



Stiftelsen Borgerskapets Enkehus och Gubbhus

Patientsäkerhetsberättelse

Borgerskapets vård- och omsorgsboende

2021



Wiveka Wall
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska
2021



Innehållsförteckning

Inledning	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	4
Övergripande mål.....	5
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 2021	7
Egenkontroll omfattning	8
Hur sker egenkontrollen.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av synpunkter och klagomål.....	12
Patients och närståendes delaktighet.....	12
Sammanställning och resultat av statistik från SafeDoc.....	13
Resultat av mål och strategier för 2021.....	15
Övergripande mål och strategier för omsorgen 2022	16



Inledning

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

I *Hälso- och sjukvårdslagen* står det att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att "Kraven på en god vård uppfylls".

Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt vara lätt tillgänglig.

Målet för Borgerskapets vård- och omsorgsboende är att alla patienter ska känna trygghet och säkerhet i det dagliga livet och erbjudas god och säker vård och omsorg.

Vård och omsorg ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet i samråd med patient och närstående.

Alla medarbetare ska samverka för ökad säkerhet och för att uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och andra vårdskador kan förhindras. Alla medarbetare ska aktivt föreslå förbättringar och medverka i förbättringsarbeten genom arbetsplatsträffar, kvalitetsråd, utvecklingsdagar och vid utvecklingssamtal.

Alla avvikelser behandlas på *Kvalitetsrådet* som har fasta medlemmar som representeras av undersköterskor, chefer, sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut. Kvalitetsrådet leds av MAS. Analys och åtgärd dokumenteras.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare Stiftelsen Borgerskapets Enkehus och Gubbbhus

- Ansvarar för att resurserna tilldelas så att god samt säker vård och omsorg kan bedrivas.
- Ansvarar i samråd med VD, fastighetsansvarig och verksamhetschef för lokalernas utformning.

Verksamhetschef

- Ansvarar för att det finns ett ledningssystem med goda rutiner för patientsäkerhet och att det är känt och följs.

MAS

- Ansvarar för att övergripande följa upp avvikelser, riskbedömningar och synpunkter från patienter, närstående och medarbetare.
- Ansvarar för att kontinuerligt tillsammans med verksamhetschef, bitr.verksamhetschef, sjuksköterskor och paramedicinsk personal följa upp patientsäkerhetsarbetet och vid behov omarbета rutiner och riktlinjer, både förebyggande och utifrån resultaten.

Verksamhetschef och Biträdande Verksamhetschef

- Leder och fördelar arbetet på enheten.
- Ansvarar för att alla medarbetare har vetskap om överenskomna rutiner och att de efterlevs.

Sjuksköterska

- Ansvarar och följer upp delegeringar för läkemedelshantering på enheten.
- Ansvarar för att avvikelser på enheten hanteras enligt rutin.
- Ansvarar för riskbedömningar och uppföljningar enligt rutin.

Fysioterapeut/Arbetsterapeut

- Ansvarar för att det finns de individuellt utprovade hjälpmedel som krävs för god säkerhet. Ansvarar för översyn av hjälpmedel enligt rutin.
- Ansvarar för obligatorisk förflytningsutbildning.
- Ansvarar för att övriga medarbetare har möjlighet att ta till sig information om hjälpmedel och instruktioner för förflyttningar så att ett gott och säkert omhändertagande av patienten kan tillgodoses.

Alla medarbetare i vård och omsorg

- Har ansvar att följa rutiner och riktlinjer och arbeta för att säkerhet upprätthålls samt rapportera risker och avviker i verksamheten.



Övergripande mål

Grundläggande för att öka patientsäkerheten och att förhindra uppkomsten av vårdskador är att alla medarbetare aktivt deltar i arbetet med att riskbedöma, förebygga och förbättra vård och omvårdnadsarbetet. Det är betydelsefullt att patienters och närståendes synpunkter tas till vara som ett av våra förbättringsinstrument.

För att öka delaktigheten har alla enheter kontinuerliga diskussioner på teammöten och reflektionsmöten gällande god omsorg och bemötande utifrån Borgerskapets värdegrund, Silviahemmets vårdfilosofi samt gällande lagar och bestämmelser. Alla nya medarbetare genomgår introduktionsutbildning som anordnas en gång per år.

Riskbedömningar genomförs av sjuksköterska och paramedicinsk personal tillsammans med övrig omvårdnadspersonal. Vid risk sätts åtgärder in och vårdplan upprättas. All omvårdnadspersonal har tillgång till hälso- och sjukvårdsjournalen. Instruktioner för förflyttningar och annat som är viktigt för att förhindra vårdskada eller risk för vårdskada dokumenteras även i genomförandeplanen.

Uppföljning av åtgärder sker när gästens tillstånd och förutsättningar ändras eller vid händelse av fall, undernäring eller trycksår, dock minst var 6:e månad. Alla riskbedömningar, uppföljningar och händelser registreras för övergripande analys.

All vård och omsorgspersonal rapporterar avvikelser i journalsystemet *SafeDoc*. Avvikelser hanteras enligt upprättad rutin med början på den egna enheten och vidare till Kvalitetsrådet.

Under 2021 har verksamheten arbetat med att förbättra hygienrutinerna och bygga upp teamarbetet kring personcentrerad vård.

Granskningar rörande basala hygienrutiner genomfördes enligt plan, en gång under året. Resultatet har diskuterats i varje arbetsgrupp. Följsamhet till basala hygienrutiner är hög. Endast enstaka avvikelser har förekommit.

Boendemöten, har hållits där synpunkter har framförts/diskuterats gällande bl.a. larm, utformning av lokaler, måltider och aktiviteter.

För att klara av att ge tillfredställande tillsyn, kräver våra lokaler hög personalbemanning. Vi arbetar kontinuerligt med att säkra tillräcklig bemanning i omsorgen genom att följa vårdtyngden och att optimera personalresurserna. Under pandemin har vi vid behov bedrivit kohortvård för att förebygga smittspridning, detta har krävt extra personalbemanning.



Stiftelsen Borgerskapets Enkehus och Gubbbhus

Under 2021 har det bedrivits full vård - och omsorgsverksamhet i *Enkehuset* med 48 lägenheter för somatisk vård och *Rozeliahemmet* med 24 lägenheter för demensvård.

Struktur för uppföljning och utvärdering

- Kvalitetscontroller och MAS från Södermalms stadsdel gör uppföljning av verksamheten vartannat år.
- *Apoteket Farmaci AB* genomför årlig uppföljning och granskning av läkemedelshanteringen.
- Vårdhygien genomför hygienrond vartannat år.
- Certifiering enligt Silviahemmets vårdfilosofi sker vart tredje år, senast i november år 2020.
- Socialstyrelsen utför årliga boendeenkäter gällande nöjdhet, trivsel och delaktighet. Alla externa granskningar är rådgivande och lärorika och ses som tillfälle för verksamhetsutveckling.
- Riskbedömningar avseende trycksår, fall och nutrition följs upp på enheten månadsvis i teamet.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål följs upp på enheten i direkt anslutning till händelsen. Tas även upp på Kvalitetsrådet varannan/var 3:e månad.
- Arbetsterapeut bedömer ADL-status för alla patienter vid inflyttning. Åtgärder för att bevara eller förbättra funktioner, ordinerar och utvärderas regelbundet.
- Fysioterapeut bedömer fysisk status vid inflyttning och ordinerar träningsinsatser enskilt eller i grupp. Insatserna utvärderas regelbundet.



Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 2021

- Kvalitetsrådet behandlar alla avvikelser. Säkerhet och trygghet är stående punkter på agendan då risker utifrån statistik kan lyftas fram och analyseras.
- Hela teamet samverkar i riskinventeringen samt föreslår och genomför åtgärder.
- Alla enheter arbetar aktivt med att fördela måltiderna jämnt över dygnet och att bevara nivån på ofrivillig nattfasta mindre än 11 timmar.
- Vi samverkar med *Oral Care AB* med syfte att främja en god munhälsa hos våra patienter, samt utbildar personalen i munhälsa.
- Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts.
- E-utbildning i basala hygienrutiner görs årligen. Kontinuerligt, muntligt och med film visas personalen hur man hanterar skyddsutrustning och basala hygienrutiner.
- Alla patienter har erbjudits vaccin mot Covid-19 samt årets influensavaccin. Sjuksköterskorna har vaccinerat, registrerat och dokumenterat varje gäst i journalsystemet "Vaccinera" med Hälsodeklaration och given dos vaccin.
- Alla liftar besiktigas årligen
- All personal har löpande fått genomgång av rutiner i händelse av brand.



Egenkontroll omfattning

Hur sker egenkontrollen

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

- Bemötande och nöjdhet hos patienter genom individuppföljning av biståndshanläggare från Stockholms stad görs årligen. Socialstyrelsens boendeenkät följs upp med tanke på vårt ständiga förbättringsarbete.
- Uppföljning av resultat i nationella kvalitetsregister årligen.
- Läkemedelsgenomgång sker årligen. Antal läkemedel per gäst och antal patienter med psykofarmaka analyseras.
- Uppföljning av avvikelser 6 ggr/år på Kvalitetsrådet med riskbedömning, analys och åtgärd.
- Granskning av Basala Hygienrutiner en gång per år.
- E-utbildning i Basala Hygienrutiner med utbildningsbevis årligen.
- Samtliga rutiner för HSL och SoL utvärderas årligen och revideras fortlöpande.
- Granskning av HSL- och SoLjournaler årligen, sjuksköterskorna granskar varandras journaler, 4 journaler per enhet.
- Narkotikakontroller 1 ggr/mån. Buffertförråd och personliga läkemedelsförråd kontrolleras av nattsjuksköterskorna. Resultat redovisa i narkotikajournal och avvikelser rapporteras till verksamhetschef och MAS.
- Temperaturkontroll av läkemedelsrummet, den får inte överskrida 25 grader, då sätts luftkonditioneringen på.
- Temperaturkontroll av kylskåp i läkemedelsrum dagligen. Temperaturen får inte överstiga 8 grader eller understiga 2 grader.
- Apoteksrevision med Åtgärdsplan av Apoteket AB.
- Medicintekniska produkter kontrolleras fortlöpande av Paramedicinska personalen och vid behov skickas de till hjälpmedelscentralen för åtgärd.



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska det i verksamheten finnas rutiner för informationsöverföring. Samverkan ska ske mellan olika yrkesgrupper och verksamheter inom slutenvården och öppenvården på sjukhuset, inom primärvården med läkar-organisationen, tandvården och apoteket.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i överenskommelser.

För goda hygienrutiner och för eliminering av vårdrelaterade infektioner samarbetar vi med Vårdhygien Stockholm.

Oral Care erbjuder tand/munhälsobedömning till våra patienter 4 ggr/år.

Apoteket AB granskar och ger råd för god och säker läkemedelshantering.

Läkarorganisation, *Örbydoktor*, ansvarar för läkarinsatserna på Borgerskapets vård- och omsorgsboende.

Insatserna består av fasta ronder och akutbesök. Läkaren deltar aktivt i riskbedömningar och ansvarar för årliga läkemedelsgenomgångar.

Paramedicinskpersonal är alltid delaktig i riskbedömningar, ordinerar hjälpmedel till patienterna, utvärderar och undervisar i användandet av hjälpmedel. De ansvarar även för personalens ergonomiutbildning och patienternas träning.

Borgerskapets kökspersonal lagar god och näringsriktig kost. Dietist på konsultbasis är behjälplig vid frågor, bland annat avseende undernäring.

Fastighetsförvaltaren och vår interna fastighetstekniker medverkar till säkerheten genom att snabbt åtgärda brister och skador både i inne- och utemiljön.

Vår interna servicepersonal ansvarar för städ och tvätt till Borgerskapets patienter.



Risikanalys

Risikanalys beträffande adekvat bemanning genomförs regelbundet. Bemanning sker utifrån vårdtyngd.

Vid introduktionsutbildning och även löpande genomgår alla medarbetare utbildning i förflyttningsteknik och i hantering av förflyttnings- och andra hjälpmedel. I utbildningen ingår undervisning i riskanalys som ska göras vid varje användning av hjälpmedel.

Årlig delegeringsutbildning för säker läkemedelshantering till omvårdnadspersonalen.

I den årliga introduktionsutbildningen ingår delegeringsutbildning.

När nya tekniska hjälpmedel införs görs en noggrann riskanalys gällande både patienter och personal.

Risikanalys för den enskilda patienten görs angående fall, undernäring och trycksår. Dessa registreras i *SafeDoc* och följs upp. I analysen ingår läkemedelshantering från ordination till intag.

Risker i lokalerna för vård och omsorg analyseras och åtgärdas kontinuerligt.

Vi har arbetat dagligen med *Covid -19* pandemin sedan mars 2020. Vi har utfört ett stort antal smittspårningsprovtagningar i samband med att personal eller patient har testats positivt.

Trots denna pandemi så har vi på vårt vård- och omsorgsboende inte haft någon överdödlighet i förhållande till föregående år.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelse är ett samlingsbegrepp och omfattar både synpunkter, klagomål, rapporterade vårdskador och missförhållanden.

Grunden för kvalitet utgörs av de krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade.

Alla som arbetar i en verksamhet måste förstå betydelsen av de krav och mål som gäller för just sin verksamhet för att kunna uppnå kvalitet. Chefer och medarbetare ska hålla sig uppdaterade utifrån att nya krav och mål kan tillkomma och att befintliga kan upphävas eller förändras. Om verksamheten inte uppnår kvalitet utifrån krav och mål uppstår avvikelser.

Verksamhetschefen/biträdande verksamhetschef ansvarar för att alla i personalgruppen känner till rutinen för hantering av avvikelser och synpunkter enligt SoL och HSL.

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med avvikelsehantering. Avvikelsehanteringen är en förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att en avvikelse upprepas.

Avvikelser, synpunkter och klagomål tas upp och diskuteras på enheterna. Analys av orsak och förslag till åtgärd som förhindrar upprepning diskuteras och dokumenteras. Förslag på förbättring utvärderas på enheterna.

Kvalitetsrådet har fasta medlemmar från olika yrkeskategorier på Borgerskapet och leds av MAS. Kvalitetsrådets medlemmar ansvarar för att återslagrapportering av avvikelserna sker på APT, team- och MAS/Sjuksköterskors möten. I Kvalitetsrådet görs en bedömning om det inträffade enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om det också ska anmälas vidare (Lex Sarah, Lex Maria).



Hantering av synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål

Alla synpunkter och klagomål registreras och analyseras. Hantering sker i den nära verksamheten, i första hand med personligt möte med berörda personer.

Klagomål och synpunkter besvaras och åtgärdas skyndsamt.

Ris- och ros-blankett finns tillgänglig ute på enheterna. Blanketten skickas till verksamhetschefen som ansvarar för att återkoppla till anmälare

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Information till patienten ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen.

Alla patienter får vid inflyttning information om det förebyggande arbetet med patientsäkerhet, riskbedömningar och kvalitetsregister. Kontaktman och verksamhetschef/bitr.verksamhetschef informerar också om hanteringen av klagomål och synpunkter.

Patienter bjuds in till boendemöte minst fyra gånger per år. Regelbundna anhörigmöten har inte ägt rum på grund av pandemin. Dessa möten har ägt rum på individnivå vid behov.



Sammanställning och resultat av statistik från SafeDoc

Resultat

De senaste åren har patienternas vård- och omsorgsbehov ökat, allmäntillståndet är i regel sämre och patienterna är också äldre vid inflyttning vilket ökar riskerna för fall, trycksår och undernäring.

Mål 1. Minska fall och fallskador	År 2020	2021
Antal boende med fallrisk:	90 %	90 %
Antal faktiska fall:	266	172
Antal fall med sjukhusvistelse som följd:	4	4

Information:

- Vid 24 av fallen har det uppstått någon typ av sårskada.
- När patienten faller görs en genomgång av vilka åtgärder som kan minska/minimera risken för nya fall. Detta görs i samarbete med ansvarig läkare, sjuksköterska, kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut. Bland annat diskuteras nutrition, typ av läkemedel samt förändringar i boendemiljön. Detta sker inte enbart efter ett fall utan kontinuerligt utifrån förändringar i gästens status. Många av våra patienter önskar vara självständiga vilket ökar risken för fall. Det är viktigt att eftersträva balans mellan självständighet och säkerhet så att livsrummet inte upplevs som styrt och begränsat.

Mål 2. Förhindra uppkomsten av trycksår	År 2020	2021
Antal patienter med risk för trycksår:	40 %	40 %
Antal patienter med faktiska trycksår:	3	21

Information:

- Förebyggande åtgärder av trycksår med hjälp av antidecubitus-madrasser, avlastande hjälpmedel samt information om hudvård och nutrition.
- Dokumentation av nutrition, trycksår och fall sker i vårdplaner i journalsystemet *SafeDoc*. Riskbedömning av nutrition, trycksår och fall med åtgärd och uppföljning utvärderas på teamträffar kontinuerligt och kan justeras efter patientens behov.



Mål 3. Förhindra ofrivillig viktninskning	År 2020	2021
Risk för undernäring (BMI<22):	40 %	40 %

Information:

- Kost- och vätskeregistrering har genomförts. Berikad kost, näringsshots och näringsdryck har ordinerats.
- Konsultation av dietist har bidragit till ökat fokus på en mer individanpassad åtgärdsplan i matsituation för den enskilde.

Mål 4. Korrekt läkemedelshantering	År 2020	2021
Avvikelse i läkemedelshantering:	102	142

Information:

- Avvikelserna har analyserats och åtgärder har vidtagits. Utebliven dos har varit den oftast förekommande orsaken till avvikelser.
- Samtal i arbetsgrupperna har genomförts.
- Delegeringsutbildning årligen och vid introduktionsutbildningen.
- Läkemedelsutbildning sker genom *Apoteket AB* till undersköterskor var 3:e år. Nästa utbildningstillfälle är 2022.

Mål 5. Hindra spridning av vårdrelaterade infektioner

- Tack vare gott vårdhygieniskt arbete har vi inte haft något utbrott av Calicivirus 2021.
- All omvårdnadspersonal har genomgått e-utbildning i basala hygienrutiner.
- Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner har skett vid ett tillfälle under 2021.



Resultat av mål och strategier för 2021

- Uppdatering av kvalitetsledningssystemet pågår och ska implementeras 2022.
- Apoteksrevision med åtgärdsplan genomförd av Apoteket AB 2021/2021.
- Uppdatering av HSL- "Instruktion för läkemedelshantering" 2021.
- Internutbildning av paramedicinska teamet till Borgerskapets omsorgspersonal i förflyttningsteknik/fallprevention. 2021.
- Granskning för all personal i Basala hygienrutiner genomförd 2021.
- Introduktionsutbildning genomförd för nyanställd personal.
- Delegeringsutbildning genomförd för nyanställd personal.
- Hygienutbildning, webbutbildning i "Basala hygienrutiner" har genomförts för samtlig personal 2021.
- Utbildning i munhälsövård för all omvårdnadspersonal av *Oral Care* 2021.
- Brandutbildning i teori genomförs fortlöpande för all personal.
- 1 sjuksköterska har påbörjat specialistutbildning i geriatrik "Vård av äldre" på KI.
- Alla synpunkter och klagomål hanteras i den nära verksamheten, i första hand med personligt möte med berörda personer. Klagomål och synpunkter besvaras och åtgärdas skyndsamt.



Övergripande mål och strategier för omsorgen 2022

- En sjuksköterska planeras utbildning i BPSD för att fortsätta utbilda all personalen på *Rozeliahemmet*, vårt demensboende i kvalitetsregistret Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom(BPSD).
- BSPD drabbar många av personerna med demenssjukdom. Symtomen kan vara oro, aggressivitet, hallucinationer, sömnstörningar m.m. Genom att använda BPSD registret kan personalen arbeta strukturerat genom att observera, analysera, planera åtgärder och följa upp.
- Utveckla dokumentationen, nytt journalsystem införs 2022.
- Nytt avvikelserapportsystem införs 2022.
- Utbilda personalen i de nya systemen.
- Utbilda flera Palliativa ombud.
- Projekt – "*Service i världsklass*" Konsult Liselotte Appel utbildar all personal i service och bemötande under 2022.
- Två undersköterskor går en specialistutbildning för undersköterskor i demensvård på *Sofiahemmet* för att bli Silviasystrar.
- Apoteksrevision genom samarbete med *Apoteket AB* planeras till oktober 2022.
- Hygienrond genom samarbete med *Vårdhygien Stockholm*.
- Läkemedelsutbildning för alla undersköterskor *Apoteket AB* planeras till hösten 2022.
- Internutbildning i förflyttningsteknik/fallprevention för all personal.
- Fortsatt samverka med *KI* för handledning av sjuksköterskestudenter.
- Samverkan med *Kungsholmens vårdgymnasium* för handledning av undersköterskeelever.