



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2020 Björkgårdens äldreboende

20200212 Rina Karlsson & Annalisa Andersson

---

---

## Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
Patienters och närståendes delaktighet .....	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Egenkontroll.....	13
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>14</b>
Riskanalys .....	17
Utredning av händelser - vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
Strålskydd.....	19
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>19</b>
Egenkontroll.....	19
Avvikelser .....	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador .....	22
Riskanalys .....	22
Mål och strategier för kommande år.....	23

---

## Sammanfattning

2020 Blev ett annorlunda år för såväl vår verksamhet som samhället i stort relaterat till pågående pandemi. Flera av verksamhetens planerade mål har fått stå tillbaka för arbete med Covid-19.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2020. Vårt mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet.

### 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] genom handledning och via utbildning (fokus basala hygienrutiner samt covid-19)

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

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

### De viktigaste resultaten som uppnåtts

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

### En blick framåt

Under 2021 kommer vi fortsätta arbeta med samtliga områden, med fokus på nutrition och måltidssituation samt utveckla arbetet med och i BPSD-registret.

---

## Inledning

Ansvar och omsorg har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende. Vårt mål är att de boende ska känna **värme, omtanke** och **trygghet**, genom det skapa förutsättningar för att ha kvar sin personliga integritet hela livet.

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

Björkgårdens äldreboende drivs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Björkgården har 29 rum varav 4 på nedre plan är tänkta som parboende. Uppdelningen är 11 säbo platser avdelning Svalan, 11 säbo platser avdelning Sadesärlan 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.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Enligt Ansvar och Omsorg, samt gällande rutiner och riktlinjer ska alla boende registreras i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret. Om boende avböjer deltagande i kvalitetsregister så ska arbetsmetoden vara densamma för att säkerställa kvaliteten och upptäcka eventuella risker.

På Björkgården hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal. Där lyfts de delar i enkätundersökningen, Socialstyrelsens brukarundersökning som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten. Även avvikelser från föregående månad lyfts och diskuteras.

*Nedan följer övergripande mål och strategier i en schematisk översikt:*

## Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning/
<p><b>Revidera alla genomförandeplaner 2 gånger per år.</b> Alla genomförandeplaner för boende ska revideras minst 2 gånger per år. För uppnått mål ska 100 % vara reviderade.</p>	<p>Revidering sker 2 gånger /år eller vid behov</p> <p>OVP har goda kunskaper i dokumentation får även stöd av dokumentationsombud.</p> <p>Utveckling mot föregående år är att genomförandeplanerna i år är mer detaljerade. Individens behov och förutsättningar kommer tydligare i fokus.</p>
<p><b>Journalanteckningar minst en gång per vecka</b> Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka (vecko-anteckning)</p>	<p>Ett aktivt arbete pågår med målet att ha minst en journalanteckning i veckan.</p> <p>Pga. systemändring i journalsystem har OVP haft svårigheter att bibehålla det under senare delen av året.</p>
<p><b>100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen under året.</b> Alla medarbetare ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen. Det ska vara med vid lönesättning inför nästkommande år.</p>	<p>Samtliga medarbetare har anteckningar i den sociala dokumentationen. Här har vi checklista till hjälp för att nå våra mål.</p> <p>Genomfört mot tidigare år, är det färre anteckningar i år, möjligt r/t svårigheter med journalsystem, att kunna logga in i systemet.</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<p><b>Vi reviderar genomförandeplaner två gånger om året</b></p>	<p>Pågående arbete med genomförandeplaner vi har en checklista till hjälp.</p> <p>Oförändrat mot tidigare år, stabilt bra nivå.</p>
<p><b>En anteckning per vecka</b> Vi använder en checklista som lämnas in till enhetschef en gång i månaden, tas även upp på medarbetarsamtal.</p>	<p>Detta arbete har fått stått tillbaka i år r/t svårigheter att komma in journalsystem.</p>
<p><b>Dokumentation stående punkt på APT</b></p>	<p>Under uppbyggnad, lyfts idag, Vi kommer att arbeta vidare med denna punkt 2021 för ett tydligare fokus.</p>
<p><b>Medarbetarsamtal</b></p>	<p>Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal där även SSK har varit delaktig (enl. A&amp;O's rutin)</p> <p>OVP har en individuell framtagna kompetensplan, även för HSL mål. Med uppföljning under året.</p> <p>Det har under 2020 lett till en kunskapsökning hos OVP, roligt att se sådan utveckling.</p>

## Bästa vårdgivaren i Sverige

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<p><b>Minst 85 % nöjdhet i Socialstyrelsens öppna jämförelser</b></p>	<p>Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppnår vi överlag 90% vi fortsätter arbeta punkterna med mindre nöjdhet under 2021.</p> <p>Jämfört med 2019 så har nöjdheten ökat med 5%</p>
<p><b>Boende ska ha inflytande och känna delaktighet över hur stöd och hjälp utformas</b></p>	<p>Upplevelsen är att boenden har inflytande och delaktighet vilket också framgår av genomföran-</p>

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Boende ska ges inflytande över sin vardag och det stöd och hjälp som de får. Delaktighet kring genomförandeplaner och den dagliga verksamheten ska ökas.	deplan samt boenderåd.  Två boenderåd har uteblivit under året r/t restriktioner för covid. Pga. pandemin och restriktioner har istället fokus legat på individuell nivå, mellan kontaktperson och boende, det har varit mkt uppskattat.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<b>2 anhörigträffar maj och november</b>	Har inte varit i år pga. Restriktioner r/t covid. Anhöriga har i stället erhållit informationsmejl varje vecka under mars-juni. Därefter en gång i månaden. Kontakt mellan boende (ink. EC, SSK, OVP) och anhöriga har varit god och uppskattad under året.
<b>Genomförandeplaner</b>	Alla genomförandeplaner är uppdaterade. Fortlöpande mål är att fortsätta det goda arbetet med en mer detaljerad genomförande plan som även kommer att lyftas på APT, för mer diskussion i arbetsgruppen.
<b>Kontaktman etableras vid inflyttning</b>	Kontaktmannaskapet fungera väl och vid behov får kontaktman stöd av EC.

## Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<b>Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar</b> För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar ha infört och arbeta med dagplaneringsmallar.	Dagplanering finns och fungerar som ett stöd i verksamheten uppdateras av dagplaneringsombud
<b>De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete</b>	Våra boende har varit delaktiga i det arbete via boendekät och boenderåd.
<b>Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete</b>	Personal har varit delaktiga i det arbete via arbetsplatsträffar, ombudsfunctionsträffar, kvalitetsråd, medarbetarsamtal mm.
<b>Omsorgsmåltid</b>	Förbättra måltidssituation med ökat socialt samspel med boende och OVP. Förbättring har setts under detta år mot tidigare då boenden äter bättre samt sitter kvar i lugn och ro.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<b>Upprätta dagplanering</b>	Dagplanerings ombud ansvariga stöd ges av Ec vid behov.
<b>Boenderåd</b>	Vi har fått många idéer och förbättringsförslag som vi tar till oss.
<b>Dagplanering</b>	En välfungerande dagplanering finns och är ett bra och tydligt stöd för OVP
<b>Kvalitetsråd</b>	Kvalitetsråd sker kontinuerligt enligt rutin där tas avvikelser samt andra förbättringsåtgärder upp.
<b>APT</b>	Vi har APT en gång i månaden.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<b>Ombudsmöten</b>	Vi följer A&O planering för ombudsmöten
<b>Kvalitetsarbete stående punkt på APT</b>	Pågående arbete. Vi diskuterar, förbättrar och skapar nya rutiner. Alla avvikelser och klagomål/synpunkter på våra APT.  I år ett annat forum med små grupper r/t restriktioner, fungerar väl med bra diskussioner.
<b>Kostombudsmöten</b>	Under 2020 hade vi två kostombudsmöten. Samt uppföljningsmöten, fokus har legat på nutrition kopplat till Senior Alert.
<b>Aktivitetombudsmöten</b>	Aktivitetombudsmöten sker enligt A&O planering
<b>Palliativt ombudsmöten</b>	Möten enligt planering. Vi har även som mål att samtlig OVP ska genomgå palliativ utbildningen gäller även vikarier. Under året är arbetet i full gång med webbutbildningen för OVP, 85% av personalen har genomfört den, fortsättning kommande år.
<b>Larmombudsmöten</b>	Skер enligt plan samt inför upphandling från Nyköpingskommun
<b>Brandombudsmöten</b>	Skер enligt planering.
<b>Hygienombudsmöten</b>	Under möten diskuterade vi hygienrutiner och vi utbyter erfarenheter kring hygienhantering. Vi har gjort självskattningar samt hygienobservationer
<b>Inkontinensombudsmöten</b>	Möten hålls enligt planering. Under 2020 har alla brukare erhållit en individanpassad inkontinensplan.
<b>Dokumentationsombudsmöten</b>	Dokumentationsombuden ser skillnad mellan SoL och HSL och stöttning sker vid behov
<b>Miljöombudsmöten</b>	Vi diskuterade under möten hur viktigt det är att sortera avfall på rätt sätt. Vi poängterade vikten av att använda energisparande redskap.
<b>Kvalitetsråd</b>	Kvalitetsråd fungerade väl.
<b>Skyddskommitté</b>	I skyddskommittén diskuteras vår arbetsmiljö. Vi har också diskuterat våra rutiner och riktlinjer. Några förbättringsåtgärder har framkommit för att öka trivsel och säkerhet på vår arbetsplats.
<b>Lokal ledningsgrupp</b>	Fungerar bra. Vi har möte varje månad. Under mötena diskuterats olika viktiga frågor som dykt upp under månaden. Det kan vara nya rutiner, sjukfrånvaro, arbetsmiljö, förbättringsarbete, kvalitetssäkring, scheman mm.

## Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<b>Aktivt arbete i kvalitetsregister</b>	Vi arbetar aktivt i senior Alert, palliativregistret samt BPSD.  Mot föregående år är vi nu fullt ut aktiva i alla register. Det som saknades föregående år var

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
	vissa registrerade i Senior Alert, det fungerar nu väl, både registrering och uppföljning.
<b>Upprätta vårdplaner</b>	Vid ett problem eller behov upprättas en vårdplan. I vårdplanen beskrivs problemet, åtgärder och uppföljningar.
<b>Hälsokonferens</b>	Syftet med hälsokonferenser är att följa upp boendes behov och mående.  Satsning på dessa för 2021 ihop med paramedicinsk personal för att främja teamarbete. Har under detta år inte legat i fokus pga. restriktioner.

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SFS 2010:659 SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Björkgården har även under 2020 bibehållit hög nöjdhetsgrad, något högre än 2019. Utifrån det kommer vi arbeta vidare med delaktighet, inflytande, fortsätta utveckla arbetet med kvalitetsregister samt enhetens framtagna verksamhetsmål.

Vi har ett välfungerande arbete med Senior Alert BPSD registret och Palliativregistret. Målet för 2019 gällande Senior Alert och inregistrering samt uppföljningar är uppnått. Nya Senior Alert ombud är utbildade enligt plan från 2019 och är igång och arbetar. Samarbetet med paramedicinsk personal har inte kommit igång fullt ut, utan är ett fortsatt mål för 2021.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Målet gällande läkemedelsavvikelse är uppnått, och fortsätter att sjunka genom att vi bibehåller vårt strukturerade arbete kring läkemedelshantering och uppföljning.

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Svårigheterna att logga in i journalsystem ProCapita har ökat ytterligare och är ett stort problem i det vardagliga arbetet.

Klagomål och synpunkter som inkommit under 2020 berör främst:

Beröm för vårt Instagram konto (där aktiviteter läggs ut så anhöriga kan se vad som händer, extra uppskattat under den period det var besöksförbud)

Klagomål på måltid där man upplever att det är mycket soppa och lite variation.



---

Boende har åsikter om vikarier av annan härkomst.

Anhörig som är missnöjd med beslut av jourläkare.

Aktivitet

Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egen tid.

Vi har en engagerad och driven personal som bidrar till en väl fungerande verksamhet.

## Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

---

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

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

### **Läkarkontakt**

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

**Ansvar och Omsorgs 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 §, 7 kap. 2 § p 3*

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

### **Samverkan i verksamheten**

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation.

---

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

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

- Ramavtal vårdhygien
- Riktlinjer Nyköpings kommun
- Avtal jourverksamhet
- Samverkan Oral Care och Folk tandvården 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
- Teamkonferenser
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempel Abby Pain Scale

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

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

Övrig samverkan för att främja patienters och närståendes delaktighet:

- Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov
- Månadsbrev sänds ut av Verksamhetschef till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år (2020, 2 råd r/t restriktioner under Covid-19)
- Vi bjuder in till anhögrträffar två gånger per år (2020 ingen förekomst r/t pandemi, istället täta informationsbrev varje vecka från EC)
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson

---

eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt vanligt en gång i veckan.

- Information om patientföreningar till anhöriga för råd och stöd.
- Boendekät lokalt 1 ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år.

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

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

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Varje medarbetare har informerats om sin skyldighet att rapportera händelser som lett till, eller hade kunnat lett till vårdskada.

1 gång/månad går verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal igenom avvikelser för föregående månad på kvalitetsråd. Genom att rapporterade avvikelser står på agendan varje månad får rapporterna en stor betydelse i patientsäkerhetsarbetet. Dessa möten ökar benägenheten hos personalen att fortsätta rapportera oönskade händelser och till att öka riskmedvetenheten vilket stärker patientsäkerheten. Verksamhetschef, ansvarig sjuksköterska, paramedicinskpersonal ansvarar för att analysera händelser, åtgärda och följa upp.

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Alla händelser ska registreras i ProCapita avvikelsem modul. En utredning startar, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs av verksamhetschef och skickas oidentifierad till kvalitetsansvarig. Sedan sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. Ansvar och Omsorgs MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av verksamhetschef vid inledande av en utredning.

Utredningen följer en mycket tydlig rutin som finns tillgänglig i vårt verksamhetsstöd. Avvikelsens karaktär avgör om utredning sker på enskild eller enhetsnivå.

Vid avvikelser som leder till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria engageras områdeschef, kvalitetsansvarig och MAS direkt för en vidare utredning samt kommun.

---

## Klagomål och synpunkter

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

Vi följer Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Under 2020 hade vi fjorton klagomål och synpunkter. Klagomål samt synpunkter blev utredda enligt rutin och återkopplades till berörda personer, med uppföljning från Ec alt ssk beroende på karaktär.

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2020 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av verksamhetschef som dokumenterar och för in i Stratsys. (Stratsys är A&O's digitala system för effektiv strategisk planering och uppföljning av verksamheten).

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller verksamhetschef. Varje medarbetare i verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Verksamhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till anhöriga och ut i verksamheten. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsråd.

Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till områdeschef, MAS, kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är en del av det ständiga kvalitetsarbetet.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner (Infektionsregistrering och antibiotikabehandling skickas till MAS)	2 gånger per år	Hygienombudsmöte
	1 gång i månaden	Infektionsverktyg.
	2 gånger år	Markörbaserad journalgranskning
	1 gång år	HALT- Senior Alert

Basala hygienrutiner och klädregler	3 gång per år 10 ggr/år	Hygienombudsmöte APT
Hygienronder/ självskattning	2 gånger per år	Protokoll hygienombudsmöte
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser/ kvalitetsråd	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger/ år	PPM-databas, Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Journalgranskning	Kontinuerligt	Verksamhetschef gör stickprov i journalkontinuerligt. Internrevisioner granskar journal årligen. Nyköpings kommuns MAS årlig stickprovskontroll, ssk fyller i underlag.
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	A&O's internrevision gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten.
Narkotika klassade preparat	1 gång per månad	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både hos patienter och de i förråd som på sjuksköterskeexpeditionerna. Detta kontrolleras även årligen vid apoteksgranskning och vid internrevision

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Vedertagna register är ett bra verktyg för att mäta kvalitet i verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Samtliga registreringar i kvalitetsregister föreläggs av ett medgivande från den boende.

### Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Är alla våra boenden är registrerade i Senior Alert och ombud arbetar aktivt med uppföljning.

---

### **Palliativa registret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten dokumenterar i palliativregistret. Under 2020 har alla som avlidit på enheten registrerats i palliativregistret.

### **BPSD**

Registrering i BPSD-registret (Beteende och Psykiatriska Symtom vid Demens). Registrering och struktur i demensvården kan leda till minskade BPSD-symtom hos den boende. Verksamheten registrerar och arbetar utefter BPSD åtgärden för den enskilde boende. Alla boenden med en konstaterad demenssjukdom är registrerade i BPSD registret under 2020.

### **Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter**

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition. sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentskåp.

### **HSL- dokumentation**

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

### **Avvikelser**

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering.

### **Vård i livets slutskede**

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med ansvarig läkare vad det gäller läkemedelsinsatser vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalor och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren ”En liten skrift om vården under livets sista tid” och ”När tiden stannar till” finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Under år 2020 arbete med material Palliation ABC för OVP i full gång, kommer fortgå under 2021.

### **Munhälsovård**

I samband med inflyttning erbjuds den boende att skriva under ett tandvårdsintyg som ger rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år samt subventionerad tandvård. Till enheten kan tandläkare, tandhygienist och röntgen komma och utföra i stort sett all tandvård. Alla boende har tandvårdsin-

---

tyg. Munhälsobedömning utförs av folktandvården Sörmland. För övrig tandvård har vi två aktiva aktörer Folktandvården samt Oral Care. Omvårdnadspersonal får en årlig munvårdsutbildning av region Sörmland.

### **Vårdhygien och Smittskydd/ Hygiengranskning**

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärden och registrering sker därför i det dagliga arbetet i verksamheten. Under hösten har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjort enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrund/hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Rutiner för rengöring/städning av samtliga ytor har under 2020 fungerat väl. Rutiner för rengöring av hjälpmedel har under året förtydligats, detta ligger på respektive kontaktperson att utföra 1 gång per månad.

### **Delegering**

All ny omvårdnadspersonal får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshandling via demenscentrum. all personal få göra skriftligt prov innan förnyelse av delegeringarna görs. Lämplighet bedöms utifrån gällande riktlinjer.

### **Miljö- och hälsogranskning**

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2020 utfördes ingen kontroll av Miljö och Hälsa, enbart av kök, som fick gott omdöme.

### **Åtkomst till rutiner**

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

### **Internrevision**

Intern kvalitetsgranskning sker 1 gång/ år, med 185 kontrollpunkter. Revisionen avser samtliga områden inom verksamhet.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O's mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Personal ökad kunskap i verksamhetsplan
- Tydliggöra rutin för nyckelhantering av värdeskåp.

### **Personal/ Introduktion nyanställda**

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer rutinen för introduktion. Det har varit svårt att ta in allt på introduktionsdagarna vi arbetar vidare med intro under 2021.



---

## **Risicanalys**

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

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

Risicanalys sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på riskanalys som sker årligen är smittspridning och under rubrik Resultat och analys finns exempel på riskanalys som gjorts under året.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

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

Inga händelser har utretts som vårdskador under året

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

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

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

## **GDPR**

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

---

för fler personer än de som har behörighet att hantera dem.

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

### **Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter**

Underlag för hantering av sekretessbelagda uppgifter är SOSFS 2008:14. Verksamheten arbetar alltid med oidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den egna lägenheten. OAS hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentsskåp.

### **HSL-dokumentation**

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

Övriga åtgärder för att främja informationssäkerhet i verksamheten:

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om patienter ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Patienters namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från patienten ska finnas gällande överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatta i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet. Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
- Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT
- För att få åtkomst till journalssystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till ProCapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas när anställning avslutas.

- Rutin finns för hur omvårdnadspersonal kontaktar journalsjuksköterska vid behov.
- Kommunikation med biståndshandläggare sker skriftligt via ProCapita och Prator.
- Kommunikation med läkare och apoteket sker skriftligt, telefon och fax.
- Samverkan utanför verksamheten så som med sjukhus sker via telefon och Prator som är ett digitalt rapporteringssystem.

## Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap 13§

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

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Ana-lys/Beskrivning
Social dokumentation	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud Apt	60%	Minskat med 25% r/t stora svårigheter att logga in i journalsystem.
Ökad kunskap hos OVP	Medarbetarsamtal Individuell HSL plan Uppföljning med EC/SSK	Webb utbildningar Ombudsmöten Workshop teoretiska + praktiska. Skattningsskalor och Mätinstrument	80%	Pågående aktivt arbete r/t omsättning av OVP.  Vi ser en kunskapsökning hos vår personal, och vilja att lära sig mer.  Workshops har varit ett uppskattat inslag  Under 2021 även få med vikarier mer uttalat samt fortsätta och utveckla arbetet med användning

				av vedertagna skattningsskalor och mätinstrument
Ökad delaktighet hos boende	Boenderåd, kontaktman Socialstyrelsens öppna mätning	Genomförandeplan Aktiviteter levnadsberättelse	90% En ökning på 10% från föregående år	En ökning på 10% från föregående år Fortsätter arbeta med det 2021 där vi kommer fokusera på nutrition.

## Avvikelser

Avvikelse 2020	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omvårdnad/tillsyn	0	0	0	2	1	5	2	1	1	3	1	2	18
Läkemedel	2	1	0	0	4	2	1	1	0	1	4	2	18
Fall	12	5	4	5	7	8	3	4	5	8	6	6	73
Dokumentation/information	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2018	2019	2020
Hjälpmedel	1	1	0
Omvårdnad/tillsyn	26	26	18
Läkemedel	59	47	18
Fall	61	158	73
Dokumentation/information	0	1	0

Den kategorin med högst antal avvikelser är fall där ett stort antal av fallen består av en boende, där psykisk ohälsa är grunden, åtgärder insatta även en specialistläkare inkopplad. Läkemedelsavvikelser som till största delen består av överlämnande av läkemedel som uteblivit, åtgärder insatta. Omvårdnad/tillsyn flertalet avvikelserna består i att OVP glömt ta ur hörapparater samt tänder inför natten, rutin upprättad.

I beaktande tas ett visst felvärde, då det förekommit stora svårigheter att komma in i journalsystem vid vissa tillfällen, där av kan ett antal avvikelser uteblivit.

## Lärdom och förbättringsförslag

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

Lärdom vi dragit är vikten av ett fungerande journal och dokumentationssystem, för att kunna analysera och följa upp och få en helhetsbild av boende.

Gällande rutin och kontroll av överlämnande av läkemedel har det även stärkt samarbetet i personalgruppen, som nu kommunicerar mer vilket leder till ytterligare ökad trygghet och god vård.

## Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorg samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2020 hade vi fjorton klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling. De vidtagna åtgärderna har följts upp av Ec alt SSK.

Synpunkter Klagomål Gällande:	Antal in- komna 2020	Antal som utretts	Antal all- varliga*	Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna syn- punkter/klagomål inom området. /Lärdom
Omvårdnad	1	0	0	Boende som önskar vara uppe längre på kvällen efter att kvällspersonal gått hem. Taget med hela nattgruppen och utrett så boende får vara uppe önskad tid. Vikten av självbestämmande få kvarstå. Specifika önskemål från boende lufts på APT för all personals känedom.
Bemötande	1		0	Synpunkt från boenden gällande vikarier av annan härkomst. Försöker tillgodose boendes önskan och behov så gott det går. Även viktigt för vikarier att bli en del i gruppen.
HSL	1		0	Anhöriga var missnöjda med bedömning av jourläkare på helg. Ärendet utreds av Region Sörmland och ansvarig Vårdcentral dit IVO anmälan ställts. Då ärendet inte rör boendet i sig. Lärdom är att det i detta fall förekommer god dokumentation av OVP samt jourssk, som gör det lätt att följa händelseförlopp.

Mat	9		0	Flera boenden har synpunkter gällande maträtter, mycket soppa, de saknar mer traditionell husmanskost. Samt önskar mer matigt fikabröd. Extra insatta kostmöten med kock för att hitta åtgärder, följs upp kontinuerligt med ansvarig chef för köksenheten, samt med boenden. Uppföljning påvisar en förbättring, och mer nöjda boende. Lärdom är att nutrition är ett av våra mål för kommande år.
Utomhusmiljö	1		0	Anhöriga anser att utemöbel för säkra besök var för smutsiga, inte i tillräckligt gott skick. Åtgärdats med nyinköpta dukar och krukväxter för ökad trivsel. Äskat om i budget för inköp av nya möbler.
Kommunikation	1		0	Beröm för Instagram konto, med mycket bilder för anhöriga att ta del av under föreliggande besöksförbud.

## Händelser och vårdskador

Verksamheten utreder alla händelser och avvikelser enligt rutin. Under 2020 har det inte förekommit någon händelse eller vårdskada. Utifrån hur verksamheten ska utreda händelser och avvikelser tar vi med oss för framtida arbete att i större utsträckning använda oss av SIP som stöd och främja samarbete.

## Risikanalys

Under 2020 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning
- Läkemedelsavvikelser
- Fall
- Trycksår
- Munhälsa
- Måltidssituation/Omsorgsmåltid

Under 2020 har vi arbetat vidare med att minska antalet läkemedelsavvikelser. Vi fortsätter att följa upp både i grupp samt individuell uppföljning, återkoppling och analys. Utifrån statistik har avvikelserna sjunkit ytterligare, från 47 stycken, till 18 stycken (viss felmarginal kan förekomma, som nämnt tidigare i text relaterat till svårigheter med journalsystem). Vi fortsätter att sträva efter nollvision gällande läkemedelsavvikelser för 2021.

Alla boenden har under året blivit registrerade och bedömda i Senior Alert, som är en klar förbättring från tidigare år, utifrån fall, nutrition och trycksår. Vi har arbetat aktivt även med uppföljningar. De undersköterskor som har ut-

bildats till Senior Alert ombud har en stor del i att arbetet med uppföljningar har flutit på väl. Vi kommer arbeta vidare med att stärka samarbetet med paramedicinsk personal via hälsokonferenser, samt arbete med munvård och munhälsa som i år fått stå tillbaka.

Måltidssituationer med fokus på omsorgsmåltid för en lugn och trevlig måltid har förbättrats under året, ökad trivsel hos de boende. Fortsättningsvis kommer vi arbeta vidare med nutrition och kost för äldre med stöd av Senior Alert samt ansvarig kostchef.

Utifrån pågående pandemi har stort fokus i år legat på hygienrutiner samt smittspridning. Samtlig personal har utbildats via webben i basala hygienrutiner samt specifik webb utbildning kopplad till Covid-19. Personal har även haft två workshops med Ec samt SSK, ett med diskussionsfrågor kring hygien och covid-19, för att lyfta möjliga frågor och scenarion som kan uppstå. Samt praktisk träning i av och påklädnad, dessa tillfällen har varit uppskattade av personal där även vikarier deltog.

Tyvärre hade verksamheten ett stort utbrott av covid-19 i slutet av året, alla rutiner följdes samt gott samarbete med aktuella stödfunktioner, exempel smittskydd, hygiensjuksköterska, verksamhetschef Ekensberg samt Nyköpings kommun med nämnd. I denna allvarliga situation har samarbetet mellan de olika instanserna fungerat mycket väl.

Lärdom vid tar med oss från arbetet med covid-19 i vår verksamhet är ökat samarbete och kommunikation i personalgrupperna. Ökade hygienkunskaper hos all personal även vikarier.

Under senare delen av året har svårigheter med journalsystemet ProCapita förekommit. Framst svårigheter med att logga in, gäller alla personalkategorier. Problematiken är påtalad gånger flera, oklart fortfarande vart och hur problemen uppstår. Enligt IT-avdelningar på såväl Ansvar som Omsorg samt Nyköpings kommun är det troligen kopplat till uppdateringar och ingång via brandvägg Citrix. Dessa problem påverkar vårt dagliga arbete, fortsätter svårigheterna utan någon lösning finns det risk att patientsäkerheten påverkas negativt.

## Mål och strategier för kommande år

Flera av verksamhetens planerade mål har fått stå tillbaka för arbete med Covid-19, därav kvarstår flertalet av mål och strategier för 2020 även för 2021.

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan
	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion	Stående punkt under introduktion
	Alla medarbetare deltar i reflektion	Reflektion på förmiddagen samt fredag
	Alla anställda ska delta i introduktion	Introduktionschecklista

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