



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 ineliggande 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 vårdplaner 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.

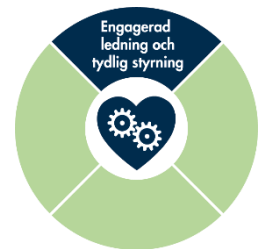
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 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.



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 måtvärden. 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 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.

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

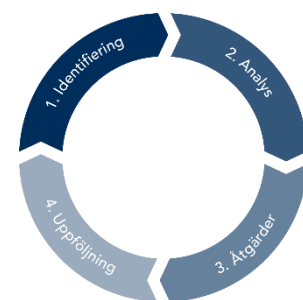
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

läkemedel		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
Trycksår	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll
Kontroll medicintekniska produkter	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	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.



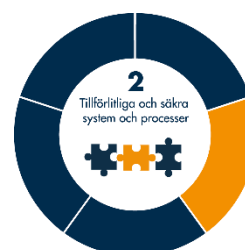
I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag 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
1 Mindre obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
2 Måttlig Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
3 Betydande Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
4 Katastrof 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.

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 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.

Riskanalys 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
Hjälpmedel	18	6	6
Omvårdnad/tillsyn	98	38	39
Läkemedel	170	75	73
Fall	233	169	147
Dokumentation/ information	0	0	1

Upprättade avvikelserrapporter 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

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. Stämma 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 S:t 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.