpenning till de som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) Nyköpings kommun kunde för 2021 rekvirera sammantaget 2 239 932 kronor. Ursprungligen hade kommunen rätt att rekvirera 2 166 192 kronor. Därefter kunde ytterligare 73 740 kronor rekvireras på grund av att inte samtliga kommuner utnyttjat sin motsvarande möjlighet. Återrapportering till Socialstyrelsen görs på webben enligt det formulär som bifogas detta beslut.

Hela det rekvirerade beloppet har nyttjats till att göra en extra engångsersättning utöver den ordinarie timersättningen. Tidigare år har bidraget betalats ut i proportion till hur stor närvaro respektive person haft på den dagliga verksamheten. År 2021 baserades utbetalningen endast på om man haft beslut på insatsen eller ej. Man har inte velat att personer skulle drabbas av lägre ersättning på grund av egen eller annans covid-smitta.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen av hur statsbidraget för habiliteringsersättning disponerats under 2021, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-25.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

## Återrapportering av 2021 års statsbidrag till kommuner för habiliteringsersättning

**Till bidragsmottagare:** Nyköpings kommun  
**Dnr för rekvisition:** 15003/2021

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för habiliteringsersättning. Statsbidraget får användas av kommunerna i syfte att införa dagpenning eller höja en låg dagpenning till personer som deltar i daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS (habiliteringsersättning). Statsbidraget får även användas till att bibehålla en nivå på dagpenningen som tidigare höjts med hjälp av statsbidraget.

Mottagare av statsbidrag ska senast **den 11 mars 2022** återrapportera till Socialstyrelsen hur bidraget har använts. Notera att ni kan bli återbetalningsskyldig om medlen inte har använts enligt villkoren för statsbidraget. Ett sådant villkor är bland annat att återrapporteringen ska vara Socialstyrelsen tillhanda inom angiven tidsram.

Med anledning av coronapandemin har villkoren för användning av statsbidraget ändrats under 2021. Bidraget får användas till att betala ut dagpenning (habiliteringsersättning) även om ingen verksamhet har kunnat erbjudas eller att de som annars skulle ha deltagit i verksamhet enligt LSS inte har kunnat närvara på grund av smittorisk.

Socialstyrelsen tillhandahåller detta webbformulär för återrapportering av statsbidraget. När ni har fyllt i webbformuläret ska ni göra följande:

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i formuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet, som sedan ska undertecknas av behörig företrädare.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

Om ni inte har använt hela bidraget under perioden 1 januari 2021 - 31 december 2021 ska kvarstående medel återbetalas. Socialstyrelsen kommer att fakturera berörda bidragsmottagare.

Vid frågor vänligen kontakta:

Sara Billfalk, utredare  
E-post: [sara.billfalk@socialstyrelsen.se](mailto:sara.billfalk@socialstyrelsen.se)

### Hantering av kontaktuppgifter

E-post och andra handlingar, t.ex. ansökningar och enkätsvar, som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns på myndighetens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>.



## Praktiska instruktioner

- Klicka [här](#) för att se en läsversion av webbformuläret.
- Svaren sparas när du klickar på "Nästa" längst ner på varje sida i webbformuläret.
- Du kan avbryta och återgå till webbformuläret genom att klicka på länken i e-postbrevet.
- I slutet av webbformuläret finns möjlighet att kontrollera dina svar innan du skickar in återrapporteringen.
- Observera att enkäten innehåller hoppvillkor som gör att du beroende på hur du svarar kommer att få vissa frågor men inte andra.

## Kontaktuppgifter till bidragsmottagaren

Bidragsmottagarens namn: Nyköpings kommun  
 Organisationsnummer: 212000-2940  
 Utdelningsadress (inkl. ev. c/o): Enheten för politisk beredning och samordning, Stadshuset  
 Postnummer: 611 83  
 Postort: Nyköping  
 E-post organisation: kommun@nykoping.se  
 Namn kontaktperson för statsbidraget: Marie Johnsson  
 Befattning kontaktperson: Sakkunnig tjänsteman, Vård- och omsorgsnämnden  
 E-post kontaktperson: marie.johnsson.1@nykoping.se  
 Telefon kontaktperson: 0155248040

*Ett svarskvitto kommer att skickas till e-postadressen som du har angivit i fältet "E-post kontaktperson", var därför noga med att fylla i denna uppgift korrekt.*

## Faktureringsuppgifter

Faktureringsadress: Nyköpings kommun, Fakturascanning, Box 22  
 Postnummer (faktura): 611 22  
 Postort (faktura): Nyköping  
 E-post faktura:   
 Fakturareferens: NK27  
 Elektronisk fakturaadress (t.ex. EDI, PEPPIL-id, GLN eller liknande):   
 Fakturaväxel (operatör som distribuerar fakturor):

## Ekonomisk redovisning 2021

Vid "**Mottaget statsbidrag**" redovisas det belopp som ni har fått av Socialstyrelsen för verksamhetsåret 2021. Detta fält är förifyllt och får inte ändras. Med mottaget statsbidrag avses här rekvirerat belopp inklusive omfördelade medel för de kommuner som ville ta del av dessa.

Under "**Kostnader**" redovisar ni förbrukade medel under 2021. Här anger ni den totala kostnaden som ni har haft för att införa dagpenning, höja en låg dagpenning eller bibehålla en nivå på dagpenningen som tidigare höjts med hjälp av statsbidraget. När det gäller kostnaderna som rör höjning av låg dagpenning eller att bibehålla nivå som tidigare höjts med hjälp av statsbidraget, ska ni endast ange kostnaden för "höjningen" eller "bibehållandet" eftersom statsbidraget endast täcker denna del. Beloppet ska anges i heltal kronor.

Om kommunen sedan tidigare har haft habiliteringsersättning i någon av sina verksamheter och inför ersättningen i övriga delar ska kostnaden för detta anges under posten "att höja en låg dagpenning".

Om svaret är noll kronor, skriv 0. Notera att summan av kostnaderna inte får överstiga mottaget statsbidrag.

Vid "**Kvarstående statsbidrag**" redovisas eventuella medel som finns kvar. Dessa medel ska återbetalas till Socialstyrelsen. Detta fält beräknas automatiskt utifrån "Mottaget statsbidrag" minus "Kostnader".

Observera att endast medel som mottagits från Socialstyrelsen ska redovisas i denna åiterrapportering.

**1. Mottaget statsbidrag:** (2239932 kr)

(Kr)

**2. Kostnader:**

För att *införa* dagpenning till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS

(Kr)

För att *höja* en låg dagpenning till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS

(Kr)

För att *bibehålla* en nivå på dagpenningen som tidigare höjts med hjälp av statsbidraget till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS

(Kr)

**3. Kvarstående statsbidrag:**

(Kr)

### 4. Plats för kommentarer om den ekonomiska redovisningen (max 1 000 tecken):

Här kan ni ange eventuella avvikelser från budget eller annat som kan vara av vikt för Socialstyrelsen att känna till vad gäller er ekonomiska redovisning.

## Frågor om hur statsbidraget har använts under 2021

### 5. Hur har kommunen betalat ut statsbidraget för habiliteringsersättning till personer som deltagit i daglig verksamhet enligt LSS under 2021?

Med "extra habiliteringsersättning" avses utbetalning av dagpenning (habiliteringsersättning) med hjälp av statsbidraget till personer som har deltagit i daglig verksamhet enligt LSS baserad på närvaro, men som har betalats ut utöver den löpande utbetalningen av den ordinarie habiliteringsersättningen. Utbetalningen sker så länge statsbidraget betalas ut.

Flera alternativ kan anges.

- Genom införande, höjning eller bibehållande av den ordinarie habiliteringsersättningen
- Genom utbetalning av "extra habiliteringsersättning" utöver den ordinarie habiliteringsersättningen

Kommentarer:

## Om den "extra habiliteringsersättningen"

### 5 a. Hur stor andel av kommunens erhållna statsbidrag har betalats ut som "extra habiliteringsersättning"?

- 1-25 procent av statsbidraget
- 26-50 procent av statsbidraget
- 51-75 procent av statsbidraget
- 76-99 procent av statsbidraget
- 100 procent av statsbidraget

### 5 b. Hur har kommunen betalat ut den extra habiliteringsersättningen till personer som deltagit i den dagliga verksamheten enligt LSS under 2021?

(Exempelvis, den extra utbetalningen är procentuellt baserad på den ordinarie habiliteringsersättningen och betalas ut en gång per år.)

De personer som haft beslut om daglig verksamhet under hela 2021 har fått ett belopp per person och de personer vars beslut avslutades under året och de personer som tillkommit under året har fått hälften av detta belopp.

### 5 c. Beskriv kortfattat varför ni har valt att betala ut statsbidraget som en "extra habiliteringsersättning".

Utan statsbidraget hade en höjning av ersättningen inte varit aktuell och om statsbidraget istället använts till att höja den ordinarie ersättningen, hade det varit svårare att sänka ersättningen igen om statsbidraget sen upphör.

## 7. Har coronapandemin påverkat er användning av statsbidraget under 2021?

- Ja
- Nej
- Kan inte bedöma

**7 a. Beskriv kortfattat hur coronapandemin har påverkat användningen av statsbidraget.**

Tidigare år har statsbidraget kunnat betalas ut i proportion till hur stor närvaro respektive person haft. Detta år har utbetalningen endast baserats på om beslut finns eller ej. Man har inte velat att personerna ska drabbas av lägre ersättning på grund av egen eller annans covid-smitta.

**Synpunkter på statsbidraget**

**8. Utifrån era erfarenheter som bidragsmottagare, ange eventuella synpunkter på statsbidraget eller förslag på hur statsbidraget skulle kunna fungera bättre. (Max 1000 tecken)**

## Kontrollera era svar

Nu har du besvarat alla frågor i formuläret. För att kontrollera svaren, [klicka här](#).

För att eventuellt korrigera svaren klicka på "**Tillbaka**" eller klicka på länken i e-postbrevet.

## Skicka in återrapporteringen

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i webbformuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet som sedan ska undertecknas av behörig företrädare.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

På nästa sida finns möjlighet att skriva ut formuläret så att behörig företrädare kan underteckna det.

## Underskrift

**Behörig företrädare för organisationen intygar härmed att uppgifterna som lämnats i denna återrapportering av 2021 års statsbidrag till kommuner för habiliteringsersättning är riktiga.**

Organisation:

Befattning: Ordförande Vård- och Omsorgsnämnden

Ort och datum: Nyköping 220302

Underskrift: 

Namnförtydligande: Carina Wallin

## **VON § Återrapportering av 2021 års statsbidrag för Äldreomsorgslyftet**

### **Diarienummer: VON21/46**

Äldreomsorgslyftet är en flerårig satsning från regeringen sida, med syfte att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg, genom att ge personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Som framgick av rapport till nämnden (VON § 90), har medlen under 2021 nyttjats till såväl undersköterskeutbildning och utbildning till specialistundersköterska inom demens som en ledarskapsutbildning. Nyköpings kommun rekvirerade för ändamålet de erbjudna 22 694 388 kronorna, men då det tar tid att rigga utbildningar och ansökningsförfaranden, har endast 5 953 093 kronor hunnit disponeras. Resterande medel behöver återbetalas till Socialstyrelsen. Återrapporteringen avseende 2021 bifogas tjänsteskrivelsen.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna återrapporteringen av 2021 års statsbidrag för Äldreomsorgslyftet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

Vård- och omsorgsnämnden

## Återrapportering av 2021 års statsbidrag för Äldreomsorgslyftet

### Bakgrund

Äldreomsorgslyftet är en flerårig satsning från regeringen sida, med syfte att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg, genom att ge personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Som framgick av rapport till nämnden (VON § 90), har medlen under 2021 nyttjats till såväl undersköterskeutbildning och utbildning till specialistundersköterska inom demens som en ledarskapsutbildning. Nyköpings kommun rekvirerade för ändamålet de erbjudna 22 694 388 kronorna, men då det tar tid att rigga utbildningar och ansökningsförfaranden, har endast 5 953 093 kronor hunnit disponeras. Resterande medel behöver återbetalas till Socialstyrelsen. Återrapporteringen avseende 2021 bifogas tjänsteskrivelsen.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna återrapporteringen av 2021 års statsbidrag för Äldreomsorgslyftet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes 2022-04-11

## Återrapportering av 2021 års statsbidrag till kommuner inom ramen för Äldreomsorgslyftet

**Till bidragsmottagare:** Nyköpings kommun  
**Dnr för ansökan/rekvisition:** 23033/2021

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat statsbidrag till kommuner inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Satsningens syfte är att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till på betald arbetstid.

Mottagare av statsbidrag ska senast den **31 mars 2022** återrapportera till Socialstyrelsen hur bidraget har använts. Notera att ni kan bli återbetalningsskyldig om medlen inte har använts enligt villkoren för statsbidraget. Ett sådant villkor är bland annat att återrapporteringen ska vara Socialstyrelsen tillhanda inom angiven tidsram.

Socialstyrelsen tillhandahåller detta webbformulär för återrapportering av statsbidraget. När ni har fyllt i webbformuläret ska ni göra följande:

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i formuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet, som sedan ska undertecknas av behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

Om ni inte har använt hela bidraget under perioden 1 januari 2021 - 31 december 2021 ska kvarstående medel återbetalas. Socialstyrelsen kommer att fakturera berörda bidragsmottagare.

Vid frågor vänligen kontakta:

Ylva Gårdhagen, utredare

E-post: [ylva.gardhagen@socialstyrelsen.se](mailto:ylva.gardhagen@socialstyrelsen.se)

### Hantering av kontaktuppgifter

E-post och andra handlingar, t.ex. ansökningar och enkätsvar, som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns på myndighetens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>.



## Praktiska instruktioner

- Klicka [här](#) för att se en läsversion av webbformuläret.
- Svaren sparas när du klickar på knappen "Nästa" längst ner på varje sida i webbformuläret.
- Om du avbryter när du webbformuläret igen via länken i mejlet.
- I slutet av webbformuläret finns möjlighet att kontrollera dina svar innan du skickar in återsrapporteringen till Socialstyrelsen.
- Observera att enkäten innehåller hoppvillkor som gör att du beroende på hur du svarar kommer att få vissa frågor men inte andra.

## Kontaktuppgifter till bidragsmottagaren

Bidragsmottagarens namn: Nyköpings kommun  
 Organisationsnummer: 212000-2940  
 Utdelningsadress (inkl. ev. c/o): Enheten för politisk beredning och samordning  
 Postnummer: 611 83  
 Postort: Nyköping  
 E-post organisation: kommun@nykoping.se  
 Namn kontaktperson för statsbidraget: Marie Johnsson  
 Befattning kontaktperson: Sakkunnig tjänsteman, Vård- och omsorgsnämnden  
 E-post kontaktperson: marie.johnsson.1@nykoping.se  
 Telefon kontaktperson: 0155248040

*Ett svarskvitto kommer att skickas till e-postadressen som du har angivit i fältet "E-post kontaktperson", var därför noga med att fylla i denna uppgift korrekt.*

## Faktureringsuppgifter

Faktureringsadress: Nyköpings kommun, Fakturascanning, Box 22  
 Postnummer (faktura): 611 22  
 Postort (faktura): Nyköping  
 E-post organisation (faktura):   
 Fakturareferens: NK27  
 Elektronisk fakturaadress (t.ex. EDI, PEPPIL-id, GLN eller liknande):   
 Fakturaväxel (operatör som distribuerar fakturor):

## Ekonomisk redovisning 2021

Vid "**Mottaget statsbidrag**" redovisas det belopp som ni fått av Socialstyrelsen för verksamhetsåret 2021. Detta fält är förifyllt och får inte ändras.

Under "**Kostnader**" redovisar ni förbrukade medel under 2021. Ange hur mycket ni har förbrukat av mottaget statsbidrag. Ta med kostnader under perioden 1 januari 2021 till 31 december 2021. Beloppet ska anges i heltal kronor. Om svaret är noll kronor, skriv 0. Notera att summan av kostnader inte får överstiga mottaget statsbidrag.

Vid "**Kvarstående statsbidrag**" redovisas eventuella medel som finns kvar. Dessa medel ska återbetalas till Socialstyrelsen. Detta fält beräknas automatiskt utifrån "Mottaget statsbidrag" minus "Kostnader". Observera att endast medel som mottagits från Socialstyrelsen ska redovisas i denna åiterrapportering.

**Mottaget statsbidrag:**  (Kr)

**Kostnader:**  (Kr)

**Kvarstående statsbidrag:**  (Kr)

### 3a. Ange orsaken till att ni inte har förbrukat hela det erhållna statsbidraget.

*Flera alternativ kan anges.*

- Tidsbrist, ange på vilket sätt:
- Personalbrist, ange på vilket sätt:
- Coronapandemin, ange på vilket sätt:
- Annan orsak, ange vad:

### 4. Plats för kommentarer om den ekonomiska redovisningen (max 1 000 tecken):

*Här kan ni ange eventuella avvikelser från budget eller annat som kan vara av vikt för Socialstyrelsen att känna till vad gäller er ekonomiska redovisning.*

## Frågor om hur statsbidraget har använts under 2021

Observera att ni endast ska rapportera aktiviteter som, helt eller delvis, har finansierats med det mottagna statsbidraget 2021.

### 5. Har enskilda utförare som bedriver äldreomsorg på uppdrag av kommunen tagit del av statsbidraget?

Ja

Nej

Inte aktuellt - kommunen har inte avtal med enskilda utförare att bedriva äldreomsorg

Kommentar:

### 5a. Hur stor andel av statsbidraget har gått till enskilda utförare som bedriver äldreomsorg på uppdrag av kommunen?

*Gör en uppskattning.*

1-9 procent

10-19 procent

20-29 procent

30-39 procent

40-49 procent

50-99 procent

100 procent

Kan inte bedöma

Kommentar:

**6a. Ange hur många anställda i kommunen som påbörjade utbildning till vårdbiträde eller undersköterska under 2021 med hjälp av statsbidraget.**

*Pågående validering av kunskaper räknas som påbörjad utbildning.*

*Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man eller kvinna.*

*Om svaret är noll, skriv 0.*

*Antal anställda som påbörjat utbildning till...*

	Kommunal utförare	Enskild utförare
...vårdbiträde, män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...vårdbiträde, kvinnor	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...undersköterska, män	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="2"/>
...undersköterska, kvinnor	<input type="text" value="26"/>	<input type="text" value="21"/>
Summa	<input type="text" value="32"/>	<input type="text" value="23"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**6b. Ange hur många anställda i kommunen som påbörjade utbildning under 2021 till vårdbiträde eller undersköterska med hjälp av statsbidraget och som är...**

	Kommunal utförare	Enskild utförare
...ny personal (dvs. personal som har varit anställd upp till 12 månader):	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...befintlig personal (dvs. personal som har varit anställd längre än 12 månader):	<input type="text" value="32"/>	<input type="text" value="23"/>
Summa	<input type="text" value="32"/>	<input type="text" value="23"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**7. Ange hur många anställda i kommunen som avslutade utbildning till vårdbiträde eller undersköterska under 2021 med godkänt betyg med hjälp av statsbidraget.**

Fullföljd och godkänd validering av kunskaper räknas som avslutad utbildning med godkänt betyg. Om svaret är noll, skriv 0.

Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagläget två juridiska kön, man eller kvinna.

Antal anställda som avslutat utbildning med godkänt betyg till...

	Kommunal utförare	Enskild utförare
...vårdbiträde, män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...vårdbiträde, kvinnor	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...undersköterska, män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...undersköterska, kvinnor	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/>
Summa	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**8. Ange hur många anställda i kommunen som påbörjade/deltog i minst en kurs under 2021 med hjälp av statsbidraget.**

Observera att frågan avser kurser där deltagaren kan uppnå:

- kunskaper och förmågor som anges i [Socialstyrelsens allmänna råd \(SOSFS 2011:12\)](#) eller
- [kompetens enligt Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor](#)

Observera att frågan inte avser:

- Utbildning till vårdbiträde (800p) eller undersköterska (1500p) (se fråga 6 och 7)
- Specialistkompetens för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre inom ramen för yrkeshögskolan <https://www.yrkeshogskolan.se> (se fråga 9)
- Kurser riktade till första linjens chefer (se fråga 10)

Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagläget två juridiska kön, man eller kvinna.

Om svaret är noll, skriv 0.

	Kommunal utförare	Enskild utförare
Män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kvinnor	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Summa	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**9. Ange hur många anställda i kommunen som med hjälp av statsbidraget påbörjade en utbildning under 2021 för specialistkompetens för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre inom ramen för yrkeshögskolan?**

För mer information, se: <https://www.yrkeshogskolan.se>

Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man eller kvinna.

Om svaret är noll, skriv 0.

	Kommunal utförare	Enskild utförare
Män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kvinnor	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5"/>
Summa	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**9a. Ange hur många anställda i kommunen som med hjälp av statsbidraget påbörjade en utbildning under 2021 för specialistkompetens för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre inom ramen för yrkeshögskolan och som är...**

Om svaret är noll, skriv 0.

	Kommunal utförare	Enskild utförare
...ny personal (dvs. personal som har varit anställd upp till 12 månader):	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...befintlig personal (dvs. personal som har varit anställd längre än 12 månader):	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5"/>
Summa	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5"/>

Kommentera gärna ditt svar:

**9b. Ange vilken utbildning anställda i kommunen påbörjade med hjälp av statsbidraget under 2021 för specialistkompetens för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre inom ramen för yrkeshögskolan.**

För mer information, se: <https://www.yrkeshogskolan.se>

- Demens
- Äldrepsykiatri
- Palliativ vård
- Äldre och välfärdsteknik
- Multisjukdom hos äldre
- Hälsa och rehabilitering
- Annan, ange vad:

**10. Ange hur många anställda i kommunen som med hjälp av statsbidraget avslutade utbildning för specialistkompetens för undersköterskor under 2021 med godkänt betyg.**

Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man eller kvinna.

Om svaret är noll, skriv 0.

	Kommunal utförare	Enskild utförare
Män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kvinnor	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Summa	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

**11. Ange hur många av första linjens chefer i kommunen som med hjälp av statsbidraget påbörjade en ledarskapsutbildning under 2021.**

Med första linjens chefer avses i första hand närmsta chef till operativ personal, exempelvis vård- och omsorgspersonal inklusive legitimerad personal.

Med kön avser vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man eller kvinna.

Om svaret är noll, skriv 0.

	Kommunal utförare	Enskild utförare
Män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kvinnor	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2"/>
Summa	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2"/>

**11a. Ange hur många av första linjens chefer i kommunen som påbörjade en ledarskapsutbildning under 2021 med hjälp av statsbidraget och som är...**

	Kommunal utförare	Enskild utförare
...ny personal (dvs. personal som har varit anställd upp till 12 månader):	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
...befintlig personal (dvs. personal som har varit anställd längre än 12 månader):	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2"/>
Summa	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2"/>

**11b. Ange vilka ledarskapsutbildningar som första linjens chefer i kommunen deltog i under 2021 med hjälp av statsbidraget.**

*Med första linjens chefer avses i första hand närmsta chef till operativ personal, exempelvis vård- och omsorgspersonal inklusive legitimerad personal.*

*Ledarskapskurser med motsvarande eller liknande kursinnehåll som Socialstyrelsens nationella ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer (bilaga 5 till Socialstyrelsens anvisningar den 25 februari 2021, dnr: 9.2-5775/2021).*

- Den nationella värdegrunden för äldre
- Lagstiftning och styrdokument som ledningsstöd
- Ledarskap, medarbetare och organisation
- Upphandling, uppföljning, förbättringskunskap och evidensbaserad praktik
- Annan kurs på högskola/universitet, ange vilken/vilka:
- "Leda för bättre kvalitet" på LiU: Ledarskap och teamarbete, Kunskapsstyrning, Förbättringar och lärande

**12. Ange hur många av första linjens chefer i kommunen som avslutade ledarskapsutbildning under 2021 med godkänt betyg med hjälp av statsbidraget.**

*Med första linjens chefer avses i första hand närmsta chef till operativ personal, exempelvis vård- och omsorgspersonal inklusive legitimerad personal.*

*Med kön avses vi det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man eller kvinna.*

*Om svaret är noll, skriv 0.*

	Kommunal utförare	Enskild utförare
Män	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Kvinnor	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Summa	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

**13. Har coronapandemin påverkat er användning av statsbidraget under 2021?**

- Ja
- Nej
- Kan inte bedöma

Kommentera gärna ditt svar (max 1 000 tecken):



## Synpunkter på statsbidraget

### **14. Utifrån era erfarenheter som bidragsmottagare, ange eventuella synpunkter på statsbidraget eller förslag på hur statsbidraget skulle kunna fungera bättre.**

Det är problematiskt att ha ettåriga bidrag, när det handlar om att starta, bemanna och genomföra utbildningar. Det borde vara OK att ha t ex tre år på sig att förbruka medlen. Som det är nu har man behov av hela statsbidraget, men tiden gör att större delen förblir oanvänt. Det borde vara OK att nyttja medlen till att köpa in utbildningar.

## Kontrollera era svar

Nu har du besvarat alla frågor i formuläret. För att kontrollera svaren, [klicka här](#).

För att eventuellt korrigera svaren klicka på "**Tillbaka**" eller klicka på länken i e-postbrevet.

## Skicka in återrapporteringen

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i webbformuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet som sedan ska undertecknas av behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

På nästa sida finns möjlighet att skriva ut formuläret så att behörig företrädare kan underteckna det.

## Underskrift

**Behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen intygar härmed att uppgifterna som lämnats i denna återrapportering av 2021 års statsbidrag till kommuner för Äldreomsorgslyftet är riktiga.**

Organisation:

Befattning: Ordförande Vård- och omsorgsnämnden

Ort och datum: Nyköping 15/3 -22

Underskrift: 

Namnförtydligande: Carina Wallin

## **VON § Återrapportering av 2021 års statsbidrag för främjande av ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg**

### **Diarienummer: VON21/104**

Under 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att fördela ett statsbidrag mellan regioner och kommuner, i syfte att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg. Medlen kunde användas till att utveckla arbetsmetoder eller arbetstidsmodeller.

Ansökningsförfarandet gick till så att man beskrev ett tänkt projekt och vilka kostnader det bedömdes innebära. Socialstyrelsen gjorde en bedömning av alla projekt och fördelade sedan medlen. Nyköpings kommun fick 1,0 mnkr för ett projekt som handlade om nya arbetsmetoder. Inom Division Social omsorg (DSO) har man satsat på kvalitetsutvecklare på de särskilda boendena för äldre. De finns på plats på boendena och ska stötta och handleda personal och utveckla hållbara arbetssätt, som både leder till ett hållbart arbetsliv och tryggar kvalitet och patientsäkerhet för de boende. Statsbidraget utlystes först efter sommaren och därmed godkändes projektet först i slutet av året. Därför förbrukades endast 166 tkr. Resterande medel måste återbetalas. Återrapporteringen till Socialstyrelsen bifogas tjänsteskrivelsen.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen av hur 2021 års statsbidrag för främjande av ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg disponerats, vilken bifogats tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

Vård- och omsorgsnämnden

## **Återrapportering av 2021 års statsbidrag för främjande av ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg**

### **Bakgrund**

Under 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att fördela ett statsbidrag mellan regioner och kommuner, i syfte att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg. Medlen kunde användas till att utveckla arbetsmetoder eller arbetstidsmodeller.

Ansökningsförfarandet gick till så att man beskrev ett tänkt projekt och vilka kostnader det bedömdes innebära. Socialstyrelsen gjorde en bedömning av alla projekt och fördelade sedan medlen. Nyköpings kommun fick 1,0 mnkr för ett projekt som handlade om nya arbetsmetoder. Inom Division Social omsorg (DSO) har man satsat på kvalitetsutvecklare på de särskilda boendena för äldre. De finns på plats på boendena och ska stötta och handleda personal och utveckla hållbara arbetssätt, som både leder till ett hållbart arbetsliv och tryggar kvalitet och patientsäkerhet för de boende. Statsbidraget utlystes först efter sommaren och därmed godkändes projektet först i slutet av året. Därför förbrukades endast 166 tkr. Resterande medel måste återbetalas. Återrapporteringen till Socialstyrelsen bifogas tjänsteskrivelsen.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen av hur 2021 års statsbidrag för främjande av ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg disponerats, vilken bifogats tjänsteskrivelse daterad 2022-03-28.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

## Återrapportering av 2021 års statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg

**Till bidragsmottagare:** Nyköpings kommun

**Dnr för ansökan/rekvisition:** 30822/2021

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter. Medel kan användas för kostnader avseende projekt som innebär att verksamheten prövar nya eller vidareutvecklar befintliga arbetsmetoder, arbetssätt eller arbetstidsmodeller för att långsiktigt stärka arbetsmiljön. Statsbidraget får endast användas för kostnader som uppstått från det datum ansökan inkom till Socialstyrelsen.

Mottagare av statsbidrag ska senast den **31 mars 2022** återrapportera till Socialstyrelsen hur bidraget har använts. Notera att ni kan bli återbetalningsskyldig om medlen inte har använts enligt villkoren för statsbidraget. Ett sådant villkor är bland annat att återrapporteringen ska vara Socialstyrelsen tillhanda inom angiven tidsram.

Socialstyrelsen tillhandahåller detta webbformulär för återrapportering av statsbidraget. När ni har fyllt i webbformuläret ska ni göra följande:

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i formuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet, som sedan ska undertecknas av behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

Om ni inte har använt hela bidraget under perioden från att ansökan inkom till Socialstyrelsen till och med 31 december 2021 ska kvarstående medel återbetalas. Socialstyrelsen kommer att fakturera berörda bidragsmottagare.

Vid frågor vänligen kontakta:

Johan Juffermans

E-post: [johan.juffermans@socialstyrelsen.se](mailto:johan.juffermans@socialstyrelsen.se)

### Hantering av kontaktuppgifter

E-post och andra handlingar, t.ex. ansökningar och enkätsvar, som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns på myndighetens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>.

## Praktiska instruktioner

- Klicka [här](#) för att se en läsversion av webbformuläret.
- Svaren sparas när du klickar på knappen "Nästa" längst ner på varje sida i webbformuläret.
- Om du avbryter när du webbformuläret igen via länken i mejlet.
- I slutet av webbformuläret finns möjlighet att kontrollera dina svar innan du skickar in återrapporteringen till Socialstyrelsen.
- Observera att enkäten innehåller hoppvillkor som gör att du beroende på hur du svarar kommer att få vissa frågor men inte andra.

## Kontaktuppgifter till bidragsmottagaren

Bidragsmottagarens namn: Nyköpings kommun  
 Organisationsnummer: 212000-2940  
 Utdelningsadress (inkl. ev. c/o): Politisk beredning och samordning, Stadshuset  
 Postnummer: 611 83  
 Postort: Nyköping  
 E-post organisation: kommun@nykoping.se  
 Namn kontaktperson för statsbidraget: Marie Johnsson  
 Befattning kontaktperson: Sakkunnig tjänsteman, Vård- och omsorgsnämnden  
 E-post kontaktperson: marie.johnsson.1@nykoping.se  
 Telefon kontaktperson: 0155248040

*Ett svarskvitto kommer att skickas till e-postadressen som du har angivit i fältet "E-post kontaktperson", var därför noga med att fylla i denna uppgift korrekt.*

## Faktureringsuppgifter

Faktureringsadress: Nyköpings kommun, Fakturascanning, Box 22  
 Postnummer (faktura): 611 22  
 Postort (faktura): Nyköping  
 E-post organisation (faktura):   
 Fakturareferens: NK27  
 Elektronisk fakturaadress (t.ex. EDI, PEPPIL-id, GLN eller liknande):   
 Fakturaväxel (operatör som distribuerar fakturor):

## Ekonomisk redovisning 2021

Vid "**Mottaget statsbidrag**" redovisas det belopp som ni har fått av Socialstyrelsen för verksamhetsåret 2021. Detta fält är förifyllt och får inte ändras.

Under "**Kostnader**" redovisar ni förbrukade medel under 2021. Ange hur mycket ni har förbrukat av mottaget statsbidrag. Ta med kostnader under perioden från att ansökan inkom till Socialstyrelsen t.o.m. den 31 december 2021. Beloppet ska anges i heltal kronor. Om svaret är noll kronor, skriv 0. Notera att summan av kostnader inte får överstiga mottaget statsbidrag.

Vid "**Kvarstående statsbidrag**" redovisas eventuella medel som finns kvar. Dessa medel ska återbetalas till Socialstyrelsen. Detta fält beräknas automatiskt utifrån "Mottaget statsbidrag" minus "Kostnader".

Observera att endast medel som mottagits från Socialstyrelsen ska redovisas i denna återrapportering.

**1. Mottaget statsbidrag:** (1000000 kr)  (Kr)

### 2. Kostnader:

Lönekostnader inklusive sociala avgifter  (Kr)

Lokalhyra  (Kr)

Resor, kost och logi  (Kr)

Köpta tjänster, material, hyrd utrustning  (Kr)

Annonsering och marknadsföring  (Kr)

Revisorskostnad  (Kr)

Administration (kontorsmaterial, telefon etc.)  (Kr)

Utrustning  (Kr)

Trycksaker  (Kr)

**3. Kvarstående statsbidrag:**  (Kr)

### 3a. Ange orsaken till att ni inte har förbrukat hela det mottagna statsbidraget.

*Flera alternativ kan anges.*

- Tidsbrist, ange på vilket sätt:
- Personalbrist, ange på vilket sätt:
- Coronapandemin, ange på vilket sätt:
- Annan orsak, ange vad:

### 4. Plats för kommentarer om den ekonomiska redovisningen (max 1 000 tecken):

Här kan ni ange eventuella avvikelser från budget eller annat som kan vara av vikt för Socialstyrelsen att känna till vad gäller er ekonomiska redovisning.



## Frågor om hur statsbidraget har använts under 2021

Observera att ni endast ska rapportera aktiviteter som, helt eller delvis, har finansierats med det mottagna statsbidraget 2021.

### 5. Inom vilka områden har ni använt statsbidraget för att främja ett hållbart arbetsliv för personal?

- Hälsa- och sjukvårdsverksamhet
- Socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer

### 6. Ange hur ni har använt statsbidraget för att främja ett hållbart arbetsliv för personal.

*Flera alternativ kan anges.*

- Inrättande av nya arbetsmetoder/arbetssätt
- Utveckling av befintliga arbetsmetoder/arbetssätt
- Inrättande av nya arbetstidsmodeller
- Utveckling av befintliga arbetstidsmodeller

### 7. Har privata aktörer som bedriver verksamhet genom avtal med kommun eller region, enligt 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725), tagit del av statsbidraget?

- Ja
- Nej
- Inte aktuellt – kommunen/regionen har inte avtal/överenskommelser med privata aktörer

## Nya eller vidareutvecklade arbetsmetoder eller arbetssätt

### 8. Sammanfatta kortfattat hur ni använt statsbidraget för pröva nya eller vidareutveckla befintliga arbetsmetoder eller arbetssätt.

I Nyköpings kommun har man valt att satsa på kvalitetsutvecklare på särskilda boenden, en funktion som ska befinna sig på plats i verksamheten för att stötta och handleda personal samt vidareutveckla arbetssätt som leder till ett hållbart arbetsliv samt tryggar kvalitet och patientsäkerhet.

Två undersköterskor har på heltid innehaft denna funktion och de har arbetat med att utveckla arbetssätt som ska leda till bättre arbetsmiljö och kompetenshöjning för personal samt kvalitet och patientsäkerhet för de boende. Under december månad 2021 arbetade de med att identifiera förbättringsområden på sina respektive särskilda boenden samt arbetade fram förslag kring fortsatt arbete inom dessa områden. De har även påbörjat implementering av dessa förslag.

Förslagen som det påbörjats arbete kring och som dessa två funktioner på sina respektive särskilda boenden ansvarar för och utvecklar är:

Att planera dagen, ett arbetssätt där man gör planer för dagen för personalen att följa som är kopplade till de boendes genomförandeplaner. Personalen får lättare att göra rätt och det finns ett system som förebygger oklarheter i arbetet vilket skapar trygghet för de som arbetar samt de boende. En effektivisering av resurser följer detta arbetssätt, dvs schemalagningen kan styras mer mot rätt täthet under dygnet.

Att dokumentera rätt enligt SOL och HSL, att stötta övrig personal i att dokumentera på rätt sätt utifrån lagskyldighet samt utifrån genomförandeplanen som ligger till grund för den personcentrerade omvårdnaden. Detta innefattar även att stötta i avvikelshantering som innefattas i detta.

Att stötta timvikarier och nyanställda genom att följa upp deras insatser på arbetsplatsen. För att deras kompetens ska växa samt för att avlasta ordinarie personal i dessa frågor samt för att säkra omvårdnaden för de boende.

Se vidare under punkt 11.

Du kan max använda 2000 tecken.

### 9. Vilka har varit de primära målgrupperna för projektet/projekten för att pröva nya eller vidareutveckla befintliga arbetsmetoder eller arbetssätt?

Flera svar kan markeras.

- Undersköterskor
- Sjuksköterskor
- Vårdbiträden
- Läkare
- Chefer inom hälso- och sjukvårdsverksamhet
- Chefer inom socialtjänstverksamhet
- Administratörer inom hälso- och sjukvårdsverksamhet
- Administratörer inom socialtjänstverksamhet
- Arbetsterapeuter
- Fysioterapeuter
- Rehabiliteringspersonal
- Andra personalgrupper inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, ange vilka:
- Andra personalgrupper inom socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer, ange vilka:
- Övrig omvårdnadspersonal

### 10. Ange hur många i personalen som ingått i målgruppen för att pröva nya eller vidareutveckla befintliga arbetsmetoder eller arbetssätt för att långsiktigt stärka arbetsmiljön.

Räkna med alla i personalen, oavsett anställningsform och tjänstgöringsgrad.

Gör en uppskattning. Om svaret är noll, skriv 0.

Antal personer

## 11. På vilket sätt har projektet/projekten för att pröva nya eller vidareutveckla befintliga arbetsmetoder eller arbets sätt bidragit till att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen?

”Planera dagen”-modellen gör att personalen har fått mer tydlighet i vad som förväntas av deras arbetsinsatser. Resurser och tid används mer effektivt, vilket skapar trygghet både för personalen och de boende. Stressupplevelser hos personalen minskar i och med att arbetsinsatser planeras på ett systematiskt sätt. Schemalaggningen blir på denna grund mer rätt, dvs tätheten över dygnet kan påvisas bättre och resurser kan schemaläggas efter behov på ett säkrare sätt.

Genom att utveckla och förbättra dokumentationen höjs kompetensen hos personalen och organisationen uppfattas som lärande. Detta bidrar också till ökad kvalitet och rättssäkerhet för de boende.

Att stötta timvikarier och nyanställda genom att följa upp och ha dialog om deras arbetsinsatser under en längre period bidrar till att de får större kunskap om hur de ska utföra arbetsuppgifter rätt i omvårdnaden utifrån omsorgstagarens perspektiv samt ur ett arbetsmiljöperspektiv. Timvikariernas status höjs och intresset för att utbilda sig till yrken inom omvårdnad förväntas öka. Introduktion av timvikarier/nyanställda är en stor del av arbetet för ordinarie personal som då avlastas om detta arbets sätt utfört av kvalitetsutvecklare på särskilda boenden utvecklas.

Sammantaget leder detta till mindre stress hos personalen samt minskad fysisk belastning i och med att fokus på uppföljning och lärande ökar. Detta leder även till en minskning av tillbud och avvikelser, vilket gynnar både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Alla aktiviteter som leder till kvalitetshöjning är gynnsamma utifrån den demografiska utvecklingen som påvisar ett stort behov av personal inom äldreomsorgen i framtiden. De grunder vi skapar genom att tillsätta kvalitetsutvecklare på särskilda boenden som i sin roll utvecklar ovanstående områden bidrar till att kommunen blir en attraktiv arbetsgivare samt att statusen på vårdirken höjs.

I Nyköpings kommun kommer vi att arbeta vidare enligt denna modell även på resterande boenden.

Du kan max använda 2000 tecken.

## 12. Hur kommer projektet/projekten för att pröva nya eller vidareutveckla befintliga arbetsmetoder eller arbets sätt att tas om hand inom verksamheten när statsbidraget upphör?

Målsättningen är att dessa tjänster ska implementeras i verksamheten. Faller det väl ut under året med en ökad kvalitet för hyresgäst och verksamhet ska det på försök också implementeras inom hemtjänst.

Du kan max använda 2000 tecken.

## 18. I vilken utsträckning bedömer ni att ni har uppnått förväntade resultat under 2021? Gör en sammantagen bedömning.

Här ska ni ange hur ni själva bedömer den genomförda verksamheten med erhållet statsbidrag. Gradera svaret på en skala mellan 1–5 där 1 motsvarar i låg utsträckning och 5 motsvarar i hög utsträckning.

Låg					Hög
utsträckning					utsträckning
1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Synpunkter på statsbidraget

### 19. Utifrån era erfarenheter som bidragsmottagare, ange eventuella synpunkter på statsbidraget eller förslag på hur statsbidraget skulle kunna fungera bättre.

## Kontrollera era svar

Nu har du besvarat alla frågor i formuläret. För att kontrollera svaren, [klicka här](#).

För att eventuellt korrigera svaren klicka på "Tillbaka" eller klicka på länken i e-postbrevet.

## Skicka in återrapporteringen

1. Skicka in era svar elektroniskt till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i webbformuläret.
2. Skriv ut formuläret i sin helhet som sedan ska undertecknas av behörig företrädare.
3. Skicka det undertecknade formuläret och eventuella bilagor som pdf via e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) (ange namnet på statsbidraget i ämnesraden). **Se till att de underlag ni skannar och e-postar till Socialstyrelsen är läsbara.**

På nästa sida finns möjlighet att skriva ut formuläret så att behörig företrädare kan underteckna det.

## Underskrift

**Behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen intygar härmed att uppgifterna som lämnats i denna återrapportering av statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg är riktiga.**

Organisation:

Befattning: Ordförande Vård, Omsorgsnämnden

Ort och datum: Nyköping 22/3 - 22

Underskrift: 

Namnförtydligande: Carina Wallin

## **VON § Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer**

### **Diarienummer: VON22/20**

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att från och med 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm. Vård- och omsorgsnämnden rekvirerade medlen för 2021 och hur de nyttjades framgår av VON § 22.

Nyköping har nu möjlighet att rekvirera 2022 års medel, vilka uppgår till 26 885 586 kronor. Medlen kan rekvireras till och med 31 oktober 2022 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2022. I början av 2023 ska en återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen. Redan i budgeten för året fördelades medlen med knappa 23 mnkr till Division Social omsorg (DSO) och 4 mnkr till de privata utförarna.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 26 885 586 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg av äldre personer 2022
- 2) **att** uppdra åt de utförare, såväl kommunal som privata, som önskar ta del av medlen att till nämndens sammanträde i juni återkomma med en redogörelse för hur man avser att nyttja dem.

### **Beslut till**

Division Social omsorg  
Ansvar & omsorg  
Betelhemmet  
Invita omvårdnad  
Olivia hemomsorg  
Lycka omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer

### Bakgrund

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att från och med 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm. Vård- och omsorgsnämnden rekvirerade medlen för 2021 och hur de nyttjades framgår av VON § 22.

Nyköping har nu möjlighet att rekvirera 2022 års medel, vilka uppgår till 26 885 586 kronor. Medlen kan rekvireras till och med 31 oktober 2022 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2022. I början av 2023 ska en återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen. Redan i budgeten för året fördelades medlen med knappa 23 mnkr till Division Social omsorg (DSO) och 4 mnkr till de privata utförarna.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 26 885 586 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg av äldre personer 2022.
- 2) **att** uppdra åt de utförare, såväl kommunal som privata, som önskar ta del av medlen att till nämndens sammanträde i juni återkomma med en redogörelse för hur man avser att nyttja dem.

## **Beslut till**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2022-04-11

## **VON § Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom**

### **Diarienummer: VON22/26**

Regeringen har en pågående treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. År 2020 var det första av de tre åren. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då att rekvirera medlen och att de skulle nyttjas till att skapa ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan fanns inom hemtjänsten. Det nya teamet formerades under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020).

Nyköping har nu för 2022 möjlighet att för samma ändamål rekvirera 4 091 504 kronor. Medlen kan rekvireras fram till och med 31 oktober 2022 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2022. I början av 2023 ska återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen för fortsatt finansiering av det team som nu benämns "Resurs-teamet Demens".

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 4 091 504 kronor i stimulansmedel för 2022 för fortsatt finansiering av Resursteamet demens
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att i början av 2023 återrapportera hur medlen nyttjats till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för återrapporteringen till Socialstyrelsen.



Vård- och omsorgsnämnden

## Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom

### Bakgrund

Regeringen har en pågående treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. År 2020 var det första av de tre åren. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då att rekvirera medlen och att de skulle nyttjas till att skapa ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan fanns inom hemtjänsten. Det nya teamet formerades under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020).

Nyköping har nu för 2022 möjlighet att för samma ändamål rekvirera 4 091 504 kronor. Medlen kan rekvireras fram till och med 31 oktober 2022 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2022. I början av 2023 ska återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen för fortsatt finansiering av det team som nu benämns "Resursteamet Demens".

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 4 091 504 kronor i stimulansmedel för 2022 för fortsatt finansiering av Resursteamet demens.
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att i början av 2023 återrapportera hur medlen nyttjats till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för återrapporteringen till Socialstyrelsen.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

## **VON § Rekvirering av statsbidrag för habiliteringsersättning 2022**

### **Diarienummer: VON22/39**

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela medel till kommunerna i form av ett statsbidrag, som ska användas till att antingen införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), den s k habiliteringsersättningen. Motsvarande statsbidrag har funnits sedan 2018 och Nyköpings kommun har årligen rekvirerat medlen.

Nyköpings kommun betalar idag en habiliteringsersättning på sju kronor per timme och denna kan nu förstärkas under 2022 på samma sätt som under de senaste åren med hjälp av statsbidraget. Statsbidraget 2022 uppgår för Nyköpings del till 2 081 037 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2023 ska en återrapportering göras till Socialstyrelsen om hur medlen använts.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2022 års statsbidrag för habiliteringsersättning
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att därefter administrera statsbidraget och i början av 2023 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rekvirering av statsbidrag för habiliteringsersättning 2022

### Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela medel till kommunerna i form av ett statsbidrag, som ska användas till att antingen införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), den s k habiliteringsersättningen. Motsvarande statsbidrag har funnits sedan 2018 och Nyköpings kommun har årligen rekvirerat medlen.

Nyköpings kommun betalar idag en habiliteringsersättning på sju kronor per timme och denna kan nu förstärkas under 2022 på samma sätt som under de senaste åren med hjälp av statsbidraget. Statsbidraget 2022 uppgår för Nyköpings del till 2 081 037 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2023 ska en återrapportering göras till Socialstyrelsen om hur medlen använts.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2022 års statsbidrag för habiliteringsersättning
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att därefter administrera statsbidraget och i början av 2023 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## **VON § Förändrad representation i budgetgruppen, Vård-och omsorgsnämnden, till och med år 2022**

### **Diarienummer: VON18/117**

Budgetgruppen är parlamentariskt sammansatt med en representant från vart och ett av de åtta partierna. Gruppens uppgift är att vara vägledande och beredande i frågor som rör nämndens budget eller i till budgeten närliggande frågeställningar.

Enligt §9 valdes ledamöter till nämnden. Nu har Maria Gilstig (SD) av sagt sig sitt uppdrag i Vård- och omsorgsnämnden. Hon ersätts med Ann-Marie Eriksson (SD), som därmed även tar plats i nämndens budgetgrupp. Samtidigt har Karin Eriksson (M) av sagt sig sitt uppdrag som 2:e vice ordförande. Hon ersätts med Fredrik Dahlin (M), som idag är ersättare i nämnden. Hans plats tar istället Ann-Christine Hartmann (M). Förändringarna inom (M) innebär att Fredrik Dahlin tar Karin Erikssons plats i budgetgruppen.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** Ann-Marie Eriksson (SD) ersätter Maria Gilstig (SD) och Fredrik Dahlin (M) ersätter Karin Eriksson (M) i Vård- och omsorgsnämndens budgetgrupp fram till och med 2022.

### **Beslut till:**

Nämndregistrator  
Tromanansvarig, Informationsförvaltningen

Vård- och omsorgsnämnden

## Förändrad representation i budgetgruppen, Vård- och omsorgsnämnden, till och med år 2022

### Bakgrund

Budgetgruppen är parlamentariskt sammansatt med en representant från vart och ett av de åtta partierna. Gruppens uppgift är att vara vägledande och beredande i frågor som rör nämndens budget eller i till budgeten närliggande frågeställningar.

Enligt §9 valdes ledamöter till nämnden. Nu har Maria Gilstig (SD) av sagt sig sitt uppdrag i Vård- och omsorgsnämnden. Hon ersätts med Ann-Marie Eriksson (SD), som därmed även tar plats i nämndens budgetgrupp. Samtidigt har Karin Eriksson (M) av sagt sig sitt uppdrag som 2:e vice ordförande. Hon ersätts med Fredrik Dahlin (M), som idag är ersättare i nämnden. Hans plats tar istället Ann-Christine Hartmann (M). Förändringarna inom (M) innebär att Fredrik Dahlin tar Karin Erikssons plats i budgetgruppen.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** Ann-Marie Eriksson ersätter Maria Gilstig (SD) och Fredrik Dahlin ersätter Karin Eriksson (M) i Vård- och omsorgsnämndens budgetgrupp fram till och med 2022.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2022-04-11

**Beslut till:**

Nämndregistrator

Tromanansvarig, Informationsförvaltningen

iPad-ansvarig



## **VON § Delegationsärenden**

**Diarienummer: VON22/4**

*För att ta del av anmälda delegationsbeslut på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.*

*För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.*

Bilagat finns en förteckning över delegationsbeslut fattade till och med 2022-04-13.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

**Vård- och omsorgsnämnden**

## Delegationsbeslut

<b>Pt</b>	<b>Dnr</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Beslutande</b>	<b>Beslutsdatum</b>
1.6.2	DSO22/46:10	Anmälan om delegationsbeslut.	Kommunjurist	2022-04-11
1.1.1	VON20/43:84	Beslut om minskade krav på användande av skyddsutrustning	Ordförande	2022-03-08
1.1.1	VON20/43:85	Beslut om ändrade krav på användande av skyddsutrustning	Ordförande	2022-04-12
1.1.1	VON21/39:6	Beslut om Behovsbeskrivning avseende nybyggnation av två gruppbofästigheter	Ordförande	2022-04-07
6.1.1	VON22/14:1	Riktlinje NPÖ - Nationell patientöversikt	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:10	Riktlinje - Hantering av journalhandlingar vid avslut (arkivering)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:11	Riktlinje - Dokumentation och informationshantering inom hälso- och sjukvårdens område i Nyköpings kommun.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:12	Riktlinje - Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:13	Riktlinje - Akut- och buffertläkemedelsförråd	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:14	Riktlinje - Fallprevention	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:2	Riktlinje medicinsktekniska produkter (MTP)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:3	Riktlinje för vaccination mot influensa	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:4	Riktlinje för hygien i kommunal vård och omsorg inom Nyköpings kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:5	Riktlinje för HLR - Hjärt- och lungräddning inom kommunens hälso- och sjukvård.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01

6.1.1	VON22/14:6	Riktlinje för hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:7	Riktlinje för delegering till undersköterskor som arbetar i flera verksamheter inom Division Social omsorg	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:8	Riktlinje - Informationsöverföring till frivilligorganisationer	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
6.1.1	VON22/14:9	Riktlinje - Informationsöverföring legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2022-03-01
2.14.1	VON22/15:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2022-03-21
1.1.1	VON22/21:2	Beslut att föreslå Kommunstyrelsen att rekvirera 2022 års statsbidrag till Äldreomsorgslyftet	Ordförande	2022-03-08
1.1.1	VON22/23:2	Ordförandebeslut angående Socialstyrelsens konsekvensutredning, smittförebyggande åtgärder	Ordförande	2022-03-30
1.1.1	VON22/24:2	Beslut att föreslå Kommunstyrelsen att rekvirera 2022 års statsbidrag för ett hållbart arbetsliv inom äldreomsorgen	Ordförande	2022-03-14
0	VON22/4:3	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt SoL, februari 2022		2022-03-18
0	VON22/4:4	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, februari 2022		2022-03-18
0	VON22/4:7	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt SoL, mars 2022		2022-04-07
2.14.1	VON22/6:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2022-03-21

## **VON § Anmälningssärenden**

**Diarienummer: VON22/1**

*För att ta del av anmälningssärenden på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.*

*För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.*

Bilagat finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2022-04-13.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** lägga förtecknade anmälningssärenden till handlingarna.

**Vård- och  
 omsorgsnämnden**

Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Socialstyrelsen	Information: Utlysning av statsbidrag till kommuner för 2022 i syfte att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med	VON22/26:1
2	Politisk beredning och samordning	Tillståndsbevis, bilaga till beslut gällande bedriva verksamhet, Riggargatan - Ansvar och Omsorg AB	VON22/17:4
3	Kommunledningskansliet	Återrapportering av 2021 års statsbidrag till kommuner inom ramen för Äldreomsorslvftet	VON21/46:9
4	Kommunstyrelsen	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunfullmäktige 2022-03-08, § 31 Antagande av Nvköpinas Landsbudsstrategi 2022-2030	VON21/140:4
5	Beställarkontoret	Utjämnning av LSS-kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2022, reviderat utfall, mars	VON22/1:3
6	Beställarkontoret	Utjämnning av LSS-kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2022, reviderat utfall tabeller. mars	VON22/1:3.1
7	Beställarkontoret	Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2022 - antagen av Kommunfullmäktige 2022-03-08	VON21/80:8.1
8	Beställarkontoret	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunfullmäktige 2022-03-08, § 34 Revidering av maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens område 2022	VON21/80:8
9	Beställarkontoret	Verksamhetsberättelse 2021 - FUB inklusive Lekoteket	VON21/94:4
10	Socialstyrelsen	Beslut om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (återhämtningsbonusen) 2021 (dnr Dnr 9.1-2630/2022)	VON21/104:10
11	Kommunstyrelsen	Styrdokument: Nyköpings landsbygdsstrategi 2022-2030	VON21/140:4.1
12	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande	VON22/29:1
13	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande	VON22/30:1
14	Politisk beredning och samordning	Protokollsutdrag från Region Sörmland § 3/22 NSV Verksamhetsberättelse 2021 för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård	VON22/31:1

15	Beställarkontoret	Bilaga till verksamhetsberättelse 2021 - Slutord FUB inklusive Lekoteket	VON21/94:4.1
16	Beställarkontoret	Information från Synskadades Riksförbund - Ledsagarservicen hotad	VON22/1:5
17	Kommunstyrelsen	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunstyrelsen 2022-03-28, § 83 Revidering av 2022 års statsbidrag för Äldreomsorgslvft	VON22/21:4
18	Kommunstyrelsen	Yttrande över förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS	VON22/23:4.1
19	Kommunstyrelsen	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunstyrelsen 2022-04-11, § 96 Yttrande över förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter	VON22/23:4
20	Kommunstyrelsen	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunstyrelsen 2022-03-28, § 82 Rekvirering av statsbidrag till kommuner och regioner för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg	VON22/24:5
21	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden	VON22/30:2
22	Politisk beredning och samordning	Granskningsrapport 2021 för Nämnden för socialtjänst och vård	VON22/31:2
23	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myntan SÄBO	VON22/34:1
24	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Myntan SÄBO Avd. 4 D	VON22/34:2
25	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Funktionsstödomsorg Riggargatan	VON22/35:1
26	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Herrhagsvägen	VON22/36:1
27	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden	VON22/36:2
28	Socialstyrelsen	Utllysning av Statsbidrag till kommuner för 2022 för habiliteringsersättning	VON22/39:1
29	Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)	Meddelande om tillsyn och begäran om handlingar från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) - Ekbocksrundans gruppbostäder (dnr 3.5.1-11759/2022)	VON22/41:1
30		Skrivelse angående nästa upphandling av matinköp	VON22/43:1