

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse 2025 för Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

**Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd**

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	7
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Agera för säker vård	13
Egenkontroll	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	16
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	22

Bilagor

Bilaga 1: Patientsakerhetsberättelse KG 2026 01 08

Bilaga 2: PSB 2025 KG Tabell- bilagor Egenkontroll eller 18 december

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”

Sammanfattning

Under 2025 har verksamheten fortsatt att erbjuda trygg, säker och personcentrerad vård med helhetsperspektiv på människan, med särskilt fokus på patientsäkerhet och förebyggande av vårdskador. Systematiska riskbedömningar har genomförts för alla boende i syfte att förebygga fall, trycksår och undernäring.

Patientsäkerhetsarbetet har utvecklats positivt genom tydlig ledning, teamarbete, kompetensutveckling och regelbundna kvalitetsförbättringar. Verksamhetschefen har aktivt

samverkat med interna och externa aktörer för att säkerställa hög kvalitet. Arbetet har präglats av teambaserad vård med patientens delaktighet i planering och genomförande av insatser.

Kompetenshöjande insatser har genomförts inom läkemedelshantering, psykisk ohälsa hos äldre och palliativ vård och etik, värdegrund och bemötande, basal handhygien, Hjärt- och lungräddning (HLR) samt hjälpmedelskunskap främst avseende säkert sittande i rullstol. Palliativ vård har stärkts genom utbildning, utvecklade rutiner, reflektionsmöten efter dödsfall och samverkan med läkare.

Basala hygienrutiner har upprätthållits kontinuerligt, inklusive månatlig infektionsregistrering och vaccinationer i samverkan med Familjeläkare. Endast enstaka fall av utbrottsbenägna infektioner rapporterades, vilket visar på effektivt förebyggande arbete.

PPM-mätning under vecka 40 - 41 visade generellt god följsamhet till hygien- och klädregler, med behov av fortsatt påminnelse om handsprit före och efter vårdkontakt. Egenkontroller och riktade utbildningar har förstärkt följsamheten ytterligare.

Kvalitetsinstrumentet Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar (QUSTA) visade att hälso- och sjukvårdspersonalen har god kännedom om rutiner inom palliativ vård, dokumentation, vårdhygien och medicintekniska produkter, med behov av fördjupad introduktion för nyanställda.

Ett digitalt verktyg (Appva) för läkemedelssignering har avropats och planeras att implementeras april 2026 för att minska läkemedelsavvikelser.

Fortsätta att minimera risken för vårdskada genom att Införa Hållbar Säkerhets Engagemang (HSE) som är en årlig enkät för att identifiera styrkor och utvecklingsområden för att skapa en tryggare och säkrare vård för alla.

Dagverksamheten

Koppargårdens vård- och omsorgsboende har Hälso- och sjukvårdsansvaret för dagverksamheten under tiden gästerna är på besök. Hälso- och sjukvårdsenheten har framtagit rutiner för delegering, läkemedelshantering, hjälpmedelsförskrivning, informationsöverföring, dokumentation, avvikelshantering och samverkan, och här framgår tydligt ansvaret för berörd hälso- och sjukvårdspersonal. De godkända rutinerna presenterades även i samband med verksamhetsuppföljningen som gjordes under november.

Skolörtens servicehus

Avvecklingen av Skolörtens servicehus påbörjades i september 2024 och stängdes helt i september 2025. De boende har flyttat till nya långsiktiga och trygga boenden. Detta säkerställdes genom att beställarenheterna genomförde uppföljningar med berörda individer samt genom samverkansmöten för att möta frågeställningar från de boende och deras anhöriga/företrädare. Avvecklingen genomfördes enligt handlingsplan utan några komplikationer.

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.



Engagerad ledning och tydlig styrning

En närvarande och engagerad ledning har varit avgörande för att skapa förutsättningar för en säker och effektiv verksamhet. Genom tydlig styrning, kontinuerlig uppföljning och ett aktivt stöd till medarbetarna har ledningen framställt grunden för en kvalitetsdriven organisation.

En god säkerhetskultur

En stark säkerhetskultur har präglats av öppenhet, lärande och ansvarstagande. Det innebär att verksamheten har hanterat avvikelser konstruktivt, att alla vågar lyfta upp risker och att förbättringsarbete är en naturlig del av vår vardag.

Adekvat kunskap och kompetens

Verksamheten arbetar ständigt för att säkerställa den kvalitet och patientsäkerhet som krävs och behövs finns, så att medarbetarna har rätt kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter. Detta innefattar både grundläggande utbildning, fortbildning samt möjligheter till reflektion och utveckling i vårt dagliga patientarbete.

Patienten som medskapare

Patientens delaktighet har varit central i vårdens utformning. Genom att involvera patienter och närstående som aktiva medskapare i vårdprocessen, har verksamheten kunnat höja kvalitet och säkerheten, samtidigt som individens behov och preferenser bättre tillvaratagits.

Övergripande mål och strategier

Patientsäker vård

Inom verksamheten har vi arbetat med att fördjupa kompetensen inom patientsäkerhet på flera nivåer, bland annat genom utbildningsinsatser, förbättringsarbete, systematiska riskanalyser samt kontinuerlig uppföljning av avvikelser och åtgärder. Genom ett proaktivt och lärande förhållningssätt stärker vi vår förmåga att förebygga vårdskador och främja en kultur där patientsäkerheten är en integrerad del av det dagliga arbetet.

Strategier för patientsäker vård:

- Evidensbaserade och strukturerade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov genomförs
- Läkemedelshanteringen följer lagstiftning, styrdokument och ordinationer med samsyn och noggrannhet
- Basal vårdhygien tillämpas för att förebygga vårdrelaterade infektioner. PPM mätning utförs
- Avvikelse, synpunkter och klagomål hanteras systematiskt för att identifiera risker och förebygga vårdskador
- Dokumentationen uppfyller lagkrav och interna riktlinjer
- Kompetensutveckling säkerställs för all personal inom hälso- och sjukvården
- Nationella kvalitetsregister används aktivt för riskbedömning och förbättring av patientsäkerheten
- Kvalitetsmätningar med QUSTA genomförs för uppföljning och utveckling
- Vårdinsatser präglas av värdegrund med respekt för patientens hela livssituation
- Patientens delaktighet och integritet främjas genom tydlig dialog
- Helhetssyn och individanpassade bedömningar som är grundläggande i vården
- Ökad medvetenhet om patientsäkerhetskultur och personcentrerad vård som främjas av kontinuerligt arbete
- Regelbunden utbildning som säkerställer rätt kompetens för patientsäkerhetsarbetet
- Läkemedelshanteringen utvecklas och följs upp kontinuerligt med utbildning och rutiner
- Tvärprofessionellt samarbete som främjar personcentrerad vård och kontinuerligt lärande.

God vård i livets slutskede

Att erbjuda god vård i livets slutskede är en central del av en värdig och personcentrerad hälso- och sjukvård. Vården ska präglas av trygghet, respekt, lindring av symtom samt ett nära samarbete med patienten och närstående. Inom verksamheten eftersträvar vi att varje person i livets slutskede får en vård som utgår från individuella behov, önskemål och värderingar. Fokus ligger på att säkerställa god smärtlindring, god kommunikation, kontinuitet i vårdkedjan och stöd till närstående. Det tvärprofessionella samarbetet är avgörande för att kunna erbjuda en helhetsorienterad vård som skapar trygghet i livets slutskede.

Strategier för palliativ vård och god vård i livets slutskede:

- Planera och utforma den palliativa vården för att möta både patientens och anhörigas krav och tillgodose behovet
- Kontinuerligt förbättringsarbete som är baserat på erfarenheter av resultatet av genomförda kvalitetsregister
- Personcentrerat arbetssätt som säkerställs genom utbildning av palliativa ombud och tvärprofessionellt samarbete mellan personalgrupper och inom personalgruppen.
- Att i tidigt skede uppmärksamma, upptäcka, förebygga och lindra smärta, ångest, oro och andra symtom
- Brytpunktssamtal som hålls när inriktningen på vården ändras från livsförlängande till

- lindrande, där patient och anhöriga får vara delaktiga i beslut om vårdens utformning.
- Palliativa utbildningar, nätverksträffar och ledarskapsutbildning inom områden

Organisation och ansvar

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att se till att vårdgivaren har ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälan (lex Maria) göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ansvarig nämnd informeras.

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen för de verksamheter som bedrivs i egen regi i stadsförvaltningens geografiska område. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god och patientsäker vård.

Vårdgivarens ansvar

Med vårdgivare avses nämndens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten 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/medicinsk ansvarig för rehabilitering MAR

Den medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning [1] och innebär att MAS ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område som omfattas av hälso- och sjukvårdsansvar. Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. MAR och MAS har ett nära samarbete.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför uppgifter på delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

[1] Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Samverkan med **läkarorganisationen**: Det är regionen som ansvarar för läkarinsatserna inom vård- och omsorgsboendena. Verksamheterna har fasta läkare från Familjeläkarna som kontinuerligt besöker verksamheterna varje vecka, vid behov samt har jourverksamhet alla dagar, året runt. Ledningen, MAS, MAR och chef för läkarorganisationen har fysiska avstämningsmöten två gånger per år samt vid behov.

Samverkan med **Vårdhygien Stockholm**: Vård och omsorgsboendena har avtal med Vårdhygien och genom det tillgång till rådgivning, undervisning samt stöd med att kvalitetsgranska den egna verksamheten.

Samverkan gällande säker **läkemedelshantering**: Kvalitetsgranskningar via Apoteket AB ser årligen. Vid det fysiska granskningstillfället medverkar bland annat ansvarig chef, MAS, legitimerade sjuksköterskor, omvårdnadspersonal och kvalitetsgranskare från Apoteket.

Samverkan med **nödvändig tandvård**: Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuds till berättigade patienter inom vård- och omsorgsboendena. Avtalat företag erbjuder munhälsobedömning och nödvändig tandvård till berättigad patient samt munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. 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. Årliga uppföljningar gällande genomförda åtgärder sker på förvaltningsnivå.

Samverkan med **Fotsjukvård**: Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner. Uppföljningsmöten hålls årligen mellan utförare av fotsjukvård, verksamheterna och Mas.

Samverkan med **Röda Korsets högskola och Yrkesgymnasium**: Verksamheterna har samverkansavtal med Röda Korsets högskola avseende praktikplatser för sjuksköterskestudenter samt samverkan med olika gymnasieskolor avseende praktikplatser för undersköterskeelever.

Samverkan med leverantörer för **Medicinsktekniska produkter (MTP)**: Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal och serviceavtal gällande medicintekniska produkter för att säkerställa att endast hela och säkra produkter används.

Intern samverkan

Samverkan **inom och med ledningsgruppen**: Ledningsgruppen, områdeschef/ verksamhetschef, enhetschef för legitimerad personal samt sex enhetschefer träffas varje vecka för att behandla operativa, strategiska frågor, fatta beslut kring resursfördelning kopplat till patientsäkerhet samt analysera resultat, effekter samt lärande av nya arbetssätt.

Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal

Regelbundna möten hålls för all legitimerad personal. Syftet är att säkerställa

informationsöverföring och erfarenhetsutbyte i yrkesspecifika frågor. MAS och MAR bjuds in till dessa möten.

Samverkan **med Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och rehabiliteringspersonal.** Samverkan mellan omvårdnadspersonal, OAS och rehabiliteringspersonal sker vid regelbundna dagligt förekommande möten.

Samverkan i **tvärprofessionella team** med legitimerad personal, omvårdnadspersonal och ansvarig chef sker med regelbundenhet för att planera och följa upp boendes hälsotillstånd, planerade samt vidtagna åtgärder.

Samverkan med **dietist.** Dietisten stödjer verksamheterna genom att genomföra utbildningsinsatser, planera genomförandet av nattfastemätning samt besöker regelbundet varje verksamhet allt i nära samarbete med enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Samverkan **kvalitetsrådsmötet – hälso- och sjukvårdsinriktning:** Kvalitetsrådsmötet genomförs regelbundet där enhetschef, legitimerad personal, kvalitetsombud, MAS och MAR deltar. Vid träffarna går man igenom sammanställningar av hälso- och sjukvårdsavvikelser, diskuterar i syfte att sprida lärande av resultat och insatta åtgärder vidare till medarbetare.

Samverkan med **dokumentationsansvarig för hälso-och sjukvårdsdokumentation** Sker med regelbundet förekommande fysiska möten med legitimerad personal. Innehållet vid träffarna utgår från identifierade behov i verksamheten, riskområden, vårdprocessen eller nyheter i journalsystemet.

Samverkan med **Akademisk Klinisk Adjunkt (AKA) och Kompetens och träningscenter (KTC):** KTC är ett specialutrustat träningscenter som riktar sig till medarbetare och studenter inom äldreomsorgen vilket skapar möjlighet för 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 med **Beställarenhetens chefer samt biståndshandläggare** sker regelbundet vid möten med verksamheten i syfte att identifiera och vidareutveckla frågor som uppkommer vid inflyttning, utflyttning eller uppföljning av korttidspatienter. Beställarenheten genomför årliga individuppföljningar och presenterar sammanställda resultat under hösten.

Samverkan med **MAS och MAR**

Områdeschef och enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppen har regelbundna möten med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för informationsutbyte och dialog kring patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

Verksamheten hanterar personuppgifter i dokumentation av hälso- och sjukvårdsjournaler, socialjournaler samt i personaladministrativa system, med skydd enligt General Data

Protection Regulation (GDPR). Informationssäkerheten är systematiskt integrerad för att garantera trygga och pålitliga system, särskilt med hänsyn till det rådande säkerhetsläget.

Fastställda rutiner reglerar säker informationsöverföring både internt och externt för att skydda personuppgifter. All personal genomgår utbildning i informationssäkerhet och GDPR för att bibehålla en hög säkerhetsmedvetenhet.

Vid patientinflyttning informeras och samtycke inhämtas för sammanhållen journalföring, registrering i kvalitetsregister, informationsdelning med andra vårdgivare samt närståendes medverkan i vården.

Verksamheten följer Stockholms stads IT- och informationssäkerhetspolicy och har genomfört en informationssäkerhetsklassning med metoden KLASSA, där dokumentationssystemet bedöms kräva högst skyddsnivå. En handlingsplan med prioriterade åtgärder har implementerats i enlighet med patientdatalagen, GDPR, The Directive on security of network and information systems (NIS) och International Organization for Standardization (ISO). Legitimerad personal och chefer har genomgått NIS-utbildning.

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. Behörigheter till vårdinformation i Vodok och NPÖ tilldelas efter noggrann bedömning, där samtliga medarbetare skriver sekretessförbindelse vid anställning. Regelbundna loggkontroller, som enhetschef ansvarar för minst två gånger per år, säkerställer att obehörig åtkomst inte förekommer.

Innan införande av nya system med personuppgifter sker alltid en klassificering som informationssäkerhetssamordnare ansvarar för enligt stadens riktlinjer.

En god säkerhetskultur

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



Verksamheten arbetar strukturerat för att förebygga vårdskador genom att rapportera, analysera och följa upp negativa händelser, synpunkter och avvikelser. Lärdomar tas tillvara och återförs kontinuerligt till verksamheten i form av konkreta åtgärder.

Verksamheten värnar om ett öppet arbetsklimat där medarbetare uppmuntras att rapportera händelser utan oro för skuld eller repressalier samt motiveras till att uppmärksamma risker och komma med förbättringsförslag. Tid för samverkan, lärande och reflektion ges på

exempelvis teamträffar, morgonmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsråd. Fokus är att förbättra system och arbetsprocesser, inte på att peka ut individer och att skapa en lärande miljö där ansvar delas och utveckling uppmuntras.

Genom en aktiv närvaro och styrning skapar ledningen förutsättningar för medarbetare att arbeta med utveckling och förebyggande insatser.

Säkerhets- och arbetsmiljöarbetet bedrivs i nära samarbete med skyddsombud och personalrepresentanter. En god arbetsmiljö skapar förutsättningar för hög patientsäkerhet, där samverkan och välfungerande team är avgörande för att förebygga risker i verksamheten.

För att fortsätta att minimera risken för vårdskada införs Hållbar Säkerhets Engagemang (HSE) som är en årlig enkät för att identifiera styrkor och utvecklingsområden för att skapa en tryggare och säkrare vård för alla.

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.



Kompetensutveckling och fortbildning

För att säkerställa en trygg och kvalitativ vård, erbjuder verksamheten samtliga medarbetare kontinuerlig kompetensutveckling genom utbildningsinsatser som basala hygienrutiner, demenskunskap, hjärt- och lungräddning HLR, nutrition, munhälsa, läkemedelshantering och yrkessvenska/språksatsning.

Det samordnas även specifika utbildningar i samarbete med hygiensjuksköterska som till exempel kring MRSA och andra vårdrelaterade infektioner.

Kompetensförsörjning och säker bemanning

Verksamheten arbetar efter en årlig kompetensförsörjningsplan som omfattar samtliga personalgrupper. Den kartlägger nuläge och framtida behov, samt ligger till grund för schemaläggning och fortbildning. Riskbedömningar görs inför semesterperioder för att säkerställa bemanning utifrån kompetens. Vid rekrytering används fastställda kompetenskrav. Verksamheten har haft låg personalomsättning, vilket bidrar till kontinuitet och stabilitet och har inte heller anlitat hyrpersonal/konsulter. Hälso- och sjukvårdspersonal uppfyller behörighetskraven och arbetar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ett särskilt schemalägningsupplägg innebär att all legitimerad personal tjänstgör samtidigt en dag i veckan, vilket möjliggör gemensamma kompetenshöjande aktiviteter.

Utbildningsinsatser

Utöver webbutbildningar har även insatser som Äldreomsorgslyftet genomförts. Kliniskt träningscentrum (KTC) har använts för praktisk träning för legitimerade studenter som går sin verksamhetsförlagda utbildning i verksamheten. Samarbete med Röda Korsets Högskola har fortsatt under 2025, vilket stärker kompetensförsörjningen av sjuksköterskor på sikt. Under 2026 planerar verksamheten även att ta emot arbetsterapeut-och fysioterapeutstudenter.

Förflytningsutbildning

För att säkerställa patientens säkerhet vid lyft och förflyttningar genomför rehabiliteringspersonalen utbildningar riktade till omvårdnads- och legitimerad personal. Fokus för utbildningen är att ge personalen nödvändig kunskap och praktisk färdighet i säker förflyttningsteknik, vilket är avgörande för att förebygga både vårdskador och personsador. Dessa utbildningar hålls inför sommaren vid ett flertal tillfällen samt regelbundet under året för att säkerställa att all personal har uppdaterade kunskaper. Momentet förflyttning med personlyft går igenom och får endast utföras av personal som gått utbildningen.

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.



Vid inflyttning och vid behov erbjuds och genomförs vårdplaneringar. Patienten och efter samtycke, närstående erbjuds möjlighet att medverka i planering, genomförande och uppföljning av planerad och given vård och omsorg. Det multiprofessionella teamet, med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal arbetar personcentrerat i nära samverkan med patienten. Utifrån teamets bedömningar och analyser utformas individuella vårdplaner upprättade efter patientens behov och önskemål. Levnadsberättelsen, där patienten och/ eller närstående skriver ner fakta och händelser av betydelse för patienten används för att ytterligare stärka den individuella anpassningen av vården och omsorgen.

Vid palliativ vård erbjuds patienten, och efter samtycke anhöriga, delaktighet i brytpunktssamtal som hålls av ansvarig läkare i samråd med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vårdens inriktning och mål tydliggörs med fokus på livskvalitet. Vid medicinska planering så som vid läkemedelsgenomgång med läkaren erbjuds patienten och eller närstående att vara delaktig.

Delaktighet främjas genom att regelbundna boenderådsmöten genomförs. Där ges boende möjlighet att påverka för dem viktiga frågor, framföra behov och önskemål samt synpunkter. För att utveckla och förbättra den vård och omsorg som ges tar verksamheten emot klagomål

och synpunkter muntligen, via digitala funktionsbrevlådor eller via de fysiska brevlådor som finns i verksamheten.

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

Egenkontroller ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och genomförs med frekvens och omfattning utifrån skattade risker i syfte att skapa förbättringar som riktas mot specifika utvecklingsområden i verksamheten.

Under året har verksamheten genomfört regelbundna egenkontroller. Resultaten analyseras, åtgärder vidtas och effekterna följs upp gemensamt i teamet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, enhetschefer och enhetschef för hälso- och sjukvård. Uppföljning sker löpande i mötesforum för hälso- och sjukvårdspersonal samt i verksamhetens kvalitetsråd i nära samverkan med MAS och MAR. Resultaten jämförs med tidigare data, andra verksamheter samt nationella och regionala resultat.

Sammanfattning av egenkontroller och resultat

Dokumentation: Resultat visar att riskbedömningar på individnivå samt uppförande av hälsoplaner utförs inom riktlinje och att kvaliteten på dokumentationen är god. Ett utvecklingsområde är att dokumentera analys och vidta åtgärder vid de tillfällen då ett resultat av utförd riskbedömning inte stämmer överens med patientens verkliga funktionstillstånd eller förhållanden. Ytterligare ett förbättringsområde är att informationsflödet om patientens aktuella status och åtgärder ska gå som en "röd tråd" genom hälso-och sjukvårdens samt den sociala dokumentationen. Loggkontroller i hälso-och sjukvårdsjournalen samt i Nationell patienten översikt (NPÖ) har genomförts utan anmärkning.

Läkemedelshantering: Läkemedelssigneringar kontrolleras månatligen och tas upp på kvalitetsråd. Resultat visar att missade signaturer av givna doser läkemedel har minskat från 938 tillfällen 2024 till 685 tillfällen i år. Läkemedelsgenomgångar sker enligt rutin och resultatet visar på god följsamhet. Kvalitetsuppföljningar av Apoteket utförs en gång per år, senaste granskningens anmärkningar är åtgärdade. Egenkontroll av läkemedelsdelegeringar utförs kvartalsvis, resultat visar på god följsamhet till gällande riktlinje. Narkotikakontroller sker månatligen, resultat visar inte på någon allvarlig avvikelse.

Hygien samt vårdrelaterade infektioner: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utförs en gång i månaden. Resultat visar att personal har långa naglar och brister att desinficera händerna innan handskpåtagning. Feedback och information om basala hygienrutiner till personalen har givits på APT-möten och kvalitetsråd vilket har förbättrat följsamheten under hösten. Hygienutbildning för omvårdnadspersonal är planerad våren 2026. Registrering av vårdrelaterade infektioner utförs månatligen och visar stabilt resultat 22 smittor 2024 och 22 smittor 2025.

Medicintekniska produkter (MTP): Regelbundna funktionskontroller och besiktningar görs enligt tillverkarens rekommendationer och signeras.

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.



Hantering och utredning av avvikelser

När en avvikelse upptäcks vidtas omedelbart åtgärder för att förhindra eller begränsa vårdskada. Alla avvikelser bedöms av legitimerad personal och följs upp av verksamhetschef och enhetschef för hälso-och sjukvård, vid behov med stöd av MAS/MAR. Vid allvarig eller risk för allvarig avvikelse kontaktas MAS eller MAR skyndsamt för kännedom av ansvarig chef. Verksamhetens utredning genomförs skyndsamt, senast inom tio arbetsdagar, för att klarlägga händelseförlopp, bakomliggande orsaker, analysera, planera ytterligare åtgärder och snabbt kunna förhindra upprepning. Vid misstanke om allvarlig vårdskada ansvarar MAS/MAR att starta en fördjupad utredning och att göra en bedömning om avvikelsen ska rapporteras enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Utredningar leder till handlingsplaner med identifierade förbättringsåtgärder samt tidsplan för genomförande och uppföljning. Genom analys av inträffade vårdskador skapas ett ökat kunskapsunderlag som möjliggör riktade och prioriterade åtgärder. Åtgärder följs upp systematiskt för att säkerställa att de fått avsedd effekt och att rutiner efterlevs.

Erfarenheter och kunskap från inträffade vårdskador, avvikelser, utredningar och anmälningar sprids strukturerat inom verksamheten genom dialogmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsråd. MAS och MAR deltar vid genomgångar för att sprida information och kunskap utifrån resultat av den fördjupade utredningen samt gällande anmälan enligt Lex Maria. För att främja en öppen, icke skuldbeläggande kultur ligger fokus på händelsen, Det samlade lärandet

används som grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete med målet att höja patientsäkerheten och kvaliteten på given vård och omsorg.

- Under 2025 skickades en Lex Maria anmälan in till IVO som är avslutad.
- Under 2025 hade verksamheten två fördjupade hälso-och sjukvårdsutredningar, så kallade Lex Maria utredningar som inte ledde till någon anmälan till IVO.
- Under 2025 skickades en Lex Sarah anmälan in till IVO som är avslutad.
- Under 2025 hade verksamheten två SoL-avvikelser som hanterats.

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 bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hälso- och sjukvården innefattar många processer där riskmoment kan förekomma. För att säkerställa hög patientsäkerhet arbetar verksamheten enligt principen att rätt patient ska få rätt vård i rätt tid. Tydliga system, rutiner och egenkontroller utförs enligt årshjul som stödjer personalen i ett tryggt och kunskapsbaserat arbetssätt.

För att identifiera risker registrerar verksamheten i kvalitetsregister så som Senior Alert, Palliativregistret samt Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)-registret. Resultatet används i verksamhetens långsiktiga arbete med patientsäkerhet och kvalitetsutveckling.

Teammöten hålls regelbundet i verksamheten enligt fastställt årshjul, där en tvärprofessionell bedömning görs av den enskildes risker och behov och åtgärder planeras.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat. Samtliga medarbetare genomgår årligen hygienutbildning. Följsamhet till basala hygienrutiner följs upp genom egenkontroller. Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och samverkar med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering sker månatligen.

Punktprevalensmätningar utförs. Handlingsplaner tas fram och följs upp vid behov. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Verksamheten planerar att både en enkel och en fördjupad läkemedelsgenomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Resultat visar att läkemedelsgenomgångar genomförs för alla patienter. Detta resultat jämförs med fakta om

läkemedelsgenomgångar från läkarföretaget, vilket överensstämmer.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelsförrådet och läkemedelshantering sker via Apoteket AB. Resultatet av granskningen innehåller förslag på förbättringsområden som används för vidare verksamhetsutveckling och för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet i hanteringen av läkemedel.

Det förebyggande arbetet med nutritionsprocessen utifrån fastställda rutiner har fortsatt i samarbete med dietisten.

Verksamheten har en strukturerad och systematisk process för att hantera avvikelser, klagomål och synpunkter. Den strukturerade händelseanalysen genomgår fem steg: identifiera, värdera, åtgärda, följa upp och rapportera. Legitimerad personal ansvarar för att registrera hälso- och sjukvårdsavvikelsen i avsett journalsystem. Ansvariga chefer på respektive våningsplan ansvarar för att säkerställa att avvikelser hanteras på ett korrekt och effektivt sätt. Varje inrapporterad händelse utreds noggrant för att identifiera bakomliggande orsaker, vidta lämpliga åtgärder och följa upp dessa.

När en avvikelse rapporteras görs en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt en uppskattning av sannolikheten för att en liknande händelse inträffar igen. Detta görs för att avgöra om rutiner eller riktlinjer behöver revideras för att förhindra att risker upprepas. Vid vårdskada eller misstanke om vårdskada informeras patienten och närstående. Patientens upplevelse efterfrågas som en del av utredningen. Lärande och förbättring har varit en central del av arbetssättet. Erfarenheter från inträffade skador och avvikelser används för att stärka riskvärdering, förbättra åtgärder och förhindra framtida händelser. Effekten av vidtagna åtgärder följs kontinuerligt upp och återkopplas till personalen.

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.



Verksamheten har en hög beredskap för att hantera identifierade oväntade händelser och situationer vilket är av vikt för att kunna agera snabbt vid störningar. Kunskap och stöd finns tillgängligt för samtliga medarbetare och är väl förankrat inom organisationen. En kris- och kontinuitetsplan är upprättad, och både krisledningen och dess information är känd av alla medarbetare.

Verksamheten arbetar aktivt med kontinuitetsplanering för att säkerställa verksamhetens fortsatta funktion vid störningar, som IT-avbrott, strömavbrott eller smittspridning. Planeringen syftar till att minimera avbrottstider och säkerställa trygg och säker vård även under krissituationer. Planeringen omfattar även säkring av kritiska försörjningssystem, såsom förbrukningsmaterial, skyddsutrustning, läkemedel och journalhantering.

Verksamheten har en robust beredskap för att hantera krissituationer, vilket är avgörande för att säkerställa kontinuiteten i hälso- och sjukvården under svåra perioder. Genom samverkan med andra aktörer inom stadsdelen stärks beredskapen för att hantera störningar och säkerställa att vården kan fortsätta utan att äventyra patientsäkerheten

Säkerhet och Riskhantering i Verksamheten

Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt vilket gör det viktigt att snabbt kunna agera vid störningar och avvikelser för att upprätthålla hög patientsäkerhet.

- Nationell patientöversikt (NPÖ) är en tjänst som möjliggör för vårdgivare att dela journalinformation mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Tjänsten bidrar till en mer sammanhållen och säker hälso- och sjukvård då informationsöverföringen garanteras. Verksamhetens legitimerade personal har tillgång till NPÖ för de patienter som givit sitt samtycke.
- Verksamheten har inte under gångna året anlitat någon inhyrd personal.
- Vid nyinflyttning av patienter samt vid förändrade hälsotillstånd gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar enligt validerade bedömningsinstrument avseende fallrisk, risk för undernäring, risk för trycksår samt ohälsa i munnen.
- Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser för att säkerställa att verksamhetens arbetssätt, rutiner och arbetsmiljö är anpassade efter aktuella förutsättningar. Riskanalyser genomförs vid förändringar inom vård och omvårdnad, arbetsmiljö samt organisation.
- En mer omfattande risk- och konsekvensanalys genomförs vid större förändringar, exempelvis vid organisatoriska förändringar eller förändringar i rutiner och arbetssätt.

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

- Händelserapporter och avvikelser från personalen
- Synpunkter och klagomål från patienter, anhöriga eller andra myndigheter
- Protokoll från teammöten
- Inspektioner från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Inspektioner från Arbetsmiljöverket (AMV)

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

Riskhantering

Säker vård förutsätter god kompetens, ett professionellt och etiskt förhållningssätt samt

väl fungerande samarbete mellan professioner. Alla medarbetare bär ett personligt ansvar i arbetet med att upprätthålla en trygg och säker vård.

Risker identifieras, bedöms och hanteras på både organisatorisk och individnivå, med utgångspunkt i att vården är en komplex miljö där människa, teknik och organisation samverkar. Riskarbetet är integrerat i det dagliga arbetet och förstärks genom regelbundna riskanalyser, särskilt vid förändringar i organisation, vårdprocesser eller arbetsmiljö. Underlag för riskidentifiering hämtas från händelserapporter, avvikelser, synpunkter och klagomål, samt från externa aktörer såsom Patientnämnden och IVO. På individnivå genomförs strukturerade riskbedömningar av legitimerad personal för att förebygga exempelvis fall, undernäring och trycksår.

Riskhanteringen följer en tydlig process i fem steg: identifiera, värdera, åtgärda, följa upp och rapportera. Arbetet präglas av lärande, där inträffade händelser används för att stärka förebyggande åtgärder och minska risken för upprepning. Uppföljning och egenkontroller sker inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet.

Riskhanteringen är välstrukturerad och proaktiv, med tydliga ansvarsområden och etablerade metoder för både övergripande riskanalyser och individnära riskbedömningar. Kombinationen av formella analyser, kontinuerlig uppföljning och daglig riskmedvetenhet skapar goda förutsättningar för att upptäcka risker i tid.

Verksamheten skiljer mellan riskanalys (övergripande och förebyggande) och riskbedömning (konkret och individfokuserad), vilket bidrar till mer träffsäkra åtgärder. Att även genomföra riktade riskbedömningar inom områden som hot och våld, suicid och extrem värme visar på en bred och situationsanpassad riskmedvetenhet. Eftersom förutsättningarna snabbt kan förändras är det viktigt att kunna upptäcka och hantera störningar i nära anslutning till att de uppstår.

Det systematiska kvalitetsarbetet baseras på kartlagda processer och genomförda riskanalyser, och följs upp genom regelbundna egenkontroller enligt stadens system för integrerad ledning och styrning (ILS). Resultat analyseras och leder till nödvändiga 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.



Verksamheten arbetar kontinuerligt med förbättring genom systematisk analys, lärande och

uppföljning av statistik och egenkontroller. Genom att utvärdera både positiva och negativa händelser identifieras faktorer som stärker säkerhet, kvalitet och hållbarhet, samtidigt som risker för vårdskador minskar. Ett helhetsperspektiv på systemet gör det möjligt att förstå bakomliggande orsaker och rikta utvecklingsinsatser mot områden med större sårbarhet.

Avvikelsehanteringen är strukturerad och bygger på tydliga rutiner för rapportering, orsaksanalyser och uppföljning av vidtagna åtgärder. Resultat sammanställs och återkopplas regelbundet till medarbetare för att säkerställa lärande och förbättring av arbetssätt och rutiner.

En stark säkerhetskultur har varit central i verksamheten. Alla medarbetare har ansvar för att rapportera avvikelser och bidra till en öppen dialog kring risker och förbättringsområden. Genom ett gemensamt engagemang skapas en trygg vård och en god arbetsmiljö.

Säkerhetskulturen stärker både personalens och patienternas välmående. En trygg och stödjande arbetsmiljö gör det möjligt för medarbetarna att fokusera på att ge säker vård, vilket ytterligare förebygger vårdskador och främjar hög kvalitet i verksamheten.

Verksamheten registrerar i Senior Alert, Palliativregistret samt Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)-registret i sitt långsiktiga arbete med patientsäkerhet och kvalitetsutveckling.

Resultat från **Senior Alert** visar att majoriteten av enheterna arbetar strukturerat och når goda nivåer i det vårdpreventiva arbetet. Vissa enheter behöver riktade insatser till exempel gällande genomförande av planerade åtgärder samt förbättringsinsatser inom munhälsa och nutrition för att säkerställa enhetlig kvalitet och minska risken för vårdskador.

Resultat från **Palliativregistret** visar goda resultat gällande att läkemedel som ges vid vård i livets slut samt att vårdplan skapas. Resultat visar på vissa områden som inte når upp till målvärdena. Det gäller dokumenterad munhälsobedömning, symtomskattning och smärtskattning under sista levnadsveckan. Dessa områden är utvecklingsområden.

Resultat **Beteendemässiga och BPSD-registret** visar att antalet registreringar i BPSD-registret har varit 68 stycken under år 2025 och 73 stycken under 2024. Antalet permanenta boende har varit färre detta år än 2024 vilket kan vara en förklaring till minskat antal registreringar i BPSD-registret.

Dokumentationsgranskningar görs regelbundet två gånger per år och åtgärder följs upp enligt handlingsplan.

Avvikelser

Kommunikation och samarbete i avvikelsehantering

Verksamheten har skapat olika mötesforum för att diskutera/reflektera och följa upp avvikelser, vilket bidrar till ökad medvetenhet och förbättrad förmåga att hantera hälso- och sjukvårdens insatser. Några av de regelbundna forumen inkluderar:

Ledningsgruppsmöten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar där personalen kontinuerligt diskuterar de utmaningar som finns och planerar åtgärder för att minska risken för vårdskador.

Teamträffar och drop-intillfällen där chefer och medarbetare aktivt diskuterar förbättringsåtgärder och möjliga störningar i närtid

Dessa forum har varit viktiga för att säkerställa att alla medarbetare är medvetna om verksamhetens mål, rutiner och förbättringsområden och för att skapa ett öppet klimat där alla kan bidra till säkerhetsarbetet.

Vid varje Lex Sarah och Lex Maria anmälan, gör verksamheten en noggrann uppföljning för att säkerställa att vidtagna åtgärder har gett effekt och implementerade rutiner efterföljs, samt vilka relevanta lärdomar verksamheten har haft utav anmälningar.

Vidtagna åtgärder innebär också att verksamheten aktivt har strävat efter att höja säkerheten och kvaliteten i vården för att förhindra vårdskador.

Resultat avvikelser:

Fallstatistik visar att verksamheten hade 333 fall under 2025 och 346 fall 2024, en liten minskning, i rätt riktning.

Antal fall som lett till fraktur ökade från 9 stycken 2024 till 12 stycken 2025. Förändringar i patientgruppen, med fler självgående men sköra patienter samt upprepade fall hos vissa individer har sannolikt påverkat utfallet.

Uteblivna eller dubbeldos av läkemedel för 2025 är 19 tillfällen, under 2024 var det 47 tillfällen. Missade signaturer på signeringslistor har minskat från 938 tillfällen 2024 till 685 tillfällen i år.

Avvikelser har granskats månadsvis för att säkerställa följsamhet till rutin. Insatser som ökad kollegial granskning av signering två gånger dagligen och förstärkt läkemedelsutbildning har införts för att minska avvikelser, vilket har gett en positiv effekt. Under 2026 planeras digital signering att införas.

En av de största framgångarna under året har varit den snabba hanteringen av avvikelser där alla utredningar har blivit klara inom angiven tidsram på tio arbetsdagar. Återkopplingen till rapporterande medarbetare, både internt och externt, har också fungerat mycket bra. Detta har lett till en ökad medvetenhet hos personalgruppen om vilka brister som orsakade avvikelser.

Ett identifierat förbättringsområde är dock 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 en viktig del av kvalitetsarbetet och en möjlighet till utveckling. Genom att ta emot och analysera feedback kan både brister åtgärdas och fungerande delar av verksamheten stärkas. En öppen och konstruktiv inställning bidrar till lärande och förbättrade arbetsprocesser.

Tydliga rutiner och ansvarsfördelning säkerställer korrekt hantering av klagomål.

Verksamhetschefen ansvarar för att ärenden hanteras och rapporteras enligt gällande krav, medan enhetschefen deltar i utredning och uppföljning. Vid allvarliga eller komplexa fall

hålls individuella dialoger med berörd personal för att dokumentera åtgärder och utvecklingsmöjligheter.

Klagomål diskuteras och följs upp i kvalitetsråd och på arbetsplatsträffar, där medarbetare deltar i lärande och beslutar om förbättringsåtgärder. Vid behov hålls även möten med patienter eller anhöriga för att säkerställa transparens och respektfull hantering.

Erfarenhetsutbyte sker genom fallbeskrivningar och reflektion kring förbättringsområden. För att skapa struktur används mallar för inrapportering samt klassificeringssystem för att bedöma allvarlighetsgrad och prioritera åtgärder.

Alla klagomål utreds grundligt av verksamhetschef och enhetschef. Utredningen ska slutföras inom tio arbetsdagar och leda till en tydlig åtgärdsplan samt återkoppling till den som lämnat synpunkten.

Ärenden registreras och diarieförs enligt fastställda rutiner.

Sammanställning och statistik

Under 2025 registrerades totalt 21 klagomål och synpunkter inom verksamheten som berör främst områden som omvårdnad, kommunikation, information, uteblivna insatser och bemötande. En synpunkt var av positiv karaktär. Under 2024 hade verksamheten 33 registrerade synpunkter och klagomål.

Vi ser att antalet klagomål har minskat jämfört med tidigare år, vilket är ett väntat resultat av vårt förebyggande arbete. Ansvariga chefer sammanställer alla dokument inför internutredningar, gör en analys och bedömning, samt föreslår åtgärder, inom tio arbetsdagar.

Verksamheten har anpassat sig till de nya rutiner som stadsdelsförvaltningen införde under året och har samtidigt genomfört utbildningstillfällen för personalen kring hantering av synpunkter och klagomål. De nya rutinerna har också bidragit till korrekt registrering i systemet, vilket ytterligare förbättrat processen.

Specifika typer av synpunkter som är överrepresenterade, till exempel frågor kring bemötande, prioriteras inför nästa år i utbildningssyfte för att minska antalet återkommande klagomål.

Under 2025 utformade verksamheten en tydlig information om vart ska man vända sig om man vill lämna synpunkter, informationen finns i varje boendes rum och allmänna ytor för boende, anhörig och allmänheten

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 tillämpar ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetens riskhantering sker genom analys och åtgärder på individnivå och på verksamhetsnivå i samband med riskbedömningar, avvikelshantering och egenkontroller.

Ett prioriterat område för 2026 är att vidareutveckla verksamhetens arbetssätt med läkemedelshantering genom digital signering.

I syfte att mäta och förbättra patientsäkerheten och arbetsmiljön planerar verksamheten under 2026 att införa Hållbar Säkerhets Engagemang (HSE) för att identifiera styrkor och utvecklingsområden.

Kontinuitetsplanering och beredskap

Verksamheten har en tydlig och långsiktig strategi för kompetensförsörjning, vilket är en förutsättning för att möta framtida utmaningar. Denna strategi säkerställer att personalen har rätt kompetens både under normala förhållanden och i krissituationer. Verksamheten har samverkansavtal med Röda Korsets högskola och samverkar med Yrkesgymnasium vilket ger en möjlighet till stärkt kompetensförsörjning på sikt.

För att säkerställa att verksamheten kan anpassas till förändrade förhållanden, både på kort och lång sikt, är det avgörande att etablera effektiva rutiner och beredskapsplaner för att hantera oförutsedda händelser. Under året har verksamheten genomfört risk- och sårbarhetsanalyser och arbetat systematiskt med uppföljning av åtgärder samt förbättring av kontinuitetsplanering. Arbetet med att stärka dessa processer kommer att fortsätta under 2026.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Planer för 2026

- Implementera digitala verktyg för läkemedelssignering och dokumentation (Appva) I syfte att säkerställa följsamhet till läkemedelsordination
- Minimera risken för vårdskada genom att införa Hållbar Säkerhets Engagemang (HSE) i syfte att mäta och förbättra patientsäkerheten och arbetsmiljön inom svensk hälso- och sjukvård, där man kartlägger säkerhetskulturen genom en årlig enkät för att identifiera styrkor och utvecklingsområden för att skapa en tryggare och säkrare vård för alla.
- Fokus på orsaksanalys, uppföljningar och åtgärdsarbete vid avvikelshantering.
- Apotekets utbildning, inför delegeringar av läkemedelshantering samt vid förlängning av dessa delegeringar i syfte att säkerställa omvårdnadspersonalens kunskapsnivå

gällande läkemedelshantering vid delegering för säker läkemedelsadministration.