



Patientsäkerhetsberättelse för Björkgården År 2023



Datum: 2024-02-03
Ansvarig för innehållet:
Veselin Ramovic
verksamhetschef Björkgården

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.*

Björkgården har 29 lägenheter varav 4 på nedre plan. De lägenheterna är större och kan erbjudas för parboende. Avdelning Svalan och Sädesärlan har 11 platser var. Demensavdelning Duvan har 7 platser. 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. Huset är format som en hästsko och den ljusa innegården erbjuder vindsydd när man vill sitta och njuta av solen eller odla i drivbänkar. Vi har fått en paviljong som ett extra rum i vår innegård där våra boende och besökare kan sitta och fika och där vi kan ha olika aktiviteter. Paviljongen byggdes klart under 2023.

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.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Egen kontroll	12
Björkgårdens resultatredovisningar	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

SAMMANFATTNING

Björkgården har arbetat patientsäkert utifrån gällande lagar och regler som styr hälso- och sjukvården. Vårt mål har varit att stärka omvårdnads och sjuksköterska gruppen och genom att omfördela ansvarsområde sätta i gång utvecklingsarbete utifrån resultatet från egenkontroller. Svårigheter med sjuksköterskerekrytering har negativt påverkat utvecklingsområde då man inte kunnat tilldela ansvarsområde till timanställda sjuksköterskor. Vi har blivit Forenade Care då förvärvet av Ansvar och Omsorg slutfördes den 1 februari 2023. Nytt avtal med Nyköpings kommun trädde i kraft den 1 oktober. Det som blev nytt för oss var att vi fick våra egna joursjuksköterskor.

Vårt övergripande mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet. Vi på Björkgården vill främja en öppen kommunikation både med våra boende och deras anhöriga. Alla boende har genom ankomstsamtal vid inflytt samt löpande under vistelsen möjlighet att påverka sin vardag. Tanken är att de ska känna att vi lyssnar och bryr oss. Björkgården har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende.

Alla anställda ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Vi har ett kvalitetssystem för att säkerställa avvikelshantering och förenkla uppföljningsprocessen. Vårt kvalitetsarbete struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, omvårdnadspersonal och ledning. Avvikelse, synpunkter och klagomål är en viktig källa för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Händelser och tillbud av allvarlig karaktär utreds med stöd av kvalitetsutvecklare och företagets MAS och MAR. Lokala rutiner upprättas fortlöpande och förankras hos medarbetarna, dels genom arbetsplatsträffar, avdelningsmöten, kvalitetsråden och ledningsmöten. Detta resulterar i sin tur till snabba åtgärdstider.

Genom att följa våra rutiner och årshjul har vi under 2023 haft kvalitetsrådsträffar, där vi har diskuterat patientsäkerheten och vikten att fortsätta utveckla arbetet kring patientsäkerheten.

En patientsäkerhetsdialog tillsammans med vårdcentralen Ekensbergs verksamhetschef och läkare ska hållas den 13 februari 2024. Denna dialog kommer att hållas regelbundet i fortsättningen en gång per år.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säkert vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada” har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Tabell 1. Översikt mål

Övergripande mål	Mål Björkgården (beskrivning)	Måloppfyllelse	Uppföljning
Trygg och säker vård	Alla genomförandeplaner ska revideras minst var sjätte månad eller vid behov.	Delvis. En del problem med att logga in med SITHS kort.	Journalgranskning. Uppföljning på arbetsplatsträffar Under 2024 kommer vi att få kommunens datorer som kommer att underlätta inloggning och IT support.
	Alla boende ska ha minst en veckoanteckning i social dokumentation.	Delvis. En del problem med att logga in med SITHS kort.	Checklista vid nyanställning och utbildning både för ordinarie och vikarie personal.
	Boende och boendesanhöriga ska känna till blanketten ”Synpunkter och Klagomål” .	Blanketter finns lätt tillgängliga på Björkgården.	Information till anhöriga (anhörigträff 2ggr/år) Boenderåd APT Informationsbrev till anhöriga
	Sammanställning av alla avvikelser, synpunkter och klagomål inför kvalitetsrådet och APT.	Vi har haft kvalitetsråd 10 ggr under 2023	Inför varje kvalitetsmöte (minst 10 ggr/år) sammanställs och tas upp alla avvikelser, synpunkter och klagomål som har inkommit under en månad. Vidare tas upp diskussion på APT.

	All personal ska ha kunskap om rapporteringsskyldighet kring händelser, vårdskador.	Målet är uppnått. Alla anställda har skrivit på kännedom om Lex Sarah och Lex Maria.	APT Kvalitetsråd.
	Alla boende där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder.	Arbete med hälsoplan har blivit negativt påverkat under en kort tid när vi har haft bemannings sjuksköterskor. Arbetet återtog när ordinarie ssk blev anställd.	Sjuksköterskemöte. Hälsökonferanser. Journalgranskning.
	Alla boende ska registreras i kvalitetsregister. (Senior Alert, Palliativ registret).	Alla boende har blivit registrerade i Senior Allert dock målet att registrera i Palliativregister ej uppfyllt till 100%	Ledningsmöte Sjuksköterskemöte.
	Alla boende som befinner sig i livets slut ska vårdas enligt nationella riktlinjer.	Björkgården har två palliativa ombud och tillsammans med sjuksköterskan har jobbat aktivt med hela personalgruppen.	Palliativombudsmöte 3ggr/år Utbildning 2024
	God kommunikation och väl fungerande teamarbete.	För att förbättra teamarbete och kommunikation har vi under 2023 uppdaterat dagplaneringsmall och jobbat efter denna med bra resultat.	Hälsökonferanser/teammöten , daglig rapport mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Dagplanerings mall.
Rätt bemanning	Vid nyanställning prioriteras utbildad undersköterska med goda kunskaper i svenska språket i tal och skrift.	Det finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig speciellt under sommartid. Vi har lyckats rekrytera sommarvikarier och framför allt personer som bor i Tystberga och då har vi sänkt kravet för utbildning men vi har erbjudit en fördjupad inskolning/introduktion.	Genomgång vid årets slut.

Organisation och ansvar

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

Verkställande direktör (VD) har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Forenede Care har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Regionchef (RC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Regionchefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Regionchefen 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).

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) ansvarar för att varje boende får vård utifrån sina behov. Sjuksköterskan ansvarar även att säkerställa och bedöma omvårdnadspersonalens kunskap inför delegering att utföra medicinska uppdrag.

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

Hälso- 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 att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund. Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal är kontaktperson till minst en boende och de är ansvariga för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom Forenede Care har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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













Avvikelse rapportereras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarligare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Andra interna forum, där patientsäkerhet behandlas är kvalitetsråd som hölls varje månad, där omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef deltar. Arbetsplatsträffar är schemalagda och hölls en gång i månad.

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.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser:

-  Ramavtal vårdhygien
-  Ekensbergs vårdcentral
-  Riktlinjer Nyköpings kommun
-  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 och palliativ vård.
-  Förflyttningsteknik
-  Hälsokonferenser

Forenade Care har i Nyköping 5 sjuksköterskor i tjänst varje dag mellan klockan 07–17. (helger kl. 07-15)

Från 1 oktober 2023 bemannar vi även jourtid med våra egna joursköterskor.

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.

På Björkgården jobbar vi med flera digitala systemstöd. 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. Tillverkning och utlämning av SITHS kort sker via Nyköpingskommun.

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).

Blankett för tystnadsplikt har skrivits under av all personal. Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT. Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC, den innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal. Loggkontroller har under året genomförts och inga avvikelser har identifierats inom verksamheten.

En god säkerhetskultur

En viktig förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Tanken är att all personal tillsammans ska verka för att bedriva en säker vård. Genom att jobba med säkerhet och riskhantering som en del i det dagliga arbetet kan vi nå målet. Med detta menas att vi har täta avstämningar mellan samtliga yrkesgrupper. All personal uppmanas att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker. Alla medarbetare är medvetna och har kunskap om hur rapporteras risker och eventuella händelser så fort dessa upptäcks.



Vi har lokala kvalitetsråd som skall sammanträda varje månad. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet är ett forum där i gruppen hanteras och bearbetas rapporterade händelser och tillbud samt arbete med åtgärder. Vi börjar alltid kvalitetsrådet

med att lyfta positiva händelser. Personalen uppmanas också att ge varandra feedback och att lyfta goda exempel och dela fungerande arbetssätt med varandra.

Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar. Vi har en stor kvalitetsuppföljning som sker en gång per år då kommer en kvalitets utvecklare från företaget och följer upp vår verksamhet. Utifrån resultatet av uppföljningen jobbar vi vidare med utveckling.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Björkgården arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. När ny omvårdnadspersonal anställs prioriterar vi undersköterskor i första hand. Vid ny anställning av en medarbetare används en checklista för introduktion för att säkerställa att alla verksamhetens processer och system går igenom. Varje introduktion anpassas utifrån individuella behov. Vid nyanställning och vid delegering ska alla medarbetare utföra webbutbildningar (Basala hygienrutiner, Palliation ABC, Jobba säkert med läkemedel) och lämna diplom till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefsstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.

Patienten som medskapare

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).

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.

Vi har även haft boenderåd (2 ggr/år) där boende har möjlighet att framföra förslag, frågor, synpunkter och klagomål gällande maten, aktiviteter eller boendemiljön.

Under våren 2023 hade vi även en anhörigträff där anhöriga fick möjlighet att ställa frågor direkt till verksamhetschefen och diskutera dessa i hela gruppen.

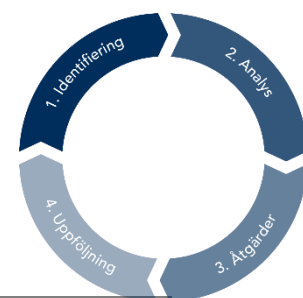
Utifrån resultat av Socialstyrelsens årliga boendeenkät (2023) har vi upprättat en handlingsplan med åtgärder som vi fortsätter jobba med. Både resultat och handlingsplanen har tagits upp på en av våra APT. I frågan " Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt boende? " hade Björkgården 100% nöjda boende.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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



Egenkontroll

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

Tabell. Översikt för övergripande egenkontroller

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

Nedan presenteras Björkgårdens resultatredovisningar:

Egenkontroll	Mål	Resultat	Källa	Analys/lärande
Avvikelser	Genomgång minst 10ggr/år Kvalitetsråd	Sammanställts inför varje kvalitetsråd/APT. Hanterats enligt avvikelshanteringssystem.	Protokoll Kvalitetsråd, APT.	Genom att analysera och diskutera alla avvikelser i arbetsgruppen förebygger vi liknande fall i framtiden.
Klagomål och synpunkter	Hantera alla klagomål och synpunkter enligt våra rutiner.	Alla inkomna synpunkter och klagomål har hanterats enl. rutiner.	Boenderåd, Vårdplaneringar där boendesanhöriga har deltagit, personliga möten. Anhörigträffar. Telefonsamtal.	Analys och diskussion i olika forum har i vissa fall lett till förändring och uppdatering av lokala rutiner.
Rapportering i kvalitetsregister	Att registrera/följa upp alla boende i respektive kvalitetsregister (SeniorAlert, palliativ register, bpsd)	Resultatet har visat att vi inte har uppnått målet till 100% Alla boende har inte blivit registrerade. Detta dels beror på att vi har haft ssk vikarier till och från under 2023. Fortsatt arbete i 2024	Sjuksköterska möte.	Daglig dialog med ssk och täta kontroller att registreringen sker.
Kontroll av narkotika klassade läkemedel	12 ggr/år	Granskning av narkotikajournal och läkemedel har varit utan anmärkning	Kontroll och genomgång av narkotikajournal enl. rutiner	Utan anmärkning
Läkemedelsgenomgång	Vid inflytt, minst 1gg/år och vid behov.	Utförda läkemedelsgenomgångar enligt rutiner i samverkan med läkare	Läkarrond	Uppdaterad lokalrutin vid läkemedelsändringar.
Läkemedelshantering/avvikelser	Minst 10ggr/år Kvalitetsråd.	Alla läkemedelsavvikelser tas upp direkt med berörd personal av sjuksköterska/VC och följs upp på kvalitetsråd.	Protokoll kvalitetsråd	Kontinuerlig uppföljning av signerings listor. Genomgång på kvalitetsråd.
Vårdrelaterade infektioner	Ingen vårdrelaterad infektion	Ingen vårdrelaterad infektion registrerad	protokoll	Frågan diskuterats på en av våra APT om vikten att förhindra uppkomst och eventuellt smittspridning av vårdrelaterade infektioner.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Resultaten visar att majoriteten följer hygienrutiner och klädregler.	Självskattning. Hygienombudsobservationer (checklista)	Hygienombud på Björkård ska utsprida kunskap om basala hygienrutiner och vårdhygien till sina kollegor. Tillsammans med sjuksköterska ska hygienombud utbilda nya anställda och utföra hygienobservationer minst 2 gånger per år.

Hygienronder	2ggr/år	Delvis uppnått mål då vi hade bara en hygienrond som gjordes utan anmärkningar.	protokoll	Personalen gör webbutbildningar i basala hygienrutiner årligen och vid ny anställning. Hygienrond med hygiensjuksköterska är bokad till den 15 mars 2024.
Trycksår	2ggr/år	Inget trycksår registrerat.	Dokumentation Protokoll kvalitetsråd Hälsokonferenser, Riskbedömningar	Omvårdnadspersonal tillsammans med rehab personal och sjuksköterskor har ett ständigt förebyggande arbete att identifiera och snabbt sätta i gång åtgärder.
Nattfastemätning	2ggr/år	Nattfastemätningar gjordes som planerat.	Protokoll.	Resultatet har tagits upp på APT om vikten att vi ska fortsätta jobba aktivt för att förkorta nattfastan hos våra boende. Dagplanering.
Fallrisk	Vid inflytt, 2ggr/år och efter behov.	Uppfylld.	Protokoll.	Hälsokonferenser, Kvalitetsråd.
Kontroll medicinska tekniska produkter	1 gg/år	Utfört. Inga anmärkningar.	Enligt rutiner	
Läkemedelsgranskning	1 gg/år	Utfört med apotekare. Inget avvikande men några förbättringsförslag kom i rapporten.	Rapport från apoteksgranskning.	De förbättringsförslag som framkom under årets granskning av enheten finns i åtgärdsplanen. Tanken med åtgärdsplanen är att belysa de områden som kan utvecklas eller arbetas vidare med samt som hjälpmedel för det fortsatta kvalitetsarbetet. Frågan togs upp på sjuksköterskemöte.
Journalgranskning	1gg/år	Utfört.	Journalgranskningsmall	Vi håller i stort sett en allmänt hög kvalitet där dokumentationen lever upp till de lagkrav som finns men det finns även brister som behöver åtgärdas. Handlingsplan upprättad. Utbildning till ssk planeras 2024. Kollegialt lärande/granskning.

Delegering	1 gg/år och nya anställda.	Att ge delegering till all personal utifrån personlig lämplighet, erfarenhet och utbildningsnivå.	Enligt rutiner för delegering.	Delegeringsprocessen/rutiner är en punkt i checklista för nyanställda sjuksköterskor. Alla delegeringar ska göras om efter att föregående sjuksköterskor har avslutat sin tjänst.
------------	----------------------------	---	--------------------------------	---

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 klarlägga 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 Björkgården. Personalen har kunskap om att rapportera händelser och avvikelser i Pro Capita och dessa utreds och återkommande på kvalitetsråd.



Vi har under 2023 arbetat aktivt med att skapa en enhetlig process för avvikelshantering och fördjupade utredningar. Flera lokala rutiner har uppdaterats under 2023 i syfte att åstadkomma en enhetlig layout och därmed underlätta för medarbetare. Detta gör att de olika arbetsprocesser som bidrar till ökad patientsäkerhet på Björkgården.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

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

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

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

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.



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. Det är en utvecklingsprocess som vi kommer att fortsätta arbeta även under 2024.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och mun ohälsa 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.

Personalgruppen uppmanas att uppmärksamma risker eller brister i verksamheten. Riskanalys görs vanligen dagligen vid rapporteringsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll.

Under 2023 har identifierats risker gällande kompetensförsörjning. 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. Som en åtgärd har vi haft en fördjupad och förlängd introduktionsperiod för sommarvikarier.

Identifierade risker i verksamheten

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäkert larmsystem	Medelhög risk.	Nytt larmsystem (Zafe) installerades under 2023. Utbildning personalgruppen. Larmombud på Björkgården har hjälpt personalen med support. Larmkontroller har utförts månadsvis.
Patientsäker journalföring	Medelhög risk	Inloggning till ProCapita via SITHS kort har inte fungerat alla gånger. Åtgärd: Det är beslutat att vi får kommunens datorer 2024. Detta ska i sin tur minska problem med SITH kort och vi skulle få lättare IT support. Utbildning till all personal hur man dokumenterar planeras under 2024
Tillgång till sjuksköterskor	Lågrisk	Åtgärdat i dagsläget. Alla tjänster är tillsatta.
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.

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. Informationskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
194	2	2	0

avvikelser 2023

2023	jan	feb	ma	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
omvårdnad/tillsyn	1	3	0	0	2	4	2	1	3	1	1	1
läkemedel	2	2	0	2	2	4	2	1	10	5	2	5
Ej signerade	1	1	0	1	1	2	0	0	3	1	0	3
Fall	5	3	6	18	24	18	12	5	8	17	19	5
allvarliga	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
Dokumentation/info	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
övrigt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
trycksår	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
synpunkter	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
klagomål	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0

Jämförelse med tidigare år

Avvikelser	2019	2020	2021	2022	2023
Hjälpmedel	1	0	1	1	0
Omvårdnad/tillsyn	26	18	3	11	20
Läkemedel	47	18	44	41	37
Fall	158	73	98	95	137
Dokumentation/ information	1	0	0	1	0

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

Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret *Hjälp oss bli bättre*. Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

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

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
7	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

De viktigaste identifierade områdena som vi vill fortsätta att fokusera på eller utveckla inom vår verksamhet: Dokumentation i Pro Capita. Utbildning i palliativvård. Utbildning gällande social dokumentation och avvikelserregistrering utifrån behov hos ordinarie personal och vikarier. Registrering i olika kvalitetsregister.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2024

Mål 2024	Arbetet planeras att genomföras genom:
<p>✚ Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister.</p>	<p>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.</p>
<p>✚ Fortsatt förebygga smitta och ev. smittspridning inom verksamheten.</p>	<p>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.</p>
<p>✚ Översyn kompetensförsörjning.</p>	<p>Årlig genomgång av webbutbildningar. Ny anställning av kompetent personal med mångårig erfarenhet. Planering för olika utbildningar under 2024. (munvård, nutrition, sårvård, etcetera)</p>
<p>✚ Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativ vård.</p>	<p>Palliativa ombudsmöten (3 ggr/år). Utbildning i palliativ vård för samtlig personal.</p>
<p>✚ Fortsatt arbete med värdegrund.</p>	<p>Tydliggöra värdegrunden vid introduktion. Använda värdegrundskort vid fredagsfika där alla deltar i reflektion och skriver ner dessa.</p>
<p>✚ Nutrition.</p>	<p>Jobba aktivt med nutrition genom bedömningar av status och vidtagande av förebyggande och behandlande åtgärder. Förebygga nattfasta.</p>
<p>✚ Minska antal fall.</p>	<p>Systematiskt arbetsätt för att förebygga fall. Regelbundna hälsokonferenser med alla yrkesgrupper i verksamheten. Riskbedömningar.</p>