

# KALLELSE TILL VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS SAMMANTRÄDE

**Torsdagen den 27 april 2023 klockan 13:30  
i Stadshuset Sal B**

**Sammanträdet är öppet för allmänheten**

**Gruppmöten: 12.30-13.30**

S-M-grupp: Stadshuset sal B

KD-L-grupp: Stadshuset lokal Insikten

SD-grupp: Stadshuset lokal Avsikten

MP-V-grupp: Stadshuset lokal Översikten

C-grupp-ej bokad rum

## Informationsärenden

- 1 Tema Demens - Lina Eklund m fl.
- 2 Rollen, Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) - Tarja Viitanen
- 3 Ekonomiskt läge - Maria Egermalm och Jan Holmlund

## Beslutsärenden

- 1 Patientsäkerhetsberättelser VON23/5
  - Tjänsteskrivelse
  - Patientsäkerhetsrapport 2022
  - Patientsäkerhetsberättelse 2022 - Betelhemmet
  - Patientsäkerhetsberättelse 2022 - Björkgården
  - Patientsäkerhetsberättelse 2022 - Riggargatan
  - Patientsäkerhetsberättelse 2022 - Sankt Anna
  - Patientsäkerhetsberättelse 2022 - Nyköpings kommun

2	Rapporter från åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Journalföring DSO</li> <li>- Rapport - Journalföring AoO</li> </ul>	VON22/13
3	Lägesrapport hemgångsteam <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Hemgångsteam</li> </ul>	VON21/105
4	Rapport efter Vård- och omsorgsnämndens rehabiliteringssatsning <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Lägesrapport - Rehabiliteringssatsning</li> </ul>	VON22/40
5	Rapport om arbetet med att förbättra nöjdheten med aktiviteter och utevistelser vid särskilda boenden för äldre <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport aktiviteter på SÄBO</li> </ul>	VON22/65
6	Rapport om målet att alla hemtjänstkunder ska ha aktuella beslut <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Aktuella hemtjänstbeslut</li> </ul>	VON22/109
7	Rapport om uppdraget att varje hyresgäst på särskilt boende för äldre ska få rätt hjälp att bevara sina egna förmågor <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Uppdrag utifrån överenskommelse 2023 mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg, särskilt uppdrag Särskilt boende för äldre</li> </ul>	VON22/109

8	Rapport om målet om funktionsbevarandefokus inom hemtjänsten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Förebyggande och rehabiliterande arbete inom HT</li> </ul>	VON22/109
9	Volontärverksamhet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Volontärarbete</li> </ul>	VON23/51
10	Visningslägenhet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Rapport - Visningslägenhet</li> </ul>	VON23/52
11	Ekonomisk uppföljning efter februari 2023, Vård- och omsorgsnämnden <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> <li>- Bilaga, Ekonomisk uppföljning efter februari 2023</li> </ul>	VON23/2
12	Rekvirering av 2023 års statsbidrag till Äldreomsorgslyftet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON23/27
13	Rekvirering av 2023 års statsbidrag till habiliteringsersättning <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON23/46
14	Inriktning för tillskapande av boendeplatser inom funktionsstödsomsorgen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON23/53
15	Översyn, socialpsykiatrins nämndtillhörighet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjänsteskrivelse</li> </ul>	VON23/54

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 16 | Delegationsärenden                             | VON23/4 |
|    | - Förteckning över anmälda delegationsbeslut   |         |
| 17 | Anmälningensärenden                            | VON23/1 |
|    | - Förteckning över inkomna anmälningensärenden |         |

Carina Wallin  
Ordförande

Jennie Wester  
Sekreterare

## VON § Patientsäkerhetsberättelser

### Diarienummer: VON23/5

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 2022 års patientsäkerhetsberättelser från Division Social omsorg (DSO), Ansvar & omsorg (AoO) samt Betelhemmet. Hon konstaterar att såväl Betelhemmet som DSO beskriver ett strukturerat patientsäkerhetsarbete. I AoO:s rapporter saknas dock beskrivningar, analyser och den röda tråden, vilket gör att MAS inte kan uttala sig om patientsäkerheten där.

MAS hänvisar i rapporten till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. För att skapa en tydlighet i nämndens syn på och ambition kring patientsäkerhet och för att konkretisera handlingsplanen för Nyköpings kommun, bör Vård- och omsorgsnämnden ta fram en egen handlingsplan som bygger på den nationella.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen om 2022 års patientsäkerhetsberättelser, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12
- 2) **att** uppdra åt Ansvar & omsorg att vidareutveckla de mål som anges i rapporterna, genom att koppla varje mål till en konstaterad brist, förklara vad åtgärderna innebär och vilka effekter respektive åtgärd förväntas ge
- 3) **att** uppdra åt Ansvar & omsorg att skriftligen rapportera de utvecklade målen till nämndens sammanträde i september 2023

- 4) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att skapa en arbetsgrupp som arbetar fram en handlingsplan för patientsäkerheten utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan, samt
- 5) **att** det arbetet ska avrapporteras en första gång vid nämndens sammanträde i december 2023.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Patientnämnden, Region Sörmland

Vård- och omsorgsnämnden

## 2022 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 2022 års patientsäkerhetsberättelser från Division Social omsorg (DSO), Ansvar & omsorg (AoO) samt Betelhemmet. Hon konstaterar att såväl Betelhemmet som DSO beskriver ett strukturerat patientsäkerhetsarbete. I AoO:s rapporter saknas dock beskrivningar, analyser och den röda tråden, vilket gör att MAS inte kan uttala sig om patientsäkerheten där.

MAS hänvisar i rapporten till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. För att skapa en tydlighet i nämndens syn på och ambition kring patientsäkerhet och för att konkretisera handlingsplanen för Nyköpings kommun, bör Vård- och omsorgsnämnden ta fram en egen handlingsplan som bygger på den nationella.

### 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 om 2022 års patientsäkerhetsberättelser, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12

- 2) **att** uppdra åt Ansvar & omsorg att vidareutveckla de mål som anges i rapporterna, genom att koppla varje mål till en konstaterad brist, förklara vad åtgärderna innebär och vilka effekter respektive åtgärd förväntas ge
- 3) **att** uppdra åt Ansvar & omsorg att skriftligen rapportera de utvecklade målen till nämndens sammanträde i september 2023
- 4) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att skapa en arbetsgrupp som arbetar fram en handlingsplan för patientsäkerheten utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan, samt
- 5) **att** det arbetet ska avrapporteras en första gång vid nämndens sammanträde i december 2023.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg  
Ansvar & omsorg  
Betelhemmet  
Patientnämnden, Region Sörmland

2023-04-19



## Rapport - Patientsäkerhetsrapporter 2022

### 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.

## Sammanställning

### Betelhemmet

Betelhemmet påvisar att de tagit till sig tidigare års påpekanden och levererar en patientsäkerhetsberättelse enligt lagkraven, som kort och koncist ger en övergripande sammanställning, samtidigt som verksamheten beskrivs med förklarande detaljer och exempel.

Med tydlighet om utföranden, framgår deras kärna i att individen står i centrum. Betelhemmet föregår med föredöme om hur en verksamhet bör arbeta med patientsäkerhet för att skapa en trygghet i utförande av god vård.

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

Björkgårdens och S:t Annas PSB är till stora delar likadana, där det med tydlighet framkommer att verksamheterna utgår ifrån samma grundorganisation. Det redogörs för gemensamma mål för den övergripande verksamheten men saknas lokal anpassning till specifik enheten och detaljbeskrivningar.

Övergripande innefattar Björkgårdens och S:t Annas PSB svävande och generaliserande beskrivningar. Det redogörs för att det ska/kommer göras åtgärder, men beskrivningar för hur detta ska genomföras uteblir. Dessutom saknas jämförelser med tidigare år och konsekvensanalyser. Även oförklarade förkortningar förekommer. Presenterade mål för 2023 är dock tydliga, vilket kan underlätta uppföljning till nästa gång.

Riggargatans PSB följer mallen, innehållet svarar på det grundläggande men med ojämn kvalitet. Vissa rubriker har undermåligt innehåll med svaga beskrivningar medan vissa är utförligt beskrivande. Det saknas förklaringar eller exempel på genomförande, det brister i förtydliganden och utveckling av resonemang. Med det tappas kärnan i syftet med patientsäkerhetsberättelsen, att ge allmänheten en god insyn i verksamheten.

AoO beskriver genomgående utmaningar med personalomsättning och att kompetensförsörjning är en av verksamheternas riskområden gällande bibehållande av kontinuitet och kvalitet. Rapporterna påvisar att det är något som organisationen arbetar aktivt med för att hitta hållbara lösningar likväl som upprätthållande av rutiner i daglig verksamhet.

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

Nyköpings kommuns patientsäkerhetsberättelse 2022 följer mallen och innehåller tydliga, utförliga beskrivningar. Den börjar med en konkret uppdragsbeskrivning med förtydligande koppling mellan tidigare års mål, följsamhet samt framtida mål. PSB från DSO är kompletterad utifrån Medicinskt ansvarig sjuksköterskans (MAS) påtalan om förbättringar från föregående år.

DSO presenterar siffror över boenden, anställda och fördelningar mellan verksamheter. Det ger övrig information sammanhang likväl som det underlättar identifiering av förändring - den röda tråden.

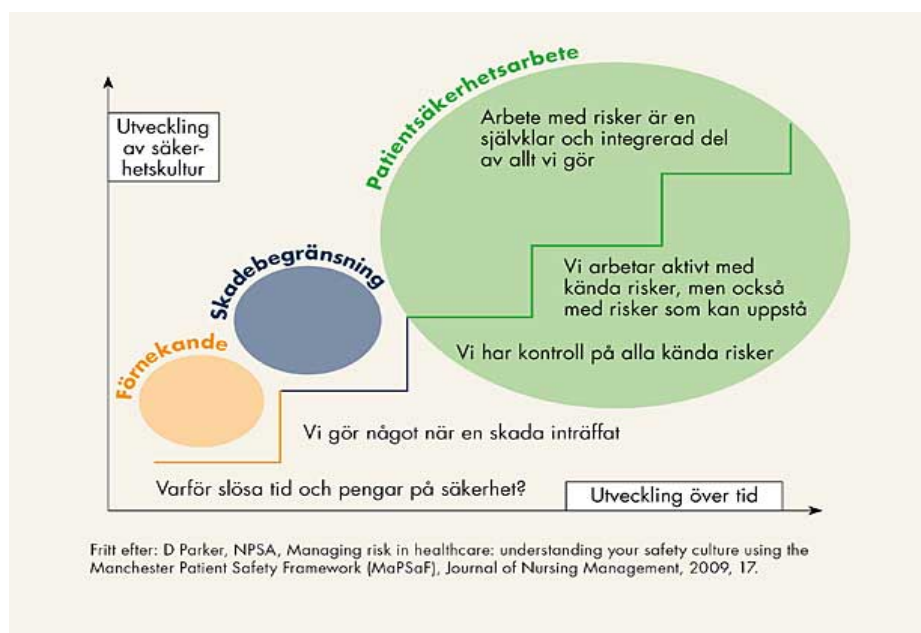
Patientsäkerhetsberättelsen har en genomgående systematik att presentera punkter med kopplade analyser samt uppföljningar, från generell nivå till detaljnivå, som belyser positiva likväl som mindre positiva aspekter. Detta ger en inblick i DSOs flesta verksamheter som påvisar att organisationen är på god

väg ifrån skadereglering till att utveckla en säkerhetskultur med grund i en lärande organisation.

## Reflektion

PSB från Betelhemmet och DSO uppfyller alla kriterier för en fullgod redovisning av verksamheternas patientsäkerhet. Betelhemmet ger fler exempel på hur förändring i dialog med medarbetarna ger enkla lösningar med bra resultat som underlättar systematisk uppföljning. DSO har identifierat verksamhetens brister i det systematiska och beskriver även intentionen med åtgärder som ska stärka patientsäkerheten på sikt.

Utifrån "Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet" kan det beskrivas att Betelhemmet är högt upp på trappstegen, DSO i mitten av och i början av den gröna delen.



Källa: Hämtad från Socialstyrelse, Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024.

AoO hade kunnat lämna in en gemensam patientberättelse för alla enheterna i Nyköping innehållande redovisning utifrån de specifika verksamheternas egenskaper. Detta hade gett översikt och en jämförelse mellan olika verksamheter och underlättat en bedömning.

Kvalitén av PSB som lämnas från AoO har avsevärt sjunkit när det gäller redovisning mot tidigare årsberättelser, ett ojämnt innehåll och mycket konstaterande men frånvaro av beskrivningar av genomförande samt analyser.

Flera verksamheter nämner samverkan med sjukgymnast, fysioterapeut och arbetsterapeuter och Betelhemmet beskriver även rehabfunktionernas syfte.

DSO beskriver att rehab har stora ansvarsområden men det saknas utförligare förklaring från DSO vad dessa funktioner gör, vilka ansvarsområden som tillfaller dem samt hur deras samverkan är organiserad i sin helhet. Likväl saknas beskrivning över natt- och jourverksamheter, inom organisationen och hur jourstödet gentemot de privata utförarna är utformat för att säkerställa god vård och kontinuitet i kommunikation när det exempelvis gäller tillgång till journaler för legitimerad personal på jourtid.

För verksamheterna att ha i åtanke:

- Verksamheterna bedrivs dygnet runt
- Se hela människan
- Det preventiva arbetet gäller även psykisk hälsa utifrån olika verksamheters förutsättningar.
- Patientsäkerhet påverkas även av patienternas närmiljö, till exempel lokalvården på enheten - en aspekt som också omvårdnadspersonal lyfter som riskfaktor när det kommer till tidsprioritering, så multipla risker. Med närmiljö inkluderas även studenter/elever, samarbeten med intresseorganisationer och samfund.

## **Bedömning**

Betelhemmet och DSO beskriver i PSB ett strukturerat patientsäkerhetsarbete.

AoO's redovisning går inte att bedöma utifrån bristande beskrivning.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

*Tarja Viitanen*

# Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2022



## 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.....	11
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 .....	18
Avvikelse .....	18
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. 2022 har de boende haft möjlighet att besvara två olika enkäter med frågor som rör exempelvis bemötande, mat och trivsel.

Genom väl inarbetade rutiner presenteras återkommande statistik gällande hantering av läkemedel. Avvikelser analyseras både i små och stora grupper på kvalitetsmöten, hälsokonferenser och arbetsplatsträffar och förslag på förbättringar tas fram gemensamt.

Under hösten 2022 anställdes en undersköterska på 50% med hjälp av statsbidrag för att arbeta som aktivitetsansvarig. Syftet var att ha tid att ta fram material för aktiviteter, hålla i aktiviteter individuellt och i grupp samt att stötta kollegor som känner sig osäkra när det gäller att planera och hålla i aktiviteter. Detta medförde extra kvalitet för de boende och var mycket uppskattat. En vinst blev även att fler personal än tidigare har börjat att hålla i gruppaktiviteter.

Arbetet med att utveckla vår trädgård har fortsatt, något som både boende och personal är involverade i och uppskattar. Detta arbete kommer att fortsätta även under kommande år. Under våren 2023 kommer det att bli invigning av dammen i trädgården och det nybyggda inglasade uterummet.

Anhörigombuden har varit på träff och föreläsning under året och det har återigen varit möjligt att bjuda in anhöriga till festligheter vid flera tillfällen. Detta har varit saknat under de senaste åren och extra roligt nu när det återigen var möjligt att genomföra.

Inför 2022 fanns behov av kompetensutveckling inom flera områden. Vid olika tillfällen hölls därför utbildning/handledning inom demens, sårvård och taktil stimulering. Tre av undersköterskorna har under våren studerat till specialistundersköterskor med inriktning mot palliativ vård. Under kommande år kommer vi i verksamheten att fördjupa oss inom palliativ vård med utgångspunkt i de kunskaper som dessa undersköterskor har tillägnat sig.

Pandemin har inte påverkat verksamheten i lika stor utsträckning under 2022 som under de två föregående åren. I perioder har dock beredskapen fått höjas för att minska risken för smittspridning och

sjukfrånvaron bland personalen har flera perioder varit hög. Bland de boende har endast ett fåtal varit sjuka under året vilket tyder på väl fungerande rutiner när det gäller hygien och smittskydd.

Sammanfattningsvis har Betelhemmet ett väl fungerande arbetssätt och rutiner som bidrar till att verksamheten uppnår en hög patientsäkerhet och kvalitet. De boende har tillfrågats i flera olika enkäter under året och resultaten visar att de boende är mycket nöjda med sitt boende på Betelhemmet.

# 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 3 ggr under året. De boende är i högre grad än tidigare aktiva på mötena, deltar i diskussioner och kommer med frågor och förslag.	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	12 av 16 boende har en uppdaterad genomförandeplan under året. Häftena av de boende (8 nya boende) har flyttat in under 2022	-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. Aktiviteter både på förmiddagar och eftermiddagar i högre utsträckning. Fler personal håller i aktiviteter. Aktivitetsansvarig 50% med hjälp av statsbidrag har gett ökad kvalitet.	-Enkät till varje boende -Boenderåd -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Återuppta anhörigträffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	En höstfest och en julmarknad hölls under året.	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i "Sinnenas trädgård" -Gemensam trädgårdsdag för	Utveckling av trädgården har fortsatt: Byggnation av inglasat uterum, soltak över balkongen, odlingslådor har flyttats. Trädgården har fått en damm med nya växter runtomkring.	-Boenderåd -APT

	boende och personal		
<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	Återkommande problem med SITHS-kort hindrar.	Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	Hindrande faktorer: -Vissa upplever osäkerhet gällande dokumentation. -Problem med SITHS-kort -Tidsbrist	Checklista/självskattning  Utbildning för både ordinarie personal och vikarier.
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Behöver synliggöras på ett bättre sätt.	-Boenderåd -APT -Info till anhöriga/besökare i entrén.
	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 2022 och har även pågående uppföljningar.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i svenska palliativregistret.	6 av 8 avlidna registrerades under 2022. Möjlig orsak att de två 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 vara aktuella.	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	Genomgång av alla rutiner behöver göras kommande år.
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Korten har uppdaterats vid behov under året.	-Avstämning på morgonmöten, kvalitetsmöten och APT
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Prioriteras vid varje tillsättning. Finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster -Sammanställning vid årets slut
<b>Bra måltidssituationer</b>	-Mat/måltider stående punkt på boenderåd -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	Maten/måltider 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 att tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelser gällande Lex Sarah och Lex Maria till MAS i Nyköpings kommun.

**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 sinarespektive 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 2011:9 4 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 och verksamhetschef deltar, arbetsplatsträff en gång i månaden och vårdplanering som 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 har rond varje vecka tillsammans med sjuksköterska. I samband med rond görs läkemedelsgenomgångar och på medicinska grunder görs hembesök av läkare hos de boende. Utöver det görs avstämning mellan läkare och sjuksköterska minst en gång per vecka. 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 joursjuksköterska 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. Folktandvården 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.

Under 2022 har det i perioder varit problem med att få SITHS-korten att fungera när nya kort har hämtats ut samt att befintliga SITHS-kort plötsligt har slutat att fungera. 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. På grund av begränsade tider för utlämning av nya kort har det också ibland tagit lång tid innan personal har haft möjlighet att hämta ut nya 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. Inför 2023 har ett samarbete med IT-enheten påbörjats för att på ett bättre sätt kunna lösa problem som har med SITHS-kort att göra.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2022 utan anmärkning.

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

### **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 personalgruppen jobbar med och som kan utvecklas och förbättras. Att lyfta goda exempel för att sprida arbetssätt som fungerar bra uppmuntras i verksamheten.

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 (13 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. Det är dock inte alltid det finns utbildad undersköterska tillgänglig. 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. Med anledning av detta har flera utbildningstillfällen genomförts inom den egna verksamheten, exempelvis inom demens och sårvård. Efter flera år med pandemi finns nu ett sug efter kompetensutveckling för att få ny energi och inspiration i verksamheten.

## 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 hållits vid tre tillfällen under 2022. Vid boenderåd 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. Under 2022 var de boende aktiva i högra utsträckning än tidigare år under boenderåden. Merparten av de boende deltog i mötena och det var givande diskussioner. Frågor och förslag framkom som sedan har tagits tillvara i den fortsatta planeringen och genomförandet i verksamheten.

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 2022 även ut en enkät som vi har tagit fram själva. Syftet även med denna enkät var att få fram åsikter som vi kan använda för att arbeta vidare med vårt kvalitets- och utvecklingsarbete. Båda dessa enkäter visade att de boende är mycket nöjda med sitt boende på Betelhemmet.

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 önskingar som också kan användas vid planering av vården och utformning av genomförandeplanen.



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 2022	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 2022	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	1 gång under 2022 men utan medverkan av hygiensjuksköterska.	Region Sörmland Självskattning Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.  Efterfråga medverkan av hygiensjuksköterska från Region Sörmland under 2023.
Patientsäkerhetsdialoger	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	1 sår uppstått under 2022 men oklart om det är ett trycksår.	Hälsokonferens Riskbedömning i samband med vårdplanering	Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast bedriver ett förebyggande arbete identifierar tidiga tecken och åtgärdar omgående.
Fallrisk	Riskbedömning var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Antalet fall har ökat under 2022 Men relaterat till ett fåtal boende med hög fallrisk.	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	2-3ggr/vecka	Sjuksköterska följer upp signeringar i APPVA 2-3 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 journaler granskades under 2022	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	Utfört enligt rutin.

			verksamhet schef	
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare med gott resultat.	Med apotekare	Ett fåtal förbättringsförslag framkom vid granskningen.
Delegeringar	Vid nyanställning + 1 gång per år	All personal delegeras individuellt och utifrån utbildningsnivå, erfarenhet och personlig lämplighet.	Sjuksköterska och berörd personal. Samtal, instruktioner, kunskapstest.	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 vid förhöjd risk under året.

## 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.



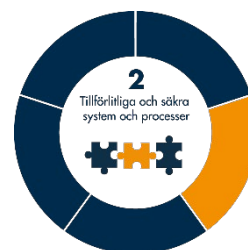
Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad. Allvarliga eller vanligt förekommande avvikelser redovisas och tas upp till diskussion på kvalitetsmötet som hålls en gång i månaden. På mötet diskuteras hur avvikelserna ska hanteras och åtgärder tas fram för att undvika att händelsen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

Under 2022 inträffade en händelse, där en mobil hygienstol välte, vilket ledde till en vårdskada. Händelsen utreddes på enheten med berörd personal, sjuksköterska, arbetsterapeut samt verksamhetschef och kontakt togs med MAS. Utredningen utmynnade sedan i ett framtagande av checklista för att minska risken för att en liknande händelse ska inträffa igen.

## 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.



En förbättring som genomförts under 2022 är införandet av en ny rutin gällande brutna dospåsar för läkemedel. Alla brutna dospåsar sparas i en särskild behållare i anslutning till medicinskåpet hos varje boende. Syftet är att öka säkerheten genom att lättare kunna följa upp ej givna och ej signerade läkemedel. Det ger även en trygghet för den personal som har gett läkemedel att lättare kunna gå tillbaka om något behöver kontrolleras i efterhand. Det skyddar även integriteten för varje boende då påsar med personuppgifter inte slängs i vanliga soppåsar på boendet. Ett lärande utifrån denna nya rutin är att vi har kunnat utreda avvikelser som tidigare inte hade kunnat utredas.

## Hygienrutiner

Hygienrutiner finns sedan tidigare gällande exempelvis basal hygien och hygien vid smittor. En rutin finns också för egenkontroll gällande hygien som exempelvis innefattar hygienrond och självskattning gällande hygien. Rutinen tydliggör exempelvis vilka egenkontroller som ska genomföras och hur ofta. Hygienlådor för användning vid misstänkt eller bekräftad smitta finns färdiga. Dessa tas fram vid behov och innehåller bland annat skyddsutrustning som behövs vid utbrott av exempelvis magsjuka eller Covid -19.

## 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 **77 992** insatser under 2022. 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. 87 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 67 853 insatser utfördes utan anmärkning. Av de 13 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 7 minuter. Merparten av de ej signerade insatserna är SOL-insatser som är inaktuella. Detta är ett område att förbättra, att ej aktuella SOL-insatser ska tas bort ur APPVA.

## 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.

Risikanalys 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 2022 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

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

Precis som föregående år har vi 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. Tack vare en återkommande diskussion kring läkemedelshantering och en tidig kontakt med berörd personal vid avvikelser fortsätter vi att bibehålla ett lågt antal läkemedelsavvikelser.

Gällande dokumentation har arbetet fortsatt enligt tidigare genomförda riskanalyser och uppsatta mål. All fast personal dokumenterar avvikelser i journalsystemet. Fortfarande är genomförandeplaner ett förbättringsområde. För många i personalgruppen fungerar skrivandet av genomförandeplaner bra, medan andra fortfarande känner sig osäkra, önskar mer utbildning och mer tid för dokumentation då det tar längre tid att skriva när man känner sig osäker. Därmed behöver vi fortsätta att fokusera på dokumentation även kommande år. Glädjande är att flera vikarier nu har förbättrat sina kunskaper gällande dokumentation och nu dokumenterar i högre utsträckning än tidigare.

Inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita har fungerat bättre under 2022 än under föregående år. I perioder har dock SITHS-kort som inte fungerat varit ett hinder och en risk för patientsäkerheten. Kontakt med Nyköpings Kommuns IT-enhet har tagits återigen och inför 2023 planeras ett utökat samarbete för att minska riskerna för störning när det gäller inloggning i Pro Capita och tillgång till fungerande SITHS-kort.

I flera perioder under året har beredskapen fått höjas för att minska risken för smittspridning av Covid-19. Ett fåtal av de boende har varit sjuka och det har inte resulterat i någon smittspridning bland de boende. Detta tyder på väl fungerande rutiner när det gäller hygien och smittskydd. Sjukfrånvaron bland personalen har flera perioder varit hög och det har vid flera tillfällen krävts utökade smittskyddsrutiner även mellan personal.

## 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 avvikelser. 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 allvarigare 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 avvikelserna som har inträffat under 2022 gäller fall. Under året har ett litet antal boende haft mycket hög fallrisk och många upprepade fall. Detta trots att ett mycket stort arbete lagts ner på fallpreventiva åtgärder hos dessa individer med alla berörda professioner inblandade. Precis som under 2021 kan vi vid sammanställning 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, där kognitiv försämring har varit övervägande.

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.

### Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2022:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	6	14	12	9	4	6	7	6	8	4	4	6	86
Fall	16	40	24	26	10	2	5		3	3	4	5	138
Allmän omvårdnad						1		1	1				3
Specifik omvårdnad/rehab	2	1											3

<b>Dokumentation HSL</b>		1											1
--------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

#### Avvikelser jämförelse år 2019, 2020, 2021, 2022:

Avvikelse	2019	2020	2021	2022
<b>Läkemedel</b>	101	86	75	86
<b>Fall</b>	21	33	46	138
<b>Allmän omvårdnad</b>	1	6	4	3
<b>Specifik omvårdnad/rehab</b>	1	3	4	3
<b>Utebliven insats SOL</b>			3	0
<b>Informationsöverföring</b>			1	0
<b>Dokumentations HSL</b>				1

Antalet avvikelser gällande läkemedel har ökat något jämfört med 2021. Det är ingen stor ökning men den skulle kunna bero på att all personal nu har kunskap om avvikelserregistrering, både ordinarie personal och timvikarier. Med tanke på det totala antalet läkemedelsinsatser, som under året var 28 799 stycken så är 86 avvikelser ett fantastiskt bra resultat. Sammanställning av dessa avvikelser visar att de flesta läkemedel även har givits, men att det är signeringen som har missats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Sjuksköterskan har under året varit noggrann med snabb uppföljning av läkemedelsavvikelser och kontakt har tagits med berörd personal vid dessa avvikelser.

#### 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
- Ändring/tillägg i rutin gällande medicingivning
- Tagit fram rutin gällande hantering av använda dospåsar

#### 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.
- Framarbetande av checklista gällande att lämna person ensam på hygienstol.
- 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. Behov finns av att återigen lyfta fram blanketten för boendets personal så att den inte glöms bort samt att presentera den för de boende på boenderåd under våren 2023.

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 2022 har 4 klagomål/synpunkter inkommit.

Typ av synpunkt	Beskrivning	Analys	Åtgärd
Rutiner	Klagomål har inkommit vid tre olika tillfällen gällande hantering av kläder vid tvätt. Kläder har försvunnit efter tvätt eller tvättats felaktigt.	Rutiner vid tvätt har inte följts alt. tvätt har missats i tvättmaskinen och blandats ihop med annan boendes tvätt. Okunskap/slarv gällande tvättråd.	Rutiner gällande tvätt av kläder har uppmärksammats på APT samt möte för vikarier. Återkoppling till berörda boende/anhöriga.

Omvårdnad	Anhöriga upplever att en boende inte får tillräcklig hjälp med personlig vård.	Den boende avböjer hjälp och vill vara självständig. Svårigheter för personal att få ge det stöd som den boende har behov av.	Möte med anhöriga för att reda ut situationen. Överenskommelse med den boende, anhöriga samt personal om vilket stöd som behövs och hur det ska genomföras. Genomförandeplanen uppdateras och godkänns av den boende och anhöriga.
-----------	--	---	--

## 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 eller utveckla inom vår verksamhet:



- Dokumentation i Pro Capita. Utbildning gällande social dokumentation och avvikeleregistrering utifrån behov hos ordinarie personal och vikarier.
- Aktiviteter, både i grupp och individuellt. Ta tillvara individuella önskemål.
- Läkemedelshantering. Fortsatt fokus.
- Palliativ vård. Ta tillvara specialistkunskap som finns i verksamheten och fördjupa kunskapen i hela personalgruppen.

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.

Under 2023 kommer en del av vårt fokus att ligga på Palliativ vård. Exempelvis kommer rutiner för palliativ vård att tas fram; rutin för brytpunktsamtal, de olika professionernas roller i samband med detta och teamarbetet vid palliativ vård. Dokumentationen i samband med palliativ vård ska förbättras, t.ex. användandet av skattningsinstrument. Målet är också att all personal ska genomgå webbutbildningen ”Lindring bortom boten”.

## 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
	-Tillgodose behov av aktiviteter både i grupp och individuellt. -All personal ska hålla i aktiviteter	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Anhörigträffar ska hållas 2 gånger per år: -Sommarfest -Julfest Information (summering och planering framåt) i samband med ovanstående fester	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt utveckling av trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal -Anpassning av gångvägar, utöka med fler sittplatser och mera växter	-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 -Anhöriginfo i entrén
	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
	Rutin för anhörigstöd ska vara känd i hela personalgruppen	APT Introduktion för nyanställda Vikariemöte
	Öka kunskap inom sårvård	Fortsatt utbildning till hela personalgruppen på APT
	Fördjupning inom palliativ vård -ta fram rutin för teamarbetet -ta fram rutin för brytpunktssamtal -all personal digital utbildning -genomgång av skattningsinstrument	-arbetsgrupp palliativ vård -APT
	Samordna teamets olika perspektiv	-Daglig rapport med USK, SSK,

		-USK/kontaktperson representerad på rond vid behov
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
	Alla avvikelser ska registreras, förbättring vid avvikelser gällande annan vårdgivare.	Kvalitetsmöte, APT
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnads korten 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>	-Mat och måltider stående punkt på boenderåd -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	-Mötesprotokoll boenderåd  Vårdplanering, kvalitetsmöte, APT



# Patientsäkerhetsberättelse för Björkgården År 2022



Datum: 2023-01-10

Ansvarig för innehållet: Veselin Ramovic

## Inledning

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.



2022 används "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.*

Ansvar och Omsorg (A&O) har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Några av verksamheterna har en speciell inriktning mot demens. Inom några av verksamheterna förekommer även kortidsplaceringar vid behov av fortsatt rehabilitering, vård och omsorg inför hemgång efter inläggande sjukhusvård. A&O bedriver verksamheter runt om i Sverige med ansvar för 1446 upphandlade platser för särskilt boende, fördelat över 25 enheter. Björkgården är ett av de äldreboenden som drivs av Ansvar och Omsorg AB

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.

## Innehåll

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
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Egen kontroll .....	12
Björkgårdens resultatredovisningar .....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	18
Säker vård här och nu.....	20
Riskhantering.....	21
Stärka analys, lärande och utveckling .....	22
Avvikelse .....	22
Klagomål och synpunkter .....	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	24

## SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystemet 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.

Under 2022 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. 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. 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.



# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Björkgårdens förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

## 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 §*

A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".














A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetssätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har Björkgården brutit ner följande verksamhetsmål.



Tabell 1. Översikt mål

Nationell vision och mål	Övergripande mål för A&O	Björkgården mål
<ul style="list-style-type: none"> <li> God och säker vård överallt och alltid</li> <li> Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> God patientsäkerhetskultur i vården</li> <li> Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg</li> <li> Rätt kompetens vid rätt tillfälle</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> Förbättrade förutsättningar för trygg och säker dokumentation i journalsystem Procapita</li> <li> Arbeta aktivt i kvalitetsregister</li> <li> Upprätta vårdplaner efter boendes behov och önskemål. Arbeta aktivt med att upprätta, följa upp och utvärdera vårdplaner utifrån boendens behov</li> <li> Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr journalföring inom hälso- och sjukvård</li> <li> Säker läkemedels- och narkotikahantering</li> <li> Delegering av HSL-uppgifter från sjuksköterska till omvårdnadspersonal</li> <li> Individ anpassad vård</li> </ul>

### Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef (VC) har enligt (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. VC har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. VC ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta

riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måluppfyllelse inom verksamheten.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård. Ansvarsområdet regleras utifrån gällande avtal och utförs genom samverkan med Nyköpings kommun. MAS, MAR och Kvalitetsutvecklare (KU) anställda inom A&O har ett övergripande utredningsansvar inom företaget.

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

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

För att undvika vårdskador arbetar Björkgården aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelser rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

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.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser:

- ✚ Ramavtal vårdhygien
- ✚ Ekensberrgs vårdcentral
- ✚ 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 omvårdnadspersonal hålls, både via dokumentationssystem och muntligen. Kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer ses över på daglig basis.

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 §*

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom Björkgårdens äldreboende förekommer följande systemstöd, (Procapita, Prator, Pascal) för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Nyköpings kommun för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy och rutiner för egenkontroller, loggning angående dataintrång i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister. 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 av OAS årligen på uppdrag av MAS. Granskningen från 2022 visar tyvärr på en del brister och en handlingsplan är upprättad och ska följas upp under 2023.
- ✚ 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.

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

## En god säkerhetskultur

En viktig förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Björkgården med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från 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.

Tabell 2; 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	2022 års enkät visar ett bra resultat och vittnar om gott mående och hög nöjdhet hos medarbetarna.
	Bemöta samtliga medarbetare med respekt, vara närvarande i verksamheten och lyssna in önskemål för att i ett tidigt skede upptäcka behov av stöd och vägledning	VC är närvarande vardagar på Björkgården. 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.
Vi ska verka för en kontinuitet hos personalen	Normal personalomsättning under året.	Ständigt jobb med rekrytering av ny personal.	Följs kontinuerligt
Jobba för att höja benägenhet att rapportera händelser och skriva avvikelser	Tydlighet emot medarbetare vad som förväntas av dom 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 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 annan grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.



Björkgården arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetsätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefsstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.

För att erhålla tillsvidareanställning krävs formell kompetens. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning.

Tabell 3; 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 2022 arbetade vi med en övergripande kompetensutvecklingsplan gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för Björkgårdens medarbetare.  En medarbetare utbildades till undersköterska och en kommer bli klar i början på 2023.
Bibehålla kompetens hos samtlig omvårdnadspersonal för att på så vis upprätthålla den säkerhetskultur som finns	Årligen genomgå webbutbildningar och lämna diplom till OAS.	Vid nyanställning och vid delegering (en gång årligen) ska alla medarbetare utföra webbutbildningar och lämna diplom till OAS Utbildningar som krävs för delegering: Basal hygienrutin Palliation ABC Demens ABC Jobba säkert med läkemedel (två delar)	Alla medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs.
Bemanning och schemaläggning	Målvärdet är att hålla underskötersketätheten hög.	Översyn av scheman görs om någon personal slutar sin tjänst eller vid en planerat lång frånvaro som föräldraledighet	Görs om behov uppstår. Förändringar i verksamheten riskbedöms alltid innan de genomförs

## Patienten som medskapare

Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen.



Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning. Innan flytt till verksamheten ska boende och/eller närstående få 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. 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. 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 i verksamheten. 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.

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

Tätt efter inflyttning planeras och utförs ett inskrivningsamtal med PAL och OAS, här bjuds även anhörig in om boende och önskar. Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boendes och närståendes delaktighet:

- Informationsbrev sänds ut till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt
- Information om anhörigcenters olika stöd till anhöriga finns synlig i verksamheten
- 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 lätt-tillgängligt för boende och närstående, både på boendet samt digitalt.

De boende och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



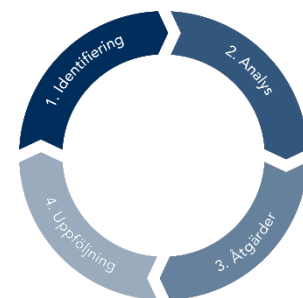
## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Björkgården tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till aktuella beställare.



### Egenkontroll

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

Tabell 4. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
Läkemedelsgenomgång	Löpande	Journalgranskning
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis	PPM-databasen/ Protokoll
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	3 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll

<b>Trycksår</b>	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
<b>Nattfastemätning</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Kvalitetsråd</b>	1 gång per månad	Protokoll
<b>Kontroll medicintekniska produkter</b>	1 gång per år	Protokoll
<b>Journalgranskning</b>	2 gånger per år	Protokoll

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

**Nedan presenteras Björkgårdens resultatredovisningar:**

### **Minskad smittspridning av Covid-19 inom verksamheten**

Under 2022 har Björkgården fortsatt påverkats av den pågående pandemin av Covid-19.

#### **Mål**

Målet har varit att inte ha smitta i verksamheten men även vid eventuell smitta ha minskad smittspridning.

#### **Resultat**

Samtliga boende inom verksamheten har erbjudits vaccinationer för Covid-19, dos 1,2,3,4 och 5. Detta bedöms ha medfört att boende som infekterats trots att de varit vaccinerade inte utvecklade allvarliga symtom. Under 2022 har vi inte haft något konstaterat fall av Covid-19 på Björkgården.

Det har även förekommit perioder med ökad arbetsbelastning orsakad av en hög sjukfrånvaro bland medarbetarna. Under året har verksamheterna genomfört extra kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner. Resultaten av dessa rapporterades genomgående samt att det upprätthållits en god följsamhet. Däremot har brister identifierats både genom egenkontroller och via klagomål kring följsamhet till Source Control.

#### **Analys av resultatet**

Förekomsten av allvarlig sjukdom till följd av covid-19 har uppnåtts på en samhällsövergripande nivå, relaterat till bland annat en vaccinationseffekt. Björkgården behöver därför fortsatt arbeta med kontinuerlig samverkan mot regionerna för att kunna erbjuda vaccination i enlighet med rekommendationer. Under året har följsamheten till Source Control varierat. Omsättning av personal kan vara en bidragande orsak, men även att det medfört en inverkan på de anställdas arbetsmiljö.

Det har varit och är så väl fysiskt som psykiskt ansträngande att bära skyddsutrustning under hela arbetspassen, vilket anses ha bidragit till att öka risker till förekommande avsteg.

#### **Åtgärder**

Kommunikation och information om vikten till följsamhet




Tillgängliggöra webbaserade utbildningar för att bibehålla kunskap samt introduktion till nyanställda  
Närvarande ledarskap  
Tätat egenkontroller

### **Uppföljning**

Uppföljning kommer ske på flera olika nivåer. Samtliga verksamheter kommer inför 2023 uppdatera riskanalyser för smittspridning inom verksamheten där användande av skyddsutrustning behöver synliggöras.

### **Rapportering i kvalitetsregister**

Björkgården har inte uppnått sina egna mål i relation till registrering i aktuella kvalitetsregister

-  Palliativa registrering
-  SeniorAlert
-  BPSD

### **Analys**

Resultaten visar på bristande kontinuitet och arbetsätt som främjar att uppgifter registreras. I flera genomförda utredningar identifierades bristande individuella riskbedömningar som en bidragande orsak till det inträffade. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i så väl SeniorAlert som BPSD, varför det bedöms krävas övergripande åtgärder.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara förändrade arbetsätt, arbetsbelastning som den pågående pandemi har medfört. En annan orsak kan även vara personalomsättning som medfört att kompetens och behörigheter behöver uppdateras. Björkgården har varit utan ordinarie sjuksköterska en länge tid. Nu är omvårdnadsansvarig sjuksköterska på plats och arbetar förfullt med registrering i aktuella kvalitetsregister.

### **Åtgärder som planeras är**

- Tätare uppföljning av verksamhetschef och kvalitetsutvecklare
- Utbildningsinsatser

### **Uppföljning**

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023 på både lokal och företagsövergripande nivå.

### **HSL dokumentation**

Vid journalgranskning år 2022 upptäcktes på en del punkter att uppgifter saknas i Procapita.

### **Mål**

Målet har varit att ha fullständig dokumentation i samtliga journaler.

## **Resultat och Analys**

Björkgården håller i stort sett en allmänt hög kvalitet där dokumentationen lever upp till de lagkrav som finns men det finns även brister som behöver åtgärdas.

- Saknas uppdaterade uppgifter om planeringsansvarig
- Grundbedömning vid inflyttning
- Om patienten har varit delaktig i framtagande av mål
- Överkänslighet eller allergier
- Läkeemedelsgenomgång med läkare
- Bedömningar från Senior alert ska inkluderas i Procapita.

## **Åtgärder som planeras är**

En handlingsplan upprättas med följande åtgärder

- Genomgång av checklista vid nyanställning och introduktion av nya sjuksköterskor.
- Det ska vara klart och tydligt vad måste dokumenteras i Procapita.
- Som underlag används journalgranskningsmal Nyköpingskommun
- I samarbete med Nyköpingskommun anordna utbildning av legitimerad personal.

## **Uppföljning**

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023.

## 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.



I 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 utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Tabell 5. Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
<b>1 Mindre</b> obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>2 Måttlig</b> Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>3 Betydande</b> Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
<b>4 Katastrof</b> Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

## Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på Björkgården.



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 2022 arbetat aktivt med att skapa en enhetlig process för avvikelshantering och fördjupade utredningar. 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 6; systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
Informationssäkerhet	Dokumentation och överföring av personuppgifter	Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekretess – genomgång årligen Säker inloggning i system – e-tjänstekort; SITHS Journalgranskning årligen Loggkontroller enligt avtal med uppdragsgivare samt vid misstankar om lagöverträdelser Arbeta i enlighet med GDPR Inhämtande av samtycke nationell patientöversikt samt informationsöverföring till ev anhöriga
Läkemedelssäkerhet	Narkotikahantering Basförråd generella läkemedel Genomgång av läkemedel för individ Vaccinationer Medicinska behandlingar	Årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar för de med över 10 läkemedel Alla boende ska få sina läkemedel översedda minst en gång per år Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc Ronder – varje vecka ordinationer från PAL och andra förskrivare i Pascal Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje månadsskifte

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

## Säker vård här och nu

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



Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning. Både till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Under sommarperioden har vi svårighet i att hitta utbildade vikarier. Som än följd av detta får ordinarie omvårdnadspersonal en högre arbetsbörda då flertal vikarier inte har den kompetens som normalt finns på avdelningarna. Kompetensförsörjning har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso – och sjukvårdspersonal.

Tabell 7; identifierade risker i verksamheten

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäkert larmsystem	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet	Björkgården har ett molnbaserat larmsystem från Everon. Under 2023 planeras byte av larmsystem.
Patientsäker journalföring	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet. (utlämning av e-tjänstelegitimation kan ta lång tid)	I dagsläget beställer arbetsgivare e-tjänstelegitimation till samtliga medarbetare. Tiden för utlämning kan inte påverkas av arbetsgivare.
Tillgång till sjuksköterskor	Lågrisk	Ordinarie sjuksköterska är på plats kontorstid. Vi har även 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 har vi ett mycket välfungerande samarbete med jouren.
Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor	Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten	Tyvärr blir tillgången på kompetenta undersköterskor allt mindre. Detta blir tydligt kännbart i verksamheten och vi ser att man har allt sämre kunskaper, både språkmässiga och praktiska färdigheter trots genomgången utbildning.






## Riskhantering

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

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. Vi har en tydlig rutin för hur verksamheten 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.

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

-  Smitta och smittspridning
-  Följsamhet till basala hygienregler
-  Kompetensförsörjning vid manfall, pågående smitta

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd.

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. Resultaten är att vi inte har drabbats av Covid-19 eller haft utbrott av magsjuka under 2022.

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 2023. 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.

Vi har arbetat en del med BPSD men inte nått fram till målet än. Arbetet fortsätter i 2023.

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 2022 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

### 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 sjukvårdspersonalen 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 om detta ges i samband med att 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 Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. 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. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Tabell 8;

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
138	0	0	0

Tabell 9; avvikelser 2022

2022	jan	feb	ma	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
omvårdnad/tillsyn	0	3	1	1	0	2	1	0	0	3	0	0
läkemedel	3	5	2	2	1	4	4	2	2	3	2	0
Ej signerade	11	7	5	7	2	5	11	10	9	6	5	6
Fall	7	7	7	10	8	4	5	9	7	10	16	5
allvarliga	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1
Dokumentation/info	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
övrigt	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
trycksår	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
synpunkter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
klagomål	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabell 10; jämförelse med tidigare år

Avvikelser	2019	2020	2021	2022
Hjälpmedel	1	0	1	1
Omvårdnad/tillsyn	26	18	3	11
Läkemedel	47	18	44	41
Fall	158	73	98	95
Dokumentation/information	1	0	0	1

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

## Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter 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 av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
2	0	0

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Björkgården under 2022 har fokuserats på kompetensutveckling och kompetensfördelning inför varje arbetspass. Genom att förstärka samarbete mellan avdelningar men även mellan våra andra två enheter i Nyköping lyckas vi öka riskmedvetenhet och beredskap.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- 📌 Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister.
- 📌 Fortsatt förebygga smittspridning inom verksamheten.
- 📌 Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar.
- 📌 Översyn kompetensförsörjning.
- 📌 Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativ vård.

- 🚧 Fortsatt arbete med värdegrund.
- 🚧 Utveckla arbete med BPSD
- 🚧 Nutrition.
- 🚧 Minska antal fall.
- 🚧 Fortsätta arbeta med ej uppnådda mål 2022

Tabell 12;

Mål 2023	Arbetet planeras att genomföras genom:
🚧 Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister.	Jobba aktivt med introduktionschecklista. Tydliga uppföljningsamtal med OAS och VC. Följa årshjulet. Stämman av på varje APT, ledningsmöte och kvalitetsråd hur långt har vi kommit med kvalitetsregistrering.
🚧 Fortsatt förebygga smitta och ev. smittspridning inom verksamheten.	All personal ska genomgå utbildning i BHR Basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder – det vill säga åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner.
🚧 Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar.	Följa årshjulet. Regelbundna interna kontroller.
🚧 Översyn kompetensförsörjning.	Årlig genomgång av webbutbildningar. Ny anställning av kompetent personal med mångårig erfarenhet. Planering för olika utbildningar under 2023. (munvård, nutrition, sårvård, etcetera)
🚧 Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativ vård.	Palliativa ombudsmöten (3 ggr/år). Utbildning i palliativ vård för samtlig personal.
🚧 Fortsatt arbete med värdegrund.	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion. Använda värdegrundskort vid fredagsfika där alla deltar i reflektion och skriver ner dessa.
🚧 Utveckla arbete med BPSD	Ordna en utbildning i BPSD för all personal på Björkgården.
🚧 Nutrition.	Jobba aktivt med nutrition genom bedömningar av status och vidtagande av förebyggande och behandlande åtgärder.
🚧 Minska antal fall.	Systematiskt arbetssätt för att förebygga fall. Regelbundna team möte med alla yrkesgrupper i verksamheten.



# Patientsäkerhetsberättelse för Riggargatan År 2022



Datum: 2023-02-13

Ansvarig för innehållet: Rina Karlsson

## Inledning

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



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 buskommunikationer till centrum i nära anslutning till äldreboendet.

## Innehåll1

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
.....	7
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Egenkontroll .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	14
Tillförlitliga är arbetsprocesser och system .....	15
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling .....	16
Avvikelse .....	16
Klagomål och synpunkter .....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	17

555

### GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD6

Engagerad ledning och tydlig styrning6

Övergripande mål och strategier6

Organisation och ansvar7

Samverkan för att förebygga vårdskador9

Informationssäkerhet9

StrålskyddFel! Bokmärket är inte definierat.

En god säkerhetskultur10

Patienten som medskapare10



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD11

Öka kunskap om inträffade vårdskador**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Tillförlitliga och säkrasystem och processer15

Säker vård här och nu15

Riskhantering15

Stärka analys, lärande och utveckling16

Avvikelser**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Klagomål och synpunkter17

Öka riskmedvetenhet och beredskap17

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR17

Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning**Fel! Bokmärket är inte definierat.**

## SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att vi håller en trygg och säker vård med hög kvalitet. Kvalitetsledningssystemet 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.

Kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner.

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

- ✚ 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] ( ex all personal har fått möjlighet att träna på att ta parametrar)

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

- ✚ Protokollförda möten varje månad
- ✚ Kvalitetsråd varje månad
- ✚ Avvikelsehantering
- ✚ Övergripande möten samt ombudsmöten
- ✚ En dokumentations station extra för att lättare kunna dokumentera.
- ✚ Inkontinens utredning
- ✚ Tidig upptäckt av risk för fall, och trycksår

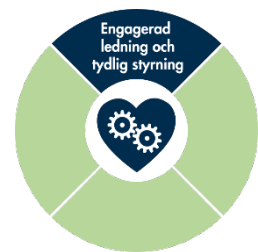
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Riggargatan förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

### 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 §*











A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetsätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har Riggargatan brutit ner följande verksamhetsmål.

Tabell 1. Översikt mål

Nationell vision och mål	Övergripande mål för A&O	Riggargatan mål
<ul style="list-style-type: none"> <li> God och säker vård överallt och alltid</li> <li> Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> God patientsäkerhetskultur i vården</li> <li> Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg</li> <li> Rätt kompetens vid rätt tillfälle</li> <li> Säkra system och register</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> förbättra dokumentation</li> <li> introduktion av nya medarbetare ska hålla en hög nivå</li> <li> Kvalitets möten</li> <li> Vårdplaner</li> <li> Registreringar</li> <li> Genomförandeplaner</li> <li> Boenderåd</li> <li> Aktiviteter</li> <li> Procapita</li> <li> Larm</li> <li> Stratsys</li> <li> Verksamhetsstödet</li> </ul>

## 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.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

För att undvika vårdskador arbetar Riggargatan aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitets utvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget. En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är den dagliga närvaron av sjuksköterska samt chef där rapport och avstämningar görs både muntligt och skriftligt.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser med Exempel

-  Primvårdsansvar, läkarinsatser
-  Munvård, munhälsobedömningar och uppsökande tandvård
-  Medicinsk fotvård,
-  Regionen, överrapportering vid inflyttning
-  Avtal jourverksamhet
-  Hälsokonferenser
-  skils överrapportering och samarbete med regionala
-  Vaccinationer

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom enheten förekommer följande systemstöd, Procapita för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Svensk E-identitet för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Övergripande företagsrutiner/kommundirektiv finns för egenkontroller, loggning angående datainträng i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister.

## En god säkerhetskultur

En viktig förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Riggargatan med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från 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.



Vi arbetar aktivt med arbetsmiljön genom att identifiera risker och använda de checklistor och system som finns för att hjälpa oss i vardagen.

På arbetsplatsträffar tas arbetsmiljön upp som en stående punkt.

Vi har under året reflekterat över patientsäkerhet med omvårdnadspersonal mer frekvent.

## Adekvat kunskap och kompetens

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

Riggargatan arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetsätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. Vid anställning är det viktigt att introduktionen blir god, det gör vi genom att använda checklista så vi kan säkerställa att rätt information går fram.

Kompetensutveckling har vi under året haft av sjuksköterska som i grupp och enskilt gått igenom parametrar, flera har varit med vid kateterbyte för att öka sin kompetens.

Vi planerar att en undersköterska från varje avdelning ska vara med på läkarrond i syfte att öka kompetensen för medarbetarna.

Vi har under året behövt rekrytera sjuksköterskor i flera omgångar, vilket medfört att vi inte kunnat arbeta framåt i samma utsträckning som 2021.



## 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 information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boende och närståendes delaktighet är:

- Boenderåd som hålls 4ggr/år där omvårdnadspersonal, aktivitetsansvarig och Enhetschef är närvarande. Vi reflekterar om maten, städning, aktiviteter och övrigt mycket fokus läggs på maten medan aktiviteter och städning inte tar någon tid i anspråk.
- Brukarundersökning som går ut nationellt från Socialstyrelsen 1gg/år.
- Vi erbjuder anhörigräffar
- Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov

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.

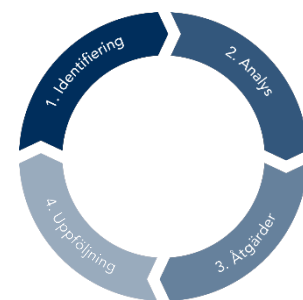
## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Riggargatan tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till aktuell beställare



## Egenkontroll

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

Tabell 2. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Kvalitetsråd
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Vi ligger efter med rapportering	SeniorAlert BPSD






	i kvalitetsregister.	Palliativa registret
<b>Kontroll av narkotikaklassade läkemedel</b>	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
<b>Läkemedelsgenomgång</b>	Löpande	Journalgranskning
<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	Löpande	PPM-databasen/ Protokoll
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler</b>	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
<b>Hygienronder</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Inkontinens ombudsmöte</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Dokumentations ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Palliativa ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Kost ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Trycksår</b>	Inget 2022 inrapporterat	SeniorAlert/PPM
<b>Nattfastemätning</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Kvalitetsråd</b>	1 gång per månad	Protokoll
<b>Kontroll medicintekniska produkter</b>	1 gång per år	Protokoll
<b>Journalgranskning</b>	2 gånger per år Plan finns för förbättringsarbete.	Protokoll

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

### Rapportering i kvalitetsregister

Riggargatan har inte uppnått sina egna mål i relation till registrering i aktuella kvalitetsregister

-  Palliativa registrering
-  SeniorAlert
-  Palliativaregistret

## **Analys**

Resultaten visar på bristande kontinuitet och arbetssätt som främjar att uppgifter registreras. I flera genomförda utredningar identifierades bristande individuella riskbedömningar som en bidragande orsak till det inträffade. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i så väl SeniorAlert varför det bedöms krävas övergripande åtgärder.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara förändrade arbetssätt, arbetsbelastning som den pågående pandemi har medfört. En annan orsak kan även var personalomsättning som medfört att kompetens och behörigheter behöver uppdateras.

Åtgärder som planeras är

- Översyn av behörigheter på enheten.
- Tätare uppföljning av KU
- Rekrytering av sjuksköterska

## **Uppföljning**

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023 på både lokal och företagsövergripande nivå.

## 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.

I 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 utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
<b>1 Mindre</b> obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>2 Måttlig</b> Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>3 Betydande</b> Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
<b>4 Katastrof</b> Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

## Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på Riggargatan



### Tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Verksamheten utreder alla händelser och avvikelser i mer eller mindre beroende på allvarlighetsgraden. Under 2022 har en Lex Maria 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.

En allvarlig avvikelse har under året uppmärksammats, då stora mängder narkotikaklassade preparat stulits. Händelsen har utretts på lokal nivå, polisanmälan har gjorts samt att avvikelsen har gått till IVO.

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

Vi har inga trycksår under 2022 att rapportera in, vi arbetar förebyggande tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt paramedicin där identifiering sker och åtgärd sätts in i tidigt stadium.

## 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.













Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning. Både i till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.

### Riskhantering

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

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

-  Smitta och smittspridning
-  Följsamhet till basala hygienregler
-  Kompetensförsörjning vid manfall
-  Läkemedelsavvikelser

-  Dokumentationsbrister
-  SBA arbete
-  SAM arbete
-  Nutrition
-  Fallrisk
-  Hot och våld

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd Procapita.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### 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 sjukvårdspersonalen 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 om detta ges i samband med att 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 Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. 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. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
147 totalt varav 71 fall 69 läkemedels avvikelser	1 narkotika klassade preparat misstänkt stöld	0	1

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhets- och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar, kvalitetsråd och även i det dagliga arbetet.

### Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter 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 av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

Avvikelse upprättat inom verksamheten	Avvikelse överlämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
5	0		0

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Riggargatan under 2022 har fokuserats på att stärka personalgrupperna att ta parametrar så man känner sig säker i sin roll som undersköterska. Vi har även stärkt personalen i hot och våldsbeteenden, här kan vi se en skillnad sedan året innan.

Vi har även fortsatt arbetet med genomförande planer och dokumentation vilket har blivit bättre under 2022 främst genom att ordinarie personal har fått hjälp av spjutspetsar inom dokumentation.



### MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- 📌 Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister
- 📌 Uppföljning av smittspridning inom verksamheten
- 📌 Utvecklingsprocessen för interna löpande kvalitetsuppföljningar
- 📌 Översyn kompetensförsörjning





# Patientsäkerhetsberättelse för S:t Anna År 2022



Datum: 220125

Ansvarig för innehållet: Veselin Ramovic



## Inledning

*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.



2022 används "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.*

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

Verksamheten är fördelad i två byggnader, S:t Anna Flora med 30 lägenheter och inriktning mot äldreomsorg och S:t Anna Freja som har 30 lägenheter med demensplatser.

## Innehåll

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
Informationssäkerhet .....	8
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare.....	11
ÅGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	16
Säker vård här och nu .....	18
Riskhantering .....	19
Stärka analys, lärande och utveckling .....	20
Avvikelse.....	20
Klagomål och synpunkter .....	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	23

## SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystemet 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.

Kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner.

År 2022 präglades av ett fortsatt arbete med att minska smittspridningen av Covid-19, följsamhet till basala hygienrutiner, source control samt att erbjuda vaccinationer till alla våra boende.

Vi har jobbat med fortsatt utveckling av kunskaper inom inkontinens för omvårdnadspersonal utifrån det arbete som påbörjades 2022. Insatserna har lett fram till individuella vårdnadsplaner där vi med vägning för varje boende med behov får rätt produkt, rätt bytestider och goda toalettvanor.

Under 2022 har vi jobbat med tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser där sjuksköterskor ansvarar för att följa upp samtliga avvikelser kopplade till HSL och verksamhetschef ansvarar för att utreda och följa upp de avvikelser som kopplas till SoL. Uppföljning sker på ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd varje månad för att säkerställa att planeringen hålls.

Fokus har varit även på att minska antalet avvikelser gällande uteblivet läkemedel. Genom att tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och användning av befintliga egenkontrolldokument har vi arbetat aktivt för att minska antalet boende som inte får ordinarie läkemedel. Vi strävar emot nollavvikelser för uteblivet läkemedel och detta arbete fortsätter även i år 2023.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

S:t Anna förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

### 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 §*










A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetsätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har S:t Anna brutit ner följande verksamhetsmål.

Tabell 1. Översikt mål

Nationell vision och mål	Övergripande mål för A&O	S:t Anna mål
 God och säker vård överallt och alltid	 God patientsäkerhetskultur i vården	 Förbättrade förutsättningar för trygg och säker dokumentation i journalsystemet
 Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada	 Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg	 Procapita
	 Rätt kompetens vid rätt	 Patientsäkert larmsystem
		 Arbeta aktivt i

	tillfälle	<p>           samtliga kvalitetsregister   Upprätta vårdplaner efter boendes behov   Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr journalföring inom HSL   Verksamheten ska inte ha några vårdskadeavvikelser.   Säker läkemedels- samt narkotikahantering   Delegering av HSL-uppgifter från sjuksköterska till omvårdnadspersonal.   Individ anpassad vård         </p>
--	-----------	---

## Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef (VC) har enligt (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. VC har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. VC ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måluppfyllelse inom verksamheten.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård. Ansvarsområdet regleras utifrån gällande avtal och utförs genom samverkan med Nyköpings kommun. MAS, MAR och Kvalitetsutvecklare (KU) anställda inom A&O har ett övergripande utredningsansvar inom företaget.

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

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

För att undvika vårdskador arbetar S:t Anna aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet.

Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Daglig kontakt mellan OAS och OVP hålls, både via dokumentationssystem och muntligen och kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.








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

Vid inflyttning till verksamheten hålls ett inskrivningssamtal med OAS och PAL. Mötet journalförs enligt gällande rutin och OAS ansvarar för att vådrutinavvikelse, observationer, ställda diagnoser och liknande dokumenteras. Här inhämtas även samtycke för sammanhållen journalföring och liknande. Om boende flyttar från annat boende eller sjukhus görs en muntlig 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. All övrig tid, kvällar, helger och nätter, finns Nyköpings Kommuns jourhavande sjuksköterskor att tillgå enligt gällande avtal.

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

Nedan följer i punktform övrig samverkan som ligger till grund för att minska risker för vårdskador i verksamheten:

-  God kontakt med smyttskydd och vårdhygien.
-  Riktlinjer Nyköpings kommun och Region Sörmland
-  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

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom S:t Annas äldreboende förekommer följande systemstöd, (Procapita, Prator, Pascal) för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Nyköpings kommun för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna-

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy och rutiner för egenkontroller, loggning angående dataintrång i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister. 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 av OAS årligen på uppdrag av MAS. Granskningen från 2022 visar på en del brister och en handlingsplan är upprättad och ska följas upp under 2023.
- 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.
- Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare om inte juren är inkopplad.

## En god säkerhetskultur

En viktig förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar S:t Anna med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från 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.

Tabell 2; 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	2022 års enkät visar ett bra resultat och vittnar om gott mående och hög nöjdhet hos medarbetarna.
	Bemöta samtliga medarbetare med respekt, vara närvarande i verksamheten och lyssna in önskemål för att i ett tidigt skede upptäcka behov av stöd och vägledning	VC är närvarande vardagar på S:t Anna. 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.
Vi ska verka för en kontinuitet hos personalen	Normal personalomsättning under året.	Ständigt jobb med rekrytering av ny personal.	Följs kontinuerligt
Jobba för att höja benägenhet att rapportera	Tydlighet emot	God introduktion med genomgång av	Vi har under året arbetat



Verksamhetens målsättning för en god säkerhetskultur	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
händelser och skriva avvikelser	medarbetare vad som förväntas av dom utifrån den anställning de har	befattningsbeskrivning Genomgång av befattningsbeskrivning sker minst en gång varje år i samband med APT	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 kvalitetsäkrande 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 annan grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.



S:t Anna arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. För att erhålla tillsvidareanställning krävs formell kompetens. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning.

Tabell 3; 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 2022 arbetade vi med en övergripande kompetensutvecklingsplan gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för S:t Annas medarbetare.
Bibehålla kompetens hos samtlig omvårdnadspersonal för att på så vis upprätthålla den säkerhetskultur som finns	Årligen genomgå webbutbildningar och lämna diplom till OAS.	Vid nyanställning och vid delegering (en gång årligen) ska alla medarbetare utföra webbutbildningar och lämna diplom till OAS Utbildningar som krävs för delegering:	Alla medarbetare har genomgått de utbildningar som krävs.

Verksamhetens målsättning för kompetensförsörjning	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
		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

Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen.



Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning. Innan flytt till verksamheten ska boende och/eller närstående få 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. 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. 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 i verksamheten. 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.

En viktig del av genomförandeplanen, förutom delaktighet, är hur den boende önskar bli bemött. Detta gör att all omvårdnadspersonal kan säkerställa 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.

Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boendes och närståendes delaktighet:

- Informationsbrev sänds ut till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt
- Information om anhörigcenters olika stöd till anhöriga finns synlig i verksamheten
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år.
- Vid brytpunksbedömningar 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.

De boende och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

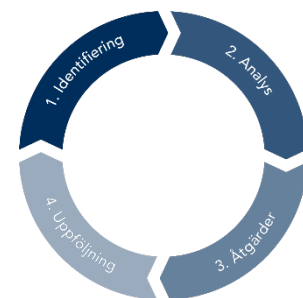
## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

S:t Anna tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till aktuella beställare.



## Egenkontroll

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

Tabell 4. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade	1 gång per månad	Narkotika journaler och

<b>läkemedel</b>		<b>följesedlar</b>
<b>Läkemedelsgenomgång</b>	Löpande	Journalgranskning
<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	månadsvis	PPM-databasen/ Protokoll
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler</b>	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
<b>Hygienronder</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Inkontinens ombudsmöte</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Dokumentations ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Palliativa ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Kost ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Trycksår</b>	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
<b>Nattfastemätning</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Kvalitetsråd</b>	1 gång per månad	Protokoll
<b>Kontroll medicintekniska produkter</b>	1 gång per år	Protokoll
<b>Journalgranskning</b>	2 gånger per år	Protokoll

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

### ***Nedan presenteras exempel på en resultatredovisning:***

#### *Exempel 1*

#### ***Minskad smittspridning av Covid-19 inom verksamheterna***

Under 2022 har verksamheterna fortsatt påverkats av den pågående pandemin av Covid-19.

#### **Mål**

Målet har varit att uppnå minskad smittspridning inom verksamheten.

#### **Resultat**

Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer för Covid-19, dos 1,2,3,4 och 5 vilket bedöms ha medfört att boende som infekterats trots att de varit vaccinerade inte utvecklat allvarliga symtom.

Pandemin har under året främst begränsat möjligheten till att erbjuda meningsfulla aktiviteter för boende samt påverkat konkreta arbetssätt för personal.

Det har även förekommit perioder med ökad arbetsbelastning orsakad av en hög sjukfrånvaro bland medarbetarna. Under året har verksamheterna genomfört extra

kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner. Resultaten av dessa rapporterades genomgående som att det upprätthållits en god följsamhet. Däremot har brister identifierats både genom egenkontroller och via klagomål kring följsamhet till Source Control.

### **Analys av resultatet**

Förekomsten av allvarlig sjukdom till följd av covid-19 har uppnåtts på en samhällsövergripande nivå, relaterat till bland annat en vaccinationseffekt. Verksamheterna behöver därför fortsatt arbeta med kontinuerlig samverkan mot regionerna för att kunna erbjuda vaccination i enlighet med rekommendationer. Under året har följsamheten till Source Control varierat. Omsättning av personal kan vara en bidragande orsak, men även att det medfört en inverkan på de anställdas arbetsmiljö.

Det har varit och är så väl fysiskt som psykiskt ansträngande att bära skyddsutrustning under hela arbetspassen, vilket anses ha bidragit till att öka risker till förekommande avsteg.

### **Åtgärder**

Kommunikation och information om vikten till följsamhet

Tillgängliggöra webbaserade utbildningar för att bibehålla kunskap samt introduktion till nyanställda

Närvarande ledarskap

Tätat egenkontroller

### **Uppföljning**

Uppföljning kommer ske på flera olika nivåer. Samtliga verksamheter kommer inför 2023 uppdatera riskanalyser för smittspridning inom verksamheten där användande av skyddsutrustning behöver synliggöras.

### *Exempel 2*

### **Rapportering i kvalitetsregister**

Få av verksamheterna har uppnått sina egna mål i relation till registrering i aktuella kvalitetsregister

 Palliativa registrering

 SeniorAlert

 BPSD

### **Analys**

Resultaten visar på bristande kontinuitet och arbetssätt som främjar att uppgifter registreras. I flera genomförda utredningar identifierades bristande individuella riskbedömningar som en bidragande orsak till det inträffade. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i så väl SeniorAlert som BPSD, varför det bedöms krävas övergripande åtgärder.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara förändrade arbetssätt, arbetsbelastning som den pågående pandemi har medfört. En annan orsak kan även var personalomsättning som medfört att kompetens och behörigheter behöver uppdateras.

Åtgärder som planeras är

- Översyn av behörigheter på samtliga enheter.
- Tätare uppföljning av KU
- Utbildningsinsatser

### **Uppföljning**

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023 på både lokal och företagsövergripande nivå.

## 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.



I 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 utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
<b>1 Mindre</b> obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>2 Måttlig</b> Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
<b>3 Betydande</b> Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
<b>4 Katastrof</b> Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

## Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på S:t Anna.



## Tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Tabell 5; systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
Informationssäkerhet	Dokumentation och överföring av personuppgifter	Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekretess – genomgång årligen Säker inloggning i system – e-tjänstekort; SITHS Journalgranskning årligen Loggkontroller enligt avtal med uppdragsgivare samt vid misstankar om lagöverträdelser Arbeta i enlighet med GDPR Inhämtande av samtycke nationell patientöversikt samt informationsöverföring till ev anhöriga
Läkemedelssäkerhet	Narkotikahantering Basförråd generella läkemedel Genomgång av läkemedel för individ Vaccinationer Medicinska behandlingar	Årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar för de med över 10 läkemedel Alla boende ska få sina läkemedel översedda minst en gång per år Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc Ronder – varje vecka ordinationer från PAL och andra förskrivare i Pascal Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje 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.
Brandsäkerhet	Riskundersökning Brandskyddsronder Utbildning för all personal inom brandsäkerhet	Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter Årliga kontroller av extern granskande verksamhet (idag Schneider) Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar
Arbets- och boendemiljö	Skyddsronder Skyddskommittéer Undersökningar av arbetsmiljö i	Lokalanpassad rutin med medföljande signeringslistor städ Tydliga och uppdaterade lokala



Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
	boendelägenheter Tydliga rutiner för städ- och renhållning av allmänna utrymmen samt boendelägenheter	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.



Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning. Både till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Under sommarperioden har vi svårighet i att hitta utbildade vikarier. Som än följd av detta får ordinarie omvårdnadspersonal en högre arbetsbörda då flertal vikarier inte har den kompetens som normalt finns på avdelningarna. Kompetensförsörjning har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso – och sjukvårdspersonal.

Tabell 6




Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäkert larmsystem	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet	Under 2023 planeras byte av larmsystem.
Patientsäker journalföring	Medelhög risk för minskad patientsäkerhet. (utlämning av e-tjänstelegitimation kan ta lång tid)	I dagsläget beställer arbetsgivare e-tjänstelegitimation till samtliga medarbetare. Tiden för utlämning kan inte påverkas av arbetsgivare.
Tillgång till sjuksköterskor	Lågrisk	Ordinarie sjuksköterskor är på plats kontorstid. Vi har även 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 har vi ett mycket välfungerande samarbete med jouren.
Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor	Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten	Tyvärr blir tillgången på kompetenta undersköterskor allt mindre. Detta blir tydligt kännbart i verksamheten och vi ser att man har allt sämre kunskaper, både språkmässiga och praktiska färdigheter trots genomgången utbildning.

## Riskhantering

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

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. Vi har en tydlig rutin för hur verksamheten 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.

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

-  Smitta och smittspridning
-  Följsamhet till basala hygienregler
-  Kompetensförsörjning vid manfall, pågående smitta

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd.

Risikanalys 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 har haft ett intensivt arbete med att förhindra smittspridning. Resultatet blev så få fall av covid 19 under 2022 och ingen stor smittspridning i verksamheten

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 2023. Arbete med riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner är en ständigt pågående process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munohälsa görs av OAS vid inflyttning till verksamheten. Vid inflyttning, var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd 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.

Vi har arbetat en del med BPSD men inte nått fram till målet än. Arbetet fortsätter i 2023.

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

Risikanalys för smittspridning har fortsättningsvis under 2022 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

### 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 sjukvårdspersonalen 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 om detta ges i samband med att 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 Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. 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. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Tabell 7

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
266			1 (Det har blivit en Lex-Sarah i stället)

Tabell 8, avvikelser 2022

2022	jan	feb	ma	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
hjälpmedel	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
omvårdnad/tillsyn	3	1	0	4	3	7	4	0	0	3	7	7
läkemedel	5	5	3	14	2	13	7	2	2	5	4	11
Fall	13	12	14	14	11	17	16	8	7	11	13	11
allvarliga	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Dokumentati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

on/info												
övrigt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
trycksår	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
synpunkter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
klagomål	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabell 9, jämförelse med senaste två år

Avvikelser	2020	2021	2022
Hjälpmiddel	18	6	6
Omvårdnad/tillsyn	98	38	39
Läkemedel	170	75	73
Fall	233	169	147
Dokumentation/ information	0	0	1

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analysera i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

### Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter 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 av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

Tabell 10

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
5	0	0

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analysera i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på S:t Anna under 2022 har fokuserats på kompetensutveckling och kompetensfördelning inför varje arbetspass. Genom att förstärka samarbete mellan avdelningar men även mellan våra andra två enheter i Nyköping lyckas vi öka riskmedvetenhet och beredskap.











## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- 📌 Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister.
- 📌 Fortsatt förebygga smittspridning inom verksamheten.
- 📌 Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar.
- 📌 Översyn kompetensförsörjning.
- 📌 Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativ vård.
- 📌 Fortsatt arbete med värdegrund.
- 📌 Utveckla arbete med BPSD
- 📌 Nutrition.
- 📌 Minska antal fall.
- 📌 Fortsätta arbeta med ej uppnådda mål 2022

Tabell 11;

Mål 2023	Arbetet planeras att genomföras genom:
📌 Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister.	Jobba aktivt med introduktionschecklista. Tydliga uppföljningsamtal med OAS och VC. Följa årshjulet. Stämna av på varje APT, ledningsmöte och kvalitetsråd hur långt har vi kommit med kvalitetsregistrering.

Mål 2023	Arbetet planeras att genomföras genom:
 Fortsatt förebygga smitta och ev. smittspridning inom verksamheten.	All personal ska genomgå utbildning i BHR Basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder – det vill säga åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner.
 Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar.	Följa årshjulet. Regelbundna interna kontroller.
 Översyn kompetensförsörjning.	Årlig genomgång av webbutbildningar. Ny anställning av kompetent personal med mångårig erfarenhet. Planering för olika utbildningar under 2023. (munvård, nutrition, sårvård, etcetera)
 Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativ vård.	Palliativa ombudsmöten (3 ggr/år). Utbildning i palliativ vård för samtlig personal.
 Fortsatt arbete med värdegrund.	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion. Använda värdegrundskort vid fredagsfika där alla deltar i reflektion och skriver ner dessa.
 Utveckla arbete med BPSD	Ordna en utbildning i BPSD för all personal på St Anna
 Nutrition.	Jobba aktivt med nutrition genom bedömningar av status och vidtagande av förebyggande och behandlande åtgärder.
 Minska antal fall.	Systematiskt arbetsätt för att förebygga fall. Regelbundna team möte med alla yrkesgrupper i verksamheten.

# Patientsäkerhetsberättelse för Nyköpings kommun 2022





## Inledning

*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.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	10
Verksamheter inom organisationen .....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	14
Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården .....	16
Samverkan inom divisionen .....	16
Informationssäkerhet .....	19
Strålskydd .....	20
En god säkerhetskultur.....	20
Adekvat kunskap och kompetens .....	22
Säker bemanning utifrån kunskap om erfarenhet och kompetens .....	24
Att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbeten .....	25
Patienten som medskapare .....	26
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	28
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	44
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	45
Säker vård här och nu.....	46
Riskhantering .....	47
Stärka analys, lärande och utveckling .....	48
Avvikelse .....	48
Klagomål och synpunkter .....	55
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	55
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	57

## SAMMANFATTNING

Under 2022 har division social omsorg tagit flera stora och viktiga steg framåt i utvecklingen av en mer patientsäker och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård. Kvalitetsledningssystemet har funnits sedan tidigare, men under 2022 har divisionen tagit fram ett dokument för hur vi ska arbeta med systemet, och det finns kvalitetsutvecklare anställda inom samtliga verksamhetsområden för att hålla ihop arbetet med att kvalitetssäkra rutiner och processer. Kvalitetsledningssystemet skapar struktur och systematik i divisionens kvalitets- och utvecklingsarbete, och ska säkerställa att medborgarna får ta del av en vård som lever upp till de krav som ställs i lagar och föreskrifter.

Det har under början av året arbetats fram års hjul för äldreomsorgen respektive funktionsstödomsorgen där det tydliggjorts vad verksamheterna ska genomföra och följa upp under året i allt från enhetsnivå till verksamhetsövergripande. Årshjulet bidrar till en kvalitetssäkring för den enskilde medborgaren genom att det säkerställs att alla verksamheter arbetar med samma frågor. Årshjulet för äldreomsorgen tas fram och följs upp vid kvalitetsmöten som sker varannan vecka. Årshjulet innehåller bland annat uppföljningar och internkontroller utifrån både kvalitet och patientsäkerhet.

Under slutet av 2022 har även patientsäkerhetsträffar startats, där kvalitetsutvecklare från samtliga verksamhetsområden, MAS och verksamhetsstrateger träffas för att väcka dialog kring patientsäkerhetsfrågor och hur vi kan arbeta för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt och säkerställa att det finns en systematik i arbetet med att förbättra verksamheten utifrån de resultat som framkommer i till exempel kvalitetsregister och MAS rapporter till nämnd.

Det finns fortfarande arbete som behöver genomföras framåt för att säkerställa en mer patientsäker verksamhet inom divisionen, men det är positivt att det under 2022 utvecklats och förbättrats flera processer och funktioner för att driva arbetet framåt. Det som kvarstår till 2023 års patientsäkerhetsarbete är framför allt att stärka egenkontroller och att arbeta vidare med att sammanställa och analysera resultat av det arbete som utförs för att kunna förbättra arbetet framåt.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## 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 §*

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

Nämndens överenskommelse för 2022 med division social omsorg innehåller följande ansvar inom hälso- och sjukvård:

- Ansvara för arbetsuppgifter som åligger verksamhetschef enligt HSL.
- Ansvara för den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 12 kap § 1-2.
- Ansvara för den kommunala hemsjukvården enligt avtal med Region Sörmland. (Gäller även privata utförare)
- Ansvara för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt HSL 12 kap §5. (Gäller även privata utförare)
- Ge handledning och utbildning till medarbetare gällande demenssjukdomar (Gäller även privata utförare).
- Upprätta årlig patientsäkerhetsberättelse.
- Använda kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och Svenska Palliativregistret på avsett sätt.
- Tillhandahålla särskild personal med kompetens inom demensområdet exempelvis i form av demenssjuksköterska, för rådgivning utan kostnad (Gäller även privata utförare).

Särskilda uppdrag från vård- och omsorgsnämnden för hälso- och sjukvården under 2022 var följande:

*”Att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation. En välfungerande Hälso- och sjukvårdsorganisation har en central roll både idag och inom den äldreomsorg som Nyköpings kommun vill forma för framtiden. Ett hälsofrämjande och förebyggande fokus är angeläget framför allt för de äldres livskvalitet, men även för att kommunens resurser ska räcka till för en växande äldre befolkning.”*

Vid återkoppling till nämnd i december 2022 hade följande åtgärder genomförts:

- Införande av digital signering APPVA.
- Rutin för hälsokonferenser har uppdaterats och implementeras i samtliga verksamheter för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt.
- Rehabresurser har avsatts för hemgångsteamet.
- Rehabenheten arbetar fram ett fallpreventionsteam.
- En tjänst som kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård har tillsatts med uppdrag att arbeta med förbättrings- och utvecklingsområden.
- En förstärkning av budget för hemsjukvården med 5 miljoner kronor, då enheten varit underdimensionerad.

*”Det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom såväl hemtjänst som särskilda boenden. Andel inflyttade på särskilt boende för äldre som fått den egna förmågan och hur den bäst bevaras, bedömd av arbetsterapeut och sjukgymnast under sin första boendemånad ska öka.”*

Detta mål var uppnått vid återkoppling till nämnd i april 2022, och efter det sågs innehåll och kvalitet över gällande bedömningarna och vid nämnd i december bedömdes målet för 2022 vara helt uppnått. Inför 2023 är målet att bedömningarna ska kunna ligga till grund för omvårdnaden, för att främja individens delaktighet i aktiviteter. Ett förslag är att detta uppnås genom att personal från rehab är delaktiga vid framtagande av genomförandeplan.

Utöver detta tillkommer en del åtgärder och handlingsplaner för divisionen att återkoppla till nämnd utifrån de uppföljningar och granskningar som gjorts av medicinskt ansvarig sjuksjuksköterska under året.

Mål för 2022 från PSB 2021	Genomfört 2022	Kvarstår till 2023
Kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen och öka kunskapen om alla delar samt tydliggöra ansvarsfördelningen	Ej genomfört 2022 då tjänsten som kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsattes först i september 2022.	Hela målet. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård ansvarar för att åtgärden genomförs under 2023.
Att implementera avvikelseprocessen, utveckla	Avvikelseprocessen har uppdaterats i	- Färdigställa utbildningsfilm och implementera

<p>och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna.</p>	<p>kvalitetsledningssystemet, den har implementerats i samtliga ledningslag.</p> <p>En divisionsövergripande arbetsgrupp har arbetat fram en plan för implementering i verksamheterna och framtagande av en utbildningsfilm har påbörjats.</p>	<p>arbetsättet i samtliga verksamheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utveckla processen vidare för att tydliggöra handhavande av HSL-avvikelser, samt uppföljning och analys av dessa.</li> </ul>
<p>Att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.</p>	<p>Äldre: Har påbörjats och kommer fortsätta pågå under hela 2023. Års hjul följs upp på kvalitetsmöten och aktuella frågor arbetas med på verksamhetsmöten för enhetschefer. MAS ingår i ledningslag och deltar vid kvalitetsmöten.</p> <p>FSO: Kvalitetsteam har startats upp under 2022, där HR, kvalitetsutvecklare, socialpedagoger, stödpedagoger, fritidskoordinator och verksamhetschef deltar. Separata möten med MAS 1 gång/månad.</p>	<p>Äldre: Arbetet med att analysera och förbättra utifrån resultat behöver arbetas vidare med under 2023 för att säkerställa att vi använder oss av resultaten för att vidareutveckla både på verksamhets- och enhetsnivå.</p> <p>FSO: Behövs ett fortsatt arbete under 2023 för att påbörja arbetet med att sammanställa och analysera information från egenkontroller och hygienronder för uppföljning på verksamhets- respektive enhetsnivå. Ingår i verksamhetens års hjul.</p>
<p>Att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå</p>	<p>Mall för riskanalys på brukarnivå samt tillhörande handlingsplan är framtagna på övergripande DSO-nivå under 2022 i nätverk för kvalitetsutvecklare.</p> <p>Riskanalys inför sommaren har gjorts i samtliga verksamheter ur ett patientsäkerhetsperspektiv med återkoppling till MAS.</p>	<p>Att implementera användandet av mall och handlingsplan för riskanalyser på brukarnivå på enheterna.</p> <p>Att fortsätta arbetet med att genomföra riskanalyser även på enhets- och verksamhetsnivå.</p>

Utifrån analyser ta fram egenkontroller och kontroller i internkontrollplanen tillsammans med nämnden.	Risk- och väsentlighetsanalys har gjorts inom samtliga verksamhetsområden och utifrån denna har det tagits fram en internkontrollplan för 2023.	Att fortsätta arbetet med risk- och väsentlighetsanalyser och att hålla internkontrollplanen levande under året. Analystillfällen tillsammans med nämnd kommer att ske under 2023.
Att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.	FSO: Arbetet med egenkontroller har startats i gång under 2022. Äldre: Ett strukturerat arbetssätt med egenkontroller/självskattningar inom basal hygien och årlig hygienrund har genomförts under 2022, resultat har sammanställts och återkopplats till enhetscheferna.	FSO: Behov av att utveckla sammanställning och analys av resultatet.  Äldre: Behov av att vidareutveckla hur vi ska arbeta med resultatet för att uppnå förbättring ute på enheterna.
Utveckla samverkansformer i den nya organisationen och skapa en struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete på individnivå- Såsom exempelvis utvecklingen av hälsokonferenser.	FSO: Hälsokonferenser sker 2 ggr/termin inom grupp- och servicebostäder Äldre: Rutinen för hälsokonferens har implementerats och är i gång. Inom särskilt boende fungerar det bra, här har man jobbat med hälsokonferenser under flera år. Inom hemtjänsten har rutinen implementerats och forumet fungerar bra, har varit varierande närvaro från leg personal.	Behov av att fortsätta utvecklingsarbetet och samarbetet med hälso- och sjukvården inom samtliga verksamheter genom att hålla hälsokonferenserna levande.
Hemgångsteam: Att i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa den enskildes funktions- och	Hemgångsteamet har startats upp under 2022, tar emot patienter som går hem från sjukhus med fokus på rehabilitering för att få ett beslut som utgår ifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt med planerade	Behov av att utveckla bättre samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralen när det finns behov av stöd med läkemedelshantering.

<p>aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.</p>	<p>insatser som utgår ifrån vad patienten själv klarar av. Syns redan goda resultat med patienter som återhämtar sig väl och har minskade behov av insatser efter inskrivning i hemgångsteamet.</p>	<p>Behov av att tydliggöra kriterierna för vilka som ska skrivas in i hemgångsteamet, har under starten endast varit fokus på fysisk rehabilitering men finns möjlighet för även annat. Möte är planerat med handläggare angående detta.</p> <p>Behov av att ta fram mål för patienten tidigare i processen för att säkerställa att tiden i hemgångsteamet tas tillvara på från första dag.</p>
<p>Implementera nya trygghetslam på särskilt boende för äldre och de enheter inom funktionsstödomsorgen som berörs.</p>	<p>Är implementerat och fungerar bra, analogt larm 2022.</p>	<p>Kommer byggas på under 2023 och bli digitalt – omfattar alla äldreboenden. Högre patientsäkerhet och larm går till exempel att följa upp, man kan se tider för larm och besvarande av dem. Pilotprojekt med tillsyn via kamera på särskilt boende kommer genomföras under 2023.</p>
<p>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 dokumentationsutbildning och en översyn av introduktionen för legitimerad personal.</p>	<p>Äldre: Dokumentationsutbildning för spjutspetsar inom SÄBO gjordes våren 2022. Ingen uppföljning av den har gjorts ännu. Dokumentationsutbildning inom hemtjänst genomförd 2021 skulle följas upp under 2022-2023, detta är ännu inte genomfört.</p> <p>FSO: Ett stort arbete har gjorts för att ta fram ett nytt rekryteringsförfarande inför sommaren som påbörjats tidigt, där</p>	<p>Äldre: Arbetsgrupp SÄBO har startats upp jan-mars 2023, ska ta fram stödmaterial, utbildningsmaterial, granskningsmallar och uppdatera guider i assistenten. Kvarstår att följa upp den dokumentationsutbildning som genomförts.</p> <p>FSO: Fortsätta arbetet med att rekrytera personal med rätt kompetens.</p>



	<p>HR är inkopplat för att säkerställa kompetens och en bättre planering gällande sommarvikarier inför 2023.</p> <p>HSO: Mallar för introduktion för legitimerad personal har setts över och förbättrats.</p>	<p>HSO: Arbeta vidare med att säkerställa en god introduktion för nyanställda.</p>
--	---	--

## 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 2017:30) krav på en god och säker vård. Ansvaret för det direkta utförandet av hälso- och sjukvårdsarbetet innehas av verksamhetschef enligt HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef HSL är ansvarig för att det senast den 1 mars varje år upprättas en för ansvarsområdet övergripande patientsäkerhetsberättelse för divisionen. Patientsäkerhetsberättelsen ska utgöra underlag för nästa års handlingsplan avseende förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer utifrån divisionens och de privata utförarnas patientsäkerhetsberättelser en rapport som överlämnas till nämnden. Av vård- och omsorgsnämnden är ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelat på flera chefsnivåer:

- Divisionschef
- Verksamhetschef med ansvar för äldreomsorgens verksamheter och HSL
- Verksamhetschef med ansvar för funktionsstödomsorgen
- Enhetschefer med ansvar för en eller flera enheter.

**Verksamhetschef för 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 samt genom att styra, följa upp och förbättra arbetet med att analysera, hantera och åtgärda verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)** har ett ansvar som regleras i hälso- och sjukvårdslagen respektive hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett 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 och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS utarbetar riktlinjer för de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens utförande utifrån lagar och föreskrifter samt kontrollerar och utvärderar verksamhetens kvalitet i samråd med nämnden. MAS ska även vara ett stöd till verksamheten i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerheten.

**Verksamhetsstrateger äldreomsorg** har en samordnande funktion och ansvarar för att tillsammans med enhetschefer och andra funktioner inom sitt verksamhetsområde (till exempel 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 enhetschefer inom hemtjänst respektive särskilt boende för äldre. Verksamhetsstrategen ska utifrån ett kvalitetsfokus stödja enhetscheferna genom att samordna frågor för att det ska bedrivas mer likvärdig vård.

**Enhetschef** ansvarar för att leda och fördela arbetet på den egna enheten utifrån gällande styrdokument och även att säkerställa att medarbetare arbetar enligt dessa.

**Medarbetare** ska aktivt medverka 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.

**Legitimerad personal** ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens kvalitetsledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Delegerad personal** tar emot delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal, och är vid utförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. Med det följer yrkesansvar i och med att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

**Kvalitetsutvecklare** finns inom varje verksamhetsområde samt även inom nära vård, digitalisering, psykisk hälsa och anhörigstöd. Kvalitetsutvecklarna ska stödja verksamheterna i kvalitetsfrågor och samverka i divisionsövergripande uppdrag, vilka samordnas av en kvalitetsutvecklare med samordningsansvar.

**Resursteam demens** ska arbeta gränsöverskridande mellan regionen och kommunen för att genom samordning säkerställa vård och omsorg av god kvalitet. Resursteamet ska stödja privata och kommunala utförare i arbetet med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och säkerställa god vård genom tidiga insatser. Resursteamet ansvarar för att utbilda och handleda personal i Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp samt säkerställa systematisk planering av insatser så att vården blir mer jämlik. Resursteam demens är även sammanhållande av undersköterskor med specialistutbildning inom demens och ansvarar för att planera och genomföra minst tre möten per år för att handleda och utveckla arbetet i verksamheterna.

**Undersköterskor med specialistutbildning inom demens** ska i sin roll synliggöra effekten av rätt bemötande av personer med demenssjukdom och sprida kunskap om den fysiska miljöns påverkan på målgruppen. De ska vägleda arbetet med att använda levnadsberättelsen i arbetet kopplat till den sociala dokumentationen och genomförandeplanen. De ska även vara väl insatta i arbetet med BPSD-registret och samarbetar med resursteam demens.

**Undersköterskor med vidareutbildning inom palliativ vård** kommer under 2023 få ett särskilt uppdrag som palliativt ombud, utifrån en arbetsbeskrivning som arbetats fram av en arbetsgrupp inom palliativ vård under hösten 2022.

**Hemgångsteam** har startats upp under 2022. Ett särskilt team inom hemtjänsten med stöd av sjukgymnast och arbetsterapeut, som tar emot de patienter som går hem från sjukhus. Patienten är inskriven under ett visst antal veckor och teamet tar fram mål utifrån patientens behov och arbetar med ett hälsofrämjande förhållningssätt med fokus på rehabilitering. Tanken bakom detta är patienten ska klara så mycket som möjligt själv och att beslutet om hemtjänstinsatser utgår från patientens verkliga behov innan ordinarie hemtjänstgrupp tar över.

## **Verksamheter inom organisationen**

### **Särskilt boende äldre (SÄBO)**

Särskilt boende är ett samlingsnamn för äldre- och demensboenden i Nyköpings kommun. Utöver de kommunala boendena finns även ett antal privat drivna boenden. Alla som bor på ett särskilt boende har en egen lägenhet i nära anknytning till gemensamma utrymmen där det finns matsal och umgängesytor. De som bor på särskilt boende får hjälp utifrån sina behov och det finns tillgång till omvårdnadspersonal och möjlighet till kontakt med sjuksköterska dygnet runt. På dagtid, vardagar finns även tillgång till

sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Det även finns möjlighet till läkarkontakt utifrån samverkansavtal med vårdcentralerna, som innebär att det kommer läkare till boendet regelbundet för att ha rond tillsammans med sjuksköterska och vid behov genomföra hembesök.

Inom särskilt boende finns det totalt 506 tillsvidareanställda omvårdnadspersonal.

Sjukgymnaster/Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom särskilt boende har ansvar för flera boenden, och i snitt ansvarar de för 100 patienter per heltidsanställd. Det finns totalt 14 enhetschefer anställda inom särskilt boende.

Enhet	Antal brukare	Antal sjuksköterskor
Lundagården	32	1
Mariebergsgården	129	5
Koggen	63	3
Myntan	104	4
Väverskan	48	2
Fruängskällan	72	3
Rönnliden	17	1
Korttidsboendet	24	2

### **Hemtjänst (HT)**

Hemtjänst beviljas för de som är äldre eller har en funktionsnedsättning som innebär att stöd och hjälp behövs i hemmet. Inom hemtjänsten finns det idag 7 enhetschefer och ca 270 tillsvidareanställda omvårdnadspersonal. Det finns både kommunal och privat utförare av hemtjänst, och kunderna får själva välja utförare. I den kommunala hemtjänsten fanns det under 2022 ca 713 kunder av totalt 1140 med beviljade hemtjänstbeslut i Nyköpings kommun.

### **Funktionsstödomsorg (FSO)**

Funktionsstödomsorgen omfattar boenden eller stöd till personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig och allvarig psykisk ohälsa. Inom funktionsstödomsorgen arbetar ca 470 tillsvidareanställda medarbetare och 18 enhetschefer. Det arbetar 6 sjuksköterskor, 2 sjukgymnaster och 2 arbetsterapeuter inom funktionsstödomsorgen som ansvarar för grupp- och servicebostäder samt SoL-boenden. Gällande personlig assistans och boendestöd är de som har behov av kommunal hälso- och sjukvård inskrivna i hemsjukvården.

Enhet	Antal brukare
Personlig assistans	17
Boendestöd	145–150
Daglig verksamhet	218
Daglig sysselsättning	59
SoL-boende	66
Gruppboende	76
Serviceboende	74

### Hemsjukvård

Antal inskrivna patienter 2022	Antal sjuksköterskor	Antal sjukgymnast/ fysioterapeut	Antal Arbetsterapeut	Antal undersköterskor
420	30	7	8	10

Antal äldre per fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut inom hemsjukvården är ca 2500, då alla som är över 18 år och inte kan ta sig till vårdcentralen och har behov av rehab insatser i bostaden ingår i rehab enhetens ansvarsområde. Rehabenheten gör ca 350 hembesök per månad, varav 200 av dessa är till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En väl fungerande samverkan både internt och externt och på alla nivåer är nödvändig för att främja patientens bästa och för att minska risken för att patienten ska drabbas av en vårdskada. Till exempel behöver övergångar mellan vårdenheter och samverkan med primärvården vara väl fungerande för att patienten ska få en god och säker vård.

Nyköpings kommun ingår i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) med gemensamma samverkansmål för Sörmland. Nära vårdssamverkan organiseras genom att 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 från länets huvudmän genom länets närvårdsstruktur samt från nationell nivå genom bland annat partnerskap med SKR och Socialstyrelsen, men det kan också komma direkt från myndigheter med ansvar för frågor inom socialtjänst och vård. NSV har ansvar för att stödja och främja samverkan mellan region Sörmland och länets nio kommuner när det gäller olika målgrupper och områden.

Nyköpings kommun ingår även i den läns-gemensamma styrgruppen för närvård, där representanter från länets nio kommuner, region Sörmland och FoU Sörmland arbetar för att skapa förutsättningar för att

invånarna i Sörmland ska få en jämlik vård. Divisionschef för DSO är representant för Nyköpings kommun i länsstyrgruppen.

Det finns även samverkansgrupper inom samverkansstrukturen för närvård i Sörmland, där verksamhetschef HSL är representant för Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra äldre (ASÄ), och verksamhetschef inom funktionsstödomsorgen representerar Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder (ASPF). I dessa samverkansgrupper ligger frågorna på verksamhetsnivå och representanterna i dessa grupper ansvarar för att förankra beslut som tas i länsstyrgruppen i respektive verksamhet. Arbetsgrupperna syftar även till att stärka samverkan mellan kommunen och regionen samt vara ett forum för samråd och erfarenhetsutbyte inom respektive område.

Sedan 2021 finns även arbetsgruppen ”Lokal samverkan äldre” som uppkom för att säkerställa en bättre samverkan på verksamhetsnivå. I arbetsgruppen finns representanter för samtliga vårdcentraler i Nyköping, kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, geriatriska kliniken, SSIH, Alma-teamet och ambulansen. Syftet med arbetsgruppen är att förbättra samarbetet mellan verksamheterna och utifrån beslut som tas på ASÄ utveckla identifierade förbättringsområden, till exempel gällande utskrivningsprocessen och utvecklandet av nära vård.

Hemsjukvården har flera olika regelbundna samverkansmöten med olika enheter inom regionen, som till exempel psykiatri, vårdcentraler, SSIH och ambulansen, för att stärka samverkan och föra en öppen dialog gällande gemensamma frågor. Enhetschef för sjuksköterskor i särskilt boende bokar samverkansmöten med andra enheter när det dyker upp ett behov av det.

Under 2022 har ett stort arbete startats upp i att revidera de länsgemensamma rutiner som finns på Regionens samverkanswebb för att möta upp omställningen till en nära vård. I detta arbete ingår bland annat den riktlinje för ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” som syftar till att patienten ska ha en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan, men även andra dokument som styr samarbetet mellan region och kommun. Det har under 2022 anordnats workshops av region Sörmland där representanter från kommunen deltagit, för att starta i gång arbetet med omställningen till nära vård. Det har sedan utifrån dessa workshops startats upp arbetsgrupper som ska revidera befintliga dokument. Från Nyköpings kommun har vi representant i den arbetsgrupp som arbetar med ”Trygg hemgång och effektiv samverkan”, och där är det medicinskt ansvarig sjuksköterska som deltar.

Det finns även en del ämnesspecifika arbetsgrupper där det finns representanter från kommunal verksamhet, bland annat diabetes och hjärtsvikt.

### **Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården**

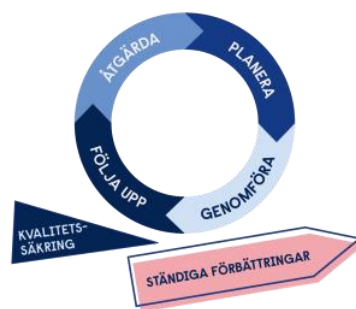
Det finns ett avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården mellan regionen och samtliga kommuner i Sörmland, som beskriver hur läkarmedverkan ska utformas och att uppföljning ska ske årligen. Det länsövergripande avtalet är översatt till lokala överenskommelser mellan respektive vårdcentral och Nyköpings kommun. Uppföljningen genomförs av MAS och rapport skickas till enheten för Hälsoval, som är ansvariga för administration av invånarnas val av vårdcentral. Uppföljningar görs under slutet av året och vid uppföljningstillfällena medverkar MAS och enhetscheferna för sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef för respektive vårdcentral. De utvecklingsområden som lyfts generellt vid 2022 års uppföljningar av avtal för läkarmedverkan är följande:

- Att samtliga verksamheter deltar i de gemensamma forum som finns (till exempel lokal samverkan äldre, där inte alla vårdcentraler medverkar idag).
- Vi behöver bli bättre på att kommunicera tydligt med hjälp av SBAR, även i Prator.
- Utveckla arbetet med SIP.
- Förbättra arbetet med läkemedelsgenomgångar, framför allt fördjupade.
- In- och utskrivningar i hemsjukvården ska ske i samråd med läkare på vårdcentralen.

Utöver de generella utvecklingsområdena har det under 2022 varit svårt att få till en kontinuitet i läkarbemanningen på korttidsboendet, vilket orsakat svårigheter i uppföljning av patientärenden. Dialog har skett mellan verksamhetschef på ger-/rehab kliniken och enhetschef för sjuksköterskorna på korttidsboendet för att följa upp detta, och verksamhetschef för ger-/rehab kliniken har en plan för att förbättra kontinuiteten i läkarbemanningen under 2023.

### **Samverkan inom divisionen**

Inom division social omsorg har det under början av 2022 tagits fram ett styrdokument som beskriver hur divisionen ska arbeta med kvalitetsledningssystemet för att säkerställa att processer och rutiner säkrar verksamhetens kvalitet på ett systematiskt sätt. Arbetet med kvalitetsledningssystemet har fått en nystart under 2022 i och med framtagande och implementering av detta styrdokument, och det är ett omfattande arbete som kommer fortgå för att förbättra och vidareutveckla processer och rutiner. Kvalitetsutvecklare finns inom varje verksamhetsområde, och det bedrivs ett gemensamt arbete i divisionsövergripande frågor i form av nätverksträffar, där arbetet hålls ihop av en kvalitetsutvecklare med särskilt ansvar för samordning. Genom ett systematiskt arbete med kvalitetssäkring sprids goda erfarenheter i organisationen genom att vi lär av varandra, vi förhindrar att fel upprepas och vi säkerställer en säker vård för medborgarna. I division social omsorg ska vi arbeta enligt förbättringshjulet:



En övergripande strategi för att säkerställa patientsäkerheten är att det under början av 2022 har arbetats fram ett års hjul för respektive verksamhetsområde, som innehåller de egenkontroller och uppföljningar som behöver göras både på divisionsövergripande, verksamhetsövergripande och på enhetsnivå för att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs för en god och säker vård.

Årshjulet har inom äldreomsorgen följts upp månadsvis på kvalitetsmöten, där verksamhetschef, kvalitetsutvecklare för respektive verksamhetsområde, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsstrateger deltar. Vid kvalitetsmötet ses det över vem som ska ansvara för att åtgärderna för kommande månad blir genomförda och hur det ska genomföras, samt följs upp att återkopplingar och rapporter till nämnd blir genomförda och vem som ansvarar för det.

Resultatet av att detta mötes forum är att det finns en tydlighet i organisationen över vilka åtgärder som ska göras under året, och det säkerställs även att de sker i samtliga verksamhetsområden under samma period och att de blir genomförda enligt plan.

Inom funktionsstödomsorgen är motsvarande forum en träff som kallas kvalitetsteam, där HR, kvalitetsutvecklare, socialpedagoger, stödpedagog, fritidskoordinator och verksamhetschef deltar. Mötet fungerar på liknande vis, men det saknas representation från hälso- och sjukvården vid dessa träffar, vilket kan leda till att hälso- och sjukvårdsperspektivet ibland saknas vid uppföljning av kvalitet inom området. Inom funktionsstödomsorgen sker det i stället separata träffar en gång per månad mellan verksamhetschef, kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Strukturen för ledningslag inom äldreomsorgen har under 2022 varit att det funnits representanter från samtliga verksamheter i ett och samma forum. Det har inom äldreomsorgen varit ett möte där deltagare är verksamhetschef, verksamhetsstrateger, chefsrepresentanter från hemtjänst, särskilt boende, myndighet och hälso- och sjukvård samt även kvalitetsutvecklare inom samtliga områden vilket har bidragit till en förbättrad samverkan och tydlig styrning för samtliga områden. Enhetscheferna har sedan haft verksamhetsmöten där man arbetar tillsammans med verksamhetsfrågor utifrån det som framkommit på ledningslaget.



Inom funktionsstödomsorgen har det under 2022 funnits representanter från alla verksamhetsområden vid ledningslag, vilket har underlättat samverkan mellan de olika enheterna. Det har däremot inte funnits representant för hälso- och sjukvården i ledningslagsstrukturen, vilket hade varit önskvärt för en förbättrad samverkan i gemensamma frågor. Dock har enhetschef inom hälso- och sjukvården deltagit vid ledningslag för FSO då det funnits behov av samverkan inom gemensamma frågor, till exempel inför planeringen av sommaren.

Hemtjänsten har varje vecka teamträff, i enlighet med Nyköpings hemtjänstmodell. Medverkar vid denna träff gör enhetschef, planerare och omvårdnadspersonal. På träffen går teamet igenom hemtjänstbeslut, insatstider och restid för att uppnå en faktisk planering. Det säkerställs även att varje hemtjänstkund har en kontaktpersonal och uppdaterad genomförandeplan. Vid behov bjuds handläggare eller legitimerad personal in för att delta.

Under 2022 har det utarbetats en ny rutin för hälsokonferens, som implementerats inom särskilt boende för äldre och implementering är påbörjad inom hemtjänsten. Vid hälsokonferensen deltar enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Hälsokonferensen är ett forum som finns till för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering för den enskilda patienten genom en väl fungerande samverkan mellan de olika professionerna med fokus på den enskilde patienten. Hälsokonferensen syftar även till att höja kvaliteten i vården genom att man arbetar systematiskt med nationella kvalitetsregister och främjar ett hälsofrämjande förhållningssätt. På de enheter inom äldreomsorgen där man under en längre tid arbetat aktivt med hälsokonferenser syns det en tydlig skillnad i statistiken gällande genomförda bedömningar och åtgärder i senior alert. En försvårande faktor för hemsjukvårdens del är att inte hemtjänsten får ersättning från nämnden för hälsokonferenser, och därför finns inte arbetssättet inom de privata hemtjänstgrupperna där hemsjukvården har hälso- och sjukvårdsansvaret. Inom funktionsstödomsorgen genomförs en till två gånger per termin på varje enhet inom grupp- och servicebostad samt SoL-boenden. Eftersom man inte arbetar med Senior Alert eller BPSD inom FSO har enhetschefer tillsammans med sjuksköterskor gjort bedömningen att hälsokonferenser inte behöver ske lika ofta som inom område äldre.

Under 2022 har hemsjukvården påbörjat ett arbete med att utbilda hemtjänstpersonal inom olika teman vid APT varje månad, till exempel kateter, sår och palliativ vård. Det är ett arbete som påbörjats under slutet av året och planen är att det ska implementeras i sin helhet under 2023. Insatsen syftar till att höja kompetensen hos hemtjänstpersonalen inom områden där man har identifierat att det finns ett behov av det.

Det har under hösten 2022 startats ett utvecklingsarbete inom palliativ vård, där kvalitetsutvecklare inom Nära vård är ansvarig för arbetet i samarbete med kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård. Det har formats en arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från

hemsjukvård och särskilt boende där man sett över hur den palliativa vården fungerar idag och vad det finns för behov framåt. Det har även skett en workshop tillsammans med de undersköterskor som gått utbildning inom palliativ vård, där de fått bidra med sina tankar kring hur de ser att deras uppdrag kan vara format, och utifrån detta har det tagits fram ett förslag till uppdragsbeskrivning för palliativt ombud. Det har även utarbetats ett förslag till rutin för symtomlindring vid vård i livets slutskede via subkutan kvarliggande kateter. Arbetet syftar till att höja kvaliteten inom den palliativa vården, att förbättra arbetet med palliativregistret genom att de palliativa ombuden är engagerade i det arbetet samt att förbättra vården för den enskilda patienten genom att kunna erbjuda snabbare tillgång till symtomlindring vid vård i livets slutskede.

På korttidsboendet genomförs vårdplaneringsmöten tillsammans med patient och/eller närstående för att planera den fortsatta omvårdnaden. Deltar vid dessa möten gör handläggare, omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom 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 medan divisionerna och de centrala enheterna ansvarar för sina verksamhetsspecifika system. Således följer ansvaret för informationssäkerhet det ordinarie verksamhetsansvaret. Det innebär att den som är ansvarig för ett visst verksamhetsområde och 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 som har i uppgift att stötta ledningen, verksamheterna och medarbetare i informationssäkerhetsfrågor, vilket divisionen för tillfället saknar.

Rapporter om säkerhetsincidenter går till en gemensam 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 och 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 sätt, och ingår i rapporteringen av avvikelser till nämnden.

Under 2022 har fyra ärenden rapporterats och registrerats som informationssäkerhetsincident. Utredning av dessa har lett till åtgärder i form av genomgång av befintliga rutiner i verksamheten. En anledning till att det registreras få informationssäkerhetsincidenter är sannolikt att kommunens riktlinjer- och rutiner inte är kända i verksamheterna, och att det saknas samverkan mellan kommunens säkerhetskansler och divisionen. Det finns idag en webbutbildning om informationssäkerhet som är obligatorisk för alla medarbetare i Nyköpings kommun, och varje chef är ansvarig för att deras medarbetare får tid och förutsättningar att genomgå utbildningen. Det finns även ytterligare en utbildning om informationssäkerhet som inte är obligatorisk, den handlar om dataskydd i kommunal verksamhet och GDPR.

Det finns en riktlinje framtagen av MAS för hantering av NPÖ (Nationell patientöversikt). NPÖ är ett nationellt system som syftar till att stärka patientsäkerheten genom effektivare flöden och övergång mellan region, kommun och privata vårdgivare. Med stöd i patientdatalagen skapas genom NPÖ en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter och därmed säkerställa en patientsäker vård. Patienten ska informeras om legitimerad personals möjlighet att inhämta information, under förutsättning att patienten samtycker till att uppgifterna hämtas ur patientens journal.

För säker informationsöverföring, planering och kommunikation mellan kommunens verksamheter, slutenvård, primärvård och psykiatrisk öppenvård används systemet Prator.

Vid tidigare års journalgranskningar genomförda av medicinskt ansvarig sjuksköterska har det funnits brister i dokumentation av samtycke till bland annat informationsöverföring, men det är något som har förbättrats betydligt vid 2022 års granskning jämfört med tidigare år.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

### **En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. På divisionsövergripande nivå har det tagits fram en mall och en handlingsplan för att genomföra riskanalyser på individnivå, dessa ska implementeras under 2023 i samtliga verksamheter.



Under slutet av 2022 har patientsäkerhetsfrågan väckts till liv genom att patientsäkerhetsträffar genomförs en gång per månad, där medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård, hemtjänst, särskilt boende och funktionsstödomsorgen samt verksamhetsstrateger inom äldreomsorgen deltar. Vid dessa träffar lyfts patientsäkerhetsfrågor som vi behöver arbeta vidare med i andra forum, som till exempel att starta upp ett arbete med Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE, SKR). Förhoppningen med denna arbetsgrupp är att den ska skapa en dialog med öppen kommunikation kring risker och behov i verksamheterna.

Hur enheterna arbetar för att främja en öppen dialog för att främja patientsäkerheten sker på olika vis, vissa enheter arbetar mycket med detta medan vissa inte har kommit lika långt.

### **Hälso- och sjukvården**

Inom hälso- och sjukvården sker arbetet genom att det vid verksamhetsmöte och APT varannan vecka ges tid för reflektion kring öppna frågor om arbetsmiljö, även vikten av att skriva avvikelser diskuteras, och att det behöver finnas en öppenhet i det. Att avvikelser inte sker för att peka ut enskilda personer görs tydligt för grupperna vid dessa tillfällen och exempel på avvikelser lyfts för att erfarenheter av inträffade händelser ska bidra till ett lärande i gruppen.

Ett framtida mål för hemsjukvården är att det ska finnas avsatt tid för reflektionsgrupper med frivilligt deltagande från medarbetarna, där det ges utrymme att diskutera dessa frågor öppet med kollegor, och att det finns en reflektionsledare som kan föra samtalet framåt. Hemsjukvårdens medarbetare har påbörjat hospitering i andra verksamheter, och medarbetare från andra verksamheter erbjuds att hospitera inom hemsjukvården. Syftet med detta är att skapa förståelse för varandras verksamheter och främja ett öppet klimat i samarbetet med varandra.

För sjuksköterskorna i särskilt boende genomförs det teammöten på respektive enhet tillsammans med enhetschef för sjuksköterskorna, där det ges möjlighet att lyfta aktuella frågor i mindre grupp innan det lyfts gemensamt på APT. Tanken är att detta ska kunna skapa en mer öppen dialog.

### **Äldreomsorgen**

Samtliga verksamheter har avvikelser som en stående punkt på APT, där det ges utrymme för öppna frågor kring ämnet. Under 2022 har alla chefer inom särskilt boende och hemtjänst deltagit vid en workshop och introduktion av medicinskt ansvarig sjuksköterska gällande patientsäkerhet och arbetsmiljö utifrån den vägledning som SKR tagit fram. Utifrån resultatet av denna workshop har det tagits fram utvecklingsområden som verksamheten behöver jobba vidare med; Att tydliggöra kvalitetsledningssystemet, riktlinjer och rutiner och att säkerställa följsamheten till dessa. Det kommer under 2023 ske ett fortsatt arbete tillsammans med MAS för att utveckla dessa områden.

## **Funktionsstödomsorgen**

Även inom funktionsstödomsorgen finns avvikelser som en stående punkt på APT, och det ges utrymme för att prata öppet om ämnet. Under 2022 har arbetet inom FSO utvecklats med att genomföra riskanalyser på brukarnivå, något som man planerar att fortsätta utveckla under 2023.

## **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.



## **Äldreomsorgen**

17 medarbetare inom äldreomsorgen har blivit klara med utbildningen specialistundersköterska demens, en 200 YH-poängs utbildning, vilken syftar till att öka kvaliteten inom demensvården genom att personalen kan bidra till att handleda kollegor och att vidareutveckla arbetet.

Inom palliativ vård är det 27 medarbetare som gått vidareutbildning, en kurs som är 30 YH-poäng och syftar till att medarbetaren ska kunna identifiera och föreslå åtgärder för att förbättra omvårdnaden vid livets slutskede.

Under 2022 har medarbetare på Mariebergsgården, hemtjänst city och hemtjänst Tystberga fått utbildning i äldreomsorgens nationella värdegrund utifrån Socialstyrelsens vägledning. Förväntad effekt av utbildningen är att medborgare i Nyköpings kommun får leva ett värdigt liv och att de får känna välbefinnande, och att medarbetare får en samsyn om värdegrundens betydelse i äldreomsorgen. Fler grupper kommer att få ta del av utbildningsinsatsen som fortsätter även under 2023.

All hemtjänstpersonal har under 2022 fått genomgå webbutbildning i basal hygien var tredje månad, i syfte att stärka följsamheten till basala hygienrutiner. All hemtjänstpersonal har även fått utbildning i Nyköpings hemtjänstmodell under 2022. Modellen syftar till att öka kvaliteten i genomförandeplanerna genom att de skrivs ur ett hälsofrämjande perspektiv.

Enhetschefer och hygienombud har fått digital utbildning i vårdhygien. Hygienombud ska finnas på varje enhet. Syftet med dessa utbildningar är att stärka arbetet med hygienronder och att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner i samtliga verksamheter för att minska risken för smitta och smittspridning.

## **Funktionsstödomsorgen**

Inom funktionsstödomsorgen har sjuksköterskorna tagit fram en utbildning gällande läkemedelshantering inför delegering, och denna har genomförts på vissa enheter under 2022, och ska appliceras i sin helhet under 2023. Utbildningen syftar till att skapa en mer säker delegering och läkemedelshantering inom funktionsstödomsorgen.

Samtliga enhetschefer har under 2022 fått utbildning av hygiensjuksköterska avseende hygienrund egenkontroller av basal hygien. Enhetschefer och hygienombud har även fått digital utbildning i vårdhygien. Hygienombud ska finnas på varje enhet. Syftet med dessa utbildningar är att stärka arbetet med hygienrunder och att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner i samtliga verksamheter för att minska risken för smitta och smittspridning.

Utifrån de brister som framkommit vid tillsyn av nämnd inom FSO har utbildningsinsatser genomförts av IT, sjuksköterskor och kvalitetsutvecklare. Utbildningsinsatsen har innehållit HSL-dokumentation, social dokumentation, delegering och läkemedelshantering och samtliga medarbetare har omfattats av utbildningsinsatsen.

### **Hälso- och sjukvården**

Inom hemsjukvården har två sjuksköterskor vidareutbildat sig till distriktssköterskor, en distriktssköterska examinerades 2022 och en blir färdig med sin utbildning våren 2023. Att det finns specialistutbildade sjuksköterskor i verksamheten bidrar till en mer kvalitetssäkrad vård för den enskilde patienten.

En sjuksköterska inom hemsjukvården har gått en kurs på 7,5 högskolepoäng inom demens, och kommer att få använda sin kompetens genom att vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården och kopplade till demensteamet inom hemtjänsten.

Två sjuksköterskor inom hemsjukvården har gått en kurs på 7,5 högskolepoäng inom diabetes. Dessa två sjuksköterskor kommer att använda sin kompetens genom att delta i diabetesnätverket i samverkan med regionen och övriga kommuner i länet och dela med sig av kunskaper och erfarenheter till sina kollegor. Nästan alla sjuksköterskor har deltagit vid Region Sörmlands sjuksköterskedagar 2022, där de under en heldag fått utbildning inom hjärtsvikt, ryggsmärta och reumatiska sjukdomar. Sjuksköterskedagarna är en årligt återkommande utbildning där sjuksköterskor i kommunal verksamhet erbjuds att delta till en lägre kostnad, och där samtliga sjuksköterskor brukar delta varje år.

Inom särskilt boende är det ett par sjuksköterskor som deltagit vid svensk sjuksköterskeförenings sjuksköterskedagar med tema ”Sjuksköterskans kompetens – nyckel till hälsa”.

Två sjuksköterskor inom särskilt boende har deltagit vid demensdagarna 2022, i syfte att få utbildning och inspiration inom området som kan appliceras i deras dagliga arbete.

Dokumentationsutbildning har tagits fram av dokumentationsgrupper inom respektive enhet, och utbildning har skett för samtliga medarbetare under 2022 för att säkerställa en dokumentation som lever upp till de krav som ställs på verksamheten. En säker och tydlig dokumentation förväntas ge effekt för den enskilde patienten genom att skapa en säker vårdkedja, där det går att följa bedömning, hälsoplan, åtgärder och uppföljningar systematiskt i patientens journal.

Sjuksköterskorna inom särskilt boende har gått en utbildning i stärkt självledarskap, vilket ska leda till lugna och trygga sjuksköterskor som ger bättre och mer säker vård. Förhoppningen med utbildningsinsatsen var att minska sjukskrivningar och omsättning av sjuksköterskor, vilket ger förbättrad kontinuitet för patienten och en mer säker vård.

Medarbetare från rehab enheten har deltagit i ett flertal utbildningar under 2022, som samtliga syftar till att kvalitetssäkra vården för den enskilde patienten. Utbildningar som deltagits i och syftet med dessa är följande:

- Förflyttningskunskap – Säkrare förflyttningar och ökad delaktighet för patienten.
- Funktionellt sittande, positionering – Förbättra sittandet i rullstol.
- Palliativ vård – kvalitetssäkra den palliativa vården ur ett rehabperspektiv.
- Fallpreventionsutbildning – För att identifiera fallrisk i tidigt skede och förebygga fall.
- Lyftar och selar – Funktioner, placering av selar och att optimera användandet av selar till olika patienter. Hur man kan använda lyften för att underlätta i olika moment i omvårdnaden.
- Kognitiva hjälpmedel – Att hitta rätt hjälpmedel för att patienten ska kunna vara mer självständig i sin vardag.

## **Säker bemanning utifrån kunskap om erfarenhet och kompetens**

### **Äldreomsorg**

I hemtjänsten används planeringssystemet Life Care, där man lägger in medarbetare utifrån kompetens och delegering, och insatser planeras utifrån dessa faktorer. Hemtjänsten arbetar i geografiska team och säkerställer att rätt kompetens finns där den behövs, vilket är en förutsättning för att planera ut de insatser som ska utföras.

Inom särskilt boende planeras bemanningen utifrån att det alltid ska finnas utbildad och delegerad personal i tjänst, men vid enstaka tillfällen kan det bli svårt att leva upp till det vid till exempel hög sjukfrånvaro.

### **Funktionsstödomsorg**

Bemanningen inom FSO planeras utifrån att det alltid ska finnas utbildad och delegerad personal i tjänst, och det har under 2022 drivits ett förändringsarbete där rekryteringsförfarandet har setts över för att förbättra förutsättningarna inför sommaren 2023. Detta har gjorts genom att tidigarelägga arbetet med att rekrytera sommarvikarier, att säkerställa kompetens hos den personal som rekryteras och effekten av detta förväntas bli en bättre planerad bemanning under sommaren 2023.

### **Hälso- och sjukvård**

En stor svårighet har under flera års tid varit att rekrytera och behålla personal inom hälso- och sjukvården, vilket lett till ett stort behov av att ta in inhyrd personal i verksamheten. Detta försvårar möjligheterna att planera schemaläggning utifrån kunskap och kompetens. Även om den inhyrda personalen ofta har många års erfarenhet av yrket som sjuksköterska saknas det kunskap om rutiner och arbetssätt för just denna verksamhet. Kommunal hälso- och sjukvård är ett komplext och självständigt arbete som det tar tid att sätta sig in i, och när det är få ordinarie personal på plats skiftas fokus från att

arbeta vårdpreventivt till att det utförs ett arbete som fokuserar på direkt patientarbete. Hög andel inhyrd personal försämrar även kontinuiteten för patienterna. Under 2022 har det skett en stor minskning av andelen inhyrd personal inom framför allt hemsjukvården, men det tar också tid när det finns mycket nyanställd personal att komma in i arbetet och hitta former för att arbeta mer vårdpreventivt.

Inom hemsjukvården är målet att fördelningen av sjuksköterskor i de fyra team som finns ska ske utifrån erfarenhet och kompetens, så att det finns en jämn spridning i gruppen och att inte något team består av endast nyanställda sjuksköterskor. På jourtid planeras det för att det alltid ska finnas minst en mer erfaren sjuksköterska i tjänst tillsammans med mer nyanställda, men det är inte alltid det fungerar. Till följd av sjukfrånvaro och vakanser i verksamheten är det ibland enbart inhyrd personal som arbetar kvällar och helger.

Inom särskilt boende försöker man fördela sjuksköterskorna så att det inte är för många nyanställda på samma enhet, men med tanke på de svårigheter som finns att rekrytera och behålla personal är det ofta svårt att leva upp till det.

Inom rehabenheten förs en öppen dialog kring placering av medarbetare utifrån kompetens, erfarenhet och intresse samtidigt som det planeras för att alltid ha erfaren personal blandat med ny personal på enheterna.

## **Att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbeten**

### **Äldreomsorg**

I äldreomsorgen arbetar varje enhetschef för att göra nya rutiner kända, och de lyfts vid APT i respektive grupp. Det har under 2022 funnits en kvalitetsutvecklare inom hemtjänst och en inom särskilt boende som arbetat för att öka kunskapen om förbättrings- och implementeringsarbeten. Under 2022 har det blivit tydligt att det finns mycket lokala rutiner ute på enheterna, som tagits fram för att säkerställa att enheten lever upp till de krav som ställs. Detta har lett till att det arbetas olika på olika enheter, och det har identifierats ett behov av att se över hur och var rutiner ska beslutas för att säkerställa att vi erbjuder lika vård med samma goda kvalitet till alla medborgare. Detta är ett arbete som behöver ses över under 2023.

Inom särskilt boende har det under 2022 tillsatts en tjänst som kvalitetsutvecklare i första linjen på varje boende utifrån statsbidrag "Ett hållbart arbetsliv". Uppdraget för denna funktion är att ta fram en gemensam grundstruktur för arbetet inom särskilt boende, samt att inventera befintliga rutiner och checklistor. Syftet är att med riktade insatser på enhetsnivå, kopplat till det arbete som sker på verksamhetsnivå, få till en långsiktig förbättring och kvalitetsarbete. Det som genomförts under 2022 är att det tagits fram en gemensam introduktionsplan och genomförandeplaner har granskats. En av kvalitetsutvecklarna har även varit deltagare i den grupp som arbetat med att utveckla och implementera avvikelseprocessen på divisionsövergripande nivå. Funktionen som kvalitetsutvecklare i första linjen planeras fortlöpa även under 2023, men det är idag inte klart om det kommer finansieras av statsbidrag.



## Funktionsstödomsorg

Inom funktionsstödomsorgen lyfts förändringar vid APT på samtliga enheter. Lokala rutiner implementeras av enhetschef på enheten. Rutiner på verksamhetsnivå lyfts på ledningslag av kvalitetsutvecklare och om det gäller en ny riktlinje bjuds MAS in för att presentera den. Utifrån detta ansvarar därefter varje enhetschef för att ta informationen vidare till sina medarbetare på enheten. Bedömningen av kvalitetsutvecklare inom FSO är att det här är ett väl fungerande arbetssätt och att nya rutiner eller processer görs kända på enheterna.

## Hälso- och sjukvård

Inom hemsjukvården lyfts nya rutiner och arbetssätt vid APT eller verksamhetsmöten. Nya rutiner mejlas ut, men sätts även in i pärmar för att finnas lätt tillgängliga för varje team.

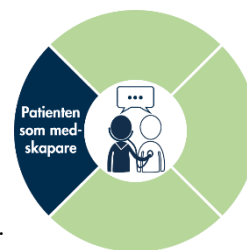
Ett sätt att skapa systemförståelse och kunskap är att involvera medarbetarna i förbättrings- och implementeringsarbeten, som till exempel i arbetet med att utveckla den palliativa vården. Det här är ett område som vi kan arbeta för att utveckla ytterligare. Inom hälso- och sjukvården har det under 2022 anställts en kvalitetsutvecklare som ska arbeta för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Inom särskilt boende och rehabenheten finns det aktiva dokumentationsgrupper som kontinuerligt arbetar för att förbättra dokumentationen och återkopplar till gruppen vid verksamhetsmöten. Inom hemsjukvården har det startats en dokumentationsgrupp under slutet av 2022 med syfte att arbeta med samma förbättringsarbete. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård kommer att delta i dokumentationsgrupperna under 2023.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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



De patienter som har flera kontakter inom hälso- och sjukvården har rätt att få hjälp med samordning av dessa insatser, och för att underlätta det samarbetet finns en överenskommelse om att det ska ske en gemensam individuell planering (SIP) för dessa patienter. Utifrån den riktlinje som tagits fram syftar SIP till att skapa en flexibel planering i insatserna utifrån patientens behov, säkerställa kontinuitet och främja en gränsöverskridande samverkan med insatser som ges integrerat i stället för i separata spår. Denna planering ska alltid ske tillsammans med patienten och med respekt för självbestämmande och integritet, om patienten samtycker kan även närstående delta i planeringen. Arbetet med SIP fungerar idag väl i de fall det gäller en patient som har mycket omfattande vårdbehov och insatser som ska samordnas från många olika aktörer, men det skulle kunna ske SIP i fler fall även för patienter med mindre omfattande

vårdbehov för att underlätta samordningen av de insatser som planeras. Detta är ett område som kan utvecklas ytterligare i omställningen till en nära vård som pågår just nu.

Det finns en tydlig kommunövergripande rutin för hur synpunkter och klagomål som inkommer ska hanteras, diarieföras och återkopplas till den som inlämnat synpunkten eller klagomålet och samtliga verksamhetsområden uppger att de arbetar enligt denna. Det finns även en rutin för hur synpunkter ska sammanställas och följas upp under året, vilket är ett arbete som behöver arbetas vidare för att utveckla, idag är detta inte någonting som genomförts på verksamhetsnivå.

### **Äldreomsorg:**

Inom äldreomsorgen erbjuds alla som flyttar in/blir ny hemtjänstkund ett välkomstsamtal, dit även närstående bjuds in om så önskas. Vid behov erbjuds även ytterligare samtal när det finns önskemål om det eller det finns frågor som den boende eller närstående vill diskutera. Vid välkomstsamtal deltar enhetschef, kontaktpersonal och även legitimerad personal. Kontaktpersonal frågar alltid närstående när de vill ha kontakt och hur ofta, sen sker de kontakterna utifrån individuella behov.

Det finns något som kallas brukarråd inom särskilt boende, som genomförs fyra gånger per år. I brukarrådet deltar de som bor på boendet och varje möte har olika teman. En gång per år går man igenom resultat från brukarundersökningen.

Genom att hemtjänsten arbetar utifrån processen som tagits fram i Nyköping hemtjänstmodell säkerställs det att hemtjänsten arbetar hälsofrämjande och att kunden görs delaktig i sina beslut, genom att kunden medverkar vid framtagande av genomförandeplanen och uppföljning av den.

### **Funktionsstödomsorgen:**

Välkomstsamtal genomförs vid inskrivning med enhetschef och legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. Om patienten samtycker och önskar det kan även närstående delta vid samtalet. Om behov finns bokas ytterligare samtal med patient och/eller närstående och patienten är utifrån förmåga delaktig i planeringen av sin vård och behandling.

### **Hälso- och sjukvården:**

Det ingår i yrkesansvaret som legitimerar personal att alltid arbeta utifrån patientens behov, och vid inskrivning ställer man alltid frågan till patienten hur hen vill ha det och vad som är viktigt för hen. All vård som sker i hemsjukvården ska ske i dialog med patienten och/eller närstående, men uppdraget går inte alltid att styra då det är regionen som lämnar uppdrag till hemsjukvården utifrån deras bedömning. I hälso- och sjukvården har det under 2022 gjorts ett förbättringsarbete inom dokumentationen, där bland annat hälsoplanerna är en del av det område som arbetats med. När vi blir bättre på att skriva hälsoplaner,

som bygger på att patienten eller närstående är delaktiga, kommer vi även förbättra patientens delaktighet i sin vård och behandling.

Hemsjukvården har haft en planeringsdag under 2022, dit man bjudit in en patient och en anhörig att delta för att skapa en dialog kring vad som är viktigt även utifrån anhörig- och patientperspektiv. Ett initiativ som kan lyftas som positivt exempel på något som skulle kunna bjudas in till i fler verksamheter framöver. När det inkommer synpunkter och klagomål från patienter eller anhöriga sker en dialog där enhetschef kontaktar berörd person och återkopplar på det sätt som den som inlämnat klagomålet eller synpunkten önskar. Ibland önskas ett möte eller ett telefonsamtal och ibland sker återkopplingen skriftligt.

### **Anhörigstöd:**

Vård- och omsorgsnämnden har under 2022 fattat beslut om en riktlinje för anhörigstöd, i syfte att tydliggöra anhörigperspektivet för alla som möter anhöriga i sitt vardagliga arbete, för att uppmärksamma anhörigas behov och ge stöd utifrån sin yrkesroll. Riktlinjen tydliggör ansvarsområden för det övergripande anhörigstödet, chefer och arbetsledare, anhörigombud och även övrig personal inom kommunens verksamheter. Det övergripande anhörigstödet ger råd, stöd och information till anhöriga, både enskilt och i grupp med undantag för anhöriga till personer med demenssjukdom – de hänvisas till resursteam demens för anhörigstöd. Det övergripande anhörigstödet erbjuder utbildningar och träffar för de anhörigombud som finns i verksamheterna. De arbetar även för att utveckla samverkan både internt och externt.

Inom samtliga verksamheter ska det finnas anhörigombud, vars uppgift är att sprida kunskap i sin arbetsgrupp kring anhörigas situation och även att vara en kontaktväg till det övergripande anhörigstödet. Anhörigombuden ska även delta vid de utbildningar och träffar som det övergripande anhörigstödet bjuder in till. I november 2022 hölls en 3 timmar lång föreläsning om anhörigperspektiv och anhörigsamverkan, och till det tillfället var det 200 medarbetare som anmält sig, och oftast är det ett högt deltagande vid de träffar som erbjuds för anhörigombuden.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

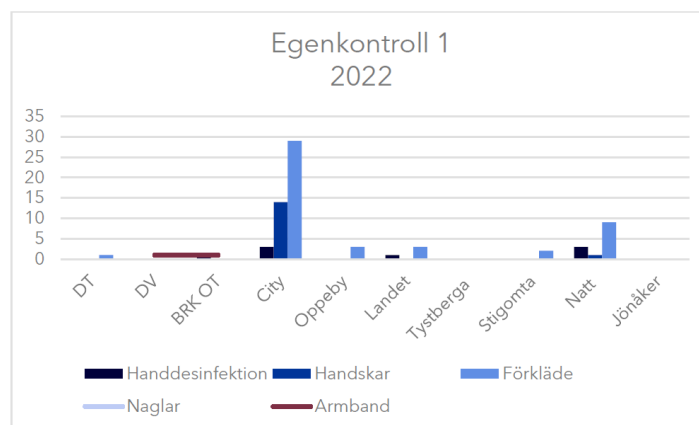
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

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.

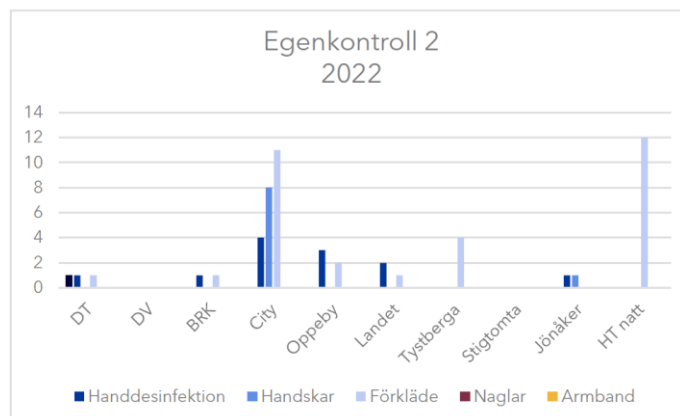
### **Basal hygien - Hemtjänst**

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter inom DSO äldreomsorg i Nyköpings kommun.

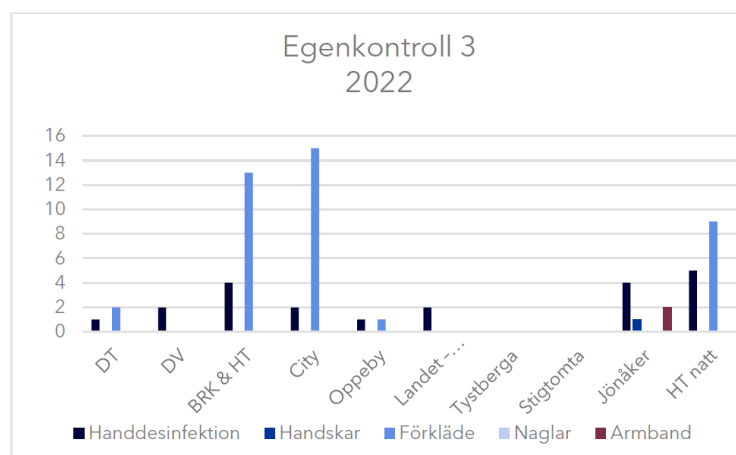
**Resultat:** Hemtjänsten har genomfört fyra egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef. Det är första året det görs sammanställning av resultat på verksamhetsnivå, och det finns därför inte resultat från föregående år att jämföra med.



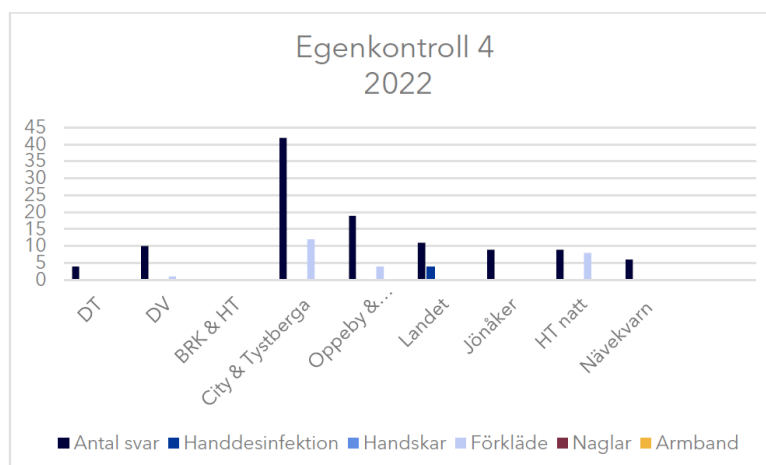
Vid första egenkontrollen var det totalt 259 egenkontroller som inkom. Av dessa var det 8 som inte följde rutiner för handdesinfektion, 15 som inte använde handskar och 47 som inte använde förkläde i omvårdnadsmoment, 1 egenkontroll följde inte regler för naglar och 3 hade smycken/armband. De grupper som avviker mest från basala hygienrutiner är hemtjänst city och nattpatrullen, medan demensteamet, hemtjänst Tystberga, hemtjänst Jönåker och dagverksamhet för personer med demensdiagnos har en näst intill hundra procentig följsamhet.



Vid egenkontroll 2 har det inkommit 199 svar, varav 23 brister i handdesinfektion, 9 gällande användande av handskar, 32 användande av förkläde men inga brister gällande naglar och smycken.



Vid den tredje egenkontrollen inkom 156 svar. 21 visade brister i handdesinfektion, 1 handskar, 40 användande av förkläde och 2 använde smycken, men inga brister rapporterades gällande naglar.



Vid den fjärde egenkontrollen inkom 110 svar. Av dessa visade 4 brister i handdesinfektion och 25 användande av förkläde, men inga brister gällande handskar, naglar och armband rapporterades. Resultat saknas för hemtjänst Brandkärr och hemgångsteamet vid egenkontroll nummer 4.

**Analys av resultat:** Resultatet har sammanställts på verksamhetsnivå och återkopplats till enhetscheferna, som utifrån resultatet arbetat fram en åtgärdsplan. De brister som framkommit är framför allt följsamhet gällande användning av förkläde vid vård- och omsorgsarbete, särskilt i två hemtjänstgrupper. Även handdesinfektion före och efter arbetsmoment är ett område som behöver förbättras, dock är resultatet förbättrat gällande handdesinfektion vid årets sista egenkontroll, vilket tyder på att återkommande webbutbildningar i basal hygien haft effekt i hemtjänstgrupperna.

**Åtgärd:** Webbutbildning basal hygien ska ske regelbundet för alla medarbetare. Ny rutin för smittförebyggande åtgärder anger minst en gång per år för alla medarbetare, men enligt åtgärdsplan ska detta genomföras var tredje månad. Basal hygien ska vara en stående punkt på APT på samtliga enheter,

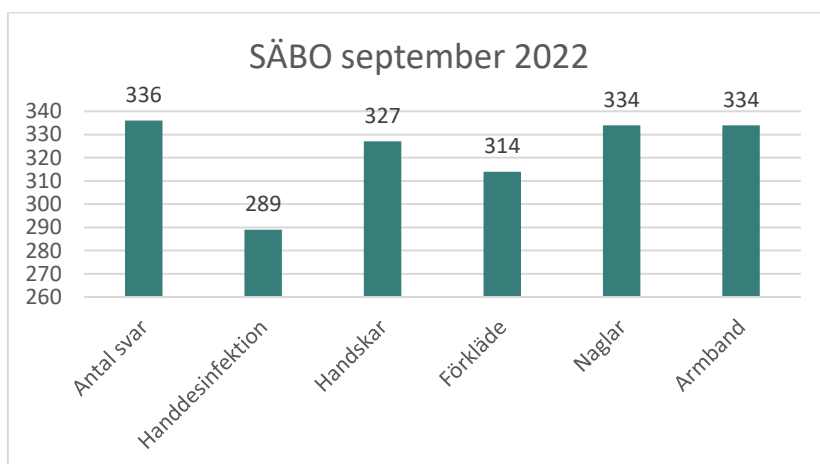
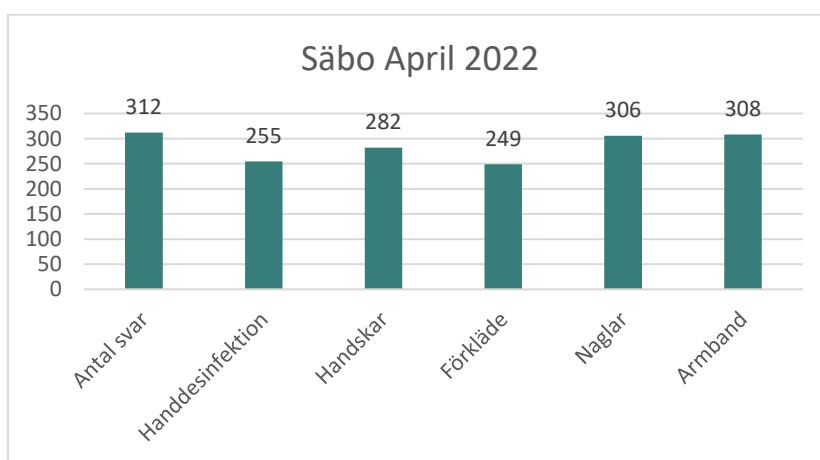
och hygienombud ska utses på alla enheter. Behov av att revidera rollbeskrivningen för hygienombud. Hygienombud och chefer ska delta på de utbildningar som vårdhygien erbjuder. Resultat av egenkontrollen ska analyseras på respektive enhet med en åtgärdsplan.

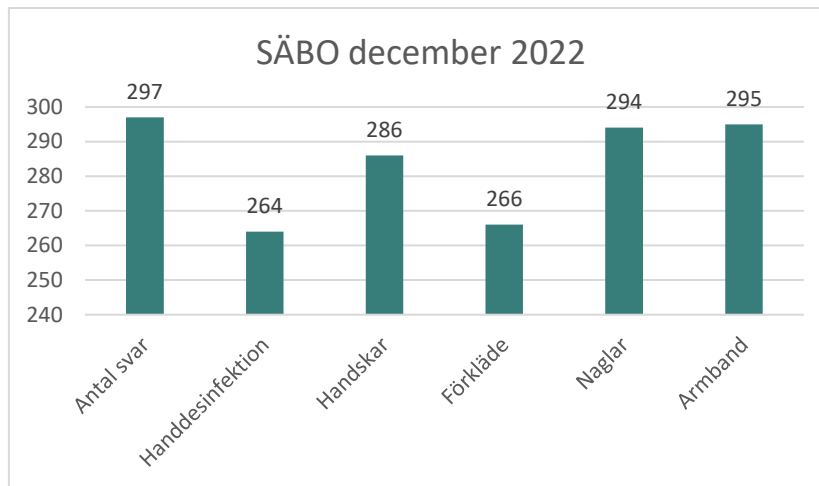
**Uppföljning av åtgärd:** Åtgärder följs upp löpande under året genom sammanställning och analys av om genomförda åtgärder på enheten givit effekt på resultatet.

### Basal hygien – Särskilt boende för äldre

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter inom DSO äldreomsorg i Nyköpings kommun.

**Resultat:** Inom SÄBO har det genomförts tre egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef. De brister som framkommit är framför allt följsamhet gällande användning av förkläde vid vård- och omsorgsarbete och handdesinfektion före arbetsmoment. Det är första året det görs sammanställning av resultat på verksamhetsnivå, och det finns därför inte resultat från föregående år att jämföra med. Tabellerna nedan visar antal svar och följsamhet till respektive moment i den basala hygien:





**Analys av resultat:** Resultatet har sammanställts på verksamhetsnivå och återkopplats till enhetscheferna, och utifrån resultatet har det arbetats fram en åtgärdsplan. De förbättringsområden som identifierats är följande:

- Öka följsamheten basal hygien
- Aktualisera ombudsrollen basal hygien
- Öka följsamheten av plastförkläde vid omvårdnadssituation
- Öka följsamhet av handdesinfektion före och efter omvårdnadssituation.

**Åtgärd:** De åtgärder som planerats för att uppnå förbättringar är att webbutbildning basal hygien ska ske var tredje månad och att basal hygien är en stående punkt på APT. Hygienombudsrollen behöver tydliggöras och det behöver möjliggöras utrymme för att arbeta med uppdraget. Hygienombud och enhetschef ska delta i de utbildningar som vårdhygien erbjuder 2 gånger per år. Vid bristande följsamhet till basala hygienrutiner ska samtal genomföras enskilt med medarbetare av enhetschef.

**Uppföljning av åtgärd:** Åtgärder följs upp löpande under året genom sammanställning och analys av om genomförda åtgärder på enheten givit effekt på resultatet.

### **Basal hygien - Funktionsstödomsorg**

**Mål:** Öka följsamheten gällande basal hygien och att uppnå 100% följsamhet på samtliga enheter.

**Resultat:** FSO har genomfört egenkontroller under 2022, där medarbetarna själva fått utföra en självskattning utifrån den mall som finns på regionens samverkanswebb. Ansvarig för genomförandet är hygienombud tillsammans med enhetschef.

**Analys av resultat:** Det har inte skett någon sammanställning och analys av resultatet av egenkontrollerna inom FSO under 2022.

**Åtgärd och uppföljning:** Under 2023 behöver sammanställning av resultatet ske på verksamhetsnivå och återkopplas till enheterna för att sedan ta fram åtgärder på enhetsnivå utifrån resultat och de förbättringsområden som synliggörs vid sammanställning.

## Journalgranskning

**Mål:** Att dokumentation sker enligt lagar och föreskrifter för att säkerställa en god och säker vård för den enskilde patienten.

**Resultat:** Totalt 580 egenkontroller har lämnats in till MAS inför rapport till nämnden, vilket är 345 fler än 2021. Enligt MAS rapport håller dokumentationen en god standard, anteckningarna är skrivna med respekt för patientens integritet, är tydliga och lätta att förstå. Det finns kontaktuppgifter till anhöriga och samtycken dokumenterade i de flesta journaler. Dock finns en del brister som identifierats och som behöver utvecklas för att säkerställa en god och säker dokumentation.

**Analys av resultat:** Utifrån resultatet av MAS rapport om granskning av HSL-journaler har handlingsplan tagits fram utifrån varje enhet inom hälso- och sjukvården med åtgärder som ska följas upp under våren av 2023.

**Åtgärd:** Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvården har under slutet av 2022 och början av 2023 deltagit på verksamhetsmöten för samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården för att återkoppla det som framkommit i MAS journalgranskning samt gått igenom den åtgärdsplan som tagits fram, för att göra den känd bland medarbetarna och tydliggöra syfte och mening med de åtgärder som utförs.

Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården har startat upp dokumentationsgrupper som består av medarbetare som är särskilt intresserade av att arbeta med förbättringar inom dokumentationen.

Grupperna träffas regelbundet och diskuterar aktuella frågor gällande dokumentation. Övriga medarbetare kan skicka in frågor till dokumentationsgrupperna, som sedan återkopplas efter deras möten.

Sjuksköterskorna inom särskilt boende och rehabenheten har haft aktiva dokumentationsgrupper sedan tidigare, och nu har även hemsjukvården startat upp en dokumentationsgrupp. Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård deltar i samtliga dokumentationsgrupper.

Som åtgärd för att förbättra dokumentationen har dokumentationsgruppen för sjuksköterskor inom särskilt boende tagit fram ett utbildningsmaterial som används för att utbilda kollegorna. Utbildning är genomförd för alla nyanställda sjuksköterskor, och kommer även att genomföras för samtliga medarbetare under början av 2023. Ett par månader efter utbildningstillfället bjuder gruppen in till en uppföljningsträff, med möjlighet att ta upp frågor som uppstått efter det första tillfället. Som extra åtgärd för funktionsstödomsorgen har en medarbetare som är erfaren genomfört en riktad insats genom att på ett verksamhetsmöte gå igenom hur hälsoplaner dokumenteras.

Hemsjukvårdens dokumentationsgrupp är helt nystartad, men även denna dokumentationsgrupp har fått i uppdrag att ta fram ett material för utbildning av kollegor under vintern 2022-2023, med fokus på de



områden som MAS journalgranskning visat har behov av förbättring. För att få till en enhetlig dokumentation inom hälso- och sjukvården planeras det för gemensamma träffar för dokumentationsgrupperna inom särskilt boende och hemsjukvården under 2023.

Rehabenheten har fått en genomgång av de brister som framkommit i MAS journalgranskning av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och åtgärdsplan har tagits fram.

Att det finns brister i dokumentation av läkemedelsgenomgångar är ett område som lyfts vid möten med vårdcentralerna, i och med att det är ett arbete som sker i samråd mellan sjuksköterska och läkare. Under november 2022 genomfördes uppföljningar av avtal för läkarmedverkan av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsammans med enhetschefer för sjuksköterskorna och verksamhetscheferna på respektive vårdcentral. Vid dessa tillfällen har enhetscheferna för sjuksköterskorna lyft vikten av att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras på rätt vis i både kommunens och regionens journalsystem.

En åtgärd utöver det som står med i handlingsplanen är att påbörja kollegial journalgranskning, och det är någonting som först kommer att testas för sjuksköterskorna inom särskilt boende under 2023 för att 2024 implementeras i övriga verksamheter. En försvårande faktor är att sjuksköterskorna inte får gå in i journaler där det inte finns en patientrelation, så för att kunna möjliggöra kollegial journalgranskning måste avidentifierade journaler skivas ut. Det försvårar granskningen att en utskriven journal är svår att följa när utskrivna texter sorteras efter sökord. Planen är därför att ett antal avidentifierade journaler skrivs ut, och att kvalitetsutvecklare därefter plockar ut ett antal bra och mindre bra exempel på texter som sedan används vid ett utbildningstillfälle för diskussion i grupper.

**Uppföljning av åtgärd:** Uppföljning av planerade åtgärder och om de utförts samt om de haft tillräcklig effekt kommer att genomföras vid ett möte mellan enhetschefer inom hälso- och sjukvården och kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård under mars 2023. Då ses det även över om ytterligare åtgärder behöver vidtas för att förbättra dokumentationen under 2023.

## **Delegeringar**

**Mål:** Att säkerställa att delegeringar genomförs i enlighet med MAS riktlinje för delegering och att utbildningsnivån för den omvårdnadspersonal som har en delegering säkerställs.

**Resultat och analys av resultat:** Verksamheten har efter MAS rapport om delegeringar hösten 2022 startat i gång arbetet med att legitimerad personal utför egenkontroller som kommer att sammanställas för att följa upp hur många delegeringar som utfärdas och vilken utbildningsnivå den personal som delegeras har. Dock är detta ett arbete som relativt nyligen påbörjats och det finns ännu inte tillräckligt underlag för att göra en sammanställning för 2022 att redovisa i årets patientsäkerhetsberättelse. I systemet för digital signering framgår det inte vilken utbildningsnivå som delegerad personal har, och det går därför inte att sammanställa statistik över detta.

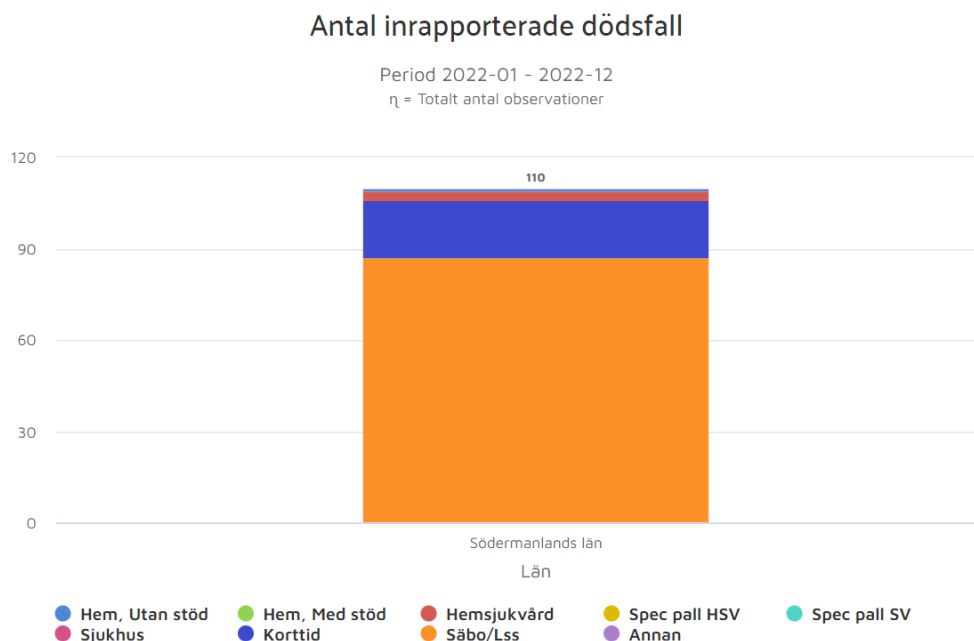
**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 säkerställa att det genomförs egenkontroller av enhetschefer gällande hur många delegeringar som genomförs varje månad och vilken utbildning den delegerade personalen har. Att under 2023 säkerställa att sjuksköterskorna för statistik på genomförda delegeringar och utbildningsnivå på den omvårdnadspersonal som delegeras och att statistiken redovisas för MAS kvartalsvis.

## Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Genom att vårdpersonal svara på en enkät med ca 30 frågor om hur vården varit den sista veckan i livet sammanställs vilken kvalitet som vården håller. Därefter kan resultaten användas för att följa upp och förbättra.

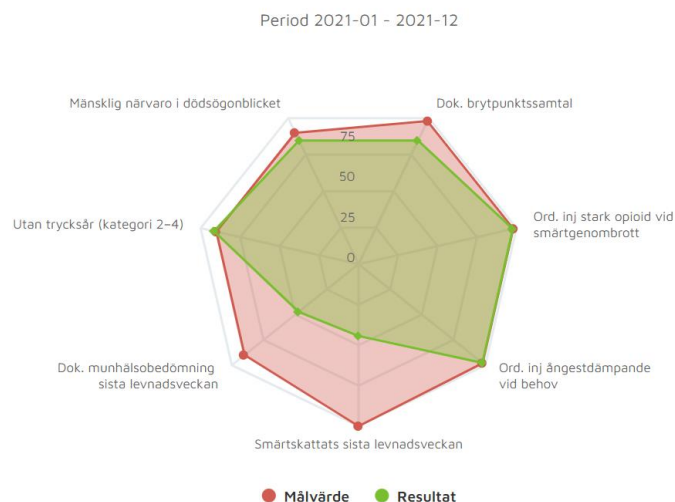
**Mål:** Att förbättra vården i livets slut för patienten och dess närstående.

**Resultat:** Under 2022 har det rapporterats in totalt 110 dödsfall i palliativregistret av division social omsorg i Nyköpings kommun. Av dessa är 87 inom säbo/lss, 19 korttidsboende och 3 inom hemsjukvården, en inrapporterad är ordinärt hem utan stöd.

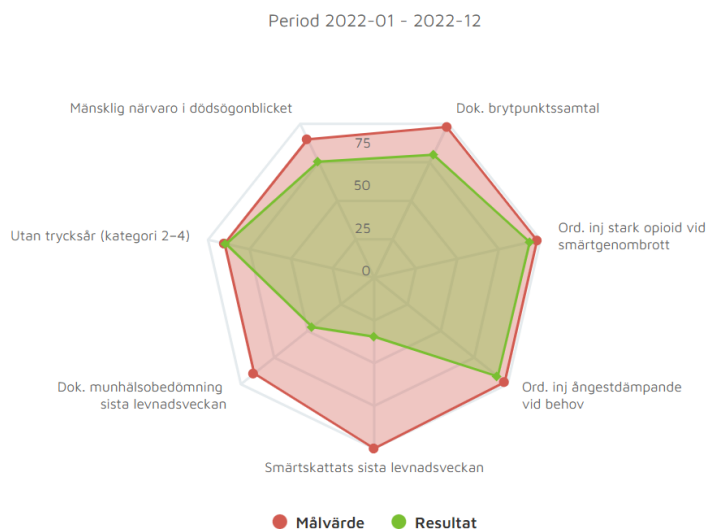


För att få en tydlig överblick av hur resultatet speglas ur vårt arbete med vården i livets slutskede kan årets resultat sammanställas i ett spindeldiagram, där kvalitetsindikatorer visar om vi uppnår målvärdet för en god vård i livets slutskede. Nedan syns spindeldiagram för 2021 och därefter för 2022 för samtliga enheter inom DSO:

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

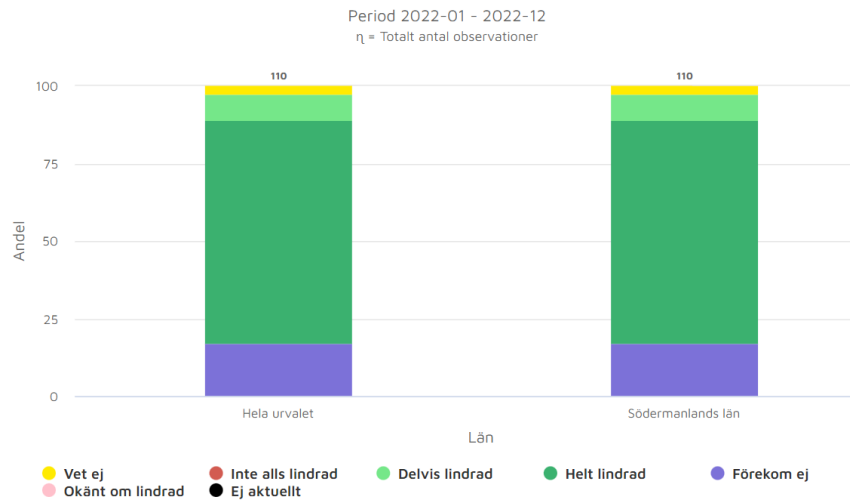


## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Det område där vi under 2022 uppnår målvärdet är att patienten avlider utan trycksår. Gällande mänsklig närvaro i dödsögonblicket har resultatet försämrats sedan 2021, vilket även gäller dokumentation av brytpunktssamtal. Ordination av stark opioid vid smärtgenombrott och ångestdämpande injektion vid behov har också försämrats, även om vi fortsatt ligger nära målvärdet inom dessa två områden. Försämring gäller även dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan, där målvärdet ligger långt över uppnått resultat. Dokumentation av munhälsobedömning har inte försämrats jämfört med föregående år, men där är resultatet lågt jämfört med målvärdet.

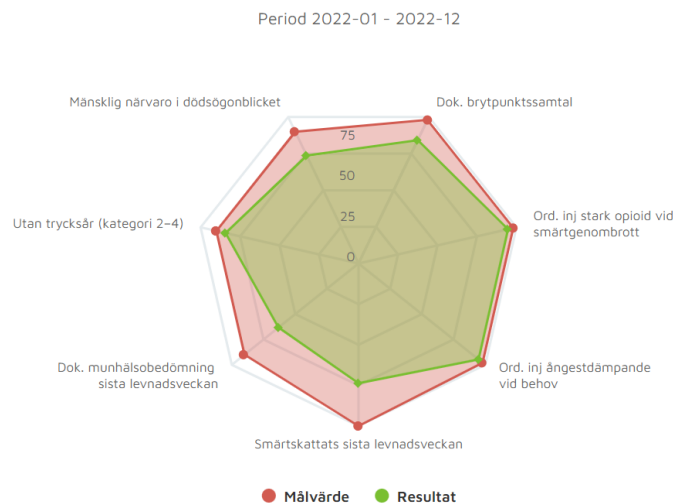
## Förekomst och lindring av smärta



Tittar vi på förekomst och lindring av smärta hos de patienter som vårdats i livets slutskede ser vi att vi uppnår goda resultat. I 71,8% av fallen har smärtan kunnat lindras helt, och i 8,2% av fallen har den delvis lindrats. Det finns inget fall där inte smärtan kunnat lindras alls. Dock visar resultatet av utförda smärtskattningar sista levnadsveckan att 34,5% har fått en genomförd smärtskattning, vilket innebär att det ofta inte finns en validerad bedömning av om smärtan lindrats av läkemedel.

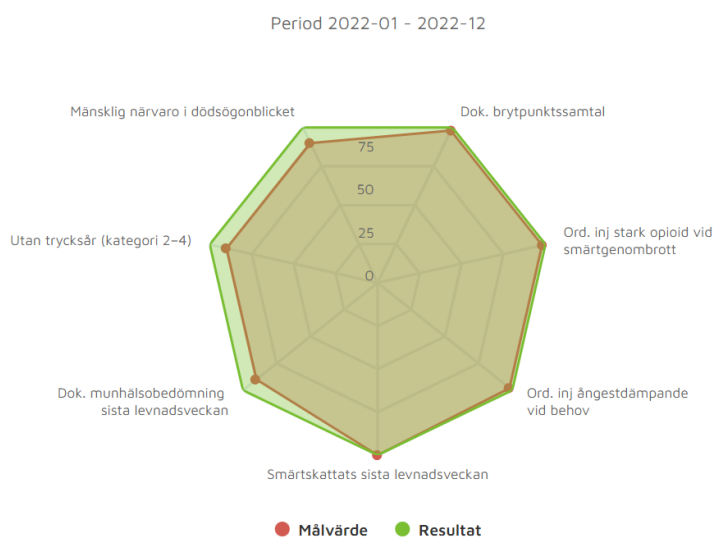
Det finns enheter inom kommunen som sticker ut positivt med sitt resultat jämfört med övriga enheter, och det är Lundagården och korttidsboendet som uppnår goda resultat. Nedan syns spindeldiagrammet för korttidsboendet, där det syns en tydlig skillnad i genomförda munhälsobedömningar och smärtskattningar sista levnadsveckan jämfört med kommunen som helhet, på korttidsboendet registrerades 19 dödsfall under 2022:

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Nedan syns spindeldiagrammet för Lundagårdens besvarade enkäter i palliativregistret, där det syns att det finns en mycket väl fungerande vård i livets slutskede inom samtliga områden. Lundagården hade tio rapporterade dödsfall under 2022:

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



**Analys av resultat:** Det finns flera områden att arbeta vidare med för att förbättra vården i livets slut för våra patienter och närstående. Resultatet har försämrats under 2022 jämfört med 2021, och de tydligaste områdena att utveckla gäller smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Det finns enheter som lever upp till målvärdena, och andra som är långt ifrån att uppnå dem. Idag saknas det regelbunden uppföljning och analys av resultat på enhetsnivå inom kommunen och genom att börja med att efterfråga uppföljning och åtgärder utifrån resultat kan vi även arbeta vidare med att utveckla de områden som vi inte når tillräckliga resultat inom. Att ta lärdom av de enheter där det finns ett väl fungerande arbetssätt kan hjälpa andra enheter att utveckla sitt arbete.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 följa upp resultat kvartalsvis på verksamhetsnivå med återkoppling till enheterna för framtagande av åtgärder för att förbättra resultatet inom de områden där enheten inte uppnår målvärdet.

Det har under 2022 arbetats fram en rutin för smärtlindring via subkutan kvarliggande kateter som förhoppningsvis kommer förbättra resultatet av både smärtlindring och genomförda smärtskattningar sista levnadsveckan, då rutinen innehåller att delegerad omvårdnadspersonal ska genomföra smärtskattning innan kontakt med sjuksköterska och efter given smärtlindring.

Det har även under 2022 arbetats fram en funktionsbeskrivning för palliativt ombud, som ska finnas på varje enhet, i syfte att kvalitetssäkra och höja kompetensen på varje enskild enhet gällande vård i livets slut. Det finns 27 undersköterskor inom DSO som har fått vidareutbildning inom palliativ vård under 2022, dessa kommer få arbeta med uppdraget som palliativt ombud på enheterna under 2023.

## BPSD

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte och mål att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD), och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eller kognitiv sjukdom.

**Mål:** Att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom genom vårdåtgärder som minskar förekomst av BPSD.

**Resultat:** Under året genomfördes administratörs utbildningar till Lundagården, Koggen, Fruängskällan samt till övriga enheter med behov att utbilda administratörer. Vid utbildningarna deltog undersköterskor, specialistundersköterskor med inriktning demens, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, verksamhetssamordnare, enhetschefer samt verksamhetschef. Alla blev inte färdiga med sin utbildning.

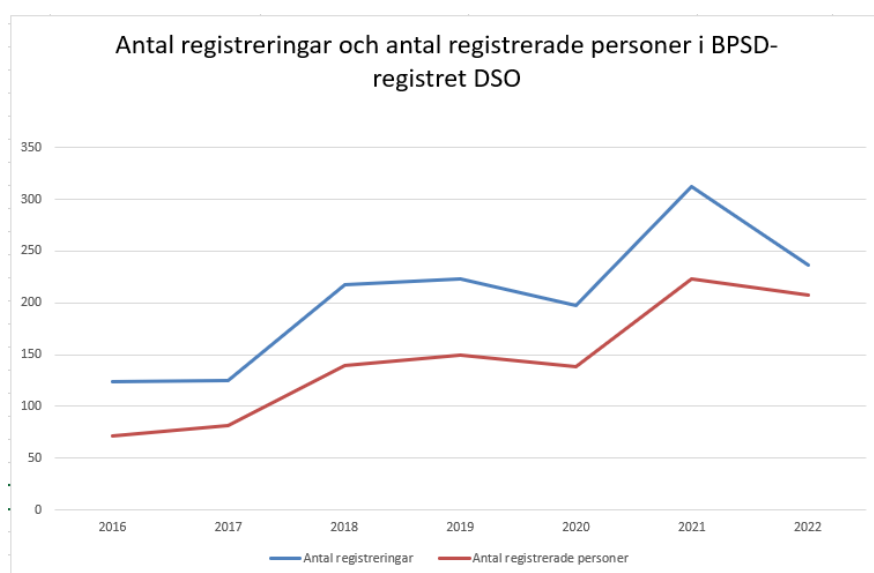
Enligt registret utbildades 42 personer, där tillkommer fler personer som tidigare var administratörer, men som utbildats igen för att få till samarbetet i de multiprofessionella teamen på enheterna. Därav har dessa personer inte registrerats utbildade igen.

En tre timmars utbildning för biståndshandläggarna med inriktning äldre har genomförts för att öka upp kunskapen kring demens och BPSD-registret.

De certifierade utbildarna har tillsammans med Resursteamet Demens specialistundersköterskor erbjudit enheter stöd i implementeringen av arbetssättet i BPSD och ett tydligare arbetssätt kring detta planeras att arbetas fram under 2023.

**Analys av resultat:** Antal registrerade personer har minskat med 4% och antal registreringar har minskat med ungefär 12% jämfört med 2021. Detta kan förklaras av att de certifierade utbildarna uppmanat enheterna att göra noggranna registreringar framför öka antalet registreringar (se figur 1).

**Figur 1.**

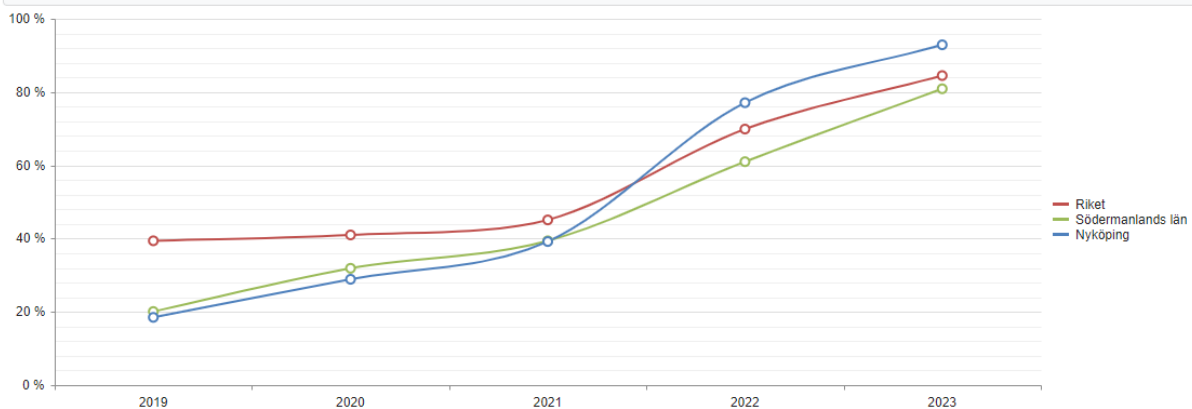


Vikten av teamarbete och att notera hela teamets medverkan vid registrering har tydliggjorts på utbildningarna under året. Arbetet med att uppmuntra till teamarbete och att öka andelen registrerade i team har gett resultat (se figur 2).

Figur 2.

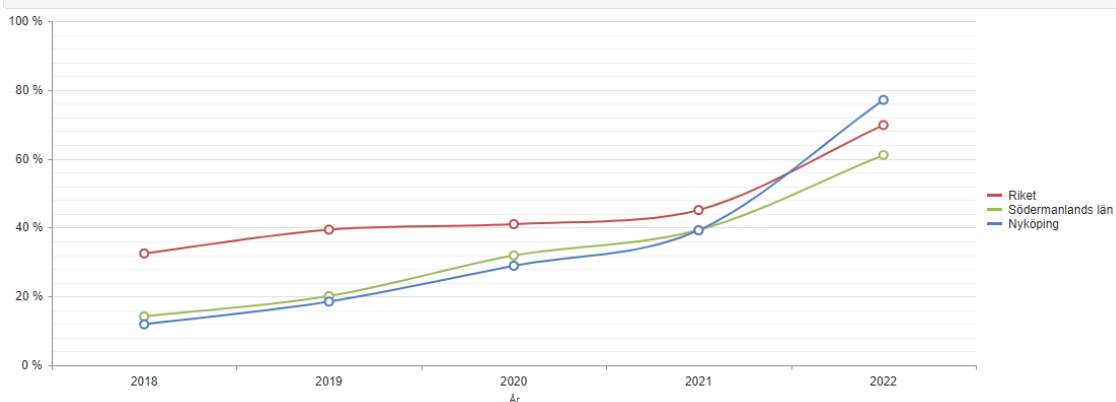
Södermanlands län    Nyköping    -- Välj stadsdel --    föregående    2023    nästa

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).



Södermanlands län    Nyköping    -- Välj stadsdel --    föregående    2022    nästa

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).



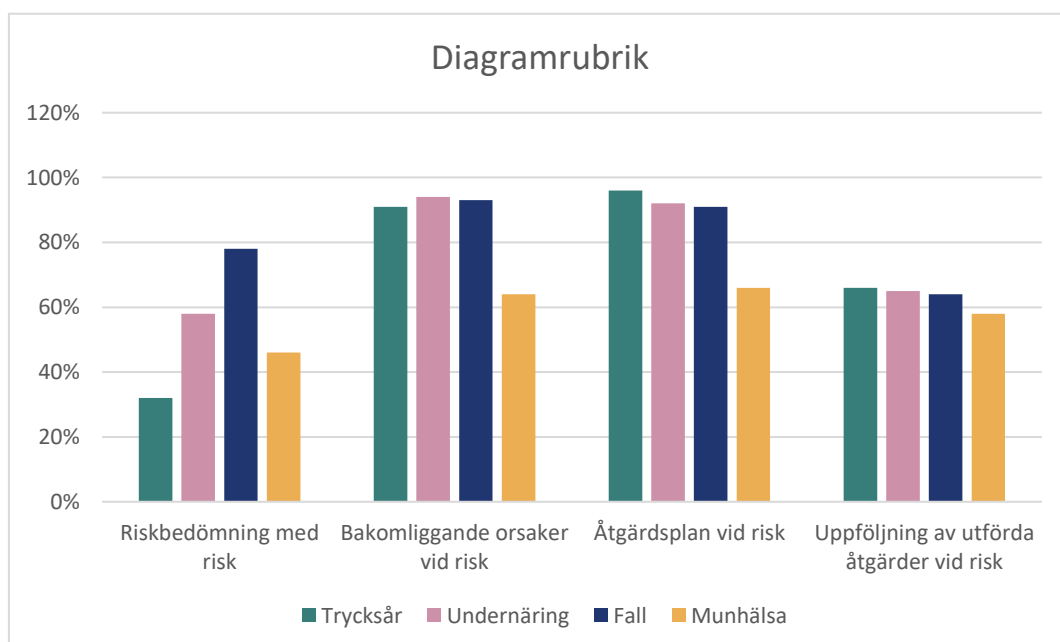
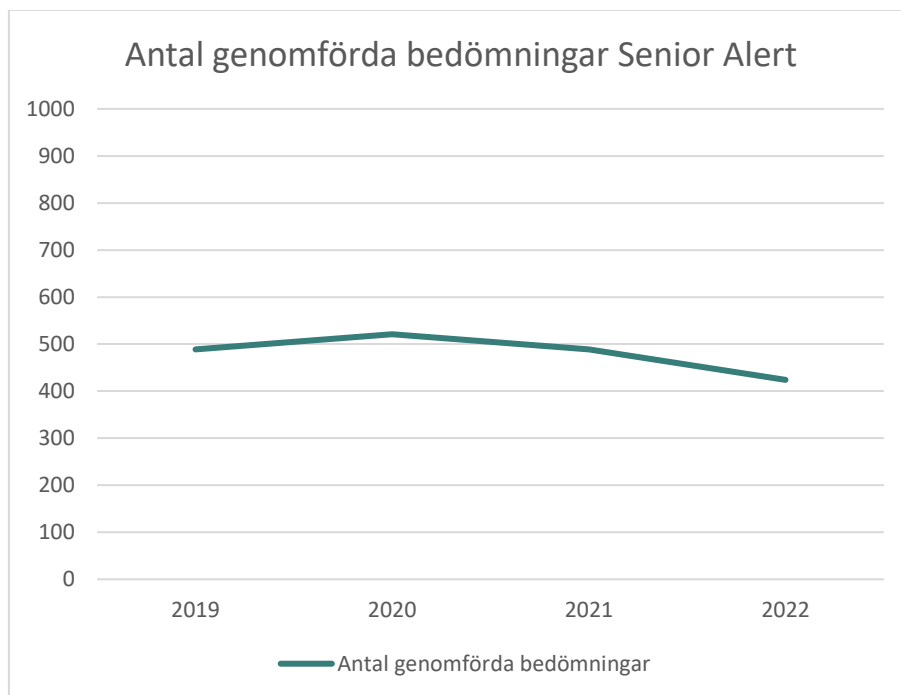
**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Förbättringsområdet som kvarstår från 2022 är att kunna ge ett ökat stöd till de administratörer som finns, ett önskemål är att erbjuda administratörsträffar med syfte att fördjupa kunskapen i registret.

Det finns fortsatt stort behov och efterfrågan inom DSO att utbilda fler BPSD-administratörer.

## Senior Alert

**Mål:** Enligt rutin för Senior alert ska varje individ som skrivs in i kommunal vård och omsorg för äldre få en riskbedömning gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa, vid inskrivning och därefter minst en gång per år. Utifrån resultatet på riskbedömningar ska bakomliggande orsaker bedömas och därefter ska en hälsoplan med åtgärder tas fram utifrån individens behov samt följas upp regelbundet. Målet från 2021 års patientsäkerhetsberättelse var att utveckla ett analysarbete under 2022 för att följa upp resultat och att öka antalet registreringar i Senior Alert.

### Resultat:





**Analys av resultat:** Målet att öka antalet registreringar i Senior Alert uppnås inte. Antalet bedömningar har minskat från 489 år 2021 till 424 genomförda bedömningar 2022. Det finns ingen systematisk uppföljning av resultat varken på enhets- eller verksamhetsnivå idag. Däremot har arbetet med hälsokonferenser implementerats under 2022 inom äldreomsorgen, vilket förhoppningsvis kommer leda till att vi ser ett ökat antal registreringar i Senior Alert under 2023, då arbetet med Senior Alert är en del av hälsokonferensen.

Positivt är att en hög andel av de registreringar som görs och visar sig innehålla risk även innehåller bedömning av bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner, däremot behöver arbetet förbättras med att genomföra uppföljningar av utförda åtgärder vid risk.

Behovet kvarstår av att utveckla en systematisk uppföljning av resultatet både på enhets- och verksamhetsnivå för att säkerställa en kvalitetssäkring. Idag saknas analyser av resultat ifrån kvalitetsregistret.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Att under 2023 följa upp resultat kvartalsvis på verksamhetsnivå med återkoppling till enheterna för framtagande av åtgärder för att förbättra resultatet.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Varje år genomförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunens verksamheter av en extern apotekare för att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån de föreskrifter och riktlinjer som finns. Under 2022 var fokusområden för granskningarna följande:

- Narkotikahantering
- Tillgång till och användande av läkemedelslista
- Läkemedelshantering och lokala rutiner
- Insulinordinationer
- Städ rutiner för läkemedelsskåp/-förråd och arkivering

Det utfördes även kontroll i akut- och buffertläkemedelsförrådet och i de patientbundna läkemedelsskåpen på de enheter där det förekom, och kontroll av dokumentation av förvaringstemperatur i läkemedelsrum och kylskåp utfördes. Utifrån resultat av kontrollerna tas förbättringsförslag fram, apotekaren skriver en rapport som återkopplas till MAS och skickas till enheterna som deltagit i granskningen.

**Mål:** Säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån gällande föreskrifter och riktlinjer

### **Särskilt boende för äldre**

**Resultat:** De flesta enheter hanterar nycklar till medicinskåp. Nycklarna är inte personliga och kvitteras av personal vid början och slutet av ett arbetspass. Nyckelhanteringen har brister på många enheter, och det vanligaste är att nyckelförvaringen är bristfällig eller att kvittering av nycklarna uteblir. Nycklarna förvaras i

olåsta skåp, vilket gör det enkelt för obehöriga att komma åt dem. De nyckelskåp som har kod saknar rutin för regelbundet byte av kod.

Två enheter hade oreviderade lokala rutiner för läkemedelshantering. På de flesta enheter finns de uppdaterade och personalen känner till var de finns. Många enheter saknade signaturförtydligandelistor vid driftsstopp.

Samtliga av kommunens enheter brister i dokumentation av batchnummer för insulin, vilket finns behov av att tydliggöra syfte och mening med för att säkerställa att det utförs. Rengöring av dosetter dokumenteras inte, vilket föreslås skrivas in i lokala rutinen för läkemedelshantering att de ska bytas till en diskad dosett vid varje påfyllning.

Gällande förvaring av läkemedel i buffertförråd föreslås att de gamla metallskåpen som är trånga och mörka tas bort och att de utrymmen där skåpen förvaras omvandlas till ett läkemedelsrum med bättre möjligheter till förvaring med bättre ordning och därigenom förbättrad patientsäkerhet. Det finns idag en del brister kring förvaring och ordning i kylskåp och hur personbundna läkemedel förvaras på vissa enheter. Det finns även brister i hållbarhetskontroll av läkemedel, och temperatur i kylskåp där det förvaras läkemedel ska kontrolleras dagligen.

Narkotikahandlingen är väl fungerande och det har inte förekommit något svinn enligt rapporten. Narkotikajournaler finns ifyllda och kontrollräkning sker. Endast enstaka brister i kontrollräkning under semesterperioder har konstaterats.

Det har påträffats läkemedel i förråden som är avidentifierade och sparats efter att en patient avlidit eller läkemedel satts ut, och detta får inte förekomma. Det finns i vissa fall mycket läkemedel som ska kasseras kvar i förvaringen. Läkemedel som ska kasseras ska skickas till förbränning så ofta som möjligt.

### **Grupp- och servicebostad**

**Resultat:** Samtliga enheter har godkända lokala rutiner för 2022, men vissa saknar en årlig revidering.

Personbundna läkemedel förvaras i patienternas låsbara läkemedelsskåp som endast personal har tillgång till. Hållbarhetskontroller, städning och hantering av läkemedelsavfall sker enligt rutinerna. Hos vissa enheter är hållbarhetskontroll otydlig och behöver förtydligas.

Narkotikaklassade läkemedel förvaras i patientens läkemedelsskåp och kontrollräkning sker månadsvis. Avvikelse följs upp och dokumenteras enligt rutin. Inga avvikelser hittas vid stickprov. Avvikelse bör skrivas vid avvikande temperatur i kyl eller missad narkotikakontroll för uppföljning.

Det behövs en rutin för arkivering av tidigare rapporter och åtgärdsplaner, då nya enhetschefer haft svårt att hitta de tidigare rapporterna. Även personalen på enheten bör ha tillgång till rapporten.

## Hemtjänst

**Resultat:** Det finns godkända centrala och lokala rutiner för läkemedelshantering för samtliga enheter, men det förekommer utebliven årlig revidering av dessa på vissa enheter. Det behöver säkerställas att dessa revideras i tid och att samtlig personal tar del av rutinen efter revidering, förslagsvis genom att det ska signeras att alla berörda medarbetare har läst och förstått rutinen.

Förvaring på hemtjänstenheten sker endast tillfälligt i låst utrymme (skåp eller rum) innan läkemedel levereras hem till patienten. Alla patienter har läsbara medicinskåp i hemmet och hållbarhetskontroll, städning och hantering av läkemedelsavfall sker regelbundet och enligt rutin. På vissa enheter är dokumentation av hållbarhetskontroll otydlig och behöver förtydligas. Narkotikaklassade läkemedel förvaras inlåsta hemma hos patienten och kontrollräkning sker månadsvis. Eventuella avvikelser följs upp och dokumenteras enligt rutin. Det saknas rutin för förvaring av tidigare apoteksgranskningar, vilket behövs för att de ska arkiveras och sparas på samma sätt och plats och finnas tillgängliga för alla.

**Analys av resultat:** Den gemensamma nämnanen för vårens granskningar var avsaknad av tidigare åtgärdsplan pga. dålig arkiveringsrutin eller uteblivna granskningar föregående åren. I övrigt visade personalen goda kunskaper inom läkemedelshanteringen samt bra uppsatta rutiner som följs. Det var dock oklart för vissa enheter om vilka dokumentmallar skulle användas för månatligt rutinarbete.

Personalen på särskilda boenden har också goda kunskaper och lång erfarenhet av läkemedelshanteringen. Nyckelhantering, registrering av batchnummer för insulin, rengöring av dosetter men framför allt förvaring av utsatta/avskrivna/avlidnas läkemedel var de mest vanliga åtgärder under hösten. En bättre ordning i vissa läkemedelsskåp eller ombyggnation till medicinrum skulle kunna förbättra läkemedelshanteringen i denna verksamhet.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Varje enskild enhet får återkoppling av apotekare genom en rapport på enhetsnivå, och utifrån denna får enheten ta fram åtgärder för att förbättra de brister som framkommit. Dessa åtgärder följs upp vid nästa års granskning av läkemedelshanteringen på enheten.

## 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

Under slutet av 2022 har kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska arbetat fram en mall för fördjupad utredning av avvikelser, samt en mall för MAS bedömning av allvarlighetsgrad utifrån den utredning som genomförts.

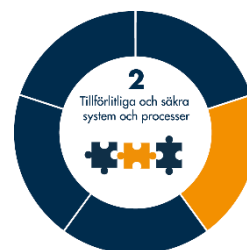
Utredningen innehåller en händelseutredning, en bedömning av vad risken för vårdskada består av och vilka konsekvenser det fått eller kunde ha fått för den enskilde. Det redogörs för hur vårdskadan eller risken för vårdskada uppmärksammats och när händelsen har inträffat. Om det vidtagits några åtgärder akut när händelsen upptäcktes ska det redogöras för samt om liknande händelser har inträffat tidigare. Det görs även en beskrivning av bakomliggande orsaker till det inträffade och en bedömning av allvarlighetsgraden med hjälp av en mall för riskanalys. Utifrån det inträffade tas det fram åtgärder för att förhindra upprepning och det planeras in en uppföljning för att säkerställa att de åtgärder som planerats har genomförts.

När utredningen är klar lämnas den till MAS för bedömning av om utredningen är fullständig, om vidtagna åtgärder är tillräckliga. MAS gör därefter en bedömning av allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning av det inträffade, därefter beslutar MAS om händelsen ska anmälas till IVO eller inte.

Det har under 2022 skett två utredningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och ingen av dessa har bedömts som allvarlig.

## 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.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

#### Basala hygienrutiner

Följs systematiskt upp från och med år 2022 på enhets- och verksamhetsnivå, och varje enhet får i uppdrag att förbättra sitt resultat utifrån genomförd egenkontroll. Se resultat och analys av detta ovan i kapitlet om egenkontroller.

#### Läkemedelsgenomgångar

Genomförs i samråd mellan sjuksköterska och patientansvarig läkare utifrån riktlinjer som finns på regionens samverkanswebb. Enligt HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda en enkel läkemedelsgenomgång till de patienter som är 75 år eller äldre och som har fem läkemedel eller fler vid inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning på särskilt boende, och därefter minst en gång per år. Om patienten efter en förenklad läkemedelsgenomgång har läkemedelsrelaterade problem eller om det finns en misstanke om sådana ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras. Det som har identifierats vid journalgranskning 2022 är att det finns brister i dokumentation av läkemedelsgenomgångar. Ofta dokumenteras det som en läkarkontakt i journal i stället för en anteckning om läkemedelsgenomgång, och

då blir statistiken missvisande. Detta har lyfts i den handlingsplan som tagits fram med åtgärder för att förbättra dokumentationen, men har också lyfts vid uppföljningsmöten tillsammans med vårdcentralerna som en påminnelse om att både läkare och sjuksköterska ska dokumentera en genomförd läkemedelsgenomgång i respektive journalsystem.

### **Suicidprevention**

Inom division social omsorg finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar specifikt med psykisk hälsa. Det finns en handlingsplan för suicidprevention framtagen, som gäller vid hot, risk och vid fullbordad suicid. Det har utifrån denna arbetats fram egna rutiner för respektive verksamhetsområde. På intranätet finns det material som kan användas på APT kring suicidfrågor samt utbildningar för medarbetare för att öka medvetenheten och patientsäkerheten i frågan. Det finns även en utbildning för all personal framtagen som handlar om bemötande i olika situationer. Ett gott bemötande och insikten av att vi behöver bemötas olika utifrån våra olika förutsättningar ökar patientsäkerheten. Psykisk hälsa har uppmärksammats i verksamheterna under 2022, med syfte att minska stigma och därmed kunna möta psykisk ohälsa och för att de patienter vi möter ska kunna vägledas till rätt vård och behandling.

### **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.



### **Digitalisering**

Under 2022 har det tillsatts en tjänst som kvalitetsutvecklare inom välfärdsteknik och digitalisering. Under 2022 har fokus varit att inventera behov och att beskriva nuläget och önskeläge digitalt, därefter att påbörja arbetet med att ta fram en digitaliseringsstrategi på övergripande nivå. Digitaliseringen inom divisionen har en mycket nära koppling till Nära vård. Nya tekniska lösningar skapar stora möjligheter att bo kvar hemma, till exempel trygghetskameror och läkemedelsrobotar.

Särskilt boende har sedan slutet av 2021 arbetat med digital signering av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och under slutet av 2022 har även hemsjukvård och hemtjänst påbörjat sin övergång från signering på papper till digital signering. Att signera digitalt innebär en stor tidsbesparing, då det tidigare gått åt mycket tid för legitimerad personal att skriva ut och lämna ut signeringslistor samt att lämna ut nya vid förändringar. I systemet för digital signering kan legitimerad personal direkt se när en insats inte är utförd inom rätt tid, vilket är en kvalitetssäkring av att till exempel läkemedel blir givna i rätt tid. Tidigare fick legitimerad personal tillbaka papperslistor i början av nästkommande månad, och då är det ofta svårt att ta reda på orsaken till att en avvikelse skett tidigare i månaden. Det har också blivit lättare att ändra insatser när det görs direkt i datorn i stället för att till exempel hemsjukvården tidigare behövt skriva ut en ny signeringslista och åka ut med den till patientens läkemedelsskåp.

## Nära vård

Från och med oktober 2022 finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar med omställningsarbetet till nära vård och utvecklingen av en mer lättillgänglig vård som med hjälp av nya arbetssätt kan få resurserna att användas bättre och räcka till fler med tanke på utvecklingen som väntar oss med färre personer i arbetsför ålder och allt fler äldre i befolkningen. En god och nära vård bygger på att vården utgår ifrån patientens individuella förutsättningar och behov. Nära vård är inte ett arbetssätt utan ett förhållningssätt som bygger på att vården ska vara relationsbaserad, hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Den nära vården ska även bidra till en jämlik hälsa, trygghet och självständighet som är grundad i ett gemensamt ansvarstagande och tillit (SKR).

I och med att divisionens kvalitetsutvecklare inom nära vård inte tillträdde sin tjänst förrän i oktober 2022 har inte arbetet hunnit så långt, men under slutet av 2022 har fokus legat på att presentera vad nära vård är för olika verksamheter inom kommunen, vilket även fortsätter under 2023. I Nyköpings kommun har dock redan omställningen till nära vård startat, till exempel genom hemtjänstens hemtagningsteam och resursteamet demens. De startades utan koppling till nära vård men är exempel på insatser som går hand i hand med omställningen. Rehabilitering jobbar med att förebygga fall i hemmet och det palliativa arbetet är på väg att utvecklas inom äldreboenden och hemtjänst. Rutinen för Trygg och effektiv hemgång som tagits fram i ett samarbete mellan kommuner och regionen ska förnyas med tydlig nära vård-inriktning och kommunens och regionens samverkan ska förbättras.

## Inhyrd personal

Hälso- och sjukvården har under många års tid varit beroende av inhyrda sjuksköterskor för att det dels varit en hög personalomsättning inom framför allt hemsjukvården med medföljande svårigheter att rekrytera och behålla ordinarie personal. Att hyra in personal är en väl fungerande lösning ur ett kortsiktigt perspektiv, då det innebär att det finns personal på plats att utföra det dagliga arbetet. Det som sker när en hög andel av personalen är inhyrda är att kvalitets- och utvecklingsarbete inom organisationen blir lidande, då kortsiktiga lösningar av vakanser orsakar att fokus förflyttas från ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv till ett fokus på akuta insatser här och nu. Under 2022 har hälso- och sjukvården lyckats rekrytera ordinarie personal och kunnat minska ner på inhyrd personal, och förhoppningen är att det under 2023 ska kunna ge följd effekten av en mer stabil organisation med fokus på att höja kvalitet och att utveckla det vårdpreventiva arbetet.

## 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.

Risicanalyser ska göras för att minska risken för avvikelser genom att efter riskanalys minska riskvärdet genom att till exempel utveckla processer och rutiner. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska riskanalyser ske på både individnivå, enhetsnivå och verksamhetsnivå. I framtagandet av internkontrollplanen för 2023 har det gjorts en risk- och väsentlighetsanalys inom samtliga verksamhetsområden och utifrån denna har det tagits fram aktiviteter för egenkontroll. Enligt divisionens kvalitetsledningssystem ska riskanalyser göras utifrån den metod som finns beskriven hos SKR.

Inför sommaren görs alltid en riskanalys av hälso- och sjukvårdsorganisationen för att bedöma risken av reducerad bemanning. Denna riskanalys lämnas till MAS och följs upp efter semesterperioden för att säkerställa att patientsäkerheten hållits på en god nivå även under sommaren. År 2022 var det stora svårigheter att rekrytera vikarier inom samtliga verksamheter, och det gjordes därför en riskanalys inom varje verksamhetsområde med bedömning av möjliga följder. Det fanns stora farhågor om att det skulle kunna bli svårigheter att lösa bemanning och delegeringar inom både hemtjänst, FSO och särskilt boende, men sommaren löpte på utan några större störningar eller negativa konsekvenser.

## 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.



Genom att lyfta negativa händelser eller avvikelser i arbetsgrupperna utvecklas ett lärande utifrån det som inträffat och bidrar till en mer säker vård. Att enheterna inom hälso- och sjukvården får återkoppling av resultat av till exempel journalgranskningar och kvalitetsregister och att resultatet analyseras för att utveckla verksamheten bidrar till en större förståelse för varför vi genomför uppgifterna, men det blir också synliggjort att det bidrar till förbättringar. Under 2022 har samtliga grupper inom hälso- och sjukvården fått återkoppling på journalgranskningarna och en handlingsplan har tagits fram utifrån detta. Det finns behov av att utveckla vidare arbetet med analys och lärande inom flera områden.

### Avvikelse

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

Under 2022 har avvikelseprocessen bearbetats och implementerats på ledningsnivå, men den behöver under 2023 implementeras på enheterna för att säkerställa att den personal som arbetar närmast patienten har ett arbetssätt där risker och händelser uppmärksammas och att avvikelser registreras. I den process som finns idag i kommunens system för kvalitetsledning saknas HSL-perspektivet, vilket ska utvecklas

under 2023. Det har även påbörjats framtagande av en utbildningsfilm för omvårdnadspersonal om hantering av avvikelser, målet med denna är att förbättra arbetet med avvikelser och risker.

## Äldreomsorg

Det har gjorts en sammanställning av antal registrerade avvikelser och analys av antal hanterade/avslutade avvikelser på verksamhetsområdesnivå. Det har identifierats att det finns stora utvecklingsbehov av en dokumenterad analys på enhetsnivå över de avvikelser som inträffar och att resultatet tillvaratas för att medföra förbättringar. Enhetschef och legitimerad personals roll i att bedöma och utreda avvikelser är viktig, och vi behöver utveckla ett gemensamt synsätt i hur avvikelser ska hanteras och vad vi gör med resultaten. Det är tydligt i statistiken att det behöver utvecklas ett systematiskt arbetssätt i att följa upp och hur det ska genomföras. Förslaget i den sammanställning som gjorts av kvalitetsutvecklare och verksamhetsstrateger är att det genomförs en uppföljning månadsvis på enhetsnivå, med kvartalsvis rapportering till verksamhetsnivå och att statistiken synliggörs på till exempel ledningslag där samtliga professioner finns samlade.

## Totala avvikelser inom Äldreomsorgen 2022

Antal/siffror avvikelser som registrerats i verksamhetssystem Procapita enligt nedan.

	Allmän omvårdnad HSL	Dokumentation HSL	Fall HSL	Informationsöverföring HSL	Läkemedel HSL	Specifik omv/rehab HSL
Antal registrerade avvikelser Hemtjänst	22	7	369	13	300	15
Avslutade avvikelser Hemtjänst	11	6	170	5	206	3
Antal registrerade avvikelser Särskilt boenden för äldre	126	10	1688	6	526	46
Avslutade avvikelser Särskilt boende	77	5	987	3	306	31
<b>Totalt</b>	<b>148</b>	<b>17</b>	<b>2057</b>	<b>19</b>	<b>826</b>	<b>61</b>
<b>Totalt avslutade avvikelser</b>	<b>88 (59%)</b>	<b>11 (65%)</b>	<b>1157(56%)</b>	<b>8 (42%)</b>	<b>512 (62%)</b>	<b>34 (56%)</b>

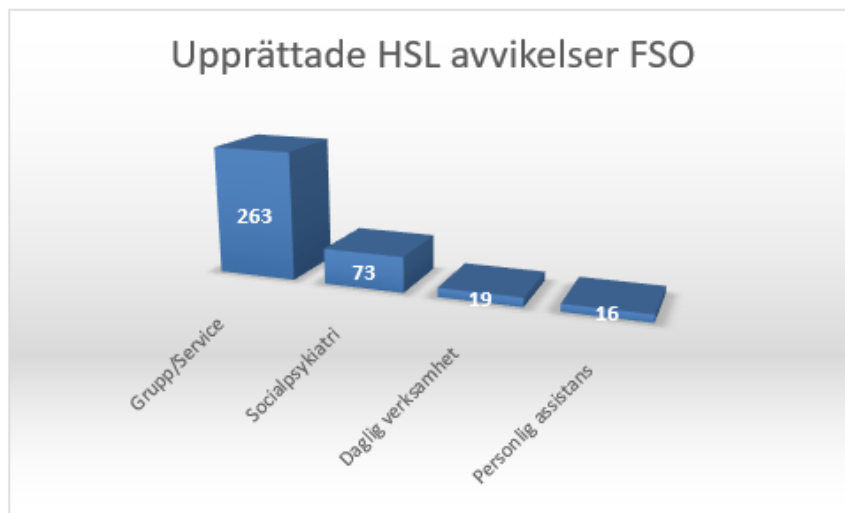
Datum 230102

## Funktionsstödomsorgen

Inom FSO har det totalt upprättats 371 avvikelser under 2022, och de allra flesta av dessa har registrerats inom grupp- och servicebostäder. Det är få av de upprättade avvikelserna som är avslutade och hanterade av ansvarig mottagare som är enhetschef och legitimerad personal. I avvikelser gällande fall och läkemedel



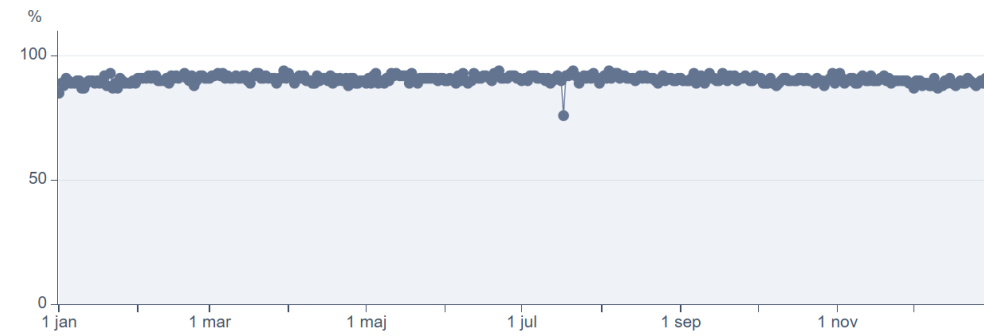
ges det en beskrivning av det inträffade och trolig orsak till avvikelser. I de flesta fall beskrivs åtgärder i form av kontakt med sjuksköterska, genomgång av rutin eller att ingen åtgärd vidtagits. Det saknas ett systematiskt åtgärdsarbete kring HSL-avvikelser med utredning av bakomliggande orsak och åtgärder för att förhindra att det upprepas. Det antas även att inte alla inträffade avvikelser rapporteras.



### Avvikelser digital signering

I systemet för digital signering som används inom DSO kan det kontinuerligt följas upp och analyseras statistik över utförda hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshandling. Under hela 2022 har samtliga äldreboenden signerat hälso- och sjukvårdsinsatser genom digital signering. Det har dock inte funnits någon rutin för hur statistiken ska följas upp och när avvikelser som skett ska registreras i avvikelsemodulen i journalsystemet, vilket medför en svårighet att följa upp avvikelser gällande till exempel läkemedel under 2022. När det till exempel sker en avvikelse när ett läkemedel blir uteblivet behöver det registreras en avvikelse även i journalsystemet om detta, men eftersom det inte funnits någon rutin för hur det ska hanteras så vet vi inte om det blivit gjort. Rutin för hur och när avvikelser ska registreras kommer att tas fram under början av 2023 för att tydliggöra detta.

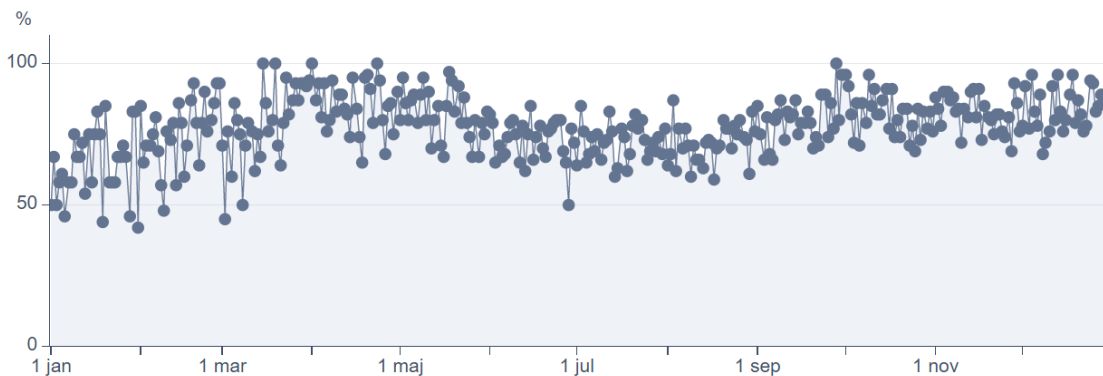
### Statistik signerade läkemedel i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
91 %	9 %	1 % fler i tid	7 minuter
<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>		<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
98 %		952213	

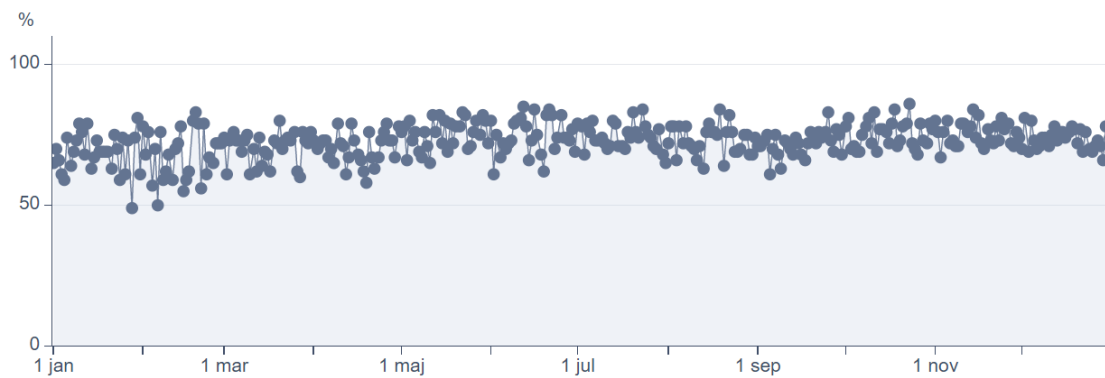
Följsamheten i signering av läkemedel ser ut att vara mycket god, då 91% av alla signerade läkemedel ges inom rätt tidsintervall. Den genomsnittliga avvikelsen i tid är 7 minuter, vilket inte är särskilt mycket. 98% av alla insatser är signerade, vilket innebär att av 952 213 är det ca 19 000 insatser som inte har signerats. I Procapita finns 526 läkemedelsavvikelser registrerade under 2022, så det finns ett tydligt behov av att se över och tydliggöra vid vilka tillfällen en avvikelse ska registreras i journalsystemet och att det arbetssättet implementeras i samtliga verksamheter.

### Statistik arbetsterapi i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
78 %	22 %	18 % fler i tid	51 minuter
<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>		<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
88 %		9385	

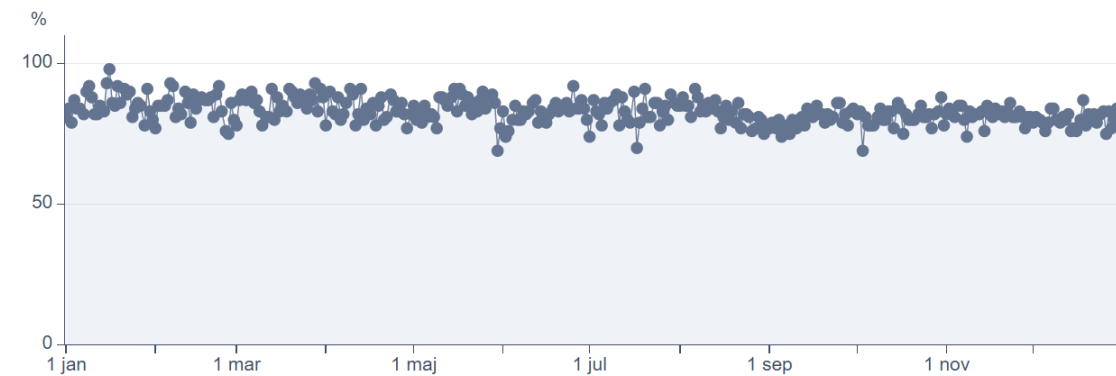
### Statistik fysioterapi i Appva 2022 - SÄBO



<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
73 % 📉	27 %	-4 % färre i tid	46 minuter
	<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>	<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
	83 %	21802	

Följsamheten till insatser inom arbetsterapi och fysioterapi är betydligt lägre än gällande läkemedelshantering. Ofta kan det vara så att tiden för utförandet inte är avgörande för insatsen på samma vis som vid läkemedelshantering, men en ordination från arbetsterapeut är en hälso- och sjukvårdsinsats som ska följas och när den inte utförs ska det skrivas en avvikelse. Av det totala antalet insatser inom arbetsterapi är det 1126 uteblivna av 9385 ordinerade insatser, och motsvarande siffra inom fysioterapi är 3706 av 21 802 insatser. Antal registrerade avvikelser inom specifik omvårdnad/rehab är totalt 46 under 2022, vilket tyder på att det även här finns ett stort arbete att göra dels med att tydliggöra att insatserna är viktiga för patienten och ska genomföras enligt ordination, samt att det finns behov av att tydliggöra när avvikelse ska skrivas i journalsystemet.

### Statistik övriga HSL-insatser i Appva 2022 - SÄBO



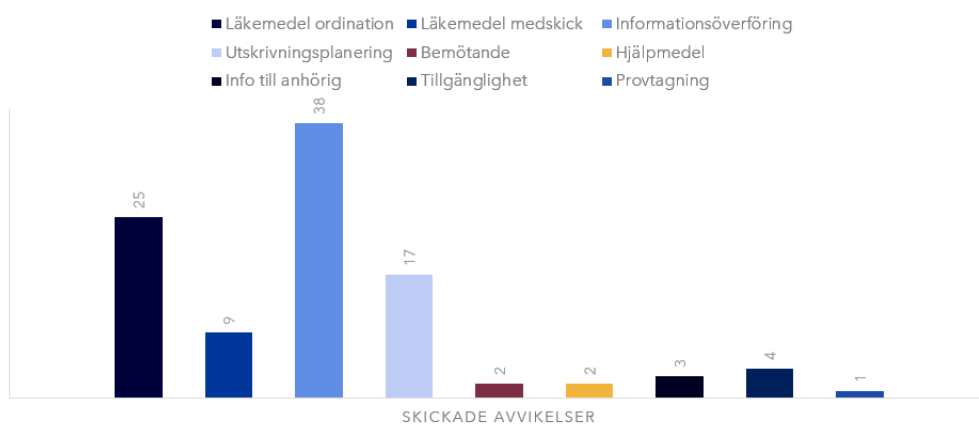
<b>I TID</b>	<b>EJ I TID</b>	<b>FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD</b>	<b>GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID</b>
82 % 📉	18 %	-3 % färre i tid	29 minuter
<b>ANDEL SIGNERADE INSATSER</b>		<b>TOTALT ANTAL INSATSER</b>	
94 %		84504	

Gällande övriga HSL-insatser är 94% av insatserna signerade. Övriga HSL-insatser är till exempel blodsockerkontroller, viktkontroll, blodtryckskontroll eller avföringslista. Av totalt 84 505 insatser är det ca 5000 som inte signerats. Här skulle det behövas en analys av vad som uteblir och hur detta ska hanteras. Det finns idag ingen rutin för hur avvikelser ska registreras vid utebliven signering av övriga HSL-insatser.

### Avvikelse informationsöverföring och samordnad vårdplanering

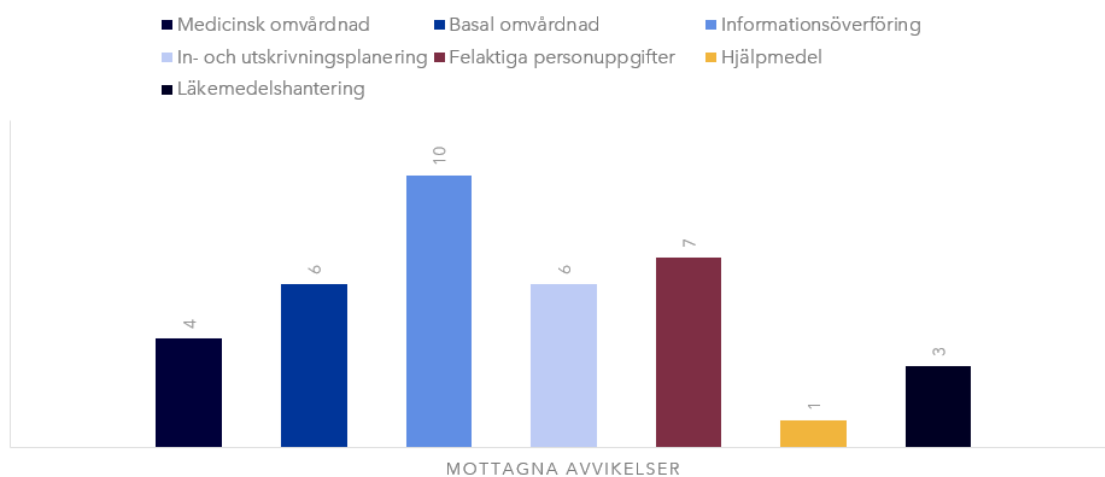
När det sker en avvikelse i informationsöverföring eller samordnad vårdplanering vid till exempel utskrivning från sjukhus eller i samverkan med vårdcentraler eller annan vårdgivare skickas en avvikelse som fylls i på en särskild blankett som diarieförs och skickas vidare till rätt enhet med kopia till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2022 har det skickats 81 sådana avvikelser till annan vårdgivare, och av dessa har den mottagande enheten besvarat 48 avvikelser. Kommunen har mottagit 37 avvikelser från annan vårdgivare, och av dessa har 17 besvarats. Skickade och mottagna avvikelser sammanställs i tabeller nedan. En avvikelse kan ibland innehålla mer än en brist, och därför är det totala antalet i diagrammet fler än det totala antalet avvikelser.

## Avvikelser informationsöverföring och samordnad vårdplanering



De allra flesta avvikelser som skickas till annan vårdgivare är skickade till regionen och gäller informationsöverföring vid utskrivning och/eller att läkemedelsordinationer inte stämmer vid utskrivning, samt att det skickas med felaktiga eller inte korrekt uppmärkta läkemedel hem till patienten. Detta är faktorer som försvårar arbetet och påverkar patientsäkerheten. Patienter skickas ibland hem utan att det meddelats kommunens verksamheter, och patienten riskerar att få fel läkemedel.

## Avvikelser informationsöverföring och samordnad vårdplanering



Mottagna avvikelser gäller oftast informationsöverföring. Till exempel att inte kommunen meddelat vilket boende patienten ska flytta in på vid utskrivning eller att vårdcentralen inte fått meddelande om att en patient avlidit i tid. Ett flertal avvikelser gäller felaktiga personnummer på tagna Covid-prover.

Det finns behov av att genomföra en samlad analys av inkomna och skickade avvikelser för att utifrån resultat kunna genomföra förbättringar framåt, ett arbete som med fördel bör göras i samarbete med regionen för att förbättra och stärka samarbetet.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten från patienter, närstående eller andra kommuninvånare via kommunens funktion för synpunkter, via patientnämnden eller från inspektionen för vård och omsorg. Klagomål och synpunkter kan även inkomma till berörd enhet via e-post eller telefon, och ska då skrivas ner och diarieföras. Det har under 2022 inte genomförts någon samlad analys av klagomål och synpunkter, men under början av 2023 har detta genomförts vid en gemensam analysdag tillsammans med vård- och omsorgsnämnden för föregående år. Detta är ett arbetssätt som ska fortsätta utvecklas vidare under 2023.

Till hälso- och sjukvården har det inkommit 5 synpunkter som diarieförts under 2022. Av dessa fem har en besvarats, och den gällde ett förbättringsförslag för rehabenheten inom särskilt boende. Två synpunkter gäller svårigheter att få kontakt med hemsjukvården via telefon, och dessa har inte besvarats. De sista två är klagomål gällande bristande kvalitet i utförda tjänster inom hemsjukvården, och inte heller dessa två är besvarade. Det finns behov av att göra rutinen för hantering av inkomna synpunkter känd i verksamheten och att säkerställa att samtliga inkomna synpunkter besvaras.

Gällande ärenden som inkommit från inspektionen för vård och omsorg har det gjorts fördjupade utredningar av två ärenden, vilka lett till åtgärder i form av till exempel utbildning inom sårvård för hemsjukvården och översyn av rutiner. Det finns idag ingen systematisk sammanställning och analys av de ärenden som inkommer från IVO, utan det är ett område som behöver utvecklas.

### **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.



Ett sätt att säkerställa en mer patientsäker framtida vård är att utveckla en mer sammanhållen hälso- och sjukvård med gemensamma rutiner och arbetssätt, vilket även leder till ett kompetensutbyte mellan verksamheterna. De rutiner som finns behöver samordnas och göras kända i samtliga verksamheter, och medvetenheten kring patientsäkerhetsarbete behöver ökas. Ett förslag är att starta arbetsgrupper med spetskompetens utifrån intresse för att utveckla arbetet vidare. Det finns även ett behov av att utveckla ett

bättre teamsamarbete inom divisionen både mellan verksamheter och ute på enheterna mellan omvårdnadspersonal, enhetschef och legitimerad personal.

Ett kliniskt träningscenter skapas inom kommunen, med möjlighet att utveckla framtida användningsområden som kan gynna verksamheten och höja kompetensen både hos omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Ett fallpreventionsteam har startats upp, vilket skapar större medvetenhet kring fallprevention och främjar det förebyggande arbetet för att minska risken för fall. Rehabiliteringen har påbörjat och kommer att genomföra förflyttningutbildning för all omvårdnadspersonal för att stärka kompetensen och säkerställa att förflyttningar sker på ett säkert sätt.

I divisionens verksamheter där det inom många enheter finns en hög personalomsättning behöver kompetensutveckling ske kontinuerligt för att säkerställa att det finns personal med kunskap och erfarenhet som lever upp till den komplexitet som hälso- och sjukvården idag innebär, för att kunna ge god vård och omsorg till de patienter som vi ansvarar för.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål för 2023	Aktiviteter 2023 för att uppnå mål	Uppföljning
Att kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen, öka kunskapen om alla delar samt tydliggöra ansvarsfördelningen	Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård sammankallar arbetsgrupp med representanter som arbetar med att utveckla processen	Arbetet följs upp i ledningslag ÄO och när processen är kartlagd ska den implementeras i samtliga verksamheter.
Att implementera avvikelseprocessen, utveckla och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna.	Den utbildningsfilm som påbörjats ska färdigställas och arbetssättet implementeras i samtliga verksamheter.  Avvikelseprocessen ska utvecklas så att den även omfattar HSL-avvikelser samt uppföljning och analys av dessa.	Sammanställning och analys av avvikelsernas alla delar inklusive åtgärder efter implementering för att säkerställa att processen implementerats och att arbetet med avvikelseprocessen följs.
Att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.	Äldre och hälso- och sjukvård: Arbetet med att analysera och förbättra utifrån resultat behöver arbetas vidare med för att säkerställa att vi använder oss av resultaten för att vidareutveckla både på verksamhets- och enhetsnivå.  FSO: Behövs ett fortsatt arbete under 2023 för att påbörja arbetet med att sammanställa och analysera information från egenkontroller och hygienronder för uppföljning på verksamhets- respektive enhetsnivå.	Sammanställning och analys av resultat på enhetsnivå med återkoppling till verksamhetsnivå för att säkerställa att åtgärdsarbete genomförs.
Att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå	Att implementera användandet av mall och handlingsplan för	Sammanställning och analys på enhetsnivå av antal och typ av genomförda riskanalyser för att säkerställa att arbetssättet



	<p>riskanalyser på brukarnivå på enheterna.</p> <p>Att fortsätta arbetet med att genomföra riskanalyser även på enhets- och verksamhetsnivå.</p>	<p>implementerats. Återkoppling till verksamhetsnivå för uppföljning av genomförandet.</p>
<p>Att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.</p>	<p>FSO: Utveckla sammanställning och analys av resultatet från egenkontroller och ta fram åtgärdsplan som följs upp.</p> <p>Äldre: Behov av att vidareutveckla hur vi ska arbeta med resultatet för att uppnå förbättring ute på enheterna.</p>	<p>Att regelbundet under året följa upp resultat av egenkontroller med analys och förslag för att förbättra resultatet.</p>
<p>Att utveckla arbetet med hälsokonferenser och därigenom förbättra samverkan inom organisationen, möjliggöra multiprofessionellt arbete på individnivå.</p>	<p>Att hålla hälsokonferenserna levande med alla delar som ska ingå enligt den rutin som tagits fram under 2022.</p>	<p>Uppföljning görs genom att resultat av nationella kvalitetsregister genomförs regelbundet på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå.</p>
<p>Hemgångsteam: Att i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa den enskildes funktions- och aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.</p>	<p>Att utveckla ett bättre samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralen när det finns behov av stöd med läkemedelshantering.</p> <p>Att vidareutveckla teamets kriterier för inskrivning och samarbete med rehabenheten och tidigt i processen ta fram tydliga mål på individnivå.</p>	<p>Uppföljning på enhetsnivå med återkoppling till ledningslag ÄO.</p>
<p>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 dokumentationsutbildning och en</p>	<p>Äldre: Arbetsgrupp SÄBO har startats upp jan-mars 2023, ska ta fram stödmaterial, utbildningsmaterial, granskningsmallar och uppdatera guider i assistenten. Kvarstår att</p>	<p>Uppföljning av att åtgärder genomförts återkopplas till ledningslag ÄO.</p>

översyn av introduktionen för legitimerad personal.	<p>följa upp den dokumentationsutbildning som genomförts.</p> <p>FSO: Fortsätta arbetet med att rekrytera personal med rätt kompetens.</p> <p>HSO: Arbeta vidare med att säkerställa en god introduktion för nyanställda.</p>	
Säkerställa en god vård i livets slutskede för varje enskild individ	<p>Implementera funktionen palliativt ombud på samtliga enheter</p> <p>Säkerställa en god symtomlindring genom att implementera arbetssättet med subkutan kvarliggande kateter</p> <p>Förbättra arbetet med palliativregistret</p>	Systematisk uppföljning månadsvis på enhetsnivå av resultat från palliativregistret med framtagande av åtgärdsplan för att förbättra resultatet under 2023. Uppföljning av resultat på verksamhetsnivå kvartalsvis med insamling av åtgärdsplaner från enheter.
Utveckla en god säkerhetskultur	Att samtliga enheter genomför Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) under 2023.	Återkoppling från enhetsnivå till verksamhetsstrateg och/eller kvalitetsutvecklare som sammanställer genomfört arbete som återkopplas till ledningslag ÄO.
Säker bemanning utifrån kunskap och kompetens	Att utveckla arbetet med att rekrytera och behålla personal inom hälso- och sjukvården i samarbete med HR och kommunikation för att minska behovet av inhyrd personal och därigenom förbättra patientsäkerhet och kontinuitet för den enskilde patienten	Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt under året vid ledningslag hälso- och sjukvård.
Agera för säker vård och stärka analys, lärande och utveckling	Att utveckla arbetet med egenkontroller inom hälso- och sjukvården med ett systematiskt arbetssätt som innehåller sammanställning, analys och	Uppföljning av delegeringar, resultat av kvalitetsregister och avvikelser och synpunkter var tredje månad på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå -

	åtgärder utifrån resultat för att bidra till förbättringar.	där åtgärdsplan ska arbetas fram för att förbättra.
--	---	---

## VON § Rapporter från åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring

### Diarienummer: VON22/13

I medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarsområde ingår att regelbundet granska slumpmässigt utvalda patientjournaler inom kommunens hälso- och sjukvård. Resultatet av 2022 års granskning rapporterades till nämnden i september (§ 69). MAS konstaterade där en rad brister inom framför allt funktionsstödsomsorgen och hemsjukvården. Ett stort behov av utbildning i journalsystemet blev tydligt. Bristerna handlade i övrigt exempelvis om låg systematik i dokumentationen vid ny patient och låg andel journaler som är kopplade till en hälsoplan. Nämnden uppdrog åt Division Social omsorg (DSO) och Ansvar & omsorg (AoO) att vidta åtgärder mot de konstaterade bristerna och att presentera varsin handlingsplan. Dessa handlingsplaner rapporterades till nämndens sammanträde i december 2022 enligt § 120 och beslut fattades då om att de båda verksamheterna skulle lämna varsin rapport från åtgärdsarbetet till nämndens sammanträde i april 2023. Dessa rapporter har nu inkommit och har bilagts denna tjänsteskrivelse.

Av båda rapporterna framgår att utförarna genomfört flertalet åtgärder och att nämnden kan förvänta sig ett betydligt bättre utfall i 2023 års journalgranskning.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna DSO:s rapport om åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring, enligt tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12, samt
- 2) **att** godkänna AoO:s rapport om åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring, enligt tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12.

### Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapporter från åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring

### Bakgrund

I medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarsområde ingår att regelbundet granska slumpmässigt utvalda patientjournaler inom kommunens hälso- och sjukvård. Resultatet av 2022 års granskning rapporterades till nämnden i september (§ 69). MAS konstaterade där en rad brister inom framför allt funktionsstödsomsorgen och hemsjukvården. Ett stort behov av utbildning i journalsystemet blev tydligt. Bristerna handlade i övrigt exempelvis om låg systematik i dokumentationen vid ny patient och låg andel journaler som är kopplade till en hälsoplan. Nämnden uppdrog åt Division Social omsorg (DSO) och Ansvar & omsorg (AoO) att vidta åtgärder mot de konstaterade bristerna och att presentera varsin handlingsplan. Dessa handlingsplaner rapporterades till nämndens sammanträde i december 2022 enligt § 120 och beslut fattades då om att de båda verksamheterna skulle lämna varsin rapport från åtgärdsarbetet till nämndens sammanträde i april 2023. Dessa rapporter har nu inkommit och har bilagts denna tjänsteskrivelse.

Av båda rapporterna framgår att utförarna genomfört flertalet åtgärder och att nämnden kan förvänta sig ett betydligt bättre utfall i 2023 års journalgranskning.

### 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 DSO:s rapport om åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring, enligt tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12, samt

- 2) **att** godkänna AoO:s rapport om åtgärdsarbetet för en förbättrad journal-föring, enligt tjänsteskrivelse daterad 2023-04-12.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg  
Ansvar & omsorg

## Rapport om åtgärdsarbetet för en förbättrad journalföring

### Syfte

Efter resultatet av de egenkontroller som genomförts och MAS journalgranskning gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation 2022 fick Division social omsorg i uppdrag att ta fram en handlingsplan med åtgärder för att förbättra journalföringen hos legitimerad personal. En åtgärdsplan utifrån de brister som MAS påtalat togs fram och presenterades för nämnden i december 2022. Syftet med denna rapport är att följa upp vilka åtgärder som genomförts och vilket behov som kvarstår framåt.

### Uppföljning av åtgärder enligt handlingsplan

#### Handlingsplan SÄBO

Inom särskilt boende har de allra flesta sjuksköterskor gått den utbildning som dokumentationsgruppen anordnat. De som ännu inte hunnit gå kommer att samlas i en gemensam grupp som får utbildning under april 2023. Utbildningen kommer även i fortsättningen att upprepas kontinuerligt för nyanställda, men även för de som arbetat länge och är i behov av repetition.

Gällande läkemedelsgenomgångar har behovet av en tydlig dokumentation av genomförd läkemedelsgenomgång i både kommunens och regionens journalsystem lyfts vid uppföljningar av avtal för läkarmedverkan med samtliga vårdcentraler.

Inom SÄBO och FSO finns en gemensam dokumentationsgrupp som träffas regelbundet och arbetar med frågor inom dokumentation som inkommer från gruppen för att utveckla och förbättra journalföringen.

<b>Brister utifrån rapport</b>	<b>Planerad åtgärd</b>	<b>Ansvarig</b>	<b>Genomförs datum</b>	<b>Uppföljning av genomförd åtgärd</b>
Hälsohinder i grundbedömning	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Dokumentera patientens delaktighet	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Dokumentation av utförda åtgärder	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Dokumentation av överkänsligheter	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Läkemedelsgenomgångar	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor Lyfts vid uppföljningsmöte med vårdcentralerna	Dokumentationsgrupp  Karin Lindell, EC	Löpande under vintern 2022/2023  November 2022	Utbildning genomförd  Är lyft med samtliga vårdcentraler vid uppföljning av avtal för läkarmedverkan.
Bedömningar Senior Alert, läggs in i procapita.	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd



## Handlingsplan hemsjukvården

Inom hemsjukvården har det istället för en dokumentationsgrupp varit en enskild medarbetare som har utbildat kollegorna inom dokumentation. Det har erbjudits utbildning i grupp, men inte alla sjuksköterskor har gått på dessa tillfällen. Därför har det även erbjudits individuell utbildning, vilket har genomförts i större utsträckning.

Information om de förbättringsområden som identifierats vid granskningen av hälso- och sjukvårdsjournalerna och de åtgärder som ska vidtas har även gått ut till samtliga medarbetare via mejl, och utbildningsmaterialet som tagits fram har samlats i en pärm för att finnas tillgängligt vid behov av stöd i dokumentationen.

I och med att hemtjänsten under vintern kommit i gång att arbeta med hälsokonferenser har även arbetet med Senior Alert påbörjats inom hemsjukvården. Undersköterskorna i hemsjukvården har fått behörighet och kan registrera i kvalitetsregistret.

<b>Brister utifrån rapport</b>	<b>Planerad åtgärd</b>	<b>Ansvarig</b>	<b>Genomförs datum</b>	<b>Uppföljning</b>
Utbildning i journalsystemets uppbyggnad	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Dokumentation av verifierade medicinska diagnoser	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor. Göra checklistor och rutiner inom dokumentation kända för medarbetare.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Koppla ihop åtgärder med hälsoplan	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Uppföljning av planerade åtgärder	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd

Patientens delaktighet vid framtagande av mål	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Överkänsligheter	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Läkemedelsgenomgångar	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor. Lyfter vid uppföljningsmöte med vårdcentralerna	Caroline Östlund, EC Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023  November 2022	Utbildning genomförd Är lyft med samtliga vårdcentraler vid uppföljning av avtal för läkarmedverkan.
Senior Alert bedömningar och dokumentation i procapita	Dokumentationsgruppen utbildar kollegor. Alla sjuksköterskor är inlagda som behöriga att registrera i senior alert, även undersköterskor. Lokala administratörer har utsetts.	Caroline Östlund, EC	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd Arbetet med Senior Alert har kommit i gång i och med att hälsokonferenser startats upp. Undersköterskor registrerar i systemet.

## Handlingsplan FSO

Sjuksköterskorna inom funktionsstödomsorgen har fått samma utbildning inom dokumentation som övriga sjuksköterskor inom särskilt boende under vintern. Genomgång av hälsoplaner med gruppen kommer att ske på en verksamhetsträff under maj 2023.

Brister utifrån rapport	Planerad åtgärd	Ansvarig	Genomförs datum	Uppföljning
Verifierade medicinska diagnoser	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd

Skriva hälsoplaner	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor En medarbetare som är bra på hälsoplaner gör en riktad genomgång på ett verksamhetsmöte.	Dokumentationsgrupp Karin Lindell, EC	Löpande under vintern 2022/2023 November 2022	Utbildning genomförd  Ej genomfört ännu, kommer att ske på verksamhetsträff i maj 2023.
Uppföljning av planerade åtgärder	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Läkarbedömt ställningstagande till behandlingsnivå	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd
Överkänsligheter	Dokumentationsgruppen har tagit fram material och utbildar kollegor	Dokumentationsgrupp	Löpande under vintern 2022/2023	Utbildning genomförd

## Handlingsplan Rehabenheten

Rehabenheten har fått ett gemensamt utbildningstillfälle där hela gruppen deltagit och gått igenom vilka delar som ska finnas med i hälsoplanen. Det finns även en aktiv dokumentationsgrupp som arbetar kontinuerligt med förbättringar i dokumentationen, med återkoppling till hela gruppen.

Brister utifrån rapport	Planerad åtgärd	Ansvarig	Genomförs datum	Uppföljning
Alla delar i hälsoplanen ska finnas med	Utbildningstillfälle för hela gruppen. Genomgång med gruppen angående vilka	Caroline Liljestrand, EC Malin Bard, kvalitetsutvecklare utbildar.	2022-12-08	Utbildning genomförd

	delar som ska finnas med i hälsoplan.			
Patientens delaktighet vid framtagande av mål	Utbildningstillfälle för hela gruppen. Behov av att förbättra dokumentation av att patienten är delaktig vid framtagande av mål.	Caroline Liljestrand, EC Malin Bard, kvalitetsutvecklare utbildar.	2022-12-08	Utbildning genomförd
Koppla åtgärder till hälsoplan.	Utbildningstillfälle hela gruppen. Genomgång av hur åtgärder kopplas till hälsoplan.	Caroline Liljestrand, EC Malin Bard, kvalitetsutvecklare utbildar.	2022-12-08	Utbildning genomförd

## Återstående arbete

Att säkerställa en journalföring som lever upp till de krav som ställs utifrån lagar, föreskrifter och riktlinjer är ett ständigt pågående arbete. Hälsa- och sjukvården fortsätter att genomföra utbildning för legitimerad personal regelbundet för att säkerställa att nyanställd personal får en tydlig introduktion och att de som varit anställda längre får repetition. Förhoppningen är att den utbildning som skett under 2022 och början av 2023 ska leda till ett bättre resultat vid årets journalgranskning.

Dokumentationsgrupperna arbetar kontinuerligt för att utveckla och förbättra journalföringen och återkopplar till kollegorna vid verksamhetsträffar. Det planeras även för att under 2023 skapa ett gemensamt forum där dokumentationsgrupperna inom respektive enhet träffas för att diskutera gemensamma frågor.

Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård  
malin.bard@nykoping.se



## **Uppföljningsrapport - handlingsplan för en förbättrad journalföring gällande S:t Anna, Björkgården och Riggargatan**

Dagligt samarbete mellan dessa tre verksamheter medför att vi har enhetliga rutiner. Uppföljningar har gjorts och visat tydlig förbättring i dokumentationen. Vi kommer att fortsätta med täta uppföljningar och granskningar tills vi nått målet, vilket är fullständig dokumentation i samtliga journaler.

- Introduktionschecklista används utan undantag. Introduktionen handleds alltid av ordinarie sjuksköterska i verksamheten där man påbörjar sin anställning. Det ingår dock även besök och kortare genomgångar på de övriga två verksamheterna.
- Centralrutin är uppdaterad och innehåller förtydligande vad en journal alltid måste innehålla. Rutinen innehåller även länken till Nyköpingskommuns MAS Riktlinjer, länkar och blanketter.
- Upprättad rutin för egenkontroll där det framgår tydligt att det är Nyköpings kommuns mall som används i samband med journalgranskningar.
- Någon utbildning i dokumentation för nyanställda finns inte i Nyköpings kommun. Däremot finns det en plan att kommunens MAS ska hålla i en genomgång för samtliga sjuksköterskor från dessa tre verksamheter gällande dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

Nyköping 2023-03-30

Veselin Ramovic  
Rina Karlsson  
Svjetlana Blagojevic

### **A&O ANSVAR OCH OMSORG AB**

Skolgatan 1H • 602 25 NORRKÖPING  
011 – 180 100 (vxl) • 011 – 180 110 (fax)  
Org.nr 556445-7207 • Styrelsens säte: Norrköping  
[www.ansvarochoomsorg.se](http://www.ansvarochoomsorg.se)

## VON § Lägesrapport hemgångsteam

### Diarienummer: VON21/105

Division Social omsorg (DSO) fick enligt överenskommelsen för år 2022 i uppdrag att skapa ett hemgångsteam inom hemtjänsten. Ett sådant team inkluderar även rehab resurser och är till för hemtjänstkunder under den första tiden hemma efter sjukhusvistelse, då behoven kan vara större än tidigare. Efter denna inledande fas, då de mer långsiktiga behoven ska identifieras, väljer kunden hemtjänstutförare eller behåller tidigare utförare.

Nämnden fick en första rapportering om uppdraget i februari år 2022 där det framgick att hemgångsteamet skulle starta under våren, vilket senare också skedde. Se § 18. En ny lägesrapport presenterades i oktober enligt § 99. Där beskrevs hur hemgångsteamet fungerat under den första tiden i drift. Under sommarperioden var dock inte teamet i gång, då personalen behövdes inom den ordinarie hemtjänsten på grund av personalbrist. Enligt § 99 uppdrogs också åt DSO att återkomma med en ny lägesrapport i april 2023 - en rapport som nu finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Rapporten beskriver att teamets personal har fått en rad olika kompetensutvecklingsinsatser och att man under den period teamet varit i drift haft mellan sex och nio kunder per månad. Kunderna har uttryckt att de varit nöjda med den höga personalkontinuiteten och att de känt sig trygga. Framåt ska bland annat kriterierna för inskrivning i teamet utvärderas och metoder för att mäta kostnadseffektiviteten tas fram.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport om hemgångsteamet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en ny lägesrapport som även innehåller en beskrivning av de ekonomiska och kvalitativa effekterna av teamets verksamhet.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Lägesrapport hemgångsteam

### Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) fick enligt överenskommelsen för år 2022 i uppdrag att skapa ett hemgångsteam inom hemtjänsten. Ett sådant team inkluderar även rehab resurser och är till för hemtjänstkunder under den första tiden hemma efter sjukhusvistelse, då behoven kan vara större än tidigare. Efter denna inledande fas, då de mer långsiktiga behoven ska identifieras, väljer kunden hemtjänstutförare eller behåller tidigare utförare.

Nämnden fick en första rapportering om uppdraget i februari år 2022 där det framgick att hemgångsteamet skulle starta under våren, vilket senare också skedde. Se § 18. En ny lägesrapport presenterades i oktober enligt § 99. Där beskrevs hur hemgångsteamet fungerat under den första tiden i drift. Under sommarperioden var dock inte teamet i gång, då personalen behövdes inom den ordinarie hemtjänsten på grund av personalbrist. Enligt § 99 uppdrogs också åt DSO att återkomma med en ny lägesrapport i april 2023 - en rapport som nu finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Rapporten beskriver att teamets personal har fått en rad olika kompetensutvecklingsinsatser och att man under den period teamet varit i drift haft mellan sex och nio kunder per månad. Kunderna har uttryckt att de varit nöjda med den höga personalkontinuiteten och att de känt sig trygga. Framåt ska bland annat kriterierna för inskrivning i teamet utvärderas och metoder för att mäta kostnadseffektiviteten tas fram.

### 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 om hemgångsteamet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en ny lägesrapport som även innehåller en beskrivning av de ekonomiska och kvalitativa effekterna av teamets verksamhet.

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

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

## Lägesrapport Hemgångsteamet, DSO

### Uppdrag

Att till Vård- och omsorgsnämnden rapportera aktuellt läge gällande hemgångsteamet, DSO, till nämndens sammanträde i april 2023.

### Genomfört

Inför uppstart av Hemgångsteamet våren 2022 hade hemgångsteamets samtliga undersköterskor gemensam utbildning i verksamhetssystemet Procapita, samordnad individuell plan (SIP) och lågaffektivt bemötande. Personalen gavs även utrymme att fördjupa sig inom områdena demenssjukdom, bemötande och anhörigstöd via webbutbildningar. Undersköterskor i hemgångsteamet har under 2022 även fått utbildning i att installera trygghetslarm. Detta för att kunna installera trygghetslarm vid det första besöket av hemtjänsten.

Biståndshandläggare utreder och fattar beslut om kunden har rätt till omvårdnads- och/eller serviceinsatser. Beställning till hemgångsteamet innefattar inte antal besök per dag med anledning av att behovet av stöd kan variera under den första tiden efter utskrivning. I nuläget är det ingen biståndshandläggare som tillhör Hemgångsteamet efter en omorganisering på Myndighetsfunktionen Äldre. Det är ordinarie handläggare som följer upp beslutet i samband med utskrivning från teamet till ordinarie hemtjänstgrupp.

Under 2023 har Myndighetsfunktionen som hanterar ärenden för personer under 65 år haft uppstartsmöte angående hemgångsteamet och har möjlighet att fatta hemgångsbeslut som utförs av Hemgångsteamet i samband med utskrivning från lasarettet.

Arbetsterapeut och fysioterapeut besöker kunden senast första vardagen efter utskrivning från lasarettet för att göra en primär bedömning kring kundens rehabbehov.

### Kundunderlag september 2022-mars 2023

<b>Månad</b>	<b>Antal kunder inskrivna i Hemgångsteamet</b>
September	6

Oktober	6
November	8
December	6
Januari	9
Februari	6
Mars	7

### Framåt/återstår

Översyn av inflödet och inskrivningsprocessen av kunder i Hemgångsteamet.

Se över strukturen gällande antalet kunder som är inskrivna i teamet under samma period samt hur man ska kunna öka antalet kunder som beviljas insatser av Hemgångsteamet i samband med utskrivning från lasarettet.

Utvärdera om kriterierna för inskrivning i teamet motsvarar behovet/målgruppen. Detta för att möjliggöra att fler kunder skrivs in i Hemgångsteamet och kan ta del av en trygg samt funktionsbevarande insats.

Metoder för att mäta kostnadseffektivitet samt kundens trygghet ska tas fram för att kunna följa utvecklingen av Hemgångsteamet.

### Effekter

Hemgångsteamet möjliggör för kunden en trygg samt funktionsbevarande insats en tid efter sjukhusvistelse vilket innebär att risken för en längre återhämningsperiod och oro minskar. Majoriteten av kunderna har varit i behov av omfattande stöd de första dygnet i ordinarie bostad. Effekterna för de kunder som varit inskrivna i teamet har varit tydliga och behovet av insatser har gradvis minskat under tiden. Kunder har uttryckt att de uppskattat hög personalkontinuitet och att detta bidragit till ökad trygghetskänsla vid utskrivning från lasarettet till ordinarie bostad.

Fortsatta effekter som förväntas (taget ur första rapporten gällande hemgångsteamets uppstart, våren 2022):

- Hemgångsteamets mål och syfte innebär att kunden får rätt anpassade personcentrerade beslut som är funktionsuppbyggande samt hälsofrämjande.
- Ökad rättssäkerhet i biståndsbeslut.
- Fördröjning av insatsberoende.
- Ökat kvarboende i egen bostad, senare inflytt till särskilt boende.
- Minskat behov av biståndsbedömd insats korttidsboende.

## Ekonomi

Återgång till ordinarie bostad med insatser från Hemgångsteamet som alternativ till korttidsboende medför minskade kostnader.

Ökad aktivitetsförmåga hos kund leder till minskat behov av fortsatta hemtjänstinsatser och bidrar till självständighet i den dagliga livsföringen.

Fördröjning av insatser i ordinärt boende samt senare inflytt på särskilt boende medför minskade kostnader.

Rebecka Braun  
Kvalitetsutvecklare Äldreomsorgen SÄBO  
[rebecka.braun@nykoping.se](mailto:rebecka.braun@nykoping.se)

## VON § Rapport efter Vård- och omsorgsnämndens rehabiliteringsatsning

### Diarienummer: VON22/40

I april 2022 (§37) beslutade Vård- och omsorgsnämnden om en satsning på rehab-verksamheten med 6,9 mnkr på helårsbasis. Medlen skulle användas till deltagande vid beslut om hemtjänst, bildande av fallpreventionsteam och anordnande av utbildning i förflyttningsteknik för personalen. I oktober fick nämnden en lägesrapport, vilken beskrev att rekryteringsinsatser och framtagande av nya rutiner pågick. Division Social omsorg (DSO) fick i uppdrag att återkomma med en ny rapport i april 2023, vilken nu finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår att fallpreventionsteam är startat och har arbetat med att informera verksamheten om att man finns. Likaså är utbildningarna i förflyttningsteknik startade. Den tredje delen i uppdraget - att delta vid beslut om hemtjänst har man inte haft i fokus under denna första tid. Fortsatta aktiviteter finns planerade inom samtliga tre uppdrag.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport efter nämndens rehabiliteringsatsning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 inkomma med en ny rapport om arbetet, vilken även ska innehålla en plan för hur man avser att följa upp de konkreta effekterna av satsningen vad gäller utvecklingen av fall, sjukfrånvaro och hemtjänstbeslut.

### Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport efter Vård- och omsorgsnämndens rehabiliteringssatsning

### Bakgrund

I april 2022 (§37) beslutade Vård- och omsorgsnämnden om en satsning på rehab-verksamheten med 6,9 mnkr på helårsbasis. Medlen skulle användas till deltagande vid beslut om hemtjänst, bildande av fallpreventionsteam och anordnande av utbildning i förflyttningsteknik för personalen. I oktober fick nämnden en lägesrapport, vilken beskrev att rekryteringsinsatser och framtagande av nya rutiner pågick. Division Social omsorg (DSO) fick i uppdrag att återkomma med en ny rapport i april 2023, vilken nu finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår att fallpreventionsteam är startat och har arbetat med att informera verksamheten om att man finns. Likaså är utbildningarna i förflyttningsteknik startade. Den tredje delen i uppdraget - att delta vid beslut om hemtjänst har man inte haft i fokus under denna första tid. Fortsatta aktiviteter finns planerade inom samtliga tre uppdrag.

### 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 efter nämndens rehabiliteringssatsning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 inkomma med en ny rapport om arbetet, vilken även ska innehålla en plan för hur man avser att följa upp de konkreta effekterna av satsningen vad gäller utvecklingen av fall, sjukfrånvaro och hemtjänstbeslut.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## Lägesrapport: Rehabsatsningen

### Uppdrag

Uppdraget består i att rehab alltid deltar när myndighet träffar ny hemtjänstkund, att bilda ett fallpreventionsteam, samt att utbilda personal på SÄBO och inom hemtjänst i förflyttningsteknik.

### Genomfört

Under denna första period har rekrytering, fallpreventionsteamet och utbildningar i förflyttningsteknik varit i fokus.

Fallpreventionsteamet är uppstartat med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut som arbetar 50% i teamet och 50% inom sina ordinarie områden. Rekrytering för sjuksköterska i teamet pågår.

Fallpreventionsteamets primära uppgift i uppstartsfasen har varit att besöka APT i hemtjänstgrupperna för att informera om fallpreventionsteamet. Teamet tar emot fallavvikelser från personer som inte är inskrivna i hemsjukvården och erbjuder ett fallpreventivt besök och efterföljande insatser utifrån individens behov.

Utbildningarna i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal är uppstartade och rehab enheten håller utbildning 3 dagar i veckan. Till och med vecka 13 har vi utbildat drygt 200 omvårdnadspersonal.

Uppdraget att rehab alltid deltar när myndighet träffar ny hemtjänstkund har inte varit i fokus under denna första period då de arbetsterapeuter som tidigare hade uppdraget har avslutat sin anställning och ny rekrytering har krävts. Rehab enheten har genomfört en omorganisation i teamen för patienter i ordinärt boende vilket gör att det är färre patienter per arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Detta utökar möjligheterna till träning för att öka individernas självständighet i aktiviteter.

### Återstår

Fallpreventionsteamet: Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ska gå upp till att arbeta heltid i fallpreventionsteamet, vilket förväntas ske hösten 2023. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut behöver tillsammans med sjuksköterska utveckla teamarbetet kring patienterna när sjuksköterska är rekryterad. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut planerar att utveckla arbetet kring trygghetslarm. Fallpreventionsteamet kommer arbeta med att höja hemtjänstpersonalens kompetens kring att upptäcka patienter som har risk för fall. Fallpreventionsteamet planerar även att besöka patientföreningar



och pensionärsföreningar för att informera och utbilda kring fallprevention för medborgare i Nyköpings kommun som inte har hemtjänst.

Förflyttningsteknik: Utbildningar i förflyttningsteknik planeras fortsätta under våren och hösten 2023, 3 dagar i veckan, till all omvårdnadspersonal i Nyköpings kommun har grundläggande utbildning i förflyttningsteknik. Rehabiliteringen har även påbörjat arbete för hur vidareutbildning i förflyttningsteknik ska ske på bästa sätt. Inför sommarsemestrarna planerar rehab enheten att erbjuda närmare 300 sommarvikarier i introduktion i förflyttningar och hjälpmedel, halvdagsutbildningar.

Rehabs deltagande när myndighet träffar ny hemtjänstkund: En arbetsterapeut har under vecka 13 påbörjat arbetet att vara med vid nybesök hos ny hemtjänstkund och vecka 18 påbörjar den andra arbetsterapeuten som ska arbeta med biståndshandläggarna sin anställning. Arbetsterapeuterna kommer delta vid nybesök hos ny hemtjänstkund, genomföra bedömningar som stöd till biståndsbeslut samt genomföra åtgärder som främjar individens självständighet i aktiviteter.

Rekrytering för sjukgymnast/fysioterapeut och sjuksköterska pågår.

#### Tidplan

Fallpreventionsteamet

Våren 2023:

- Fortsatt arbete med att rekrytera sjuksköterska till teamet
- Fortsatt arbete med att besöka APT i hemtjänstgrupperna för att informera om fallpreventionsteamet.
- Fortsatt arbete med att träffa individer som inte är inskrivna i hemsjukvården och erbjuda fallpreventivt besök och efterföljande insatser utifrån individens behov.
- arbeta fram rutiner för fallpreventionsteamet

Hösten 2023:

- Utveckla arbetet med att utbilda hemtjänstpersonal kring fallprevention
- Informera och utbilda medborgare i Nyköpings kommun kring fallprevention.

Förflyttningsteknik

Våren 2023:

- fortsatt utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik
- utbilda sommarvikarier i introduktion i förflyttningsteknik och hjälpmedel

Hösten 2023:

- fortsatt utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik
- Utveckla fortsättningsutbildning i förflyttningsteknik

Rehabs deltagande när myndighet träffar ny hemtjänstkund:

Våren 2023:

- två arbetsterapeuter påbörjar arbetet med att vara deltagande vid nybesök när myndighet träffar ny hemtjänstkund.

Hösten 2023:

- se över nuvarande arbetssätt kring att två arbetsterapeuter är med vid nybesök, utvärdera och utveckla arbetet.
- utveckla samarbete mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som arbetar med patienter i ordinärt boende, fallpreventionsteamet och arbetsterapeuter som arbetar med deltagande vid nybesök när myndighet träffar ny hemtjänstkund.

Våren och hösten 2023:

Rekrytering sjukgymnast/fysioterapeut

### Effekter

Effekterna av denna satsning på rehab-verksamheten är att den enskilde kan på kort sikt förbättra, och på lång sikt bevara, sina förmågor och därmed få en ökad livskvalitet.

### Ekonomi

Ökad aktivitetsförmåga hos den enskilde leder till minskat behov andra insatser på samhällelig nivå, så som hemtjänst.

Minskad fallrisk hos den enskilde leder till minskat behov andra insatser på samhällelig nivå, så som sjukhusvistelser och hemtjänst.

Kostnaderna för denna satsning ryms i den ökade budgeten från nämnd

Caroline Liljestränd  
0155-248511  
Caroline.liljestränd@nykoping.se

## **VON § Rapport om arbetet med att förbättra nöjdheten med aktiviteter och utevistelser vid särskilda boenden för äldre**

### **Diarienummer: VON22/65**

Socialstyrelsen genomför årligen en brukarundersökning inom äldreomsorgen omfattande såväl hemtjänst som särskilda boenden. Resultatet av 2022 års undersökning presenterades för nämnden i september (§ 84). För Division Social omsorgs (DSOs) del noterades en otillfredsställande nöjdhet med aktiviteter och utevistelser. Därför gavs DSO i uppdrag att återkomma till nämnden med en plan för vilka åtgärder man avsåg att vidta för att förbättra nöjdheten. Denna plan presenterade sedan enligt § 118. Man bedömde bland annat att en omvärldsbevakning behöver göras för att se hur andra kommuner, som har en högre nöjdhet, arbetar. Enligt § 118 uppdrogs också åt DSO att till nämndens sammanträde i april 2023 skriftligen rapportera hur åtgärdsarbetet går. Rapporten har nu inkommit och finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår att man på samtliga kommunalt drivna boenden, har kartlagt vilka aktiviteter som efterfrågas. Tydligt är bland annat att utevistelser och musik är uppskattade inslag i tillvaron. Det fortsatta arbetet handlar nu om att

- Förädla utbudet av aktiviteter
- Göra en omvärldsanalys
- Belysa vad vi redan nu erbjuder
- Genomföra egenkontroller
- Göra ett värdegrundsarbete
- Ta fram mått och mätinstrument

### **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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om aktiviteter och utevistelser på särskilda boenden för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en ny skriftlig rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport om arbetet med att förbättra nöjdheten med aktiviteter och utevistelser vid särskilda boenden för äldre

### Bakgrund

Socialstyrelsen genomför årligen en brukarundersökning inom äldreomsorgen omfattande såväl hemtjänst som särskilda boenden. Resultatet av 2022 års undersökning presenterades för nämnden i september (§ 84). För Division Social omsorgs (DSOs) del noterades en otillfredsställande nöjdhet med aktiviteter och utevistelser. Därför gavs DSO i uppdrag att återkomma till nämnden med en plan för vilka åtgärder man avsåg att vidta för att förbättra nöjdheten. Denna plan presenterade sedan enligt § 118. Man bedömde bland annat att en omvärldsbevakning behöver göras för att se hur andra kommuner, som har en högre nöjdhet, arbetar. Enligt § 118 uppdrogs också åt DSO att till nämndens sammanträde i april 2023 skriftligen rapportera hur åtgärdsarbetet går. Rapporten har nu inkommit och finns bilagd denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår att man på samtliga kommunalt drivna boenden, har kartlagt vilka aktiviteter som efterfrågas. Tydligt är bland annat att utevistelser och musik är uppskattade inslag i tillvaron. Det fortsatta arbetet handlar nu om att

- Förädla utbudet av aktiviteter
- Göra en omvärldsanalys
- Belysa vad vi redan nu erbjuder
- Genomföra egenkontroller
- Göra ett värdegrundsarbete
- Ta fram mått och mätinstrument

### 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 rapporten om aktiviteter och utevistelser på särskilda boenden för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10, samt
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en ny skriftlig rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Upprättat av:  
 Fredrik Sköld, aktivitetssamordnare

## Lägesrapport

### - Delrapport gällande åtgärder för att förbättra nöjdheten hos hyresgäster på särskilda boenden när det gäller aktiviteter och utevistelser

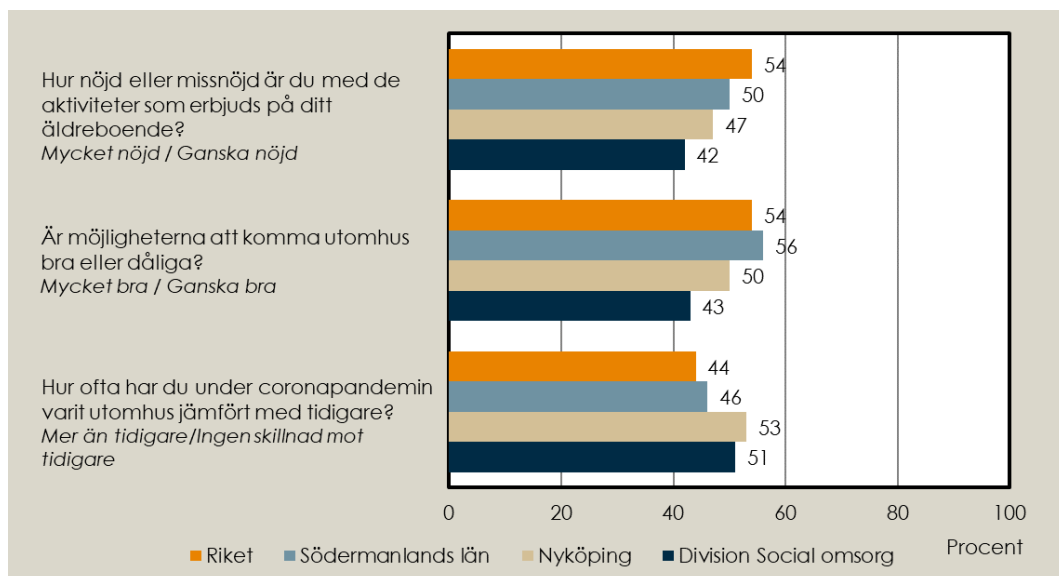
#### Bakgrund:

Socialstyrelsen genomför årligen en rikstäckande brukarundersökning inom äldreomsorgen. Undersökningen består i sin helhet av ett relativt stort antal frågor. Nyköpings resultat är bättre än i övriga landet i flertalet frågor. När det gäller nöjdheten gällande aktiviteter och möjlighet till utevistelse på våra kommunala särskilda boenden, visar det dock på ett sämre resultat än både rikssnittet och länssnittet samt i jämförelse med de privata boendena inom Nyköpings kommun.

#### *Brugarundersökningens resultat 2022 gällande aktiviteter och utevistelse:*

Positiva svar = Mycket nöjd/bra eller Ganska nöjd/bra.

Andel positiva svar i verksamheten/området jämfört med kommunen, länet och riket.



Vi erbjuder fler aktiviteter än någonsin på våra särskilda boenden för äldre – ändå höjs inte nivån av nöjdhet.

14 % av de inlämnade enkäterna i Socialstyrelsens brukarundersökning år 2022 var besvarade av "den äldre själv", 25 % av "Den äldre ihop med någon annan" samt 61 % av "Enbart någon annan". Det ger en relativt oklar bild över vad just hyresgästerna själva egentligen tycker, då majoriteten av alla inlämnade svar har gjorts av andra. Socialstyrelsen menar i sina kommentarer att "generellt besvaras frågorna mer positivt när den äldre personen svarat själv, något mindre positivt när den äldre svarat tillsammans med någon och minst positivt när någon annan svarat åt den äldre personen, ett svarsmönster som även syns i de tidigare undersökningarna".

Vid Vård- och omsorgsnämndens sammanträde den 1 september 2022 fick Division Social omsorg i uppdrag att skriftligen redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att förbättra nöjdheten med aktiviteter och möjligheterna till utevistelser på särskilda boenden. (VON § 84).

Ett antal förslag på åtgärder presenterades och godkändes sedan vid Vård- och omsorgsnämndens sammanträde den 1 december. (VON § 118). Division Social omsorg fick samtidigt i uppdrag att till nämndens sammanträde i april 2023 skriftligen rapportera hur åtgärdsarbetet fortgår.

#### **Hittills vidtagna åtgärder:**

Division Social omsorg har nu påbörjat arbetet med att titta på varför våra hyresgäster inte är nöjda. Det är ett omfattande arbete, som inte enbart har ett eller ett fåtal svar. Det är en komplex fråga med många andra medföljande frågor som kan behöva belysas; Vad de låga siffrorna står för, om vi arbetar på rätt sätt och erbjuder rätt sorts aktiviteter. Om vi har rätt resurser, miljöer och kompetenser och om vi har en organisation som gynnar aktivitet på avdelningarna eller inte.

#### *- Kartläggning över vilka aktiviteter som efterfrågas*

Det finns olika förväntningar och olika bilder hos hyresgäster, hos anhöriga, hos personal o s v, för hur en meningsfull tillvaro ska se ut i form av aktiviteter och vad aktiviteter är för något. Bilden av vad en meningsfull aktivitet är för något och vad det innebär, ser alltså olika ut hos oss människor. Aktivitet kan till exempel vara synonymt med hobby, tidsfördriv eller fritidssysselsättning. Att göra något. En del ser aktivitet mer som en social stimulans. Att få träffas, att få uppleva något ihop. Andra ser aktivitet som något som stimulerar sinnena, att bli berörd, att bli sedd, känna att man tillhör ett sammanhang, känna sig trygg, uppleva olika känslouttryck o s v. Ibland kan en passiv handling ses som en aktivitet, såsom att bara vara, halvslumra eller titta ut genom ett fönster. Så vad som är en meningsfull aktivitet är individuellt betingat, vilket också kan visa sig i de svar vi fått i Divisionens egen genomförda kartläggning över vilka aktiviteter som erbjuds i dagsläget i relation till vilka aktiviteter som efterfrågas



Är det utbudet man inte är nöjd med? Erbjuder vi fel sorts aktiviteter?

Genom brukarråd, gruppintervjuer och individuella djupintervjuer på de kommunala boendena, där siffrorna är lägre än på de privata, så har vi fått fram en övergripande bild på vad hyresgäster faktiskt vill ha för aktiviteter - både när det gäller större gruppaktiviteter och individuella. Allt ifrån att ha sällskap runt bordet, lukta på blommor eller att hålla någon i handen, till allsång, sittgympa eller utepromenader. En aktivitet kan också likställas med en sinnesstimulans.

Vi har också fått en helhetsbild över vilka sorts aktiviteter som utförs i dagsläget. På dagarna har vardagsaktiviteter såsom bingo, sällskapsspel, högläsning, korsord, filmvisning, sittgymnastik, pussel, samtal, fika mm varit populära inslag. Digitala hjälpmedel har också nyttjats som sinnesstimulans, som till exempel interaktiva projektorer, balans- och koordinationsplattor, digitala husdjur, music-dolls och aktivitets-appar via webben. Länsmuseet har ställt ut olika tema-utställningar på våra boenden. Tipspromenader och utepromenader har erbjudits, där personal, anhöriga och Väntjänsten hjälpt till. Röda Korset har erbjudit cykelutflykter med specialanpassade cyklar. Hästskjuts på gammalt sätt har erbjudits och varit ett populärt inslag. På helger och storhelger har det erbjudits pubafton, hattparad, julmarknad, luciafirande, midsommarfirande, nationaldagsfirande, ljuständning, kräftskaiva, påskpyssel mm. Svenska kyrkan har erbjudit gudstjänster, musikstunder och enskilda samtal.

Alla hyresgäster erbjuds aktiviteter kontinuerligt. Det erbjuds både gruppaktiviteter och individuella aktiviteter. En del av de boende vill ha fler aktiviteter, andra färre eller inga alls. En del hyresgäster tackar ibland nej till erbjuden aktivitet eller utevistelse. Det kan till exempel bero på trötthet, ovilja, att man fryser eller sjukdom. Utgångspunkten är att alla hyresgäster ska kunna uppleva en meningsfull tillvaro, oavsett antal aktiviteter. Individens behov är i centrum, vilket gör att det inte finns något standardmått på hur ofta man ska ha aktiviteter. Den enskildes behov kan belysas genom levnadsberättelsen, samtal med anhöriga, tidigare intressen o s v.

Frågor som använts i denna kartläggning är bland annat:

- Vad tycker du om att göra, vad blir du glad av?
- Vilken typ av aktivitet saknar du här på avdelningen?
- Vad gör du om dagarna?
- Finns det saker du vill göra för dig själv? Finns det saker du vill göra tillsammans med andra?

Det kan i svaren konstateras att utevistelse och musik i olika former är de två aktiviteter som generellt lockar mest och som våra hyresgäster vill ha mer av. Kartläggningen visar också att de flesta är nöjda med de aktiviteter som erbjuds, men att dessa bör förekomma oftare.

Det satsas mycket sedan lång tid tillbaka på musik i olika former på våra boenden. Allsångsträffar har erbjudits via Studieförbundet NBV. 700 timmars allsång på ett 20-tal avdelningar genomförs under 2023. Över 80 större musikkonserter genomförs under året – både inomhus som utomhus. Musiken är en utmärkt kulturform att genomföra, där både minne och sinne aktivt stimuleras, och där stora hälsoeffekter kan uppnås.

Forskningen säger samstämmigt att kontinuerlig utevistelse är en oerhört viktig friskhetsfaktor.

Det finns inga generella kommunala riktmärken för hur ofta respektive hyresgäst ska kunna erbjudas utevistelse. Inte heller Socialstyrelsen har någon rekommendation på detta. Behoven och önskemålen är individuella och det varierar en del mellan våra hyresgäster för hur ofta och hur länge utevistelser ska genomföras. I denna kartläggning kan vi dock se att generellt vill våra hyresgäster få större möjlighet till utevistelse än vad som erbjuds.

I ett annat perspektiv, kan vi se att det är väldigt många olika aktiviteter som önskas, samtidigt som det är få aktiviteter som den stora massan kan enas om och samstämmigt peka ut att de vill ha. Då vår utgångspunkt är individens behov i centrum, blir det på så sätt svårt att tillfredsställa allas behov med de resurser vi har i dagsläget.

Kartläggningen visar också att material saknas på många avdelningar. Det saknas också hjälpmedel för de som hör eller ser dåligt. Detta ger till följd av att en del i den grupp-kategorin upplever att de känner sig isolerade för att de inte kan delta på många av de aktiviteter som erbjuds.

Många av de aktiviteter som erbjuds och genomförs, är inne på respektive avdelning. Hos många av hyresgästerna finns trötthet, sjukdom och orkeslöshet. Därför är närhetsprincipen en viktig faktor för att förenkla för aktivitet.

*Nedan följer en översiktlig och sammanfattande bild över respektive enhets inkomna synpunkter:*

#### *Koggen*

- Det som hyresgästerna helst vill göra och som de blir glada av är allsång, lyssna på musik, bingo, konsert, se på TV, socialt umgänge, spela spel, tipspromenad och framför allt utevistelse.
- På egen hand vill man gärna läsa en bok och titta på TV.
- Tillsammans med andra vill man helst spela bingo och sällskapsspel samt umgås.
- I större omfattning tycks inga aktiviteter saknas.

#### *Mariebergsgården*

- Listan är lång på vad man som hyresgäst vill göra. Det finns en förståelse hos dem för att aktivitetsutbudet måste vara brett, så det passar alla eftersom också behoven ser olika ut.
- På en del avdelningar är många väldigt aktiva och gillar sällskapsspel, högläsning, gymnastik, bingo, tipspromenad, musikunderhållning och socialt umgänge.
- På andra avdelningar sitter hyresgästerna hellre på sina rum och lyssna på radio, läser eller har enskilda samtal med någon. Där finns ingen önskan om att umgås med andra.
- Det framkommer hos några att det finns hinder i att inte kunna se eller höra, vilket minskar antal aktiviteter att kunna delta på.
- Det framkommer också att många föredrar aktivitet i mindre grupper.
- De flesta hyresgäster önskar mer uteaktiviteter så som promenader eller cykelturer.
- De flesta anser sig i denna kartläggning vara nöjda med utbud som erbjuds, vilket motsäger resultatet i Socialstyrelsens brukarenkät.

#### *Väverskan*

- Väverskans hyresgäster tycker om socialt umgänge, promenera, spela bingo, och att erbjudas musikunderhållning.
- Det finns önskemål om mer egna samtal med personal och kanske någon annan utomstående från frivillig organisation.
- Inga aktiviteter anses saknas.

#### *Fruängskällan*

- Här gillar hyresgästerna utevistelse och utepromenader, men anser att det är för lite av det.
- De tycker också om att lyssna på musik, umgås och titta på TV. Intressena är dock väldigt spridda mellan avdelningarna.

### *Myntan*

- På Myntan önskar man en hel del olika aktiviteter. En del finns redan, men de vill ha mer av det som finns, som till exempel utepromenader, allsång och åka häst och vagn.
- Vissa aktiviteter som önskas, kräver ingen större insats från personalen.

### *Lundagården*

- Hyresgästerna vill vara ute så mycket som möjligt vid bra väder.
- Lyssna på någon som läser högt i en bok eller vill läsa själv inne i lägenheten.
- Kolla, lyssna och vara med på allsång. Gå på fest och träffa människor. Umgås med barn och barnbarn. Fika och äta gott tillsammans med andra. Träffa djur och barn.
- I dagsläget saknar ett flertal hyresgäster att kunna låna böcker, göra hantverk (virka, sticka, sy), gymnastik, och mer variation av sällskapspel.

### *Rönnliden*

- Här genomförs återkommande aktiviteter, såsom hår- och nagelvård, pussel och korsord, filmkvällar, bingo samt att titta på foton.
- Avdelningarna får besök från olika externa aktörer som t ex SPF (promenader), Svenska kyrkan (andakter) och NBV (allsång).
- Större aktiviteter som är omtyckta är allsång och musikunderhållning, liksom besök av terapihund och hästskjuts.
- Det finns inga förslag på andra aktiviteter än de som finns i dagsläget.

### **Det fortsatta arbetet:**

Utefter vad kartläggningen har visat, behöver vi nu förädla och utveckla de aktiviteter vi redan erbjuder på våra särskilda boenden. Vi kan konstatera att merparten av de aktiviteter som erbjuds och utförs, är de som också eftersöks av hyresgästerna. Musik och utevistelse är de aktiviteter som det önskas mer av.

Dock finns det ytterligare faktorer som påverkar nöjdheten av aktiviteter och utevistelse. Följande åtgärder behövs för att försöka vända trenden med de relativt låga siffrorna i Socialstyrelsens brukarenkät.

### - *Omvärldsanalys*

Vi behöver titta på de kommuner som fått väldigt goda resultat gällande nöjdheten av aktiviteter och möjligheten till utevistelse. Hur arbetar de? Vilken typ av aktiviteter erbjuds? Vad har de för resurser? Vi kan redan nu se i de inledande analyserna att något som kännetecknar de kommuner med hög andel nöjdhet är deras arbete med delaktighet och inflytande. Att kunna påverka sin situation och sin vardag och att ens behov synliggörs varje dag året om.

Vi behöver även titta på de privata utförarna. Varför är deras resultat bättre? Vad beror det på? Vad är det de lyckas med?

### - *Belysa vad vi faktiskt erbjuder och utför*

Flertalet av de som svarar på enkäten är "enbart någon annan". Denna grupp har just sina förväntningar på hur ofta det ska erbjudas aktiviteter och utevistelser. Men denna bild kan skilja sig mellan olika grupper. Anhöriga, hyresgäster, personal, allmänhet och politiker har ibland skilda bilder över vad som är en skälig levnadsnivå, vad som är meningsfull tillvaro, och vilken typ av aktiviteter som ska erbjudas på ett särskilt boende. För att klargöra vad som faktiskt görs och syftet med det som görs, behöver vi bli bättre på att uppmärksamma dessa insatser, för att därigenom skapa en samlad bild över hur en vanlig dag på ett särskilt boende ser ut gällande aktiviteter och utevistelse. Genom exempelvis anhörighetsträffar, veckobrev, informations-skärmar, bloggar, pressreleaser och/eller öppet hus, kan vi synliggöra alla de goda och meningsfulla aktiviteter som genomförs, och som i dagsläget inte uppmärksammas. En strategi kring dessa frågor behöver arbetas fram.

### - *Egenkontroll*

Vi behöver diskutera och analysera. Varför är endast 42 procent av hyresgästerna mycket nöjda/ganska nöjda med aktiviteterna? *Varför* är man *inte* nöjd? Arbetar vi på rätt sätt? Vilka arbetsmetoder använder vi? Vilka resurser och kompetenser finns och vilka saknas? Har vi en organisation som gynnar aktivitet på avdelningarna? Finns tillräckliga personalresurser för att tillmötesgå det omfång av aktivitetsbehov som påvisas i vår egen kartläggning? Är våra utemiljöer anpassade för utevistelse, och hur stimulerar dessa till aktivitet utomhus?

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamheten. Egenkontroll innebär att det sätt som arbetet har utförts på granskats, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid.

*- Värdegrundsarbete*

För att öka nöjdheten med aktiviteter och utevistelser, behöver divisionen hitta rutiner och arbets sätt som möjliggör just detta. Det kan exempelvis handla mer om schemalagd aktivitets- och utetid, ett tydligare systematiskt kvalitetsarbete och omprioriteringar av arbetsuppgifter. Det kan också handla om en ökad satsning på värdegrundsarbete, attityder och förhållningssätt hos personal med att se nyttan av aktiviteter, social stimulans och skapandet av en meningsfull tillvaro för våra äldre. Divisionen behöver också titta på vilka hinder som upplevs av personalen när det gäller aktiviteter och utevistelse, och hur vi kan få bort dessa. Saknas material och andra resurser?

Vi behöver fortsätta att inspirera och motivera till aktivitet och utevistelse, öka förståelsen för de positiva effekter en aktiv vardag ger för de boende, höja statusen för genomförandet av aktiviteter och utevistelse samt se nyttan och syftet med att erbjuda aktiviteter.

*- Ta fram fler mätinstrument och mått*

Vilka mål vill vi mäta oss emot? Vad vill vi mäta, och hur gör vi det? Styr antalet aktiviteter de boendes välmående? Eller är kvalitén på aktiviteterna och självbestämmandet över ens aktiviteter viktigare faktorer? Vad ska vi ha för mått? Vi behöver kartlägga hur andra kommuner mäter, och hitta en ökad bredd i våra utvärderingar.

Division Social omsorgs aktivitetssamordnare kommer successivt att arbeta vidare med ovanstående frågeställningar. Med dessa förslag på åtgärder, och genom att söka svar på ovanstående, har vi en stark tilltro till att nöjdheten kan öka när det gäller aktiviteter och möjligheten till utevistelse för hyresgästerna på våra särskilda boenden för äldre.

## **VON § Rapport om målet att alla hemtjänstkunder ska ha aktuella beslut**

### **Diarienummer: VON22/109**

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden finns målet att varje kunds beslut och individuella plan alltid ska spegla det aktuella behovet. Bakgrunden är både behovet att hushålla med kommunens resurser och att kunderna ska bevara sina egna förmågor så länge som möjligt. DSO har nu lämnat årets första rapport kring målet, vilken bifogas denna tjänsteskrivelse.

Enligt rapporten har kvalitetsutvecklare på myndighetsfunktionen följt upp genomförda uppföljningar av beslut och konstaterar att man under 2022 gjorde betydligt fler uppföljningar än under 2021. Man kommer att ta fram gemensamma rutiner för hur en uppföljning ska gå till för att säkerställa att alla handläggare arbetar lika. Man planerar också att uppföljningar ska kunna ske via länk.

Enligt överenskommelsen ska målet även rapporteras till nämndens sammanträde i oktober.

### **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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om aktuella beslut inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-13.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport om målet att alla hemtjänstkunder ska ha aktuella beslut

### Bakgrund

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden finns målet att varje kunds beslut och individuella plan alltid ska spegla det aktuella behovet. Bakgrunden är både behovet att hushålla med kommunens resurser och att kunderna ska bevara sina egna förmågor så länge som möjligt. DSO har nu lämnat årets första rapport kring målet, vilken bifogas denna tjänsteskrivelse.

Enligt rapporten har kvalitetsutvecklare på myndighetsfunktionen följt upp genomförda uppföljningar av beslut och konstaterar att man under 2022 gjorde betydligt fler uppföljningar än under 2021. Man kommer att ta fram gemensamma rutiner för hur en uppföljning ska gå till för att säkerställa att alla handläggare arbetar lika. Man planerar också att uppföljningar ska kunna ske via länk.

Enligt överenskommelsen ska målet även rapporteras till nämndens sammanträde i oktober.

### 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 rapporten om aktuella beslut inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-13.



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

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## Mål

I 2023 års överenskommelse mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division social omsorg finns målet att varje hemtjänstkunds beslut och individuella plan alltid ska spegla det aktuella behovet.

## Genomfört

Kvalitetsutvecklare har följt statistik varje månad under 2022 samt under första kvartalet 2023, vilket visar att dubbelt så många uppföljningar nu görs jämfört med under 2021.

Kvalitetsutvecklare på myndighet äldre har granskat fyra utredningar per månad. Det gäller nya beslut som biståndshandläggare har tagit under årets första kvartal. Beslutade insatser har jämförts med vad som görs hos kund av utförarna enligt verksamhetssystemet.

En brist som framkommit i utredningarna, var att det saknas uppgift om ifall samtycke har getts från den enskilde om att kontakt får tas med anhörig. Detta är nu åtgärdat med en tvingande rubrik i utredningarna.

I de 12 granskade ärendena fanns överensstämmelse mellan vad kund har för behov och det som genomförts av utförarna.

Konstaterade brister i de 12 genomförandeplanerna var:

- Det framgick inte vad kund faktiskt kan utföra själv
- Det framgick vad personal skulle göra, men det saknades en beskrivning av hur det skulle utföras.
- Det fanns ingen en skriftlig överenskommelse mellan brukare och utförare med en genomförandeplan där det bör beskriva metoder, beskrivning på hur personal ska utföra insatser hos kund eller om metoder ska följas upp.

Biståndshandläggarna gör nu grundligare uppföljningar, läser vad utföraren har dokumenterat, läser i verksamhetssystemet och har mer kontakt med utförarna på telefon.

Båda myndighetsfunktionerna följer riktlinjernas olika uppföljningsintervaller.

Ärendedragning genomförs varje vecka på myndighetskontoret äldre för samsyn.

En arbetsgrupp har bildats för att ta fram gemensamma rutiner för uppföljningar för att säkerhetsställa att de genomförs lika.

Biståndshandläggarna inom myndighetsfunktionen för funktionsstödsomsorgen fick under 2022 ett antal nya arbetsuppgifter att sätta sig in i, då de fick ansvar för all handläggning av personer mellan 18 och 65 år med behov av insatser som tidigare legat under äldreomsorgen. En risk- och konsekvensanalys håller på att genomföras på båda myndighetsfunktionerna, avseende denna omorganisation.

En halvdags workshop har genomförts med moderator HR Eva Bernhardsson och tf enhetschef Therese Wall, där biståndshandläggarna själva har gett förslag till förändrat/förbättrat arbetssätt. Det arbetet ska fortgå.

## **Återstår**

Förändra arbetssättet på myndighet äldre.

Uppföljningar av kända kunder ska kunna följas upp via länk, med hjälp av kontaktpersonal som då är hos kund. Utbildning har inte skett.

En gemensam rutin kring hur uppföljningar ska ske av kund ska tas fram av en arbetsgrupp och implementeras hos alla utförare.

## **Tidplan**

Arbetet med uppdraget följer inte tidplanen, på grund av avsaknad av chef och myndighetskontoret för äldre har inte varit bemannade fullt ut under 2022. Även myndighetsfunktionen för funktionsstödsomsorgen har varit underbemannade under 2022.

## **Effekter**

Kund ska ha rätt beslut utifrån behov och fortsätta göra det personen kan själv.

## **Ekonomi**

När alla kunder har rätt beslut utifrån behov kommer det bli en effekt på ekonomin.

Anneli Lybark kvalitetsutvecklare myndighet äldre

Rakel Karlsson biståndshandläggare funktionsstödsomsorgen

## **VON § Rapport om uppdraget att varje hyresgäst på särskilt boende för äldre ska få rätt hjälp att bevara sina förmågor**

### **Diarienummer: VON22/109**

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg och Vård- och omsorgsnämnden finns uppdraget att varje hyresgäst på särskilda boenden för äldre ska få rätt hjälp att bevara sina egna förmågor så långt som möjligt. Målsättningen är att hyresgästerna ska få individuella beslut utifrån sina behov och fortsätter att göra själva så mycket som möjligt. Nu har en första avrapportering av uppdraget gjorts och rapporten finns bifogad denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår bland annat att kvalitetsutvecklare i 1:a linjen granskat genomförandeplaner för att se om de är aktuella och reviderade inom sex månader samt om de är upprättade i delaktighet med brukaren. Det är också inarbetat att rehabenheten genomför bedömningar av den egna förmågan hos i princip alla nyinflyttade på särskilt boende för äldre inom de första fyra veckorna. Framåt återstår bland annat att se över genomförandeplanerna och att implementera arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) inom verkställigheten.

Enligt överenskommelsen ska uppdraget även rapporteras vid nämndens sammanträde i oktober.

### **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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om uppdraget att varje hyresgäst ska få rätt hjälp att bevara sina förmågor, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10.

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport om uppdraget att varje hyresgäst på särskilt boende för äldre ska få rätt hjälp att bevara sina förmågor

### Bakgrund

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg och Vård- och omsorgsnämnden finns uppdraget att varje hyresgäst på särskilda boenden för äldre ska få rätt hjälp att bevara sina egna förmågor så långt som möjligt. Målsättningen är att hyresgästerna ska få individuella beslut utifrån sina behov och fortsätter att göra själva så mycket som möjligt. Nu har en första avrapportering av uppdraget gjorts och rapporten finns bifogad denna tjänsteskrivelse.

Av rapporten framgår bland annat att kvalitetsutvecklare i 1:a linjen granskat genomförandeplaner för att se om de är aktuella och reviderade inom sex månader samt om de är upprättade i delaktighet med brukaren. Det är också inarbetat att rehabenheten genomför bedömningar av den egna förmågan hos i princip alla nyinflyttade på särskilt boende för äldre inom de första fyra veckorna. Framåt återstår bland annat att se över genomförandeplanerna och att implementera arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) inom verkställigheten.

Enligt överenskommelsen ska uppdraget även rapporteras vid nämndens sammanträde i oktober.

### 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 rapporten om uppdraget att varje hyresgäst ska få rätt hjälp att bevara sina förmågor, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## **Rapport utifrån Överenskommelse 2023 mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg, särskilda uppdrag Särskilt boende för äldre**

### Uppdrag

Att utifrån Överenskommelse 2023 mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division Social omsorg under mål och särskilda uppdrag Särskilda boenden för äldre rapportera gällande att varje hyresgäst får rätt hjälp för att bevara sina egna förmågor så långt som möjligt.

Önskat resultat år 2023:

De första hyresgästerna ska ha fått individuella beslut utifrån sina behov och fortsätter att göra själv så mycket som möjligt.

### Genomfört

Biståndshandläggare arbetar utifrån IBIC (individens behov i centrum) som är ett arbetssätt som bygger på att individens behov beskrivs och att individens resurser tas tillvara. Besluten ska tydligt beskriva vad individen behöver stöd i och vad individen kan utföra på egen hand. IBIC som arbetssätt är inte implementerat på de kommunala särskilda boendena i dagsläget men verkställigheten kan följa IBIC-upplägget i utredningen.

En översyn har tidigare genomförts av myndighetsfunktionen i form av intervjuer. Enhetschefer på ett kommunalt särskilt boende informerade att handläggares utredningar tydligt beskriver kundens behov.

Under 2022 har kvalitetsutvecklare i första linjen SÄBO (KU1) granskat genomförandeplaner digitalt i verksamhetssystemet samt manuellt utifrån en granskningsmall. I granskningen har man bland annat sett över om genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom sex månader samt om genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukaren.

Rehabenheten hade ett separat uppdrag 2022 att öka andelen inflyttade på särskilt boende för äldre som fått den egna förmågan bedömd under sin första boendemånad och hur den bäst bevaras. I nuläget genomförs bedömningar av den egna förmågan av rehab hos näst intill alla nyinflyttade på särskilt boende för äldre inom de första fyra veckorna.

## Återstår

Implementera arbetssättet IBIC på samtliga kommunala särskilda boenden. För att det ska möjliggöras finns behov av att enhetschefer och personal får utbildning i IBIC. Biståndshandläggare har tidigare genomfört en webbutbildning som Socialstyrelsen tillhandahåller.

Utvecklingsarbete gällande genomförandeplaner där det tydligt ska framgå vad individen behöver hjälp med av personal, vad individen utför tillsammans med personal samt vad individen kan utföra på egen hand.

Aktuella livsområden (IBIC) överförs till genomförandeplanen i verksamhetssystemet.

En struktur för samverkan behöver skapas mellan myndighetsfunktionen och olika professioner på särskilt boende som kan bli ett forum för uppföljning av förändringar i individens förmågor.

De kunder som har ett större förändrat behov ska följas upp av biståndshandläggare. Uppföljningar med nya beslut kan skapa oro för hyresgästerna och därmed viktigt att beakta när man ser över om uppföljning av biståndshandläggare är nödvändigt.

Metoder för att mäta de förväntade effekterna.

## Tidplan

Utvecklingsarbete gällande genomförandeplaner, pågående arbete under 2023.

Implementera arbetssättet IBIC på särskilda boenden under 2023.

Biståndshandläggare börjar följa upp beslut på särskilt boende under 2023 där ett större förändrat behov har uppkommit.

## Effekter

- Besluten tydligt beskriver vad individen behöver stöd med och vad individen kan utföra självständigt. Det är utifrån besluten som omvårdnadspersonal upprättar genomförandeplanen i delaktighet med individen om hur stödet ska ges.
- Bättre möjlighet att beskriva individens behov från beslut till hur hjälpen ska utföras i en genomförandeplan.
- En strukturerad dokumentation som ska ge myndighet och utförare ett gemensamt språk. Uppgifterna blir mer enhetliga, vilket gör det lättare för individen att få rätt stöd.
- Individen får insatser som genomförs med arbetssätt och metoder som stärker individens egna resurser i det dagliga livet.



Rebecka Braun  
Kvalitetsutvecklare Äldreomsorgen  
[rebecka.braun@nykoping.se](mailto:rebecka.braun@nykoping.se)

## **VON § Rapport om målet om funktionsbevarandefokus inom hemtjänsten**

### **Diarienummer: VON22/109**

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden finns målet att det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom hemtjänsten. Det har blivit dags för årets första avrapportering av målet. Den rapport som DSO skrivit finns bilagd tjänsteskrivelsen.

Man kan konstatera att målet har en mycket nära koppling till syftet med nämndens rehabsatsning som gjordes under 2022. Båda dessa avrapporteras nu vid samma sammanträde. Utöver de aktiviteter som genomförs inom satsningen, planerar rehabenheten bland annat även att

- undersöka möjligheten att utbilda hemtjänstpersonal i rehabiliterande förhållningssätt
- tillsammans med biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänst arbeta fram fler arbetsätt än hälsokonferenser för ett nära samarbete

Målet ska enligt överenskommelsen även avrapporteras vid nämndens sammanträde i oktober.

### **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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport om målet om funktionsbevarandefokus inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rapport om målet om funktionsbevarandefokus inom hemtjänsten

### Bakgrund

I 2023 års överenskommelse mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden finns målet att det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom hemtjänsten. Det har blivit dags för årets första avrapportering av målet. Den rapport som DSO skrivit finns bilagd tjänsteskrivelsen.

Man kan konstatera att målet har en mycket nära koppling till syftet med nämndens rehabsatsning som gjordes under 2022. Båda dessa avrapporteras nu vid samma sammanträde. Utöver de aktiviteter som genomförs inom satsningen, planerar rehabenheten bland annat även att

- undersöka möjligheten att utbilda hemtjänstpersonal i rehabiliterande förhållningssätt
- tillsammans med biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänst arbeta fram fler arbetssätt än hälsokonferenser för ett nära samarbete

Målet ska enligt överenskommelsen även avrapporteras vid nämndens sammanträde i oktober.

### 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 om målet om funktionsbevarandefokus inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-10.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## **Uppdragsrapport: Förebyggande och rehabiliterande arbete inom HT**

### Uppdrag

Rehabenheten har från nämnd fått uppdraget att uppfylla målet: det förebyggande och rehabiliterande arbetet är i fokus inom hemtjänsten. Önskat resultat från nämnd för 2023 är att rehabenheten ska ha deltagit i samtal med ny hemtjänstkund i 70 % av fallen, samt att antalet fallskador bland 80+ ska minska.

### Genomfört

För att uppfylla målet att det förebyggande och rehabiliterande arbetet är i fokus inom hemtjänsten krävs ett nära och tydligt samarbete mellan rehabenheten, biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänst. Hälsokonferenser är införda i kommunen för att underlätta teamarbete mellan Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, biståndshandläggare, sjuksköterska och hemtjänst.

De arbeten som rehabenheten genomfört inom rehabsatsningen är alla delvis riktade för att främja det förebyggande och rehabiliterande arbetet inom hemtjänsten.

- Fallpreventionsteamet är uppstartat med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Fallpreventionsteamet har informerat hemtjänstgrupper om fallprevention och fallpreventionsteamet. Fallpreventionsteamet erbjuder ett fallpreventivt besök och efterföljande insatser utifrån individens behov för personer som inte är inskrivna i hemsjukvården för att minska risk för fler fall.
- Rehab enheten har genomfört en omorganisation i teamen för patienter i ordinärt boende vilket gör att det är färre patienter per arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Detta utökar möjligheterna till träning för att öka individernas självständighet i aktiviteter.
- Utbildningarna i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal är uppstartade. Förflyttningutbildning är ett steg i att uppmärksamma omvårdnadspersonalen på att möjliggöra för den enskilde att vara så delaktig och självständig som möjligt i sina dagliga aktiviteter för att förbättra och/eller bibehålla sina förmågor.

Påbörjat arbete för ett närmare samarbete mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut som arbetar med personer i ordinärt boende kring uppföljning av beslutade hemtjänstinsatser hos enskild.

### Återstår

De arbeten som rehabenheten planerat inom rehabsatsningen är alla delvis riktade för att främja det förebyggande och rehabiliterande arbetet inom hemtjänsten.

- Fallpreventionsteamet kommer arbeta med att informera och utbilda hemtjänstpersonalen och den enskilde kring fallprevention.
- Fortsatta utbildningar i förflyttningsteknik för all omvårdnadspersonal i Nyköpings kommun.
- Två arbetsterapeuter kommer delta vid nybesök hos ny hemtjänstkund, genomföra bedömningar som stöd till biståndsbeslut samt genomföra åtgärder som främjar individens självständighet i aktiviteter.

Rehabenheten planerar att undersöka möjligheten att utbilda hemtjänstpersonal i rehabiliterande förhållningssätt, för att individer som får stöd av hemtjänst ska få möjlighet att vara så självständiga och delaktiga som möjligt i sina dagliga aktiviteter.

Rehabenheten planerar att tillsammans med biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänst arbeta fram fler arbetsätt än hälsokonferenser för att möjliggöra ett nära och tydligt samarbete.

Utveckla arbete för ett närmare samarbete mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut som arbetar med personer i ordinärt boende kring uppföljning av beslutade hemtjänstinsatser hos enskild.

### Tidplan

Våren 2023

- fortsatt arbete med fallprevention, förflyttningsteknik och deltagande vid nybesök enligt rehabsatsningen.

Hösten 2023

- fortsatt arbete med fallprevention, förflyttningsteknik och deltagande vid nybesök enligt rehabsatsningen.
- Arbeta fram fler arbetsätt för att möjliggöra ett nära och tydligt samarbete tillsammans med biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänst.
- Utveckla utbildning i rehabiliterande arbetsätt för omvårdnadspersonal.
- Utveckla arbete för ett närmare samarbete mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut som arbetar med personer i ordinärt boende kring uppföljning av beslutade hemtjänstinsatser hos enskild.

### Effekter

Genom att öka kunskapen kring fallprevention och rehabiliterande förhållningssätt bland omvårdnadspersonalen är förhoppningen att den enskilde får större möjlighet vara delaktig i utförandet av sina dagliga aktiviteter utifrån dennes förmåga. Den enskilde kan då öka eller bibehålla sin aktivitetsförmåga under längre tid vilket i sin tur leder till minskat behov andra eller fler insatser, minskad fallrisk samt ökad livskvalité för den enskilde.

Ekonomi

Kostnaderna för rehabsatsningen ryms i den ökade budgeten från nämnd.

Caroline Liljestrand  
0155-248511  
Caroline.liljestrand@nykoping.se

## VON § Volontärverksamhet

### Diarienummer: VON23/51

Enligt § 122 i december 2022 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag kring "En väg in" efter en idé från myndighetsfunktionen om en instans dit äldre skulle kunna vända sig med diverse frågor. Därefter har även kvalitetsutvecklare med inriktning Nära vård haft tankar om volontärverksamhet i syfte att bryta äldres isolering och öka välmående. Då ett arbete liknande "En väg in" redan pågår på kommunövergripande nivå, går inte Vård- och omsorgsnämnden vidare med det uppdraget. Bifogat denna tjänsteskrivelse finns dock en rapport som beskriver hur en volontärverksamhet skulle kunna skapas.

En omvärldsbevakning har gjorts och en rad goda konsekvenser på såväl kort som lång sikt kan noteras. Det finns också en tydlig koppling till det nationella utvecklingsarbetet mot Nära vård. DSO ser möjlighet att nyttja redan befintlig personal som volontärsamordnare i den inledande omfattningen av verksamheten. Skulle verksamheten sen växa, kommer 0,5 mnkr att behövas för ytterligare en samordnare.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport om volontärverksamhet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-13.
- 2) **att** uppdra åt DSO att starta volontärverksamhet i enlighet med rapporten med befintlig personalresurs. För eventuell senare utökning av verksamheten krävs nytt nämndbeslut, samt
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en skriftlig rapport om hur verksamheten fungerar.

### Beslut till:

Division Social omsorg



Vård- och omsorgsnämnden

## Volontärverksamhet

### Bakgrund

Enligt § 122 i december 2022 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag kring "En väg in" efter en idé från myndighetsfunktionen om en instans dit äldre skulle kunna vända sig med diverse frågor. Därefter har även kvalitetsutvecklare med inriktning Nära vård haft tankar om volontärverksamhet i syfte att bryta äldres isolering och öka välmående. Då ett arbete liknande "En väg in" redan pågår på kommunövergripande nivå, går inte Vård- och omsorgsnämnden vidare med det uppdraget. Bifogat denna tjänsteskrivelse finns dock en rapport som beskriver hur en volontärverksamhet skulle kunna skapas.

En omvärldsbevakning har gjorts och en rad goda konsekvenser på såväl kort som lång sikt kan noteras. Det finns också en tydlig koppling till det nationella utvecklingsarbetet mot Nära vård. DSO ser möjlighet att nyttja redan befintlig personal som volontärsamordnare i den inledande omfattningen av verksamheten. Skulle verksamheten sen växa, kommer 0,5 mnkr att behövas för ytterligare en samordnare.

### 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 om volontärverksamhet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-04-13.
- 2) **att** uppdra åt DSO att starta volontärverksamhet i enlighet med rapporten med befintlig personalresurs. För eventuell senare utökning av verksamheten krävs nytt nämndbeslut, samt

- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en skriftlig rapport om hur verksamheten fungerar.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg

2023-04-19

## Etablering av volontärverksamhet för äldre

### Uppdrag

Att uppdra åt Division Social omsorg, DSO, att ta fram ett beslutsunderlag gällande volontärverksamhet för äldre. I skrivelsen ingick från början "En väg in", vilket tagits bort från denna rapport då ett liknande arbete kring detta är påbörjat i kommunen.

### Bakgrund

Nyköpings kommun har att vänta sig en åldrande befolkning med ett ökat behov av vägledning. Nyköpings kommun har riktat stöd till ungdomar, språk-svaga och människor med olika sjukdomar/funktionsnedsättningar men inget som är riktat mot äldre som inte har rätt till att beviljas stöd enligt Socialtjänst-lagen (SoL) och som saknar kontaktnät. Enligt SCB stiger den sociala isolering markant i åldersgruppen 55-64 och fortsätter sedan stiga brant i takt med stigande ålder. Med den kommande demografiska utvecklingen där färre ska försörja fler behövs ett engagemang från civilsamhället och det behövs ett förebyggande arbete för att minska psykisk ohälsa och bryta social isolering.

### Genomfört

En omvärldsbevakning av vad som finns i andra kommuner gällande volontärverksamhet har genomförts. Flera kontakter och teammöten tillsammans med Gävle kommuns volontärsvariga har genomförts då Gävle har en väl etablerad och fungerande verksamhet. I övrigt har inspiration från olika kommuners hemsidor hjälpt till att skapa en idé om hur en volontärverksamhet i Nyköping kan skapas.

### Beskrivning av tjänsten

**Volontärsamordnare/ aktivitetssamordnare:** Uppgiften blir att initialt starta upp och utveckla verksamheten. En aktivitetssamordnare med volontärsvar har sedan till uppgift att arbeta för att synliggöra verksamheten och rekrytera volontärer. Personen har även i uppgift att matcha volontären mot lämpliga uppdrag samt följa upp hur det går för volontären för att verka för att de som anmäler sitt intresse till volontäruppdrag ska trivas och bli kvar.

### Praktisk lösning och organisation

Ett förslag är att kommunen ska starta en volontärverksamhet där personer som är 65 år och uppåt kan få kontakt med volontärer. De volontärer som anmäler sitt intresse och blir volontärer kan vara yngre än 65 år. Grunden är att det ska vara enkelt att vara volontär. De ska själva kunna komma med förslag på vad de vill utföra för aktiviteter. Detta i syfte att bryta den sociala isoleringen och öka välmåendet för kommunens invånare, både för individen som gör något tillsammans med volontären och för den aktiva volontären.

Volontärer behöver skriva på en överenskommelse gällande att man avger ett tystnadslöfte, att personen innefattas av Nyköpings kommuns olycksfallsförsäkring samt att arbetet är frivilligt och utan ersättning. Volontärer får inte utföra ordinarie arbetsuppgifter som ligger under äldreomsorgens ansvarsområde.

### Lokalbeskrivning

Initialt behövs ingen lokal. Volontärsamordnaren har redan kontorsplats.

### Återstår

- Att skriva fram en överenskommelse för de personer som anmäler sitt intresse att bli volontär
- Utveckla en volontärorganisation
- Synliggöra volontärorganisationen

### Effekter

År 2022 tog Regeringen ett beslut att hela Sverige ska påbörja ett omställningsarbete mot Nära vård. Fokusområden är hälsofrämjande och personcentrering och denna verksamhet förväntas ge goda effekter i det hälsofrämjande arbetet.

### Konsekvenser på kort och längre sikt

- Fördröjning av insatsberoende eller beviljande av insatser som kan tillgodoses på annat sätt
- Fördröjning av insatser i ordinärt boende samt senare inflytt på särskilt boende medför minskade kostnader
- Bryta den sociala isoleringen och öka välmåendet för kommunens invånare
- Volontärarbetare får en meningsfullhet och en känsla av att vara behövd
- Personal i äldreomsorgen får avlastning i aktiviteter som kan utföras av volontärer

## Utvecklingsmöjligheter

Verksamheter i kommunen ska på sikt kunna lägga in önskemål på aktiviteter där de önskar hjälp av en volontär. Det blir sedan aktivitetssamordnare med volontärsansvarig roll att matcha volontär mot verksamhet.

Att skapa träffpunkter som drivs av volontärer där till exempel möjlighet till måltidssällskap finns, även veckovisa aktiviteter.

Starta en digital träffpunkt för att öka möjligheten och tillgängligheten till social gemenskap.

Att använda en "volontärapp" där lediga uppdrag läggs in och volontären kan anmäla sig att utföra

## Ekonomi

DSO har sett över interna resurser och ser att det finns möjlighet att använda sig av redan befintlig personal i rollen som volontärsamordnare. Således behövs inget ekonomisk ersättning 2023.

Vid tillväxt av volontärverksamheten kan ekonomiskt tillskott behövas i form av ytterligare aktivitetssamordnare. Årskostnad för en aktivitetssamordnare beräknas på cirka 520 000kr/år.

## Tidplan

Möjlig tidplan för uppstart av volontärverksamheten är hösten 2023.

Linda Svensk  
Kvalitetsutvecklare med inriktning Nära vård  
[linda.svensk@nykoping.se](mailto:linda.svensk@nykoping.se)

Rebecka Braun  
Kvalitetsutvecklare Äldreomsorg SÄBO  
[rebecka.braun@nykoping.se](mailto:rebecka.braun@nykoping.se)

## VON § Visningslägenhet

### Diarienummer: VON23/52

Digitaliseringen i samhället sker snabbt och idag finns möjligheter som kan bidra till ett självständigt liv likväl vara till hjälp för att bryta social isolering. Det finns möjligheter att med hjälp av teknik få känna en ökad trygghet i sitt eget hem. Division Social omsorgs (DSOs) kvalitetutvecklare för Nära vård har i bifogad rapport föreslagit att en så kallad visningslägenhet ska öppnas. I denna lägenhet kan såväl digitala som analoga hjälpmedel visas, så att kommunens äldre invånare får kännedom om utbudet. Att få bekanta sig med tekniken innan behov uppstår, bedöms också leda till att man, sedan när behov av olika insatser kommer, är positivt inställd till digitala lösningar. Sådana behövs även ur ett kommunalt perspektiv i allt större omfattning mot bakgrund av ökningen av antalet äldre i befolkningen och den samtidiga bristen på personal.

DSO förfogar redan idag över en lämplig lägenhet. 2023 års kostnader bedöms kunna finansieras med befintligt statsbidrag för Nära vård. Från och med 2024 beräknas den årliga kostnaden till 280 tkr, vilket avser en 50 % tjänst som rehabassistent samt medel för inköp av utrustning. Verksamheten bedöms kunna starta under hösten 2023.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt DSO att starta verksamhet i form av en visningslägenhet enligt beskrivning i rapport bilagd tjänsteskrivelse daterad 2023-04-07
- 2) **att** från och med 2024 finansiera verksamheten med 280 tkr på årsbasis, samt
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en skriftlig rapport över hur starten av verksamheten gått. Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden.

Vård- och omsorgsnämnden

## Visningslägenhet

### Bakgrund

Digitaliseringen i samhället sker snabbt och idag finns möjligheter som kan bidra till ett självständigt liv likväl vara till hjälp för att bryta social isolering. Det finns möjligheter att med hjälp av teknik få känna en ökad trygghet i sitt eget hem. Division Social omsorgs (DSOs) kvalitetutvecklare för Nära vård har i bifogad rapport föreslagit att en så kallad visningslägenhet ska öppnas. I denna lägenhet kan såväl digitala som analoga hjälpmedel visas, så att kommunens äldre invånare får kännedom om utbudet. Att få bekanta sig med tekniken innan behov uppstår, bedöms också leda till att man, sedan när behov av olika insatser kommer, är positivt inställd till digitala lösningar. Sådana behövs även ur ett kommunalt perspektiv i allt större omfattning mot bakgrund av ökningen av antalet äldre i befolkningen och den samtidiga bristen på personal.

DSO förfogar redan idag över en lämplig lägenhet. 2023 års kostnader bedöms kunna finansieras med befintligt statsbidrag för Nära vård. Från och med 2024 beräknas den årliga kostnaden till 280 tkr, vilket avser en 50 % tjänst som rehabassistent samt medel för inköp av utrustning. Verksamheten bedöms kunna starta under hösten 2023.

### 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** uppdra åt DSO att starta verksamhet i form av en visningslägenhet enligt beskrivning i rapport bilagd tjänsteskrivelse daterad 2023-04-07

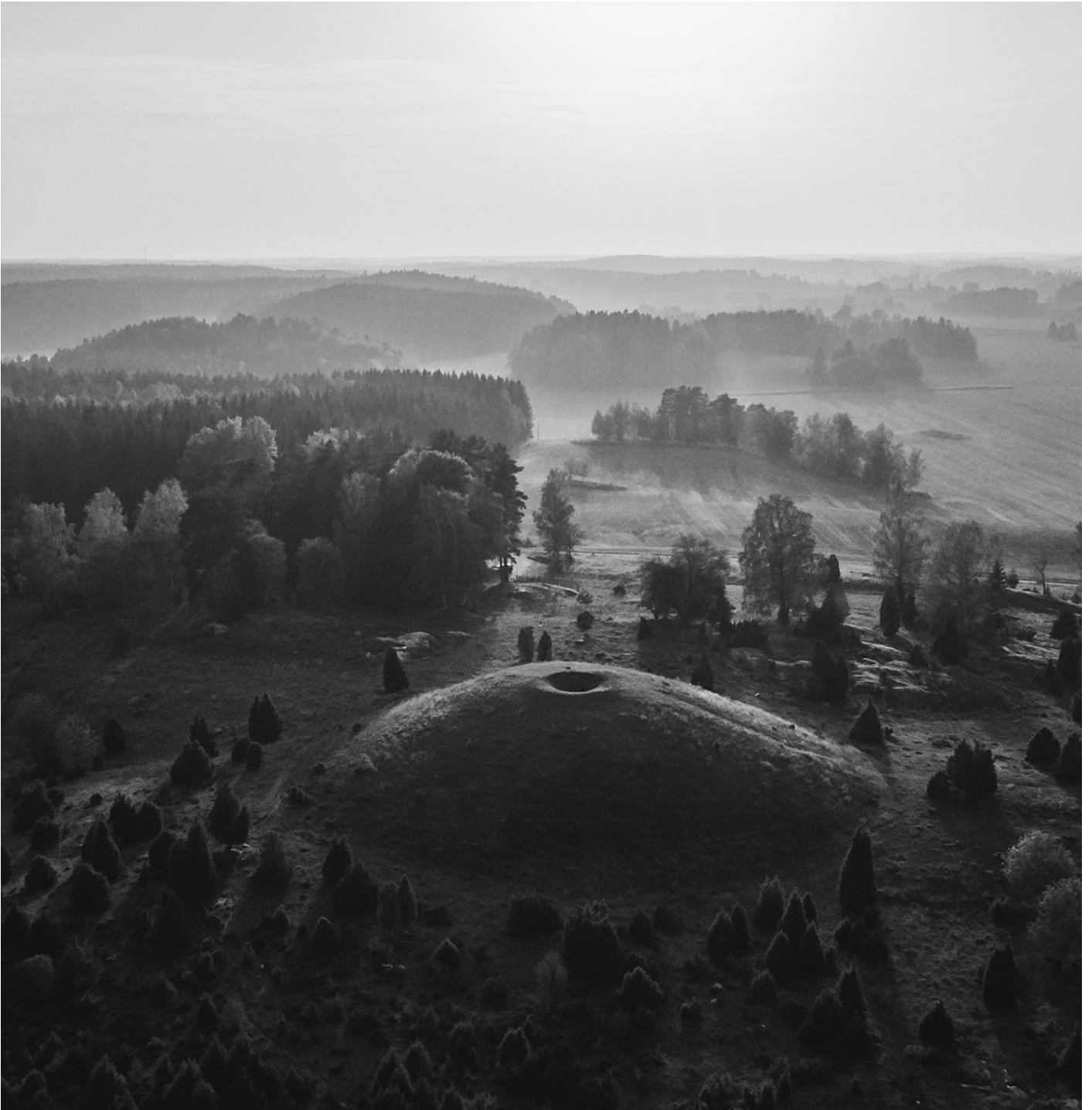
- 2) **att** från och med 2024 finansiera verksamheten med 280 tkr på årsbasis, samt
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december 2023 inkomma med en skriftlig rapport över hur starten av verksamheten gått. Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

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



# BO TRYGGT

VISNINGSLÄGENHET - EN INSPIRATIONSMILJÖ  
FÖR VARDAGSTEKNIK OCH EN ENKLARE VARDAG



## **Innehåll**

Bakgrund.....	3
Visningslägenhet.....	3
Effekter.....	3-4
Ekonomi.....	4-5
Bemanning.....	5
Framtiden.....	5
Behov.....	6
Sammanfattning.....	6

## **Bakgrund**

Digitaliseringen i samhället sker snabbt och idag finns möjligheter som kan bidra till ett självständigt liv likväl vara till hjälp för att bryta social isolering. Det finns möjligheter att med hjälp av teknik få känna en ökad trygghet i sitt eget hem.

Det finns även en mängd icke digitala hjälpmedel riktade till olika behov men det är inte alltid att vetskapen om dessa når fram till de som har behov. Det är svårt att leta efter hjälpmedel man inte vet att de finns.

Många personer stängs ute i denna snabba utveckling som sker.

Det finns redan ett 30-tal kommuner som erbjuder sina medborgare möjlighet att via en visningslägenhet få ta del av hjälpmedel, såväl digitala som icke digitala.

## **Visningslägenhet**

Syften med att ha en visningslägenhet.

### **Hjälpmedel som köps in av individen själv**

En visningslägenhet skulle innebära att kunskapen om olika hjälpmedel ökar hos medborgarna. En visningslägenhet skulle även innebära en möjlighet att få testa vad som passar för just mig. Att på ett enkelt sätt få vetskap om vad som finns på marknaden och att själv köpa in dessa kommer underlätta för personer med behov.

### **En chans för kommunen att visa upp vad de har**

Kommunen kan i en sådan visningslägenhet visa den digitala välfärdsteknik som används. Detta i syfte att de som ännu inte har insatser från kommunen kommer välja exempelvis digital tillsyn via kamera istället för fysisk om de i ett senare skede behöver hjälp. Att få bekanta sig med tekniken innan behov uppstår innebär att man hinner vänja sig med tanken att det digitala "inte är så farligt".

Även hjälpmedel som inte är digitala men kan förskrivas av kommunen kan vara önskvärt att ha med för att invånarna ska få kännedom om vad som finns och bekanta sig med dessa.

## **Effekter**

Att få kunskap om hjälpmedel kan innebära att man klarar sig självständigt en längre period - att kommunens insatser fördröjs eller minskar. Detta i sig är önskvärt med den demografiska utvecklingen där färre ska försörja fler.

Ett självständigt liv kan också tänkas bidra till ökat välbefinnande. I socialtjänstlagen finns en värdegrund inskriven att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Hjälpmedel i en visningslägenhet skulle förutom att höja graden av självständighet med fördel även kunna rikta in sig på fallförebyggande hjälpmedel som till exempel halkskydd samt ljus som tänds automatiskt om man nattetid lämnar sängen. Hjälpmedel som höjer säkerheten som till exempel påminnelsestöd som informerar om spisen är på eller om dörren är låst. Detta skulle kunna minska risk för fall eller andra olyckor och skapa trygghet.

Att redan innan behov uppstår kunna få vänja sig med tanken på digital tillsyn eller en läkemedelsautomat kan innebära att individerna i ett senare skede väljer detta. En effekt av det skulle vara att förutom att skapa en ökad självständighet hos individen även spara på resurser i form av personal. Även resorna skulle minska, vilket har positiva effekter på miljön. I målbilden för Nära vård går det att läsa att vården ska vara "digital först och fysisk när det behövs". Visningsmiljön är att ta ett steg mot att arbeta mot målbilden för Nära vård.

Att använda en visningslägenhet till att visa föreningar vad som finns, är ett sätt att nå ut till fler. Man kan även ha interna visningar för personal som får vetskap om vad som finns och kan rekommendera hjälpmedel till sina "medlemmar".

Det här är ett sätt att prata med medborgarna om deras behov och inte prata om dem. Ett led i omställningen till Nära vård.

Även de som utbildar sig till undersköterskor kan göra besök och se vad som finns för att få en bred spridning gällande kunskap om hjälpmedel och digital välfärdsteknik.

Den som visar denna lägenhet bör även kunna undervisa i hur man beställer på nätet, tipsa om bra websidor och prata om så väl fallförebyggande- som säkerhetsåtgärder samt vara en direkt länk till rehabenheten om ett hembesök behövs.

## **Ekonomi**

### **Inköp**

Inköp av hjälpmedel för att starta upp lägenheten beräknas uppgå till ett värde av cirka 50 000-60 000 kronor. Dessa finansieras av de medel som är rekviderade till Nära Vård och det behövs således inget ytterligare tillskott.

Den årliga kostnaden för material kan variera, men uppskattningsvis uppgår den som högst till 20 000 kr.

## **Hyra**

Det finns en utsedd lägenhet (som tidigare varit anvisningslägenhet) som skulle passa för ändamålet. Hyreskostnaden för denna betalas redan idag av Division Social omsorg (DSO) och kontraktet går ut 2027-12-31. Lägenheten är redan handikappanpassad.

## **Personal**

Det behövs en 50 % tjänst kopplad till rehab för att ha god kännedom om hjälpmedel samt snabbt och enkelt kunna förmedla kontakt till rehabteamet vid behov av hembesök. En arbetsterapeut vore ett förstahandsval, men rekrytering av en sådan kan bli svår och därför skulle en rehabassistent vara ett bra alternativ.

Arbetsterapeut: Cirka 302 tkr/år

Rehabassistent: Cirka 260 tkr/år

År 2023 kan lönekostnaden finansieras av befintligt statsbidrag för Nära Vård.

## **Sammanfattning ekonomi**

Lägenheten kommer inte att behöva några tillskott 2023.

Från 2024 behövs tillskott för lönekostnaden enligt beräkning ovan samt 20 000kr för inköp av nya hjälpmedel till lägenheten.

## **Bemanning**

Rehabintresse och digital kunskap är meriterande för att kunna driva en visningslägenhet. En arbetsterapeut eller en rehabassistent är absolut bäst lämpade att hålla i visningar, visa hjälpmedel samt prata fallförebyggande.

## **Framtiden/Utvecklingsmöjligheter**

En visningslägenhet skulle med fördel kunna innebära ett samarbete med regionen där de kan informera om förskrivningsbara hjälpmedel. De skulle kunna visa vad som faktiskt finns.

Man skulle även kunna fundera över samarbete med företag som kan ställa ut sina digitala lösningar som till exempel duschrobot eller höj- och sänkbar toalett. Viktigt är att det som finns i en visningslägenhet ska gå att endera köpa själv eller att kommunen kan erbjuda det via biståndsbeslut.

## **Möjlig tidplan**

Start beräknas kunna ske hösten 2023. Det behöver finnas internet för att få de digitala lösningarna att fungera.

## **Sammanfattning**

En visningslägenhet har till syfte att hjälpa medborgare till ett mer självständigt liv, att klara säker själv i högre utsträckning.

En visningslägenhet har också till syfte att visa den välfärdsteknik som kommunen idag erbjuder för att medborgarna ska vänja sig vid tanken och öka chansen till att de väljer till exempel digital tillsyn om de senare blir i behov av hjälpinsatser. Även icke digitala hjälpmedel som senare kan förskrivas är bra att visa upp och ge invånarna en chans att vänja sig med.

Effekten blir för invånarna att de får ett ökat välbefinnande och självbestämmande. För kommunen kan det innebära minskade insatser och därigenom få de personalresurser vi har att lättare räcka till.

Linda Svensk

Kvalitetutvecklare för Nära vård

[Linda.svensk@nykoping.se](mailto:Linda.svensk@nykoping.se)

## **VON § Ekonomisk uppföljning efter februari 2023, Vård- och omsorgsnämnden**

### **Diarienummer: VON23/2**

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat på cirka +/-0 mnkr. Det finns dock några smärre avvikelser inom ram. Det verksamhetsområde som benämns Gemensamt beräknas stå för ett nettobudgetunderskott på 0,8 mnkr, vilket fullt ut förklaras av att nämnden inte fått täckning för Måltidsservices kostnadsnivå. Här är budgetavvikelsen - 1,2 mnkr. Äldreomsorgen beräknas ge ett budgetöverskott på 1,7 mnkr. Det är vårdavgiftsintäkterna inom såväl hemtjänst som äldre- och demensboenden som ligger bakom detta. Samtidigt prognostiseras ett underskott på -1,2 mnkr för funktionsstödsomsorgen - fullt ut avseende 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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter februari med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2023-04-11 med tillhörande bilaga.

Vård- och omsorgsnämnden

## Ekonomisk uppföljning efter februari 2023, Vård- och omsorgsnämnden

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat på cirka +/-0 mnkr. Det finns dock några smärre avvikelser inom ram. Det verksamhetsområde som benämns Gemensamt beräknas stå för ett nettobudgetunderskott på 0,8 mnkr, vilket fullt ut förklaras av att nämnden inte fått täckning för Måltidsservices kostnadsnivå. Här är budgetavvikelsen -1,2 mnkr. Äldreomsorgen beräknas ge ett budgetöverskott på 1,7 mnkr. Det är vårdavgiftsintäkterna inom såväl hemtjänst som äldre- och demensboenden som ligger bakom detta. Samtidigt prognostiseras ett underskott på -1,2 mnkr för funktionsstödsomsorgen - fullt ut avseende 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 2023-04-11 med tillhörande bilaga.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes 2023-04-19



## Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning efter februari 2023

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2023	Prognos helår 2023	Diff
<b>Intäkter</b>			
Nämnden	0,0	0,0	+/-0
Gemensamt	31,5	32,4	+0,9
Hälso- och sjukvård	0,4	0,6	+0,2
Äldreomsorg	104,3	108,5	+4,2
Funktionsnedsatta	1,5	1,6	+0,1
<b>S:a intäkter</b>	<b>137,7</b>	<b>143,1</b>	<b>+5,4</b>
<b>Kostnader</b>			
Nämnden	-2,4	-2,4	+/-0
Gemensamt	-138,7	-140,4	-1,7
Hälso- och sjukvård	-77,4	-77,4	+/-0
Äldreomsorg	-701,3	-703,8	-2,5
Funktionsnedsatta	-460,3	-461,6	-1,3
<b>S:a kostnader</b>	<b>-1 380,1</b>	<b>-1 385,6</b>	<b>-5,5</b>
<b>Nettoresultat</b>			
Nämnden	-2,4	-2,4	+/-0
Gemensamt	-107,2	-108,0	-0,8
Hälso- och sjukvård	-77,0	-76,8	+0,2
Äldreomsorg	-597,0	-595,3	+1,7
Funktionsnedsatta	-458,8	-460,0	-1,2
<b>Nettoresultat</b>	<b>-1 242,4</b>	<b>-1 242,5</b>	<b>-0,1</b>

## VON § Rekvirering av 2023 års statsbidrag till Äldreomsorgslyftet

**Diarienummer: VON23/27**

Socialstyrelsen har för fjärde året i rad fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för en satsning på Äldreomsorgslyftet. Efter detta år kommer inte statsbidraget att finnas kvar. Syftet med bidraget har varit och är att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre hos såväl personal som första linjens chefer. Hittills har Vård- och omsorgsnämnden i samverkan med Campus startat fyra omgångar undersköterskeutbildning, en utbildning till specialistundersköterska demens och en motsvarande för palliativ vård. Dessutom har en ledarskapsutbildning genomförts i samverkan med Linköpings universitet. Nämnden har, för att möjliggöra även för personal inom funktionsstödsomsorgen att delta i utbildningarna, valt att som komplement till statsbidraget, avsätta 5 mnkr årligen under den period som statsbidraget funnits – så även för 2023.

Vissa av utbildningarna ovan kommer att pågå även under 2023, varför årets bidrag behöver rekvireras för att finansiera dessa. Bidraget kan även nyttjas till att genomföra ytterligare terminslånga utbildningar. Nyköpings kommun kan för 2023 rekvirera 11 671 000 kronor. De medel som ej hinner förbrukas kommer att behöva betalas tillbaka till Socialstyrelsen i samband med återrapporteringen i början av 2024.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** 2023 års medel för Äldreomsorgslyftet ska rekvireras, samt
- 2) **att** i samverkan med utförarna inom äldreomsorgen komma fram till hur medlen bäst nyttjas under året, samt
- 3) **att** paragrafen anses omedelbart justerad.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rekvirering av 2023 års statsbidrag till Äldreomsorgslyftet

### Bakgrund

Socialstyrelsen har för fjärde året i rad fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för en satsning på Äldreomsorgslyftet. Efter detta år kommer inte statsbidraget att finnas kvar. Syftet med bidraget har varit och är att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre hos såväl personal som första linjens chefer. Hittills har Vård- och omsorgsnämnden i samverkan med Campus startat fyra omgångar undersköterskeutbildning, en utbildning till specialistundersköterska demens och en motsvarande för palliativ vård. Dessutom har en ledarskapsutbildning genomförts i samverkan med Linköpings universitet. Nämnden har, för att möjliggöra även för personal inom funktionsstödsomsorgen att delta i utbildningarna, valt att som komplement till statsbidraget, avsätta 5 mnkr årligen under den period som statsbidraget funnits - så även för 2023.

Vissa av utbildningarna ovan kommer att pågå även under 2023, varför årets bidrag behöver rekvireras för att finansiera dessa. Bidraget kan även nyttjas till att genomföra ytterligare terminslånga utbildningar. Nyköpings kommun kan för 2023 rekvirera 11 671 000 kronor. De medel som ej hinner förbrukas kommer att behöva betalas tillbaka till Socialstyrelsen i samband med återrapporteringen i början av 2024.

### 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** 2023 års medel för Äldreomsorgslyftet ska rekvireras

- 2) **att** i samverkan med utförarna inom äldreomsorgen komma fram till hur medlen bäst nyttjas under året
- 3) **att** detta beslut ska justeras omedelbart

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

## VON § Rekvirering av 2023 års statsbidrag till habiliteringsersättning

### Diarienummer: VON23/46

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2023 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. Tidigare år har statsbidraget använts till att göra en engångsutbetalning till deltagarna, samtidigt som timersättningen hållits oförändrad. För 2023 bör i stället timersättningen höjas.

Statsbidraget 2023 uppgår för Nyköpings del till 1 950 463 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2024 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2023 års statsbidrag till habiliteringsersättning
- 2) **att** statsbidraget ska användas till att höja timersättningen, samt
- 3) **att** uppdra åt Division Social omsorg att administrera statsbidraget och i början av 2024 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

### Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Rekvirering av 2023 års statsbidrag till habiliteringsersättning

### Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2023 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. Tidigare år har statsbidraget använts till att göra en engångsutbetalning till deltagarna, samtidigt som timersättningen hållits oförändrad. För 2023 bör i stället timersättningen höjas.

Statsbidraget 2023 uppgår för Nyköpings del till 1 950 463 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2024 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 2023 års statsbidrag till habiliteringsersättning
- 2) **att** statsbidraget ska användas till att höja timersättningen, samt
- 3) **att** uppdra åt Division Social omsorg att administrera statsbidraget och i början av 2024 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg



## **VON § Inriktning för tillskapande av boendeplatser inom funktionsstödsomsorgen**

### **Diarienummer: VON23/53**

Det råder brist på platser på grupp- och servicebostäder samt psykiatriboenden i Nyköping. 16 personer står i kö och dessutom är 40 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. Med detta som bakgrund gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett underlag för det fortsatta arbetet. Se § 32 (2021). Underlaget presenterades i två delar enligt § 103 (2021) och § 34 (2022). Det avsåg en kartläggning av dels befintliga boenden, dels hemflyttningsmöjligheter för externt placerade. DSO, Kommunfastigheter och nämndens sakkunniga tjänsteman fick därefter i uppdrag att arbeta vidare med underlaget för att tillskapa platser efter behov. Inget konkret resultat har kommit ut av det arbetet så här långt. Det har delvis sin grund i att det saknats politiskt beslut kring vilken inriktning åtgärdsarbetet ska ha när det gäller boendena. För att på ett konkret och framåtsyftande sätt ta tag i frågan behöver följande ske:

- Kommunfastigheter ges i uppdrag att ta fram en plan för hur man matchar utfasning av vissa befintliga ej funktionella boenden med nybyggnation.
- Kommunfastigheter ges i uppdrag att ta fram underlag till principbeslut avseende om byggnation ska ske i egen regi eller om inhyrning ska ske från extern part.
- DSO ges i uppdrag att komplettera ovanstående två uppdrag med de ekonomiska konsekvenserna, även innefattande beräkning av kommunens alternativkostnad om beslut fattas om att inte skapa platser inom kommunen.
- Nämndens sakkunniga tjänsteman får i uppdrag att i samverkan med Kommunfastigheter och DSO revidera berörda funktionsprogram.
- Brukarperspektivet ska hållas centralt i dessa uppdrag.

### **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.

### **Yttranden och yrkanden**

### **Beslutsordning**

## Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt Kommunfastigheter att ta fram en plan för hur man matchar utfasning av vissa befintliga ej funktionella boenden med nybyggnation
- 2) **att** uppdra åt Kommunfastigheter att ta fram underlag till principbeslut avseende om byggnation ska ske i egen regi, eller om inhyrning ska ske från extern part
- 3) **att** uppdra åt DSO att komplettera ovanstående två uppdrag med de ekonomiska konsekvenserna, även innefattande beräkning av kommunens alternativkostnad
- 4) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att i samverkan med Kommunfastigheter och DSO revidera berörda funktionsprogram, samt
- 5) **att** uppdragen ska avrapporteras skriftligen en första gång vid nämndens sammanträde i oktober 2023, inklusive en tidplan för arbetet med samtliga uppdrag enligt ovan.

### Beslut till:

Kommunfastigheter

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

## Inriktning för tillskapande av boendeplatser inom funktionsstödsomsorgen

### Bakgrund

Det råder brist på platser på grupp- och servicebostäder samt psykiatriboenden i Nyköping. 16 personer står i kö och dessutom är 40 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. Med detta som bakgrund gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett underlag för det fortsatta arbetet. Se § 32 (2021). Underlaget presenterades i två delar enligt § 103 (2021) och § 34 (2022). Det avsåg en kartläggning av dels befintliga boenden, dels hemflyttningsmöjligheter för externt placerade. DSO, Kommunfastigheter och nämndens sakkunniga tjänsteman fick därefter i uppdrag att arbeta vidare med underlaget för att tillskapa platser efter behov. Inget konkret resultat har kommit ut av det arbetet så här långt. Det har delvis sin grund i att det saknats politiskt beslut kring vilken inriktning åtgärdsarbetet ska ha när det gäller boendena. För att på ett konkret och framåtsyftande sätt ta tag i frågan behöver följande ske:

- Kommunfastigheter ges i uppdrag att ta fram en plan för hur man matchar utfasning av vissa befintliga ej funktionella boenden med nybyggnation.
- Kommunfastigheter ges i uppdrag att ta fram underlag till principbeslut avseende om byggnation ska ske i egen regi eller om inhyrning ska ske från extern part.
- DSO ges i uppdrag att komplettera ovanstående två uppdrag med de ekonomiska konsekvenserna, även innefattande beräkning av kommunens alternativkostnad om beslut fattas om att inte skapa platser inom kommunen.
- Nämndens sakkunniga tjänsteman får i uppdrag att i samverkan med Kommunfastigheter och DSO revidera berörda funktionsprogram.
- Brukarperspektivet ska hållas centralt i dessa uppdrag.

## 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** uppdra åt Kommunfastigheter att ta fram en plan för hur man matchar utfasning av vissa befintliga ej funktionella boenden med nybyggnation
- 2) **att** uppdra åt Kommunfastigheter att ta fram underlag till principbeslut avseende om byggnation ska ske i egen regi, eller om inhyrning ska ske från extern part
- 3) **att** uppdra åt DSO att komplettera ovanstående två uppdrag med de ekonomiska konsekvenserna, även innefattande beräkning av kommunens alternativkostnad
- 4) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att i samverkan med Kommunfastigheter och DSO revidera berörda funktionsprogram, samt
- 5) **att** uppdragen ska avrapporteras skriftligen en första gång vid nämndens sammanträde i oktober 2023, inklusive en tidplan för arbetet med samtliga uppdrag enligt ovan.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden  
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes  
2023-04-19

### Beslut till:

Kommunfastigheter  
Division Social omsorg

## VON § Översyn, socialpsykiatrins nämndtillhörighet

### Diarienummer: VON23/54

Idag finns brukare/klienter i gränslandet mellan Socialnämndens och Vård- och omsorgsnämndens respektive ansvarsområde. Exempelvis gäller det personer med samsjuklighet. En tanke är att flytta ansvaret för socialpsykiatri från Vård- och omsorgsnämnden till Socialnämnden. Konsekvenserna och förutsättningarna för en sådan förflyttning behöver utredas. Utredningens övergripande syfte blir att utreda om ansvarsförflyttningen får positiva konsekvenser för berörda personer utifrån det sammanhållna ansvaret.

Utredningen ska innehålla följande:

- Omvärldsbevakning gällande hur ett antal andra kommuner valt att organisera detta ansvarsområde
- Konsekvenser ur ett klient-/brukarperspektiv
- Förutsättningar och konsekvenser ur nämndernas perspektiv, exempelvis gällande styrning och ledning, ekonomi, samverkan, kvalitet och eventuella juridiska aspekter
- Förutsättningar och konsekvenser ur ett verksamhetsperspektiv, exempelvis gällande organisation, ekonomi, styrning från nämnd, samverkan, eventuella juridiska aspekter, arbetsmiljö- och medarbetarperspektiv.
- Förslag på ny gränsdragning nämnderna emellan i form av verksamhets-specifikation inklusive aktuella budgetramar för respektive verksamhet.

### 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.

### Yttranden och yrkanden

### Beslutsordning

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt Division Social omsorg att genomföra en utredning gällande socialpsykiatrins nämndtillhörighet med ovan beskrivna innehåll
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att skriftligen presentera utredningen till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i oktober 2023.

### Beslut till:

Division Social omsorg

Socialnämnden

Vård- och omsorgsnämnden

## Översyn, socialpsykiatrins nämndtillhörighet

### Bakgrund

Idag finns brukare/klienter i gränslandet mellan Socialnämndens och Vård- och omsorgsnämndens respektive ansvarsområde. Exempelvis gäller det personer med samsjuklighet. En tanke är att flytta ansvaret för socialpsykiatri från Vård- och omsorgsnämnden till Socialnämnden. Konsekvenserna och förutsättningarna för en sådan förflyttning behöver utredas. Utredningens övergripande syfte blir att utreda om ansvarsförflyttningen får positiva konsekvenser för berörda personer utifrån det sammanhållna ansvaret.

Utredningen ska innehålla följande:

- Omvärldsbevakning gällande hur ett antal andra kommuner valt att organisera detta ansvarsområde
- Konsekvenser ur ett klient-/brukarperspektiv
- Förutsättningar och konsekvenser ur nämndernas perspektiv, exempelvis gällande styrning och ledning, ekonomi, samverkan, kvalitet och eventuella juridiska aspekter
- Förutsättningar och konsekvenser ur ett verksamhetsperspektiv, exempelvis gällande organisation, ekonomi, styrning från nämnd, samverkan, eventuella juridiska aspekter, arbetsmiljö- och medarbetarperspektiv.
- Förslag på ny gränsdragning nämnderna emellan i form av verksamhets-specifikation inklusive aktuella budgetramar för respektive verksamhet.

### 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** uppdra åt Division Social omsorg att genomföra en utredning gällande socialpsykiatrins nämndtillhörighet med ovan beskrivna innehåll
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att skriftligen presentera utredningen till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i oktober 2023.

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

**Beslut till:**

Division Social omsorg  
Socialnämnden

## VON § Delegationsärenden

**Diarienummer: VON23/4**

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 2023-04-19

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.



## Lista över delegationsanmälningar - Vård- och omsorgsnämnden

Från 2023-02-27 - 2023-04-19

Pt	Dnr	Handlingsrubrik	Beslutande	Beslutsdatum
2.14.1	VON22/111:4	Beslut att anmäla Lex Sarah-rapport till Inspektionen för vård och omsorg - Hemtjänst Brandkärr	Ordförande	2023-02-22
6.1.1	VON23/6:11	Anmälan av delegationsbeslut: Uppdaterade MAS Riktlinjer Hälso-och Sjukvård	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	2023-03-09
0	VON23/4:;3	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, Februari 2023	Division Social omsorg	Feb 2023
5.14.1	VON22/143	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid LSS-verksamheten på Brandholmsvägen	Ordförande	2023-03-08
5.14.1	VON22/128:4	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid gruppboende Trillingsbergsvägen	Ordförande	2023-03-08
5.14.1	VON22/131:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport avseende missförhållanden - Herrhagsvägens serviceboende	Ordförande	2023-03-07
5.14.1	VON22/135:4	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid myndighetsfunktionen	Ordförande	2023-03-10
2.14.1	VON22/110:4	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid hemtjänsten i Brandkärr	Ordförande	2023-03-10

<b>Pt</b>	<b>Dnr</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Beslutande</b>	<b>Beslutsdatum</b>
5.14.1	VON22/144:4	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppbostad Sjökapensvägen	Ordförande	2023-03-10
5.14.1	VON22/142:5	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid LSS-boende på Brandholmsvägen	Ordförande	2023-03-27
0	VON23/4:5	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, Februari 2023	Division Social omsorg	2023-04-18

## VON § Anmälningssärenden

**Diarienummer: VON23/1**

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.

Bilagt finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2023-04-19.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade anmälningssärenden till handlingarna.

## Anmälningssärenden - Vård- och omsorgsnämnden

Från 2023-02-27 →2023-04-19

<b>Nr</b>	<b>Från</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Dnr</b>
1	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Hemtjänst Brandkärr	VON22/111:3
2	Ordförande, VON	Beslut att anmäla Lex Sarah-rapport till Inspektionen för vård och omsorg - Hemtjänst Brandkärr	VON22/111:4
3	Ordförande, VON	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg gällande Lex Sarah-rapport - Hemtjänst Brandkärr	VON22/111:5
4	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Beslut från Inspektionen för vård och omsorg - avslut av ärendet utan ytterligare åtgärder Dnr: 3.1.2-10342/2023-3	VON22/111:7
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Enheten för politisk beredning och samordning	VON23/38:1
6	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Stödboende Östra Trädgårdsgatan	VON22/145:4
7	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Mariebergsgården	VON23/32:2

<b>Nr</b>	<b>Från</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Dnr</b>
8	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppboendestad Trillingsbergsvägen	VON22/128:3
9	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - City hemtjänst	VON23/39:1
10	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Hemtjänsten Brandkärr	VON22/110:5
11	Socialstyrelsen	Information om Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"	VON23/40:1
12	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - City hemtjänst	VON23/39:2
13	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Mariebergsgården	VON23/31:2
14	Inspektionen för vård och omsorg	Beslut från Inspektionen för vård och omsorg med begäran om återredovisning Dnr 3.5.1-11759/2022-19	VON22/41:3.1
15	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Stödboende Östra Trädgårdsgatan	VON22/145:5
16	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundagården	VON23/47:1
17	Dataskyddsbud	Anmälan av personuppgiftsincident till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) - Trygghetslarm	VON23/48:1

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
18	Sakkunnig, Vård- och omsorgsnämnden	Tjänsteanteckning: Ärendet avslutas  Inkommen anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, med klagomål mot hälso- och sjukvården gällande vård av person född 1966, Dnr 3.4.1-44070/2021-6	VON21/141:4
19	Ordförande, Vård- och omsorgsnämnden	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid LSS-boende på Brandholmsvägen	VON22/142:5
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			



