



**Stockholms
stad**

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Tjänsteutlåtande

Dnr:

HV 2025/40

2025-01-16

Handläggare

Ann Britt Persson

Telefon: 08 508 05303

Till

Hässelby-Vällingby

stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

**Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd**

start.stockholm

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Agera för säker vård	16
Egenkontroll	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	20
Riskhantering	21
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	26

Bilagor

Bilaga 1: Patientsäkerhetsberättelse Koppargårdens vård-och omsorgsboende 2024

Bilaga 2: Bilaga Koppargården tabeller PSB 2024

Bilaga 3: Patientsäkerhetsberättelse Skolörtens servicehus 2024

Bilaga 4: Bilaga egenkontroll hälso- och sjukvårdsdokumentationen Skolörten 2024 (002)

Bilaga 5: Bilaga egenkontroll observation basal hygien Skolörten 2024 (002)

Inledning

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.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Nämndens patientsäkerhetsberättelse skrivs helt i enlighet med Sveriges kommuner och regioners mall för patientsäkerhetsberättelse. Mallen är framtagen av SKR och förvaltas av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård sedan januari 2024.

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och ska så långt som

möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information. Patientsäkerhetsberättelsen för Hässelby Vällingby stadsdelsförvaltning redovisas utifrån verksamhetsområdet äldreomsorg.

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar Skolörtens servicehus och Koppargårdens vård och omsorgsboende samt sedan oktober 2024 dagverksamheten Starbogården, inom avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Avdelningarnas verksamheter bemannas av baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Inom verksamheterna har personalen ombudsroller av olika slag och inom olika områden såsom exempelvis palliativ vård, mat- och måltider, hygien och dokumentation.

I stadsdelen finns en dietist för såväl strategiskt som operativt stöd i verksamheterna. Verksamheterna har tillgång till en patientansvarig läkare som besöker boendena regelbundet.

Skolörtens servicehus

Skolörtens servicehus omfattar 88 platser som är under avveckling.

Koppargårdens vård och omsorgsboende

Koppargårdens vård och omsorgsboende omfattar totalt 174 platser varav 50 är platser med inriktning somatik, 79 är med inriktning demens, 29 är med profil inriktning psykiatrisk-geriatrik samt 16 platser som är inriktade på korttidsvård.

Starbogårdens dagverksamhet

Starbogårdens dagverksamhet är en biståndsbedömd dagverksamhet, för personer med demenssjukdom. Hälso- och sjukvårdsenheten på Koppargårdens vård- och omsorgsboende har hälso- och sjukvårdsansvar på dagverksamheten.

Sammanfattning

Verksamhetens mål har varit att alla patienter ska få en individanpassad och kvalitativ vård och omsorg.

Under 2024 har verksamheten fortsatt att utveckla den palliativa vården genom utbildning och förbättringsarbete. Nya palliativa ombud har utbildats, chefer har gått ledarskapsutbildning inom palliativ vård och nätverksträffar för ombud, chefer och sjuksköterskor hållits.

Under 2024 har verksamheten stärkt det teambaserade arbetssätt som medarbetarna använder sig av i den personcentrerade vården.

En framgångsfaktor för verksamheten har under året varit att utredningar av inrapporterade allvarliga avvikelser sker inom tio arbetsdagar. Detta har bidragit till en ökad kunskap om de åtgärder som vidtagits omedelbart i olika situationer.

Vårdrelaterade infektioner har varit den vanligaste vårdskadan inom hälso- och sjukvården. Genom kontinuerlig personalutbildning och ett systematiskt arbetssätt gällande basala hygienrutiner har verksamheten kunnat minska risken för vårdrelaterade infektioner och

smittspridning. Utbildning har anordnats med hygiensjuksköterska vid två tillfällen.

Under året har två lex Maria anmälan gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2024 har en anmälan om lex Sarah gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under året har en incidentrapport anmälts gällande en säkerhetsrisk i journalsystemet.

Verksamheten har utfört egenkontroller vars resultat påvisar klara förbättringar men förbättringsområden kvarstår fortsatt.

Verksamheten som vårdgivare har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetens främsta mål har varit att planera, leda, genomföra och kontrollera på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Blicken framåt riktar sig mot;

- Att med högre medvetenhet skapa större samsyn och frigöra tid för innovation för att kunna arbeta förebyggande. Detta för att minimera vårdskador, stärka teamarbetet, öka kompetenshöjande insatser inom demens- och somatisk vård och kunna mäta effekter av implementerade arbetsmetoder. Dessutom för att kunna införa en säker läkemedelshantering genom införande av digital signering under 2025.
- Att nya chefsstrukturen för ledningsfunktionen utformas med en kravprofil som innebär att cheferna, från den 1 januari 2025, ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den nya strukturen innebär också en närhet till verksamheten och ett närvarande ledarskap vilket ger en trygghet för medarbetare och patienter/anhöriga.

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 säker 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.



Verksamheten ska enligt hälso- och sjukvårdslagen bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla en god och säker vård av hög kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet och behandling.

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Verksamhetens strategiska och operativa ledningsgrupp har veckomöten där enhetschef och biträdande enhetschefer deltar. Där har ledningen identifierat och utarbetat förbättringar för att stärka patientsäkerheten genom att till exempel utveckla nya arbetssätt och främja en öppen patientsäkerhetskultur.

Övergripande mål och strategier

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Mål:

- Patientsäkervård
- God vård i livets slut
- Personcentrerad vård

Strategier för patientsäker vård :

- Främja en patientsäkerhetskultur genom ökad medvetenhet hos medarbetarna.
- Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs samt att vid risker upprätta hälsoplaner.
- Förhindra smitta och smittspridning genom att basala hygienrutiner följs.
- Läkemedelshanteringen är följsam gentemot lagstiftning, styrdokument och ordination.
- Klagomål, synpunkter och avvikelser används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.

- Stärka och utveckla hälso-och sjukvårdskompetens
- Intern och extern samverkan sker
- Genomföra kvalitetsmätningar med hjälp av Kvalitetsinstrumentet QUSTA

(QUSTA är ett kvalitetsinstrument för självskattning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet rörande särskilt boende enligt Socialtjänstlagen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som berör utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården)

Strategier för God vård i livets slut

- Vården är välplanerad för att möta patientens och anhörigas behov.
- Tidigare erfarenheter och data från palliativa registret används i ett kontinuerligt förbättringsarbete.
- Utbilda fler palliativa ombud för att säkerställa att det personcentrerade arbetssättet inom palliativ vård genomsyrar den vård och omsorg som ges vid vård i livets slut.

Strategier för personcentrerad vård

- Regelbundna teammöten som möjliggör en helhetssyn på individens behov.
- Patienten görs delaktig genom dialog och tydliga former för hur patientens önskemål och integritet respekteras.

Patientsäker vård: Nämndens övergripande målsättning med det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda en god och säker vård.

Patientsäkerhetsarbetet ska även förebygga lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kan undvikas genom att vårdgivaren vidtar adekvata åtgärder.

Vård i livets slut: God vård i livet slut innebär att tidigt upptäcka, förebygga samt lindra smärta, ångest och oro samt andra fysiska och psykiska faktorer som kan förekomma i livets slutskede. I den palliativa vården i livets slutskede har omvårdnadspersonal, legitimerad personal så som sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och läkare samverkat.

När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livförlängande till lindrande ska ett brytpunktssamtal genomföras. Samtalet, som kan hållas vid ett eller flera tillfällen, sker med patienten och/eller anhöriga. Samtalet är viktigt då det ger patienten en möjlighet att besluta hur hen vill ha det under den sista tiden i livet. Journalgranskning har genomförts under året, se *Stärka analys, lärande och utveckling*.

Personcentrerad vård:

Personcentrerad vård handlar om att anpassa stödet efter individens unika förmågor, vanor och intressen, med målet att skapa delaktighet, välbefinnande, trygghet och en känsla av meningsfullhet.

Regelbundna teammöten möjliggör en helhetssyn på individens behov. Under dessa möten diskuteras strategier och arbetssätt som ytterligare kan utveckla den personcentrerade vården för varje individ.

Kontaktpersonen ansvarar för att dokumentera individens dagliga rutiner, önskemål kring personlig vård och livsstil i en genomförandeplan. Samtidigt dokumenterar sjuksköterskan, arbetsterapeuten och fysioterapeuten planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser i en hälsoplan.

Vården ska alltid utgå från individens behov, resurser och förutsättningar, och detta sker i samverkan mellan individen, närstående, baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Det dagliga arbetet baseras på genomförandeplanen, individens levnadsberättelse och hälsoplan.

Organisation och ansvar

Organisation och ansvar:

PSL 2010:659, 3 kap. 1§ och 9§, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ p1

Stadsdelsnämnden är ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvården som bedrivs i Hässelby Vällingby stadsdelsförvaltning. Ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet är fastställd av nämnd och återfinns i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen anmäls till nämnd.

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen, har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada. Verksamhetschef ska samverka och samråda med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. MAS och MAR har tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvård i uppdrag att samverka, upprätthålla, utveckla och följa upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Detsamma gäller att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till IVO.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Omvårdnadspersonalen som utför hälso- och sjukvårdsuppgift/er via delegering är skyldiga att följa de lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Detta gör de genom att rapportera in risker för vårdskada samt

inträffade händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Verksamhetens Patientsäkerhetsarbete har bedrivits i samverkan med verksamhetscontroller, MAS, MAR och enhetschef som även utreder avvikelser.

Dietist

Kommunen tillhandahåller dietist till patienter inom SÄBO enligt sammanhållen överenskommelse mellan Region Stockholm och kommun. Hässelby/Vällingby stadsdel har avtal med dietist som finns tillgänglig under dagtid på vardagar.

Lokal rutin för när dietist ska kontaktas finns i verksamheterna. Sjuksköterskan ska till exempel alltid kontakta dietist då patient är ordinerad sondmat samt kan ta hjälp av dietist i olika nutritionsfrågor så som ofrivillig viktförändring, konsistensanpassad kost eller val av kosttillsägg.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vars främsta uppgift är att svara för tillsyn.

Samverkan med Kvalitetsobservatör inom Äldreförvaltningen, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor

Samverkan med Vårdhygien inom Region Stockholm som regelbundet gör inspektioner enligt avtal av Hygiensjuksköterska/smittskydd beträffande Patientsäkerhet.

Samverkan med läkarorganisation enligt avtal. Denna stödfunktion har bidragit till god patientsäkerhet.

Patientnämnden som stödjer enskilda individer och guidar vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål

Organisationsförändringar:

Skolörtens servicehus: Hässelby Vällingby stadsdelsnämnd har tagit beslut om avveckling av servicehuset, inom två år.

Dagvårdsverksamheten Starbogården övergick till egenregi från första oktober.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en överenskommelse mellan kommunen och regionen.

Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Vid samverkan med våra samarbetspartners diskuteras eventuella brister, avvikelser och förslag för att bland annat förbättra rutiner. Det diskuteras också statistik, nya vårdprogram och nyheter.

Extern samverkan

Samverkan med **läkarorganisationen**: Det är regionen som ansvarar för läkarinsatserna inom

vård-och omsorgsboendena. Verksamheterna har fasta läkare och som kontinuerligt besöker verksamheterna varje vecka samt vid behov. Ledningen, MAS, MAR och chef för läkarorganisationen har fysiska avstämningsmöten två gånger på år samt vid behov.

Samverkan med **mobilt sjukskötersketeam**: Det mobila sjukskötersketeamet Big Care ansvarar för akuta hälso-och sjukvårdsinsatser på servicehuset kvällar och nätter, årets alla dagar med inställetid 30minuter. Ledningen, MAS och verksamhetschef från mobila sjukskötersketeamet har fysiska avstämningsmöten två gånger per år samt vid behov. Vid avstämningsmötet sker informationsutbyte, återkoppling, uppföljning och resultat av vidtagna åtgärder eller identifierade förbättringsområden.

Samverkan med **Vårdhygien Stockholm**: Vård och omsorgsboendena har avtal med Vårdhygien och genom det tillgång till rådgivning, undervisning samt hjälp med att kvalitetsgranska den egna verksamheten till exempel genom hygienronder samt som sakkunnig i specifika ärenden som smittspridning och hantering av multiresistenta bakterier. Verksamheten samt MAS har haft kontinuerliga avstämningsmöten med vårdhygien gällande smittspridning. Vårdhygiens sjuksköterska har haft fysiska utbildningsinsatser gällande basala hygienrutiner och smittspridning för samtlig personal.

Samverkan gällande säker **läkemedelshantering**: Kvalitetsgranskningar via Apoteket AB ser årligen, senast i slutet av 2024. Vid det fysiska granskningstillfället medverkar bland annat ansvarig chef, MAS och kvalitetsgranskare från Apoteket.

Samverkan med **nödvändig tandvård**: Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuds till berättigade patienter inom vård-och omsorgsboendena. Det finns en väl etablerad samverkansmodell mellan region och kommun för att erbjuda munhälsobedömning och nödvändig tandvård till berättigad patient samt munvårdsutbildning till vård-och omsorgspersonal. Under 2024 har Flexident haft uppdraget. Flexident har utbildat personal på plats i verksamheten. Samverkansmöten mellan tandvårdsstödenheten och Mas sker två gånger per år samt vid behov.

Samverkan med **Palliativt kunskapscentrum (PKC)**: Region Stockholm och kommuner i Stockholms län samfinansierar PKC i Stockholms län. Verksamheten bedrivs i Stockholms läns sjukvårdsområdes regi. PKC erbjuder utbildningar för olika målgrupper och verksamhetstyper för att kunna möta personalens behov av kunskap. Kunskapen om palliativ vård bidrar till ett tydligt fokus på teamarbetet vilket är viktigt för en god vård men också för en god arbetsmiljö för medarbetarna.

Representanter från förvaltningen, vanligtvis MAS, avdelningschef, berörda chefer samverkar med PKC årligen. Samverkan rör planering och uppföljning av kommande och genomförda åtgärder.

Samverkan med **Fotsjukvård**

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner. Under 2024 har Hagsätra fotsjukvård AB haft uppdraget.

Samverkan med **Röda Korsets högskola och Yrkesgymnasium**

Verksamheterna har samverkan med Röda Korsets högskola för att ta emot sjuksköterskestudenter samt undersköterskestudenter.

Samverkan med leverantörer för **Medicinsktekniska produkter (MTP)**

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal och serviceavtal gällande medicintekniska hjälpmedel så att endast hela och säkra produkter används.

Intern samverkan

Samverkan i **ledningsgruppen**

Ledningen består av en enhetschef som har det övergripande ansvaret, samt en biträdande enhetschef för den legitimerade personalen och sex biträdande enhetschefer för omvårdnadspersonalen. Ledningsgruppen träffas varje vecka. Under dessa träffar lyfts olika ärenden i verksamheten upp på operativa nivåer så väl som på strategiska nivåer. Här tas också gemensamma beslut gällande resursfördelning som är relaterat till patientsäkerhet.

På dessa träffar genomförs analyser av olika resultat och effekter av införandet av nya arbetssätt, lärande och erfarenhetsutbyte av inträffade händelser samt har en framåtblick gällande utveckling i vår verksamhet.

Samverkan med **Kompetens och träningscenter (KTC)**

KTC är ett specialutrustat träningscenter som riktar sig till medarbetare och studenter inom äldreomsorgen, detta innebär en långsiktig kompetensförsörjning.

Här får medarbetare möjlighet att träna på ett kvalificerat omhändertagande och utveckla sina kliniska färdigheter för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg av äldre som har behov av äldreomsorg. Insatserna erbjuds/sker både enskilt och i team.

Samverkan med KTC sker fortlöpande för att säkerställa kunskapen hos medarbetarna. Verksamheten nyttjar de utbildningsinsatser som erbjuds.

Samverkan mellan **chef, MAS, MAR** sker månatligen i båda verksamheterna. Här sker informations- och erfarenhetsutbyte samt dialog kring patientsäkerhetsfrågor, avvikelser.

Samverkan med **dietist**. Samverkan med dietisten sker löpande. Utbildningstillfällen i nutrition anordnas av dietist till exempel i tillagning av lättare måltider och mellanmål. Dietisten deltar på regelbundna teamträffar i ena verksamheten.

Samverkan i **enheternas kvalitetsråd** Kvalitetsrådet fokuserar på gemensamt lärande och är en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas, samt att säkerställa god och säker vård och omsorg för patienterna.

Mötena hålls varje månad och personal från alla professioner är samlade. Mötet hålls av chef där MAS, MAR deltar.

Samverkan med **dokumentationsansvarig för hälso-och sjukvårdsdokumentation** Sker med fysiska möten med hälso-och sjukvårdspersonalen varje månad där innehållet utgår från identifierade behov i verksamheten, riskområden, vårdprocessen eller nyheter i

journalssystemet. Genomgång med legitimerade gruppen inom olika fokusområden. Journalgranskningen, har påvisat goda resultat kring inskrivningsprocessen vid inflyttad patient.

Samverkan med **beställarenheten** verksamheterna har vid behov avstämningsmöten mellan chefer i verksamheten och biståndshandläggare där man tar upp utvecklingsområden gällande inflyttning, utflyttning eller uppföljningar av patienter som vårdas vid verksamhetenskorttidsvård.

Samverkan i **tvärprofessionella team** träffas regelbundet för att upprätta och följa upp boendes hälsotillstånd. Till stöd finns bland annat enheternas egna framtagna agendor för teammöten.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Hälso- och sjukvårdspersonalen använder SITHS-kort för identifiering, inloggning och signering i system där patientinformation hanteras. Det är enhetschef som lägger beställning för behörigheter och som ansvarar att dessa avslutas när anställningen upphör. I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse och de meddelas även att genom regelbundna loggkontroller gör verksamheten uppföljningar och kontroller av åtkomst till journal och övrigt system. Ett informationsblad gällande informationssäkerhet lämnas ut till enskild.

Verksamheterna följer Stockholmsstads IT-policy och informationssäkerhetspolicy.

Handlingsplan är framtagen för att uppfylla kraven utifrån patientdatalagen, GDPR (General Data Protection Regulation), NIS (The Directive on security of network and information systems) och ISO (International Organization for Standardization).

I handlingsplanen finns åtgärder som har en prioriteringsordning och som hanteras under året.

Legitimerad personal och ansvariga chefer har genomgått NIS utbildningen.

En incidentrapportering är gjord under året där resultatet av utredningen visar att ingen risk för patientsäkerhet förelåg.

Sammanställning av loggkontroller i journalssystemet visar att inga avvikelser förekommit under 2024.

Informationssäkerhetklassningar har skett för e-hälsa system såsom pascal, Nationell patient översikt (NPÖ) samt Proceedo.

Samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska webb-utbildningarna i informationssäkerhet och dataskydd.

Strålskydd

Exponering för eller förekomst av arbetsmoment med strålning förekommer inte.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



I verksamheterna sker strukturerade dagliga överrapporteringar där hela teamet samt enhetschef och biträdande enhetschef är samlat. Där följs även det dagliga arbetet upp. Medarbetarnas ökade medveten om patientsäkerhetskultur har resulterat i att risker och avvikelser identifieras snabbare, blir åtgärdade och utreds snabbare samt att lärandet utifrån erfarenheter eller iakttagna risker ökat.

I verksamheterna anordnas kvalitetsråd. Där deltar samtliga yrkeskategorier såsom sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal, hälso- och sjukvårdschef samt MAS och MAR. Där arbetar verksamheten vidare med klagomål, goda exempel, händelser, avvikelser samt lex Maria, lex Sarah. Identifierade risker, vidtagna och resultat av åtgärder diskuteras för att sprida lärdom i verksamheten.

Detta arbete har lett till att främja samt öka medvetenheten kring patientsäkerhetskulturen hos samtliga yrkeskategorier, att identifiera risker snabbare än tidigare, att lära av dem för att förhindra upprepning.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Enheternas arbete med att säkerställa adekvat kompetens utgår från fastställda planer för kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

Verksamhetens grundläggande förutsättning för att säkerställa patientsäkerhet och god vård är att medarbetarna har rätt och uppdaterad kompetens. Verksamheten erbjuder en rad olika utbildningar och insatser för att stödja medarbetarnas utveckling och säkerställer att de är väl

rustade att möta de krav och utmaningar som finns inom vård och omsorg.

Genom kontinuerligt arbete med kompetensförsörjning och ett aktivt utbildningsarbete kan en säker och effektiv vård för våra brukare skapas och en hög kvalitet på alla nivåer inom verksamheten säkerställas.

Gällande samtliga utbildningsinsatser har verksamheten en sammanställd årlig översikt på exakta tider, datum, vilket ämnesområde, antal deltagare och eventuella kostnader, för alla genomförda utbildningar.

Bland de kompetenshöjande insatser som genomförts under året återfinns:

- Fortlöpande webbutbildningar; delegering för handhavande av läkemedel, basala hygienrutiner, palliativt kunskapscentrum, Demens ABC, ABC+ samt yrkessvenska, social dokumentation och handledarutbildning för legitimerad personal.
- En särskild utbildning genomfördes också i Språkombudsutbildning, för att stödja och förstärka personalens språkliga färdigheter och att kunna säkerställa kommunikationen för att kunna uttrycka sig korrekt i sitt vardagliga arbete inom vården.
- Hygienutbildning genomfördes gällande basala hygienrutiner och smittspridning av vårdhygiens hygiensjuksköterska.
- Äldreomsorgslyftet grundläggande vårdutbildning för vårdbiträden samt specialistutbildning för undersköterskor.
- Utbildningsinsatser för ökat stöd för utredning för både legitimerad personal och ansvariga chefer har genomförts. Detta inkluderar utbildning i utredningsprocesser, metoder och system för att säkerställa att alla avvikelser hanteras på ett korrekt och systematiskt sätt.
- Utbildning av 14 nya palliativa ombud, språkombud
- Nätverksträffar för palliativa ombud varannan månad ledd av chef.
- Chefer har genomgått Palliativt kunskapscentrums ledarskapsutbildning- att leda den palliativa vården i kommunal vård och omsorg avsedd för chefer.
- Vid Kompetens och träningscenter(KTC) har utbildningar inom kost och nutrition , munhälsa samt hjärt-lungräddning genomförts.
- För att säkerställa högsta möjliga säkerhet får förflyttning med personlyft endast utföras av personal som genomgått förflyttningutbildningen. Detta krav gäller för all personal som arbetar med förflyttning av patienter. Syftet är att förebygga skador och säkerställa att tekniken används på rätt sätt för både patients och personals välbefinnande.
- Förflyttningutbildningar för nyanställd och redan anställd personal har genomförts.
- Fysiska utbildningstillfällen gällande Hälso-och sjukvårdsdokumentation har genomförts månatligen i verksamheterna. Teman utefter identifierade utvecklingsområden och utefter resultat av genomförda dokumentationsgranskningar.

- Verksamheternas arbetsterapeuter och fysioterapeuter har haft en gemensam nätverksträff i Stockholmsstad ledd av stadens MAR. Syftet med träffarna är att utveckla och fördjupa kunskaper inom rehabiliteringsområdet samt ett tillfälle för erfarenhetsutbyte.

Sjuksköterskeutbildning

Samverkan med Röda korsets högskola finns i syfte att skapa ett långsiktigt och tydligt samarbete avseende verksamhetsförlagd utbildning av sjuksköterskestudenter. Totalt har förvaltningen tagit emot 35 sjuksköterskestudenter från termin två under detta år. Antalet för vård-och omsorgsboendet planeras bli 16 per termin 2025. Servicehuset kommer inte ta emot sjuksköterskestudenter då underlag för verksamhetsförlagd utbildning inte på grund av avveckling av verksamheten.

Sjuksköterskebemanning

Hälso-och sjukvårdsenheten på Koppargårdens vård-och omsorgsboende ansvarar för hälso-och sjukvårdsinsatser av legitimerad sjuksköterska när gäster besöker dagvårdsverksamheten Starbogården.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Skolörtens servicehus har arbetsterapeut och fysioterapeut på plats i verksamheten. Detsamma gäller för Koppargårdens vård-och omsorgsboende där arbetsterapeut och fysioterapeut även finns tillgängliga för insatser de tider gäster besöker dagvårdsverksamheten Starbogården.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Den kommunala hälso-och sjukvården ska bygga på anpassad information, delaktighet och samtycke, och kräver ofta en hög grad av individanpassning. En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Multiprofessionella team arbetar för att förbättra kvaliteten på personcentrerad vård och omsorg. Vid inflyttning till verksamheterna tilldelas boende ansvarig legitimerad personal, så som sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt kontaktperson.

Det hålls **välkomstsamtal** för att informera patienter och närstående om verksamheten och ge stöd. I samverkan med legitimerad personal planeras målen för patientens vård i enlighet med patientens önskemål.

Levnadsberättelser används för att främja individuellt bemötande. **Vårdplanering** och läkarbesök med **läkemedelsgenomgång** genomförs tillsammans med patienten, baspersonal och teamet. Närstående deltar vid samtycke och informeras vid behov.

Vid regelbundna **teammöten** diskuteras patienters behov och strategier för att utveckla personcentrerad vård.

Inför **ställningstagande av palliativ vård i livets slut** med tillhörande brytpunktssamtal erbjuds patienten och anhöriga att delta ihop med teamet samt läkaren.

Klagomål och synpunkter registreras och analyseras med chef, återkopplas till den som lämnat klagomålet efter att ärendet hanterats. Resultaten används för att utveckla verksamheten. Anhörig, närstående, patient bjuds in till enskilda möten med berörda.

Borådsmöten hålls regelbundet och där bjuds boende in för att få framföra sina synpunkter, klagomål samt ge uttryck för behov. Mötena är utifrån olika teman till exempel mat, måltider samt måltidsmiljö.

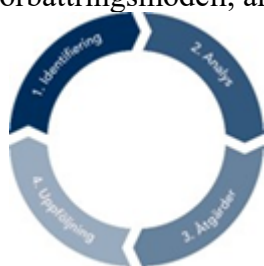
Informationsbrev går ut till alla boende samt anhöriga en gång i månaden. Innehållet i breven kan vara praktiska påminnelser, information, att uppmuntra till att lämna in synpunkter och klagomål.

Vid **anhörigträffar**, som hålls regelbundet varje termin bjuds ibland föreläsare in utifrån efterfrågade specifika teman till exempel demenssjukdomar.

Resultat av **individuppföljningar och brukarundersökning** analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet och utveckling i verksamheterna.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan

innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, enhetschefer och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt och systematiskt undersökt samt analyserat orsakerna till identifierade risker. Resultaten från egenkontrollerna utgör en central del av enheternas patientsäkerhetsarbete, där planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder följs upp. Dessa resultat har presenterats och diskuterats med samtliga personalgrupper under gemensamma möten. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör.

Under året har egenkontroller genomförts inom områden såsom hygien, loggkontroll i journaler, läkemedelshantering, medicinsk-tekniska produkter (MTP) och nattfasta. Även hälso- och sjukvårdsdokumentation, inklusive utförda bedömningsinstrument, upprättade hälsoplaner, brytpunktsamtal och läkemedelsgenomgångar har granskats.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



SOSFS 2011:9 7 kap. 2§ sista tycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1§, PSL 2010:659 3 kap 3§

Samtliga verksamheter har goda rutiner för att fånga upp, utreda och analysera händelser samt rutiner för att sprida och ta upp gemensamt lärande av inträffade händelser.

Verksamheternas fokus på att arbeta med patientsäkerhetskulturen har givit positivt resultat då avvikelser registreras snabbare efter händelsen, verksamheten börjar utreda snabbare och vid behov informeras MAS/MAR skyndsamt.

Fokus vid fördjupade utredningar är att samla teamet, chefer samt MAS och/eller MAR för att få mer kunskap om det inträffade och att öka kunskapen och lärandet inom avvikelseprocessen. Fokus i utredningen är att så långt det är möjligt utreda orsaker till det inträffade och hur det kan undvikas att ske igen.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Av de händelser under 2024 som genomgått fördjupad utredning, fyra stycken, har två bedömts vara av så allvarlig art att de anmälts enligt lex Maria till Inspektionen för vård och

omsorg (IVO).

Lex Maria

Två händelser har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria under 2024. En lex Maria anmälan gällande händelse vid Skolörtens servicehus och en lex Maria anmälan gällande händelse vid Koppargårdens vård- och omsorgsboende. Den ena anmälan handlade om utebliven läkemedelsbehandling. Den andra anmälan handlade om försenad vård och behandling av en höftfraktur där kännedom om remissvar uteblev gällande genomförd röntgenundersökning. MAS bedömde att de åtgärder som enheterna planerade och genomförde i samband med utredningarna var adekvata och minskade risken för upprepning. IVO delade den uppfattningen och har avslutat båda ärendena.

En händelse vid Skolörtens servicehus har anmälts som en lex Sarah till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det gällde en händelse som ledde till fraktur till följd av fall ur rullstol. IVO avslutade ärendet då de ansåg att verksamheten identifierat bakomliggande orsaker och vidtagit adekvata åtgärder för att liknande händelse inte ska ske igen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hälsa- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering utgör nationellt sett ett av de största patientsäkerhetsriskområdena inom hälso- och sjukvården. Enheterna har genomfört egenkontroller inom området. Omvårdnadspersonal som ska hantera läkemedel utifrån delegering från sjuksköterska genomför utbildning och kunskapstest inför delegeringen. Apoteket Farmaci AB genomför årligen kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i verksamheterna. Samtliga enheter har genomgått granskningen med mindre anmärkningar, som åtgärdats inom tre månader.

Strukturerade och evidensbaserade bedömningar

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboenden ansvarar för utredning, behovsbedömning, utprovning av hjälpmedel, planering samt uppföljning och utvärdering av patienternas hälsotillstånd och beslut avseende direkta insatser i form av behandling, träning och aktiviteter. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att dokumentation av patientens hälsa, vård och behandling görs i patientjournalen. Vidare ingår handledning, råd och stöd till omvårdnadspersonalen i deras arbete.

Bedömningsinstrument gällande risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring, risk för ohälsa i munnen genomförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom 14 dagar vid inflyttning alternativt ankomst till korttidsvård samt vid behov vid förändrat hälsotillstånd. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och sjukvårdsåtgärder upprättas hälsoplaner. Det genomförs även bedömning av ADL-status, förflyttningar och utökat förflyttningsstatus.

Basala hygienrutiner

Verksamheterna säkerställer en god hygienisk standard genom bland annat återkommande utbildningar och kontinuerlig uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler. Samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Verksamheterna utför regelbundet egenkontroller gällande observationer av följsamhet till basala hygienrutiner samt självskattning till följsamhet av basala hygienrutiner.

Verksamheterna inom äldreomsorg har avtal med Region Stockholm Vårdhygien och har tillgång till hygiensjuksköterska som erbjuder stöd, råd, utbildningsinsatser och hygienrund.

Läkemedelsgenomgångar

Verksamheterna planerar att både en enkel och en fördjupad genomgång av den boendes ordinerade läkemedel sker minst två gånger per år. Läkemedelsgenomgångarna utförs av Familjeläkarna AB i samarbete med sjuksköterska.

Avvikelseprocessen

Båda verksamheterna har ett väl inarbetat arbetssätt med snabb uppföljning av det flerprofessionella teamet och chef när en händelse som lett till vårdskada eller som kunnat leda till vårdskada inträffar.

Dokumentation

Båda verksamheterna har genomfört egenkontroller inom området.

Vårdrelaterade infektioner

Verksamheterna registrerar månatligt infektioner och antibiotikabehandlade infektioner.

Nattfastemätning

Nattfastemätningar genomförs minst två gånger om året.

Teammöten

Respektive våningsplan på vård- och omsorgsboendet har teammöten inplanerade kontinuerligt veckovis. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner så som legitimerad

sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska och chef.

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.



Nationell Patientöversikt (NPÖ)

Användningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) har ökat inom verksamheten. NPÖ är en tjänst som möjliggör för vårdgivare att dela journalinformation mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Genom NPÖ kan vårdpersonal få tillgång till journalinformation från andra vårdgivare, förutsatt att patienten har gett sitt samtycke. Tjänsten erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare och bidrar till en mer sammanhållen och säker vård.

Leveranser

Verksamheten har god planering samt gott samarbete med de företag och leverantörer som tillhandahåller läkemedel eller sjukvårdsmateriel. Verksamheterna tar del av e-post och informationsbrev om ändringar och förseningar gällande leveranser. För att säkerställa tillgången av varor görs beställningar med god framförhållning.

Riskanalys och väsentlighetsbedömningar

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser, till exempel gällande arbetsmiljö, vård och omvårdnad samt organisation, för att säkerställa att verksamhetens arbetssätt, rutiner och arbetsmiljö är anpassade efter aktuella förutsättningar.

En mer omfattande risk- och väsentlighetsanalys genomförs vid större förändringar, exempelvis vid organisatoriska förändringar eller förändringar i rutiner och arbetssätt.

Identifiering och Hantering av Riskområden

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att identifiera och hantera riskområden. Detta görs genom:

- Händelserapporter och avvikelser från personalen.
- Synpunkter och klagomål från patienter, anhöriga, andra myndigheter eller Patientnämnden.
- Protokoll från teammöten

- Inspektioner från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Inspektioner från Arbetsmiljöverket (AV)

Dessa synpunkter och rapporter analyseras och sammanställs för att identifiera eventuella systematiska risker och förbättringsområden.

Riskbedömning på Individnivå

Vid nyinflyttning av patienter eller vid förändringar i en patients hälsotillstånd gör den planeringsansvarige sjuksköterskan i samarbete med kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut en riskbedömning. Dessa bedömningar omfattar risker som kan påverka patientens säkerhet inklusive:

- Fallskador
- Undernäring
- Trycksår
- Ohälsa i munnen

Förebyggande åtgärder vidtas baserat på resultatet av genomförda riskbedömningar för att minimera riskerna och säkerställa en trygg och säker vård med god kvalitet för patienterna.

Riskhantering

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§, 7 kap. 2§ p4

Enheterna har kartlagda verksamhetsprocesser. Risker har identifierats, riskanalyser är gjorda och plan för egenkontroller finns upprättade i stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ILS. Genom egenkontroll har verksamheterna regelbundet och systematiskt följt upp arbetet enligt kartlagda processer och fastställda rutiner, vilka resultat som har kunnat ses samt förbättringsåtgärder.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Strukturerade och evidensbaserade bedömningar

Resultat av gjorda egenkontroller visar att båda verksamheterna utför bedömningsinstrumenten inom 14 dagar vid inflyttning alternativt inkomst till korttidsavdelningen och att det vid risker upprättas hälsoplaner.

För att utveckla kvaliteten och säkerhet registrerar verksamheterna i Senior Alert, BPSD registret och Palliativ registret. Resultat av gjorda egenkontroller visar att alla de patienter som gett sitt samtycke till registrering i kvalitetsregistren registrerats. Vidare visar resultat av genomförda egenkontroller en skillnad gällande registrerade i Palliativ registret 29 registreringar mot antalet avlidna i verksamheten, 35 patienter. Den skillnaden beror på att regionen ansvarar för registreringen i Palliativ registret för de av kommunens patienter som avlider inom slutenvården.

Läkemedelshantering

Egenkontroll av delegeringar visade att ogiltiga delegeringar förekom då dessa inte blivit förnyade i samband med att en sjuksköterska avslutat sin anställning. Vid upptäckt kontaktades sjuksköterskor som åtgärdade att nya delegeringar blev utfärdade.

Basala hygienrutiner

Genomförda observationer gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts mellan sju till tio tillfällen per våningsplan på Koppargårdens vård- och omsorgsboende under året. Resultatet visar att avvikelser har noterats gällande långa naglar och användning av handsprit före handskpåtagning vid omvårdnad. Åtgärder av utbildningsinsatser, påminnelser till personalen om följsamhet och feedback till personalen ledde till att dessa brister förbättrats under hösten. På servicehuset genomfördes observationer gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler som visade att sex personer missade handdesinfektion innan patientnära arbete. Två utbildningstillfällen där kunskap om handdesinfektion var i fokus genomfördes för samtlig personal. Nästkommande egenkontroll visade en förbättring då det var tre personer som missade handdesinfektion innan patientnära arbete.

Läkemedelsgenomgångar

Egenkontroll utförs på utförda läkemedelsgenomgångar och resultatet tas upp på avstämningsmöten med läkarorganisationen två gånger per år. Detta arbetssätt har säkerställt att alla patienter får genomförda läkemedelsgenomgångar årligen.

Avvikelseprocessen

Resultat av egenkontroll gällande avvikelser visar att fall har minskat från 486 fall 2023 till 346 fall 2024. Framgångsfaktorer är att man gör uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser, att det finns hälsoplaner med åtgärder hos de patienter där risk finns.

Andelen patienter med trycksår har minskat från tolv 2023 till sex 2024. Av dessa sex trycksår fanns fyra när patienten flyttade in alternativt återkom från slutenvården.

Dokumentation

Verksamheterna har genomfört egenkontroller av hälso-och sjukvårdsdokumentation vid två tillfällen under 2024. Totalt granskades 57 journaler. I dessa journaler fanns dokumentation om brytpunktssamtal där det var relevant och gällande läkemedelsgenomgångar fanns dokumentation om att de genomförts i samtliga granskade journaler.

Den granskade dokumentationen av information vid inflyttning visar att inga stora brister i dokumentationen finns. De brister som fanns gick igenom med legitimerad personal vid en dokumentationsträff och med chef för hälso-och sjukvårdsgruppen vid hälso-och sjukvårdsträffar samt att bristerna har åtgärdats.

Vårdrelaterade infektioner

Resultat av genomförd egenkontroll visar minskade infektionsfall från 104 2023 till 65 2024. En förklaring till den stora skillnaden i infektionsfall kan vara att det var ett utbrott av en bakteriell magåkomma under 2023.

Vidare visar resultat en ökning med fyra fall med smitta av MRSA, under 2024 att jämföra med ett fall 2023. Tre av dessa patienter hade med sig smittan i samband med inflyttning eller vid återkomst från sjukhuset och två förvärvade smittan på avdelningen.

Framgångsfaktorer har varit att man genomfört fler utbildningstillfällen gällande vårdrelaterade infektioner och vårdhygien. Legitimerade personal har haft erfarenhetsutbyte under gemensamma möten. Planerade uppföljningar och utvärderingar av behandlingsinsatser och behandlingsmetoder med teamet och läkare.

Nattfastemätning

Resultatet av nattfastemätningen visar att vård-och omsorgsboendet uppnått Socialstyrelsens riktlinje om att längden på nattfastan inte bör överstiga 11 timmar. Egenkontroller gjorda under året visar ett medelvärde för nattfasta på 9 timmar och 40 minuter för patienterna i verksamheten.

Teammöten

Genomförd egenkontroll visar att genomförandet av teamträffar inte alltid genomförs som planerat. En angiven orsak till detta är bemanning eller att oförutsedda situationer uppstått.

Avvikelser

Verksamheten tillämpar ett systematiskt arbetssätt för inrapportering och hantering av inkomna hälso- och sjukvårdsavvikelser, både interna och externa. Varje medarbetare ansvarar för att rapportera avvikelser när de inträffar eller upptäcks.

Chefer och medarbetare arbetar tillsammans för att skapa en öppen dialog kring risker som kan ge vårdskador och påverka patientsäkerheten. En förutsättning för detta är att varje medarbetare känner sig trygg och delaktig och på så sätt ansvarig för att kunna bidra till en hög patientsäkerhet. Verksamhetens säkerhetskultur främjar en arbetsmiljö som präglas av lärande och utvecklingsmöjligheter.

Verksamheten följer rutiner för dokumentation och rapportering. Varje avvikelse analyseras för att identifiera bakomliggande orsaker så adekvata åtgärder kan vidtas. Åtgärder följs upp och utvärderas i syfte att säkerställa önskade förbättringar samt att förhindra återupprepning av liknande händelser. Detta förmedlas till medarbetare vid olika forum till exempel kvalitetsråd och arbetsplatsträffar i syfte att bidra till förbättringar i arbetssätt och rutiner.

Verksamhetschef/biträdande enhetschef HSL kontakter MAS/ MAR då allvarliga avvikelser inträffar.

Av de händelser under 2024 som genomgått fördjupad utredning, fyra stycken, har två bedömts vara så allvarliga att de anmälts enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En lärdom utifrån gjord anmälning är till exempel att tjänstgörande sjuksköterska alltid ska efterfråga remissvar, inom 24 timmar, från remitterande läkare för de undersökningar som genomförs. En annan är att förbättrad och förlängd introduktion för nyanställda sjuksköterskor krävs för bättre kännedom om lokala rutiner kring läkemedelshantering.

En lex Sarah anmälan har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ansvarig chef har haft genomgång med personal gällande rutiner för att det inte ska inträffa igen.

Ett identifierat förbättringsområde är hanteringen av avvikelser i interna journalsystemet, där det behövs ytterligare arbete för att säkerställa att alla avvikelser avslutas och dokumenteras korrekt.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten ser klagomål och synpunkter som ett viktigt verktyg för förbättring och positiv förändring. Genom att identifiera och analysera inkomna klagomål och synpunkter ges en möjlighet att förändra, förbättra och utveckla arbetsprocesser och rutiner.

Verksamheten har en tydlig ansvarsfördelning och rutinbeskrivning när det gäller hantering och bearbetning av inkomna klagomål och synpunkter. Dessa klagomål och synpunkter hanteras på ett strukturerat sätt genom en systematisk process. Klagomålen klassificeras efter allvarlighetsgrad i syfte att underlätta prioritering och förbättringsåtgärder.

Verksamhetschefens ansvar: Verksamhetschefen är den som ansvarar för att säkerställa att inkomna klagomål och synpunkter hanteras korrekt och att vid behov rapportera vidare till MAS/MAR eller utvecklingsenheten.

Biträdande enhetschef: Ansvarar tillsammans med verksamhetschefen för att utreda och följa upp inkomna klagomål och synpunkter.

Verksamheten är noga med att ha dialog och analysera inkomna klagomål och synpunkter i olika forum till exempel kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Kommer klagomålet från en

patient eller anhörig erbjuds alltid ett fysiskt möte med ansvarig chef och berörd personal för att hantera situationen på ett respektfullt och transparent sätt.

Efter att ett klagomål eller synpunkt har hanterats, reflekterar verksamheten och använder fallbeskrivningar och erfarenhetsutbyte för lärande i syfte att stärka kvaliteten på den vård och omsorg som erbjuds.

Sammanställningen och statistik

Verksamheterna gör sammanställningar av inkomna klagomål och synpunkter. Detta resultat jämförs också med året innan i syfte att se hur effekten av förebyggande arbete har påverkat dessa områden. Koppargårdens vård- och omsorgsboende hade 60 registrerade klagomål och synpunkter 2023 och 33 registrerade klagomål och synpunkter 2024. Några positiva exempel på beröm är anhöriga som är nöjda då chef kontaktar dem för efterlevnadssamtal samt då det anordnats föreläsningar på anhörigträffar. Skolörtens servicehus hade 36 registrerade klagomål och synpunkter 2024.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Verksamheten använder ett systematiskt arbetssätt för att kvalitetssäkra vården genom en rad arbetsstrukturer; bland annat samverkan, kompetensutveckling, egenkontroller, händelsehantering, riskanalyser, avvikelshantering samt genom arbetet med nationella kvalitetsregister. Dessa strukturer hjälper verksamheten att säkerställa att vården levereras på ett patientsäkert och effektivt sätt.

Verksamheten fokuserar på att identifiera och förebygga risker, både på individnivå och på organisatorisk nivå. Verksamheten utför kontinuerligt riskanalyser för att identifiera brister och risker som kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön. Verksamheten har en kontinuitetsplan och beredskap vid störningar, såsom strömavbrott, driftstörning och smittspridning. Planeringen inbegriper även att skapa och säkra kritiska försörjningssystem, till exempel förbrukningsmaterial, skyddsutrustning och läkemedel. Genom samverkan med andra aktörer inom stadsdelen stärks beredskapen för att hantera störningar och säkerställa att vården kan fortsätta att levereras utan att patientsäkerheten äventyras.

Verksamheten har en framförhållning och tydlig strategi för kompetensförsörjning. Denna strategi ser till att personalen har rätt kompetens, både i normala förhållanden och under

krissituationer.

- Flexibilitet och anpassning: För att kunna ge en säker vård som möter individuella behov ställs höga krav på kompetens och flexibilitet. Verksamheten fokuserar på att utveckla sina anställdas kompetens för att säkerställa att de har förmågan att anpassa vården efter olika patienters behov, samtidigt som patientsäkerheten alltid är i fokus.
- Omvärldsbevakning: Verksamhetens ledning och personal har ett kontinuerligt fokus på omvärldsbevakning vilket bidrar till att säkerställa att verksamheten håller sig uppdaterad om relevanta förändringar i lagstiftning, riktlinjer och forskning. Detta stärker kunskapsbasen och förmågan att snabbt reagera på nya utmaningar och förändringar i omvärlden.

Verksamheten tar emot studenter från Röda Korsets högskola och omvårdnadsutbildningar vilket ger en möjlighet för framtida kompetensförsörjning.

I verksamheten pågår rekrytering av chefer med hälso-och sjukvårdsutbildning för ökad kompetens i hälso-och sjukvårdsfrågor vilket leder till ökad trygghet i patientsäkerhetsfrågor.

Verksamheten har identifierat flera framtida utmaningar:

- Perioder av ökad arbetsbelastning: Det är avgörande att ha en flexibel bemanning och förmåga att snabbt omfördela arbetsuppgifter vid behov, utan att äventyra patientsäkerheten.
- Bristande kompetensförsörjning: För att möta framtida behov och kunna hantera krissituationer krävs en hållbar kompetensförsörjning som kan möta förändrade krav i vården.

Leveransproblem för läkemedel och material: För att säkerställa att verksamheten kan fortsätta att leverera säker vård, även under störningar, behöver det finnas beredskap för leveransproblem och försörjningsbrister

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Verksamhetens mål är att fortsätta arbeta med ökad medarbetarnas medvetenhet och kunskap om patientsäkerhetsfrågor. Att arbeta mer förebyggande av vårdsador, att öka säkerhet vid läkemedelshantering och säkerställa att de it- system som används logghanteras.

Detta görs genom att exempelvis anlita Apoteket Ab för utbildningsinsatser, handledning i omvårdnadsarbetet av legitimerad personal, rekrytering av chefer med hälso-och sjukvårdsutbildning för bredare kompetens i hela organisationen samt införa digital signering och utföra egenkontroll gällande användandet av Nationell Patient Översikt (NPÖ).

- Arbeta med att synliggöra den röda tråden i hälso-och sjukvårdsdokumentationen samt i den sociala dokumentationen genom utökat teamarbete vid uppkomst av risker för patienter.
- Minska antal trycksår och dess skador genom att arbeta förebyggande, öka kunskapen kring trycksår och betydelsen av kosten i läkningsprocessen.
- Arbeta förebyggande för att minska undernäring hos patienter genom att arbeta

teambaserat med dietisten gällande kost och nutritionsfrågor samt god munhälsa.