

STOCKHOLMS BORGERSKAP

Patientsäkerhetsberättelse

För Stiftelsen Borgerskapets Enkehus och Gubbbhus

År 2025



Datum 2026-02-26

Ansvarig för innehållet:

Monika Grzeskowiak, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet 2025

Under året 2025 har vi haft en stabil legitimerad personalgrupp.

Vi har fullt ut implementerat digital signering av läkemedelshanteringen för omvårdnadspersonalen. I samma system har vi även delegering av hälso-och sjukvårdsinsatser till omvårdnadspersonal.

Arbetet med avvikelser och kvalitetssäkring har fortsatt stort fokus, vi har haft kvartalsvis återkommande möten i form av kvalitetsråd tillsammans med verksamhetens kvalitetsombud, där vi följer upp avvikelser och kvalitetsfrågor.

Vi har satt ihop en hygiengrupp med hygienombud. Här ingår 9 medarbetare från samtliga enheter, en sjuksköterska, en från servicegruppen, samt en medarbetare från nattgruppen.

Under året har vi fortsatt att arbeta med vårt projekt Service i världsklass för att få till en gemensam värdegrund och förhållningssätt men också en effektiv och säker vård för våra patienter.

Vi arbetar löpande i BPSD- registret. Vi har två administratörer som är sjuksköterskor. I teamet finns också en arbetsterapeut, en sjukgymnast, fyra undersköterskor samt biträdande verksamhetschef.

Förkortningar

APT Arbetsplats träff

BPSD Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

FoU Forskning och Utveckling

HSL Hälso- och sjukvårdslagen

HSLF-FS Hälso- och sjukvård, Socialtjänst, Läkemedel och Folkhälsa Författnings Samling

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

IVO Inspektionen för Vård och Omsorg

MAS Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MNA Mini Nutritional Assessment

NPÖ Nationell Patient Översikt

NPI-NH Neuro Psychiatric Inventory, Nursing Home

PKC Palliativt Kompetens Centrum

SIP Samordnad individuell plan

SFS Svensk Författnings Samling

SOSFS Socialstyrelsens Författnings Samling

Inledning

I denna patientsäkerhetsberättelse används genomgående begreppet patient i stället för gäst, då patient är begreppet i hälso- och sjukvårdens författningar.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Övergripande mål

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.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Precis som alla människor har äldre personer olika behov, önskemål och viljor. Livserfarenhet och kunskaper ger de äldre en mycket viktig och självklar plats i samhället. I socialtjänstlagen står det att äldreomsorgen ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare Stiftelsen Borgerskapets Enkehus och Gubbhus

- 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, biträdande verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterskor och paramedicinsk personal följa upp patientsäkerhetsarbetet och vid behov omarbeta rutiner och riktlinjer, både förebyggande och utifrån resultaten.

Biträdande Verksamhetschef och Enhetschef

- Leder och fördelar arbetet på de olika enheterna.
- Ansvarar för att alla medarbetare har vetskap om överenskomna rutiner och att de följer dessa.

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.
- Ansvarar för att patienten får en personcentrerad vård.

Fysioterapeut/Arbetsterapeut

- Ansvarar för att alla patienter får en bedömning av ADL-status vid inflyttning samt åtgärder för att bevara eller förbättra funktioner, som ordineras och utvärderas regelbundet.

- Ansvarar för att alla patienter får en bedömning av sin fysiska status vid inflyttning och ordinerar träningsinsatser enskilt eller i grupp. Insatserna utvärderas regelbundet.
- Ansvarar för att det finns de individuellt utprovade hjälpmedel som krävs för god säkerhet.
- Ansvarar för översyn av hjälpmedel enligt rutin.
- Ansvarar för obligatorisk förflyttningsutbildning.
- 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 gästen 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 avvikelser och bidra med förslag till förbättringar.

Struktur för uppföljning och utvärdering

- Kvalitetskontroller och MAS från Södermalms stadsdel gör uppföljning av verksamheten vart annat år. Nästa tillfälle blir under 2027.
- Apoteket AB genomför årlig uppföljning och granskning av läkemedelshanteringen.
- Vårdhygien genomför verksamhetsbesök vartannat år. 2025 hade vi besök av dem senast.
- Certifiering enligt Silviahemmets vårdfilosofi vart tredje år. Genomfördes senast hösten 2023.
- Socialstyrelsen utför årliga brukarundersökningar gällande patienternas nöjdhet, trivsel och delaktighet på vård- och omsorgsboende.
- Riskbedömningar avseende trycksår, fall och nutrition följs upp löpande på enheten i teamet.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål följs upp på enheten i direkt anslutning till händelsen. Diskuteras också på kvalitetsrådet 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.

Uppföljning av mål patientsäkerhetsberättelse 2025

Övergripande Mål	Strategi för att nå Mål	Mål uppfyllt
All personal ska ha kunskap om säker förflyttning	Internutbildning av paramedicinska teamet till omsorgspersonal i förflyttningsteknik/fallprevention	Ja för 2025. Arbetar löpande med det.
Patientsäker dokumentation i Hälsoplaner i vårt journalsystem.	Kontinuerliga dokumentationsträffar och framarbetade mallar för dokumentationen.	Till viss del. Ta med till nästa år.
Ett uppdaterat och patientsäkert kvalitetssystem	Kontinuerligt uppdatera riktlinjer, rutiner, egenkontroller och dokument.	Ja, utvecklas löpande.
Service i världsklass	Fortsatt utbildning och implementering till alla medarbetare för en bra, säker och effektiv vård.	Till stor del. Ta med till nästa år.
Senior alert och palliativa registret har en hög täckningsgrad i vår verksamhet	Kontinuerliga träffar i teamet med senioralert som arbetsredskap. Registrera de som avlider på våra enheter i Palliativa registret inom 90 dagar efter dödsfall.	Till stor del, behöver dock arbeta vidare med det.
Alla medarbetare som har en delegering har fått en patientsäker delegeringsutbildning	<ul style="list-style-type: none"> • Genom ett strukturerat delegeringsförfarande med: • Egna studier (webbutbildning och inläsning av material). • Skriftligt prov som rättats av legitimerad personal. • Muntlig genomgång av legitimerad personal • Genomgång av digitalt signeringssystem. 	Ja, utvecklas löpande.
Minska antalet trycksår	Tydlig riskbedömning för trycksår enligt Senior Alert och en	Till stor del, behöver dock arbeta vidare med det.

	hälsoplan med uppföljande insatser. Registrera trycksår i avvikelshanteringssystemet.	
Minska antalet fallolyckor som leder till skada	Kvalitetsombuden arbetar med hela teamet i syfte att minska fallskador.	Till viss del, behöver dock arbeta vidare med det.
Minska antal läkemedelsavvikelser	Ta fram användbara strategier i kvalitetsrådet och i teamen.	Behöver arbeta vidare med det.
Minska vårdrelaterade infektioner	Hygienråd med utsedda hygienombud.	Till stor del, behöver dock arbeta vidare med det.

Nulägesanalys

Vi har identifierat framför allt tre förbättringsområden vi behöver jobba med på ett strukturerat sätt. Dessa områden är:

- Dokumentation/Hälsoplaner. Bakgrund: Vi har inte godkända hälsoplaner hos samtliga.
- Tillgänglighet. Bakgrund: I resultatet från stadens brukarundersökning framgår ett lågt omdöme avseende hur gäst/närstående upplever att de kan komma i kontakt med sjuksköterska/läkare.
- Årshjul/Planering. Vi saknar en gemensam struktur för planering av regelbundet återkommande arbetsuppgifter, framförallt de administrativa insatserna.

I varje grupp arbetar två medarbetare med att ta fram rutiner och metoder för att förbättra detta område. De arbetar självständigt, men har stöd av verksamhetschef och MAS.

Vi ser ett stort behov av digital planering och signering gällande insatser som utförs av sjuksköterska. Vi kommer att titta vidare på det.

Vi ser över formen på kvalitetsledningssystemet med målsättning att göra det mer överskådligt och tillgängligt för samtliga medarbetare.

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

- ✓ Kvalitetsrådet behandlar avvikelser. Säkerhet och trygghet är stående punkter på agendan då risker utifrån statistik kan lyftas fram och analyseras. Hela teamet samverkar i riskanalys samt föreslår och genomför åtgärder.
- ✓ Alla patienter har erbjudits vaccin mot covid-19, årliga influensan samt pneumokockvaccin. Sjuksköterskorna har vaccinerat och dokumenterat varje patient i systemet "Vaccinera" med Hälsodeklaration och given dos vaccin.

- ✓ Läkemedelsgenomgång sker årligen för de patienter som har listat sig till säboläkare på Capio/Legevisitten AB som vi har avtal med.
- ✓ Samverkan med Oral Care AB med syfte att främja en god munhälsa hos våra patienter, samt utbildar personalen i munhälsa.
- ✓ All personal har löpande fått genomgång av rutiner i händelse av brand.
- ✓ Hygienombud har utbildats och fått tydlig uppdragsbeskrivning. De arbetar aktivt för ett väl fungerande smittskyddsarbete.
- ✓ E-utbildning i basala hygienrutiner görs årligen. Kontinuerligt, muntligt och med film visas personalen hur man hanterar skyddsutrustning och basala hygienrutiner.
- ✓ Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts.
- ✓ Alla personlyftar, sängar och hjälpmedel och medicinska produkter vi har i verksamheten är kontrollerade/besiktigade.

Utbildningar 2025

- ✓ Hygienutbildning webbutbildning av Vårdhygien för alla inom vård och omsorg samt städ- och tvätt-personal.
- ✓ Grundutbildning för 9 st hygienombud.
- ✓ Utbildning i vårdhygienisk egenkontroll till enhetschef och MAS.
- ✓ PKC fortbildning för palliativa ombud.
- ✓ Hjärnkoll - psykisk ohälsa hos äldre, 12 medarbetare har gått
- ✓ Äldreomsorgsdagarna, 5 chefer och 4 ssk
- ✓ Edvida – genomförandeplan i praktiken, 5 medarbetare
- ✓ Digital nätverksträff för reflektionshandledare, 5 medarbetare
- ✓ Teknikhuset – Fallprevention, Fysioterapeut
- ✓ Hjälpmedelsmässan Fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska
- ✓ Nationell konferens palliativ vård, palliativa ombud (sjuksköterska och undersköterska)
- ✓ Gastroenterit- och luftvägsinfektion, 1 sjuksköterska
- ✓ Introduktionsutbildning för sommarvikarier heldagar inför sommaren.
- ✓ Genomgång i lyftteknik, obligatoriskt 1gång/år för alla i omvårdnaden som fysioterapeut och arbetsterapeut håller i.
- ✓ Utbildning i "Service i världsklass" för all personal på Borgerskapet. Dessa utbildningsinsatser fortsätter under 2026.
- ✓ Vi fortsätter samarbete med dietist.
- ✓ Utbildning i inkontinens och skydd för nattpersonal

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Hur sker egenkontrollen
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/år	Självskattning, personalen skattar själv sin följsamhet. Observationer av följsamheten till basala hygienrutiner utförs av hygienombud.
Narkotikakontroller	1 gång/månad	Buffertförråd och personliga läkemedelsförråd kontrolleras av nattsjuksköterskorna. Resultat redovisas i narkotikajournal och avvikelser rapporteras till verksamhetschef och MAS
Avvikelser	4 gånger per år	Sammanställs och diskuteras på kvalitetsrådet samt på APT med riskbedömning, analys och åtgärd.
Trycksår	4 gånger per år	Sammanställs data från journalsystem för riskbedömning, analys och åtgärd på kvalitetsrådet, teammöten samt på APT.
Patientens klagomål och synpunkter	4 gånger per år	Sammanställs data för riskbedömning, analys och åtgärd på kvalitetsrådet, teammöten samt på APT.
Medicintekniska produkter (MTP)	1 gång per år	Förskrivna hjälpmedel kontrolleras av Paramedicinsk personal och vid behov skickas de till hjälpmedelscentralen. Egenägda hjälpmedel kontrolleras enligt rutin av paramedicinsk personal.

		MAS ombesörjer tillsyn och kalibrering av MTP inom HSL område.
Temperaturkontroll av läkemedelsrum	1 gång/vecka, vid varmt väder dagligen	Nattsjuksköterskan mäter temperaturen varje onsdag. Temperaturen får inte överstiga 25 grader Vid hög temperatur, sätts luftkonditioneringen på
Temperaturkontroll av kylskåp i läkemedelsrummet.	1 ggr/dag	Nattsjuksköterskornas ansvar. Temperaturen får inte överstiga +8 grader eller understiga +2 grader.
Granskning av dokumentation	1 gång om året granskas HSL-journaler	Sjuksköterskorna granskar egna eller varandras journaler, 4 journaler per enhet.
Kontroll av spol-och diskdesinfektor	1g/vecka	Nattsjuksköterska utför enligt anvisningar

Vårdhygien och smittskydd

Under året har vi kommit igång med en hygiengrupp. Hygiengruppen består av medarbetare från samtliga 6 enheter, en sjuksköterska, en från servicegruppen, samt en medarbetare från nattgruppen, totalt 9 personer. Dessa har genomgått grundutbildning i Vårdhygien och har särskilt ansvar som hygienombud, med tydlig uppdragsbeskrivning. De har en stående punkt på enhetens APT. Hygiengruppen träffas en gång per kvartal, MAS leder hygiengruppen.

Enhetschef och MAS har genomgått utbildning i vårdhygienisk egenkontroll, VEK. Vi har genomfört en vårdhygienisk egenkontroll, där verksamhetschef, MAS och tre hygienombud deltar. Vi har också påbörjat arbetet utifrån handlingsplanerna som har kommit fram därifrån.

Läkemedelshantering

Under året år gjordes extern Apotekstillsyn.

Kontroll av narkotika har utförts för både akutläkemedelsförrådet och personbundna läkemedel. God kontroll finns. Grunden är att sjuksköterska ofta administrerar vid behovs

läkemedel men ibland sker det att personalen gör detta med sjuksköterskans samtycke och detta signeras då av sjuksköterska i journalen. Vi utbildar medarbetare med delegering att läsa i ordinationshandlingen innan de administrerar läkemedel. All personal läser på och gör ett skriftligt prov inför sitt delegeringstillfälle, detta gäller även vid förnyad delegering. Det digitala signeringssystemet för läkemedelsadministration, Signit fungerar fullt ut och är integrerat med journalsystemet Epsilon. Omvårdnadspersonalen signerar alla doser som de ger till en patient i en applikation i telefonen.

Nutrition

Under 2025 har vi satt ihop en grupp som arbetar med fokus på nutrition. Nutritionsgruppen leds av en sjuksköterska som är nutritionsombud, och består av medarbetare som är måltidsombud på varje enhet. Gruppen har stöd och handledning av dietist.

Man genomför regelbundna nattfastemätningar, och tar fram åtgärder för att minimera ofrivillig nattfasta.

Måltidsombuden har en stående punkt på enhetens APT.

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 och att samverkan sker mellan olika yrkesgrupper och verksamheter inom slutna vården och öppenvården på sjukhuset, inom primärvården med läkarorganisationen, tandvården och apoteket.

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

Överenskommelser gällande samverkan

- Överenskommelse om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län.
- Överenskommelse mellan Region Stockholms och kommunerna i Stockholms län angående ansvars- och kostnadsfördelning för tekniska hjälpmedel.
- Avtal med Region Stockholm gällande Vårdhygien för särskilda boendeformer i Stockholms län.
- Region Stockholms förfrågningsunderlag för läkarinsatser i särskilt boende.
- Överenskommelse med Region Stockholm för uppsökande tandvård
- Överenskommelsen om egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre

- Rutin för kostnadsansvar kommun - SLL
- Handbok för omhändertagande av avlidna inom Stockholms län
- Sjukresehandbok för vårdgivare
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan Stockholms Borgerskap och Caphio/Legevisitten AB gällande SÄBO-läkaravtalet.
- Samordnad Individuell Plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län

Läkarmedverkan

Region Stockholm har ansvaret för läkarinsatserna i kommunal verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård. I Stockholms Borgerskaps vård- och omsorgsboende har Caphio/Legevisitten utfört dessa insatser, både dagtid och på jourtid. Insatserna består av fasta rondtider och akuta besök dygnet runt. Läkaren har en inställetid på två timmar.

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.

Kan man inte lämna informationen till patienten, till exempel vid vård av personer med kognitiv sjukdom, psykiatrisk vård och när det gäller vård i livets slut så ska informationen i stället lämnas till legal ställföreträdare.

Samverkan med patienter och närstående som har gjorts under 2025:

- Personliga möten vid utredning av synpunkter och klagomål med mål att skapa goda relationer
- Hälso- och sjukvårdsinsatser planeras i vårdplaner med delaktighet från patienten och närstående.
- Patient och närstående blir informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter.
- Verksamhetschef skickar ut ett informationsbrev till anhöriga en gång varannan vecka.

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

- Patienter från Enkehuset bjuds in till boendemöte två gånger per år.

Risikanalys

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

Vid introduktionsutbildning och 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 gäster och personal.

Vid ordination av sällan förekommande HSL-insatser görs en riskbedömning, MAS säkerställer att sjuksköterskor känner sig förtrogna med uppgiften och att det finns rutin för den.

Risikanalys för den enskilde patienten görs angående fall, undernäring och trycksår. Dessa registreras i patientens journal. I analysen ingår läkemedelshantering från ordination till intag.

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

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 och 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 kvaliteten. 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.

Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef/enhetschef 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 avvikelshantering. Avvikelshantering 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 enheten. Analys av orsak och förslag till åtgärd som förhindrar upprepning diskuteras och dokumenteras. Förslag på förbättring utvärderas på enheten.

Kvalitetsrådet har fasta medlemmar från olika yrkeskategorier på Borgerskapet och leds av MAS. Kvalitetsrådets medlemmar ansvarar för att återrapportering av avvikelserna sker på APT, Team-och MAS/Sjuksköterskors möten.

Hantering av synpunkter och klagomål

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

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, blankett finns tillgänglig ute på enheterna. Blanketten skickas till verksamhetschefen som ansvarar för att återkoppla till anmälaren.

Resultat

Vi arbetar aktivt med avvikelser i verksamheten, tittar efter mönster och utvecklar våra rutiner för att stärka patientsäkerheten. Som ett led i kvalitetsarbetet har vi uppdaterat befintliga rutiner samt skapat ett flertal nya.

De senaste åren har patienternas vård- och omsorgsbehov ökat, patienterna är äldre vid inflyttning och det är vanligt att personen har bott på ett annat boende innan de flyttar till oss. Personens allmäntillstånd är i regel sämre vid inflyttning till vårt boende vilket ökar riskerna för fall, trycksår och undernäring.

Dokumentation av nutrition, trycksår och fall sker i vårdplaner i journalsystemet. Riskbedömning av nutrition, trycksår och fall med åtgärd och uppföljning sker och utvärderas på teamträffar kontinuerligt och kan justeras efter gästens behov.

Avvikelser som avser fall och fallskador

Fall	2022	2023	2024	2025
Antal faktiska fall	217	160	167	139
Fall utan synlig skada	124	101	114	111
Sjukhusbesök efter fall	8	6	3	2

År 2022 är statistiken hämtad från SafeDoc

År 2023–2025 är statistiken hämtad från Avvikelsesystemet DF Respons

Flertalet av alla fallhändelser utgörs av ett fåtal personer som faller ofta, orsaken till deras fall kan härledas till en stark önskan av självständighet.

De flesta av fallavvikelserna har inte medfört någon skada eller orsakat lindriga besvär i form av hematom, skrubbsår eller ömhet i muskler.

1 fall har orsakat fraktur.

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 och paramedicinsk personal. Bland annat diskuteras nutrition, typ av läkemedel samt förändringar i boendemiljön. Detta sker inte enbart efter ett fall utan kontinuerligt utifrån förändringar i patientens 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.

Avvikelser gällande trycksår

Trycksår	2022	2023	2024	2025
Antal faktiska trycksår	9	14	7	3

År 2022 är statistiken hämtad från SafeDoc

År 2023–2025 är statistiken hämtad från Avvikelsesystemet DF Respons

Trycksårs indelning i fyra grader:

Grad 1 Hel hud med lokal rodnad som inte bleknar vid tryck.

Grad 2 Delhudsskada med blåsa, spricka eller avskavning av huden.

Grad 3 Fullhudsskada i subkutis men utan djup sårhåla.

Grad 4 Fullhudsskada och en sårhåla som engagerar djupare liggande vävnad, även leder och ben.

Av dessa 3 trycksår är 1 i palliativt skede, samtliga i grad 2. Förebyggande åtgärder av trycksår med hjälp av antidecubitus madrasser, avlastande hjälpmedel samt information om hudvård och nutrition.

Samtliga har behandlande madrass.

Trycksåren har varit lokaliserade på olika kroppsdelar som t.ex. sacrum och fötter.

Avvikelser gällande läkemedelshantering

Läkemedelsavvikelser	2022	2023	2024	2025
Underdosering	20	-	-	-
Överdoser	4	-	-	-
Utebliven dos	72	67	62	72
Förväxling av läkemedel	3	0	0	0
Förväxling av person	1	1	3	0
Förväxling av tidpunkt	6	5	9	12
Annat	19	18	28	18
Totalt	99	142	125	102

År 2022 är statistiken hämtad från SafeDoc

År 2023–2025 är statistiken hämtad från Avvikelsesystemet DF Respons

Underdosering och överdosering redovisas ej i Avvikelsesystemet DF Respons

Utebliven dos innehåller avvikelser som missade tider och att patienten inte har fått sin dos, även enstaka avvikelser som avser att det saknas läkemedel i patientens läkemedelsskåp till följd av att man glömt att signera.

Förväxling av tid är avvikelse då patient har fått sitt läkemedel vid fel tidpunkt, dos har givits på morgonen/eftermiddagen istället för kvällen.

Läkemedelsavvikelser "Annat" är som exempel:

- Förväxling klockslag/tidpunkt
- Utebliven signering
- Bristfällig hantering av signeringslista
- Fel i iordningställd dos (dosett)

Avvikelserna har analyserats och åtgärder har vidtagits. Några av åtgärderna är:

- Omvårdnadspersonal har fått sin delegering återtagen under några veckor och skrivit om sitt skriftliga prov för delegering.
- Det har förts många samtal om läkemedelshantering mellan sjuksköterskorna och omvårdnadspersonalen samt med närstående.
- Uppdaterad checklista och rutin för sjuksköterska när gäst flyttar ut eller byter lägenhet.
- Förtydligande i delegeringsutbildningen att man måste signera efter att patienten har intagit sina läkemedel samt att man måste kontrollera ordinationshandlingen före administrering av läkemedel.
- Förtydligande i rutiner vem som är ansvarig för att ge patienten läkemedel.
- Digitalt signeringssystem för att minska läkemedelsavvikelserna.

Lex Sarah

Vi har gjort en Lex Sarah utredning under året. Ärendet gäller en situation där en medarbetare av misstag hade lämnat en burk med sina privata läkemedel hos i patients lägenhet. Då händelsen hade kunnat innebära en risk för patienten skickades anmälan till IVO.

Vi har diskuterat detta i kvalitetsrådet och i samtliga team. Vi har också tagit fram en rutin som beskriver hur medarbetare ska förvara sina privata läkemedel under arbetspasset.

Vi har fått återkoppling från IVO där man säger att man bedömer att vi har vidtagit adekvata åtgärder, och att man avslutar ärendet.

Övergripande mål och strategier för 2026

Övergripande Mål	Strategi för att nå Mål
All personal ska ha kunskap om säker förflyttning	Internutbildning av paramedicinska teamet till Borgerskapets omsorgspersonal i förflyttningsteknik/fallprevention
Patientsäker dokumentation i Hälsoplaner i vårt journalsystem.	Kontinuerliga dokumentationsträffar och framarbetade mallar för dokumentationen.
Ett uppdaterat och patientsäkert kvalitetssystem	Kontinuerligt uppdatera riktlinjer, rutiner, egenkontroller och dokument.
Att fortsätta utveckla Service i världsklass; nöjdare gäster och nöjdare medarbetare.	Fortsatt utbildning och implementering till alla medarbetare för en bra, säker och effektiv vård.

Senior alert, BPSD och palliativa registret har en hög täckningsgrad i vår verksamhet	Kontinuerliga träffar i teamet med Senior alert som arbetsredskap. Registrera de som avlider på våra enheter i Palliativa registret inom 90 dagar efter dödsfall.
Alla medarbetare som har en delegering har fått en patientsäker delegeringsutbildning	<ul style="list-style-type: none"> • Genom ett strukturerat delegeringsförfarande med: • Egna studier (webbutbildning och inläsning av material). • Skriftligt prov som rättats av legitimerad personal. • Muntlig genomgång av legitimerad personal • Genomgång av digitalt signeringssystem.
Minska antalet trycksår	Tydlig riskbedömning för trycksår enligt Senior Alert och en hälsoplan med uppföljande insatser.
Minska antalet fallolyckor som leder till skada	Kvalitetsombuden arbetar med hela teamet i syfte att minska fallskador.
Minska antal läkemedelsavvikelser	Kvalitetsombuden delar med sig med goda exempel i kvalitetsrådet.
Minska vårdrelaterade infektioner	Hygienråd med utsedda hygienombud.
Ökad säkerhet gällande insatser av sjuksköterska	Digitalt planerings-och signeringsverktyg.