

Patientsäkerhetsberättelse för Björkgården År 2024



Datum: 2025-02-03
Ansvarig för innehållet:
Veronica Boström
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.*

Forenade Care är ett familjeägt vård- och omsorgsföretag med tjänster inom äldreomsorg, hälso och sjukvård, personlig assistans och måltidsservice. Forenade Care driver ca 80 verksamheter i Sverige och har 7400 medarbetare.

På Björkgården finns det 29 lägenheter, samtliga på markplan, varav 7 lägenheter är avsedda för demensboende.

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

Vi har under 2024 fortsatt arbetat för att främja utvecklingen av kvalitet och patientsäkerhet genom att fokusera på flera olika delar och processer. Vi har implementerat Forenade Cares årshjul kopplat till HSL, där det ingår att arbeta kontinuerligt under året med egenkontroller.

Utifrån årshjulet kan vi systematiskt följa upp, åtgärda och stärka patientsäkerheten. I arbetet involveras olika professioner såsom omvårdnadspersonal, sjuksköterska, verksamhetschef samt fysioterapeut/arbetsterapeut. Utöver detta rapporterar vi i befintliga kvalitetsregister, också detta i syfte att stärka patientsäkerheten.

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. Boende och anhöriga erbjuds välkomstsamtal vid inflytt. Under 2024 har vi även träffat anhöriga under anhörigträff där möjlighet gavs att komma med synpunkter och frågor. Boende ges också chans att påverka sin vardag genom boenderåd, där lyfter vi frågor rör bland annat aktiviteter och kost.

Vidare har vi under 2024 fortsatt att stärka patientsäkerheten genom att skapa åtgärder/handlingsplaner efter både hygienrond samt extern läkemedelsgranskning. Detta arbete driver verksamhetschef framåt tillsammans med sjuksköterska och övrig omvårdnadspersonal.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Björkgården arbetar i linje med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet *Agera för säker vård*. Fyra grundläggande förutsättningar har identifierats i den nationella handlingsplanen; Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.

Utöver den nationella handlingsplanen arbetar vi även utifrån Forenede Cares patientsäkerhetsstrategi där visionen är att stärka det förebyggande arbetet för att minska risken för skada och öka säkerheten.

Nedan presenteras mål vi formulerat på Björkgården utifrån handlingsplanen och patientsäkerhetsstrategin, med fokus på att ge våra boende en god och säker vård samt att förebygga uppkomsten av vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Tabell 1. Översikt mål

Övergripande mål	Mål Björkgården (beskrivning)	Måluppfyllelse	Uppföljning
En god säkerhetskultur	Att öka medvetenhet och engagemang för patientsäkerhet hos all vårdpersonal genom utbildning, öppna dialoger om säkerhetsfrågor och system för att rapportera och analysera incidenter.	Delvis. Visst utbildningsbehov finns hos nya medarbetare.	Uppföljning på arbetsplatsträffar (APT). Ytterligare utbildningsinsats under 2025.
	All omvårdnadspersonal ska ha god kunskap kring dokumentation och avvikelser.	God måluppfyllelse. Fortsatt utbildning behövs fortlöpande.	Utbildning fortlöpande under APT och vid introduction av nyanställda.
	Alla boende ska registreras i kvalitetsregister.	Alla boende har blivit registrerade i Senior Alert.	Följs upp löpande i dialog med OAS.

	(Senior Alert, Palliativ registret).	Samtliga boende har blivit registrerade i palliativa registret.	
	Att minska risken för fallskador genom anpassad omvårdnad och fallriskbedömningar.	Systematiskt arbete genom att följa upp avvikelser rörande fall, i mötesforumet hälsokonferens. God målpuppfyllelse.	Följs upp under avvikelseråd och hälsokonferens.
	Goda kunskaper kring basal hygien och rutiner kopplat till hygien.	Uppföljning samt arbete med framtagna åtgärdsplan efter hygienrond VT 2024. Samtliga professioner involveras i arbetet.	Hygien är en stående punkt under APT. Möten för hygienombud.
	Alla boende där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder.	Ej uppnått, fortsatt arbete att hamna i fas behövs.	Sjuksköterskemöte. Hälsokonferanser. Journalgranskning.
Adekvat kunskap och kompetens	Vid nyanställning prioriteras utbildad undersköterska med erfarenhet inom vården.	Under sommaren 2024 fanns utmaningar att hitta personal med utbildning. Andra delar av året har detta varit möjligt, vid rekrytering till fasta tjänster. En tillsvidareanställd medarbetare har erbjudits att vidareutbilda sig till undersköterska, med start VT25.	Fortsatt fokus under rekrytering att hitta personer med rätt kompetens och utbildning. Fortsatt erbjuda validering för nuvarande medarbetare som saknar utbildning.
	Kompetensutveckling kring patientsäkerhet och andra relevanta områden inom hälso- och sjukvård för befintlig personal.	Delvis uppnått. Fortsatt utbildning behövs fortlöpande, utifrån ny forskning/riktlinjer som tillkommer på området.	Patientsäkerhet ska vara en stående punkt på APT och tas även upp på kvalitetsråd.
Patienten som medskapare	Göra patienten delaktig i sin vård.	Varje boende har löpande kontakt med sjuksköterska samt läkare vid behov. Anhöriga informeras och involveras utifrån behov. Vid inskrivning lämnas skriftlig information om var de ska vända sig vid ev. klagomål/synpunkter.	Välkomstsamtal Dialog med kontaktperson Dialog med OAS och läkare

Organisation och ansvar

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

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.

Avvikelser och andra frågor rörande patientsäkerhet lyfts under avvikelseråd och på kvalitetsråd på Björkgården. Allvarliga händelser eller risker hanteras med stöd av kvalitetsutvecklare, vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation.

Forenade Care i Nyköping har 5 sjuksköterskor i tjänst varje dag mellan klockan 07–17. (helger kl. 07-15). Vi bemannar även jourtid med våra egna sjuksköterskor.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser:

- Ramavtal vårdhygien
- Ekenbergs vårdcentral
- Riktlinjer Nyköpings kommun och Region Sörmland
- 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
- Webbutbildningar för personal inom hygien, läkemedel och palliativ vård.
- Förflyttningsteknik
- Hälsokonferenser

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; Procapita, Prator, Pascal och NPÖ. Nyköpings kommun tillhandahåller E-legitimation vilket krävs vid inloggning till de olika systemen.

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 samtycke har inhämtats.

- 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.
- 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 jouren är inkopplad.

En god säkerhetskultur

För att främja en god säkerhetskultur behöver vi öka medvetenhet och engagemang för frågan, dels genom fortlöpande utbildning, möjliggöra öppna dialoger och avsätta tid på arbetsplatsträffar.

Vi har också 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.



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. Befintlig omvårdnadspersonal ges fortlöpande kompetensutveckling kring patientsäkerhet och andra relevanta områden inom hälso- och sjukvård.

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 bostadsbeslut 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 hösten 2024 hade vi även en anhörigträff där anhöriga fick möjlighet att ställa frågor direkt till verksamhetschefen och diskutera dessa i hela gruppen. Utöver detta får anhöriga informationsbrev via mejl fler gånger per år.

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 utifrån Forenade Cares årshjul HSL.

Inrapportering sker utifrån företagets rutiner. Under 2025 kommer rapporteringen att genomföras i systemet Sekoia.

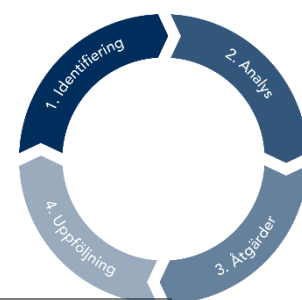
Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

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)	Registreringar har genomförts i respektive kvalitetsregister. BPSD; under 2025 ska personal få utbildning.	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	Protokoll kvalitetsråd	Kontinuerlig uppföljning av signeringslistor.

		berörd personal av sjuksköterska/VC och följs upp på kvalitetsråd.		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 Björkårdén 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	Efter hygienrond VT-24 har vi tagit fram åtgärdsplan som vi behöver fortsätta arbeta med under 2025.	protokoll	Personalen involveras i arbetet med åtgärdsplan under APT.
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 genomfört enligt årshjul.	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 ggr/år	Utfört. Inga anmärkningar.	Enligt rutiner	Fortsatta kontroller.
Läkemedelsgranskning	1 ggr/år	Utfört med apotekare. Förslag till förbättringar finns.	Rapport från apoteksgranskning, åtgärdsplan framtiden.	Fortsatt arbete med åtgärdsplan under 2025.
Journalgranskning	1gg/år	Utfört.	Journalgranskningsmal	Övergripande bra nivå gällande dokumentation men fortsatt utveckling/kompetenshöjande insatser behövs.

Delegering	1 gg/år och nya anställda.	Att ge delegering till all personal utifrån personlig lämplighet, erfarenhet och utbildningsnivå.	Enligt rutiner för delegering.	Fungerade rutin finns.
------------	----------------------------	---	--------------------------------	------------------------

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 kvalitetsutvecklare, 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 ledningssystem, där finns lokala rutiner framtagna utifrån företagets och nationella riktlinjer.



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 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	Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
	Utbildning för all personal inom brandsäkerhet	Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter Årliga kontroller av extern granskande verksamhet (idag Schneider) Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar
Arbets- och boendemiljö	Skyddsron Skyddskommittéer Undersökningar av arbetsmiljö i boendelägenheter Tydliga rutiner för städ- och renhållning av allmänna utrymmen samt boendelägenheter	Lokalanpassad rutin med medföljande signeringslistor städ Tydliga och uppdaterade lokala rutiner i verksamhetsstödet Årlig översyn av hela verksamheten vid intern kvalitetskontroll
Transportsäkerhet	SKILS – bedömning inför ev vidare vård inom slutenvården Rätt vårdnivå och rätt transport för ev behandling inom slutenvården Beslut om färdtjänst efter behov	Rutin för när SKILS ska användas för tolkningshjälp av vitalparametrar. Säkerställer att rätt vårdnivå appliceras Rekvirering av ambulans, akut eller icke akut Trygga färdtjänstresor baserade på individuell bedömning av behov (ex rullstol, medföljare etc)
Smittskyddslagen och tillhörande riktlinjer	Kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner vid smitta	Verksamhetsstöd Närvarande chef Jourhavande verksamhetschef Arbetsplatsträffar Tät kommunikation med arbetsledande sjuksköterskor
Tryggad kompetens hos all personal	Webbutbildningar Delegeringsutbildning Utbildningar av externa aktörer inom inkontinenshjälpmedel 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 2024 har vi identifierat svårigheter kopplat till kompetensförsörjning. Sommaren var en ansträngd period där vi delvis



saknade omvårdnadspersonal med rätt kompetens. Detta resulterade i att ordinarie medarbetare fick ta mycket ansvar för att bibehålla en god kvalitet i arbetet.

Område	Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet	Åtgärd
Patientsäker journalföring	låg risk	Under 2024 fick vi datorer från kommunen och dessa har förenklat inloggning i procapita.
Tillgång till sjuksköterskor	Medelhög risk.	Utmaning att tillsätta tjänster vid behov. Björkgården har under 2024 haft sjuksköterska på plats.
Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor	Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten	Under sommarperioden finns ett begränsat antal utbildade/kompetenta undersköterskor. Rekrytering inför sommaren genomförs löpande under året.

Riskhantering

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

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret att identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. I företagets ledningssystem finns verktyg för att bedriva detta arbete. Riskbedömningar som genomförs kan vara kopplat till smitta och smittspridning, riskbedömning utifrån basala hygienrutiner och/eller risk för underbemanning.

Riskbedömningar genomförs även på individnivå rörande fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Detta genomförs av OAS tillsammans med omvårdnadspersonal samt arbetsterapeut och fysioterapeut. Dels genomförs bedömningen vid inflytt, därefter var sjätte månad eller oftare utifrån behov. Det genomförs även kontroller av boendes lägenheter för att minska risker för fall, samt för att upptäcka eventuella risker för personalen i deras arbetsmiljö.

Utöver detta rapporterar personal löpande avvikelser, vilka sedan följs upp under avvikelseråd. Systematiskt arbete med avvikelserna gör att vi kan uppmärksamma potentiella risker och sätta in kraftfulla åtgärder i tid. Vi har också som målsättning att alla boende ska få genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning.

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 företagets ledningssystem finns rutiner för 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. Varje månad sammanställs avvikelser, analyseras och rapporteras till MAS på företaget. Med start januari 2025 implementeras systemet Sekoia och alla egenkontroller rapporteras i stället där, likaså analys av avvikelser.

Nedan tabell visar antalet rapporterade avvikelser i Procapita 2024:

2024	Jan	feb	mar	april	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	tot
Läkemedel	1	0	2	2	2	1	0	3	3	1	4	3	24
Allmän omvårdnad	0	2	0	0	9	1	0	1	3	0	3	0	10
Fall	8	10	3	3	1	4	4	3	5	4	9	5	59
Dokumentation HSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informationsöverföring HSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
													93
Extern avvikelse överlämnad från annan vårdgivare													1

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 avvikelseråd 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.

Jämförelsen med tidigare år tyder på en minskning av rapporterade avvikelser. Vi behöver därför fundera kring om detta beror på att färre avvikelser rapporteras i systemet och vad detta beror på. Alternativt om det faktiskt sker färre avvikelser i verksamheten. I dialog med OAS framkommer det att det tidigare år skett ett större antal fall. Av vikt att fortsätta uppmärksamma betydelsen av att registrera avvikelser under APT och avvikelseråd.

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 *Synpunkter och klagomål*. 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
3	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

Vi behöver fortsätta arbetet för att stärka patientsäkerheten och delar vi identifierat är; fortsatt kompetensutveckling och utveckling av vårdhygien/basala hygienrutiner, utbildningen kring social dokumentation och utbildning i BPSD. Utöver detta ska patientsäkerhet vara en prioriterad fråga på Björkgården, med en kultur som öppnar upp för engagemang och dialog.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2025

Mål 2025	Arbetet planeras att genomföras genom:
➤ Utbildning BPSD	Omvårdnadspersonal, SSK, VC ska få utbildning kring BPSD under året.
➤ God kunskap kring basal hygien och tydliga rutiner kända av all personal.	Följa upp och åtgärda handlingsplan efter hygienrund, arbete med detta fortsätter under 2025. Arbetet har påbörjats och kommer att fortsätta på APT tillsammans med personal samt OAS.
➤ Öka antalet rapporterade avvikelser	Lyfta upp frågan kring avvikelser på APT/avvikelseråd och belysa vikten att rapportera/registrera avvikelser.
➤ Översyn kompetensförsörjning.	Individuell bedömning som diskuteras under medarbetarsamtal. Nya medarbetare kommer få utbildning i förflyttningsteknik. Samtlig omvårdnadspersonal kommer att få utbildning läkemedelshantering. Löpande utbildningar kring brandskydd, palliativ vård, HLR.
➤ Öka medvetenhet och engagemang för patientsäkerhetsfrågor	Ha med patientsäkerhet som en stående punkt på APT, utöver att frågan tas upp på kvalitetsråd. Involvera alla professioner i arbetet.
➤ Göra patienten delaktig i sin vård	Stärka boendes delaktighet i sin vård genom att erbjuda uppföljande samtal vid behov samt involvera närstående. OAS erbjuder samtal samt löpande dialog sker även med kontaktperson i vardagen.
➤ Minska antal fall	Systematiskt arbetssätt för att förebygga fall. Regelbundna hälsokonferenser med alla yrkesgrupper i verksamheten. Riskbedömningar.
➤ Stärka säkerhet kring läkemedelshantering genom digital signering	Under 2025 kommer det att implementeras ett digitalt signeringssystem (Sekoia). Målsättning att implementera detta, introducera/utbilda samtlig personal när systemet är på plats.