

Patientsäkerhetsberättelse för Brommagårdens och Sörklippans vård- och omsorgsboende År 2024



Datum 2025-02-28

Ansvarig för innehållet:

Jeni Othman enhetschef, HSL-ansvarig

Madeleine Wahlström, enhetschef

Diarienummer: BRO 2025/156

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av 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"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	11
Avvikelse.....	11
Synpunkter och klagomål.....	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	13
Patienten som medskapare.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu	23
Riskhantering	23
Stärka analys, lärande och utveckling	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	27

SAMMANFATTNING

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas verksamhetens arbete som genomförts under verksamhetsår 2024 för att nå en patientsäker vård och omsorg. I föregående berättelse bestämdes särskilda delmål som verksamheten arbetade mot under året. För verksamhetsår 2024 bestämdes följande mål:

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheten bland annat genomföra följande aktiviteter:

- Initiera införande av ett digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelssignteringar
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för hälso- och sjukvårdsområdet som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns på boendena
- Etablera gemensamt nätverk för dokumentationshandledare inom avdelning äldreomsorg
- Utveckla arbetet med egenkontroller.
- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen
- Minska antalet boenden med en nattfasta som överstiger elva timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs.

Verksamheten har arbetat för att nå de uppsatta målen genom en rad aktiviteter som redovisas i berättelsen. Delmål 1 bedöms vara delvis uppfyllt och delmål 2 bedöms vara helt uppfyllt.

Ett digitalt signeringsverktyg för läkemedelshantering är initierat och verksamheten har förberett för att införa verktyget. Processen för inköp av basal medicinsk utrustning, utifrån samverkan med läkarorganisationen har genomförts och inköp av två bladderscannrar har gjorts.

Gemensamma HSL-rutiner är framtagna och kommer inom kort att finnas tillgängliga digitalt. Verksamheten har utsett två dokumentationshandledare som stöttar sina kollegor och timanställda sjuksköterskor. Dokumentationsansvariga ombud för social dokumentation har utsetts på varje avdelning för att ge stöd till omvårdnadspersonalen att dokumentera. Dokumentation enligt Socialtjänstlagen granskas regelbundet av biträdande enhetschef och en stor förbättring har noterats.

Verksamheten har aktivt arbetat med att säkerställa genomförandet av egenkontroller genom en uppföljningsmall. Teamarbetet kring avvikelserna har varit strukturerat genom tvärprofessionella möten i kvalitetsråd. De begränsade resurserna av rehabiliteringspersonal har resulterat i att annan tidsprioritering skett.

Antalet läkemedelsavvikelser och fallavvikelser har minskat och inga allvarliga avvikelser har förekommit under 2024. I samarbete med läkarorganisationen infördes en digital rondplattform som bidrar till säkrare och snabbare kontakt med ansvarig läkare. Den digitala plattformen gör även uppföljning av läkares kontakt med både patient och anhörig samt behandlingsåtgärder tryggare. Systemet underlättar kontakten mellan läkarorganisation och boendet. Verksamhetens målsättning att minska nattfasta som överstiger elva timmar gav positivt resultat i genomförda mätningar. En ny rutin, som innebär att ett kvällsmål och en kaloririk fruktdryck serverades, bidrog till att cirka 20 procent av antalet boende fick kortare fasta än elva timmar.

Verksamheten har utfört kompetenshöjande insatser för vårdpersonalen. Det har bland annat skett genom en

åttaveckors utbildning, där sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och HSL-enhetschef utbildar omvårdnadspersonal i ämnen som demens, palliativ vård och nutrition med mera. Även externa utbildningar gällande munvård, inkontinensvård, nutrition och brandprevention har genomförts.

På grund av geografiskt avstånd när personal ska utbildas i Brommas metodrum har det vid vissa tillfällen varit utmanande att genomföra utbildningarna i metodrummet. I dessa situationer har utbildningarna genomförts i verksamhetens lokaler.

Verksamheten har säkerställt att samverkansrutiner finns och följs. Samverkansrutiner uppdateras regelbundet och nya rutiner skapas vid behov.

Målsättningar för år 2025

Utifrån resultaten från 2024 års patientsäkerhetsberättelse och det övergripande verksamhetsmålet för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, fortsätter arbetet med de två delmålen även under 2025.

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska alvarliga avvikelser
- Förbättra dokumentationen enligt HSL och SoL
- Fortsatt kompetensutveckling för all vårdpersonal genom utbildning och handledning inom nutrition, palliativ vård och BPSD
- Boka metodrummet på Mälarbacken för verksamhetsnära utbildningar
- Genomföra mellanmålsprojekt med hjälp av dietisterna
- Motverka ensamhet och psykisk ohälsa genom att stärka arbetssättet med kontaktperson och planera gemensamma aktiviteter

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

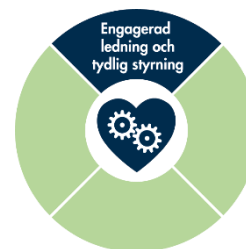
För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner upprätthålls och efterlevs.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Sörklippans vård- och omsorgsboende är ett boende med inriktning mot demenssjukdom och har 44 lägenheter. I lokalerna finns även pensionat Kinesen med fyra platser. Det är en biståndsbedömd avlastande insats för anhöriga.

Brommagårdens vård- och omsorgsboende är ett boende som under 2023 omvandlats till att enbart riktas till personer med demenssjukdom. Boendet har 36 lägenheter.

Till verksamheterna tillhör även två dagverksamheter, Brommagården och Lillsjönäs, som har plats för 14 gäster vardera under dagtid måndag till fredag.

Ledningen består av enhetschef, två biträdande enhetschefer med ansvar för baspersonal samt två samordnare, samt en biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar. Cheferna ingår i ledningsgrupp för samtliga verksamheterna.

Nedan sammanfattas styrningen av patientsäkerhetsarbetet vid Brommagården och Sörklippans vård- och omsorgsboende.

Övergripande mål och strategier

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. Genom systematiska kontroller av kvalitén på den vård som utförs finns möjlighet att identifiera utvecklingsområden och förbättringsåtgärder. Ansvar är gemensamt för vårdens alla professioner men ytterst ansvar ligger på verksamhetens ledning. Utöver den egna professionen krävs samarbete med andra professioner samt med både patienter/boende och närstående för att uppnå de uppsatta målen.

Vårdens professioner ska arbeta personcentrerat, samverka i team, utöva evidensbaserad vård och eftersträva ökad kunskap för kvalitetsutveckling. Verksamheten har under 2024 identifierat två delmål för att skapa förutsättningar för en säker vård.

Följande strategier och arbetssätt har använts för att nå delmålen:

Delmål 1: God och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

- Genom regelbundna kvalitetsråd, teammöten och arbetsplatsträffar har verksamheterna identifierat områden för förbättring och implementerat nya rutiner för att säkerställa patientsäkerhet, särskilt inom läkemedelshantering och hantering av fallavvikelser
- Initiering och förberedande inför införande av digitalt signeringsverktyg
- Samverkan med Mälarbackens hälso- och sjukvårdsansvariga och kvalitetsutvecklare för revidering och implementering av nya HSL-rutiner som finns tillgängliga digitalt
- Kompetenshöjande projekt: Utbildning av BPSD-administratörer och palliativvårdsombud
- Kompetenshöjande projekt: "Superundersköterskor" med målet att utöka delegeringsmomentet
- Reducering av nattfasta genom införande av rutin som går ut på att servera ett sent kvällsmål samt nutritionstillskott under natten för de som är vakna
- Genomförande av ett måltidsprojekt i syfte att skapa en god och trevlig måltidsmiljö med dukning som är anpassad för demenssjuka. Exempel speciellt porslin och harmonisk musik. Bakning på enheterna har ersatt beställning av kaffebröd.
- Egenkontroll av dokumentationsgranskning genomförs utifrån fastställd mall samt kollegial granskning 2 gånger per år. Detta enligt årshjulet för egenkontroller hälso- och sjukvård.
- Egenkontroller har genomförts, analyserats och sammanställts och rapporterats regelbundet (se tabell 4)
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattningsblanketter sker 4 gånger per år. Resultatet har sammanställts av HSL-chef och redovisats till MAS. Utbildningen om basala hygienrutiner har varit obligatoriskt och alla medarbetare har genomgått den och fått diplom. Verksamheterna har inte drabbats av någon spridning av infektioner och inga allvarliga brister i hygienrutinerna har förekommit under året

Delmål 2: God samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

Intern och extern samverkan finns och efterlevs, bland annat genom:

- Intern samverkan mellan sjuksköterskor på båda enheterna har etablerats. I samverkan ingår egenkontroller dokumentation, gemensamma möten och regelbundna byte av arbetsplats för att hålla sig uppdaterat om den andra verksamheten.
- Verksamheten samverkar med externa parter så som läkarorganisationen, Apoteket AB, tandvårdsföretag och leverantör av medicintekniska produkter.

Organisation och ansvar

Nedan beskrivs hur ledningsorganisationen för patientsäkerhetsarbetet är organiserat på huvudmanna- och vårdgivarnivå.

Övergripande ledningsorganisation

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer; äldre, personer med psykiska och fysiska funktionsnedsättningar och dagverksamheter. Kommunens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivå för den legitimerade sjuksköterskans-, legitimerade arbetsterapeutens-, legitimerade fysioterapeutens- och legitimerade dietistens yrkesansvar.

Läkaransvaret i särskilt boende åligger regionen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har den eller de av kommunfullmäktige beslutade nämnder ledningsansvaret för hälso- och sjukvården. I Stockholms stad utövas ledningen av kommunens hälso- och sjukvård av stadsdelsnämnden och äldrenämnden.

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden ansvarar för en stor del av den kommunala servicen inom stadsdelsområdet och de förtroendevalda i stadsdelsnämnden beslutar vad som ska prioriteras för de kommunala verksamheterna inom området.

Stadsdelsförvaltningen

Stadsdelsförvaltningen ska genomföra nämndens beslut. Avtal finns med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskyddsenheten, Palliativt kunskapscenter (PKC) samt Apoteket AB.

Enhetschef

Enhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Enhetschef svarar för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne. Enhetschefen har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet av att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras.

Enhetschefen ansvarar för fem verksamheter inom stadsdelen – Sörklippans och Brommagårdens vård- och omsorgs boende, Brommagårdens dagverksamhet, Lillsjönäs dagverksamhet samt Pensionat Kinesen. Inom verksamheten finns tre biträdande enhetschefer. Enhetschef har utsett en biträdande enhetschef som har hälso- och sjukvårdsansvaret över samtliga verksamheter som är underställda enhetschefen. De lagstadgade uppgifter som åligger MAS är undantagna från verksamhetschefens ledning.

Biträdande enhetschef / HSL-ansvarig

Enhetschef har utsett en biträdande enhetschef som har hälso- och sjukvårdsansvaret. Den biträdande enhetschefen har HSL-ansvar över samtliga verksamheter som är underställda enhetschefen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer över ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering. MAR-funktionen är inte lagstadgad. Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska och MAR kan endast anförtros legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget.

Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR. Äldreomsorgen har ett delat ansvar för MAR-resursen tillsammans med annan stadsdel.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS och MAR skyldighet att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation inom hälso- och sjukvården. Inom Stockholm Stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processorienterat. Hälsofrämjande innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet. Hälsofrämjande omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde. Samtliga sjuksköterskor inom verksamheten bidrar med kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonalen. De så kallade verksamhetsnära utbildningar uppdelas i olika teman och löper under hela året.

Hälsofrämjande aktiviteter i funktionsbevarande syfte är den legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Stadsdelens vård- och omsorgsboenden som drivs i egen regi har ett gemensamt rehabteam. Den legitimerade personalen arbetar övergripande över de tre olika vård- och omsorgboendena. Personalen fördelar sin arbetstid mellan verksamheterna och har särskilda dagar de är på de olika verksamheterna dock kan övrig personal alltid ta kontakt om behov finns.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet samt följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig personal. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet.

Även undersköterskor är organiserade utifrån sina kompetensområden till så kallade ombud, som till exempel Silviasyster (specialist i demensomvårdnad), hygienombud, kostombud, palliativa ombud. Ombuden sprider kunskap genom att handleda och introducera nyanställda och inom sitt specialområde ingår de i nätverk för att bidra till kompetensutveckling i verksamheten.

Dietist i kommunal verksamhet

Legitimerad dietist arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutritionsstatus och näringsbehov. Dietist arbetar även med rutiner, utbildning, handledning, mat- och måltidssituation samt dygnsfasta. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig vikttnedgång, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen får en så god livskvalitet som möjligt.

I Bromma finns två dietister anställda och deras tjänster delas med Hässelby-Vällingby och Järva stadsdelsförvaltningar. Dietisterna arbetar i samverkan med särskilda boenden i egen regi. Stadens uppdragsbeskrivning för dietister reviderades under 2023 och ansvarsområdet omfattar, sedan dess, även konsultation och utbildningsinsatser för hemtjänstens personal.

Dietist har genomfört utbildning för sjuksköterskor 1-2 gånger per termin med olika teman.

För samtlig omvårdnadspersonal inom verksamheten finns inplanerade utbildningar kring exempelvis omsorgsmåltid, kosttillskott, dysfagi (sväljsvårigheter) till början av 2025.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har ett flertal överenskommelser med regionen i syfte att bedriva en god hälso- och sjukvård och för att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen, kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. De överenskommelserna som omfattar särskilda boendeformer inom äldreomsorgen är bland annat:

Samverkan med läkarorganisationen

Representanter för läkarorganisationen, avdelningschef för äldreomsorg, MAS och enhetschefer samt representant från journalsjuksköterskeföretaget som bemannar boendet kvällar, nätter och helger, samverkar regelbundet minst två gånger per år samt vid uppkomna behov eller förändringar.

Medicinsktekniska produkter (MTP)

Det finns gällande avtal mellan region och kommun avseende inköp/hyravtal/service av medicinsktekniska produkter. Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.

Kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel tillsammans med regionen är avsett att användas vid akuta behov som exempelvis vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

Samverkan nutritionsbehandling

Verksamheten använder sig av regionens upphandlade nutritionsprodukter. Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg (Agresso) förvaras i ett gemensamt låst förråd på sjuksköterskas expedition med standardprodukter för nutritionsbehandling.

God läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyget (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjas en säkrare läkemedelsbehandling.

Apoteket AB

Genomför kvalitetsgranskning en gång om året där MAS, sjuksköterskor samt biträdande enhetschefer deltar. Återkoppling från granskningen sker via protokoll och direkt vid inspektionstillfället. Resultaten av granskningen används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Apoteket AB har genom avtal fått förtroendet att förse Stockholms stads förvaltningar inom äldreomsorg med utbildningar inom läkemedelshantering inför delegering.

Vårdhygien

Kan genomföra hygienronder vid behov inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också webbaserad utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Vårdhygien erbjuder utbildningar och rådgivning till verksamheten.

Flexident

Samverkansmöten med kommunens kontaktperson (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året. Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident sker i

olika former bland annat genom munhälsobedömningar och utbildningsinsatser till såväl vårdpersonal som legitimerade yrkesgrupper.

Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.

Jourinsatser kvällar och helger

Företaget Big Care utför sjuksköterskeinsatser mellan klockan 16:00 och 08:00 samt helger röda dagar.

Rehabinsatser

Rehabiliteringspersonalen är en resurs vid teammöte, kvalitetsråd samt individuella instruktioner vid utprovning av hjälpmedel. En ny organisation av rehabiliteringspersonal innebär att samtliga boenden i stadsdelen har samma arbetssätt, rutiner och att resurserna fördelas likvärdigt. Rehabteam, med fysioterapeut och arbetsterapeut, samverkar med sjuksköterskorna två dagar i veckan samt vid behov.

Nätverk kommun och region

I nätverket SVEA samverkar representanter från både regional verksamheter som geriatrik, primärvård, primärvårdsrehab och slutenvården med enhetschef för enheten för biståndshandläggning och enhetschef för kommunal hemtjänst för att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för både region och kommunal verksamhet. Nätverket arbetar på uppdrag av en styrgrupp med chefer för de olika verksamheterna samt MAS. Arbetsgruppen kan ta fram underlag och förslag på arbetssätt och rutiner som syftar till att överbrygga insatser för patienten genom hela vårdkedjan. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och vara patientsäker i vårdens övergångar mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård. Arbete med strukturer för att identifiera ofrivillig ensamhet hos äldre i Bromma samt rutiner för in- och utflytt på korttidsboende är prioriterade områden.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning i samråd med enhetschefen och MAS. Loggrapporter arkiveras på enheten.

En avvikelse noterades under 2024 gällande obehörig tillgång till den digitala ”Att göra-listan” i dokumentationssystemet Vodok. Avvikelsen avsåg en personuppgiftsincident med risk för påverkan på patientsäkerheten. Incidenten var stadsdelsövergripande och hanterades av äldreförvaltningen. Verksamheten har säkerställt patientsäkerheten genom att gå igenom varje journal, 52 stycken, som enligt loggningen haft obehörig (från annan stadsdel) som varit inne i verktyget. Eftersom det då varit möjligt att ändra och eller radera ordinationer i listan har de journalerna granskats. De ordinationer som fanns i journalen har kontrollerats och därmed har ändringar/radering av ordinationer utesluts. Kontakt med dataskyddsombud och ISAM samt anmälan enligt IA är upprättad och rapporterat till äldreförvaltningen. IT-säkerheten är åtgärdat och loggkontroll i ”Att göra-listan” utförs månadsvis

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts under året. Vid avvikelse görs sammanställning och analys vid kvalitetsråd, samt återkoppling till MAS och berörd person. Loggrapporter arkiveras på enheten. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Det digitala rondverktyget Rondplattformen som används för att kommunicera med läkarorganisationen har implementerats under året. Användandet syftar till en säkrare och användarvänlig kommunikation mellan läkarorganisation och hälso- och sjukvårdspersonal på boendet. Rondplattformen är säkerhetsklassad både på stadsdelsövergripande nivå och lokalt i Bromma innan avtal upprättades mellan parterna. Stickprovskontroller har utförts och används för att säkerställa att arbetssättet överensstämmer med en hög patientsäkerhet och resultaten visar

att implementeringen ännu inte är fullständig. Eftersom systemet är nytt för verksamheten är det inte alla yrkeskategorier som har börjat använda den ännu, nyttillkomna användare behöver introduceras.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av ett fungerande nätverks- och informationssystem. Grundläggande är att tjänsterna är tillförlitliga och säkra. Enligt NIS-direktivet måste åtgärder för att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem tryggas, arbetet har initierats av stadsdelens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas. Behörigheter och åtkomst av olika stödsystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten. Inom verksamheten finns det en rutin gällande användning av lånekort till timavlönade för att ha tillgång till dokumentationssystem. Anledningen till varför timavlönade behöver ha lånekort är att anställningarna inte hinner komma in i systemet i tid vilket hindrar personen från att få behörighet i rätt tid. Vid nyanställningar ska biträdande enhetschef beställa behörighet till dokumentationssystemet genom verksamhetens administratörer i god tid.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Ledningen och medarbetare har ett samarbetsansvar för att delta aktivt i patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Verksamheterna uppmuntrar och förväntar sig att alla medarbetare tar ansvar för förbättringar och arbetar aktivt med att korrigera och rapportera händelser. Med detta har alla medarbetare ett ansvar för att följa skriftliga instruktioner, rutiner, använda nödvändiga checklistor som är utarbetade för att säkra kvaliteten.



Avvikelser

Avvikelse skrivs av personal som upptäcker händelsen och ska helst ske i anslutning till händelsen. Tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal tar emot den skriftliga avvikelser och gör en bedömning om vilka åtgärder som ska utföras. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen Vodok. Biträdande enhetschef ser över avvikelser i avvikelsemodulen och kallar till kvalitetsråd som är en gång per månad. På kvalitetsråden diskuteras och analyseras inkomna avvikelser. Kvalitetsrådet består av olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biträdande enhetschef. Vid allvarliga händelser ser biträdande enhetschef till att MAS kontaktas. Biträdande enhetschef ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser, så att aktuella åtgärder vidtas för att säkra och förbättra vården.

Avvikelsen, åtgärdsplan och de eventuella nya rutiner som införts med anledning av avvikelser lyfts på arbetsplatsträffen för implementering i hela arbetsgruppen. Om avvikelser bedöms som allvarlig eller som risk för allvarlig skada eller om avvikelser uppstått på grund av brister i hälso- och sjukvårdsutövandet gör MAS en egen utredning som kan leda till en anmälan enligt Lex Maria. Anmälan skickas till Inspektionen för vård- och omsorg som beslutar i ärendet.

Verksamheten kan konstatera att det totala antalet läkemedelsavvikelser avvikelser har minskat något i relation till föregående år. Det kan vara till följd av att verksamheten la särskilt fokus på att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet genom att införa rutiner för egenkontroll gällande läkemedelsutdelning och signering av överlämnande av läkemedel. Även fallavvikelser har minskat relaterat till mer strukturerade arbetsmetoder att bedöma fallrisk och arbeta preventivt.

Avvikelser har lyfts på nämnda kvalitetsråd och därefter på arbetsplatsträffar. Verksamheten kan konstatera att de vanligaste förekommande avvikelserna är läkemedelsavvikelser och fall varpå en särskild analys av dessa två områden följer nedan.

Tabell 1. De vanligaste förekommande avvikelserna under 2023 och 2024

Antal avvikelser för Sörklippan och Brommagården År 2023 och 2024		
Mest förekommande avvikelser	2023	2024
Läkemedel	99	54
Fall	187	160

Läkemedelsavvikelser

Verksamheten har aktivt arbetat med transparens kring avvikelser och avvikelshantering. Vikten av att skriva avvikelser och rapportera fel och brister har uppmärksammats på varje APT samt omvårdnadsmöte.

För att säkerställa att läkemedelsutdelning signeras korrekt har ny rutin för egenkontroll av läkemedelsutdelning implementerats från oktober 2023. Under varje arbetspass på varje enhet utses en personal med kontrollansvar, vilket innebär en efterkontroll så att en eventuell avvikelse i läkemedelsutdelningen undviks. Även signeringslistor för utdelning av läkemedel efterkontrolleras så att utdelning och signering av läkemedel har utförts. På det sättet minimeras risken att läkemedel missas eller administrering av läkemedel inte signeras. Vid verksamheternas genomförda egenkontroller i november och december konstateras att efter att den nya rutinen implementerats har läkemedelsavvikelserna minskat men inte i den omfattning som det har planerats.

En ytterligare ny rutin har införts för dosett- och dosutdelning i form av att dubbelsignering ska ske av sjuksköterskor på alla enheter inom verksamheten. Samtliga ska även använda enhetliga signeringslistor för utdelning av dosförpackade läkemedel som en följd av anmälningarna enligt Lex Maria i Bromma stadsdel. Följsamhet till rutinen har kontrollerats av MAS vid tre tillfällen under året. Resultatet visar att följsamhet till rutinen uppgår till 100 procent från oktober 2024 när det gäller att rätt signeringslistor används och dubbelsignering av sjuksköterskor vid utdelning av apodos/dosett. Väl ifyllda signeringar av delegerad personal, avvikelser hanteras i verksamhetens avvikelse modul enligt rutin.

En digitalisering av signering utdelning läkemedel bedöms ytterligare reducera missade signeringar som leder till läkemedelsavvikelser.

Verksamheterna arbetar på följande sätt för att säkerställa läkemedelshanteringen

- Omvårdnadspersonal genomgår webbutbildning ”Jobba säkert med läkemedel”
- Genomgång tillsammans med delegerande sjuksköterska vilket inkluderar praktisk undervisning
- Sjuksköterska följer återkommande upp läkemedelsdelegeringar såväl muntligt som skriftligt tillsammans med personal. Delegeringen följs upp minst två gånger per år samt vid behov.

Fallavvikelser

Totalt har registrerade fallavvikelser minskat i jämförelse med tidigare år. Verksamheterna kan generellt konstatera att de flesta boende inom verksamheterna har kognitiv svikt, vilket höjer risken för fallavvikelse på grund av yrsel och/eller försämrade rumsuppfattningsförmåga. En anledning till att fallavvikelser förekommer är att de äldre som flyttar in på vård- och omsorgsboendet har betydligt sämre hälsotillstånd och de flesta är i slutfasen av sin demenssjukdom. Den försämrade kognitiva svikten medför svårigheter att förstå instruktioner och hantera hjälpmedel, men även försämrat balans och saknad av sjukdomsinsikt.

För att minimera fall arbetar verksamheterna förebyggande genom återkommande diskussioner om fall på teammöten samt kvalitetsråd.

Finns det behov av åtgärder har dessa inrättats skyndsamt. I särskilda fall kan skyddsåtgärder sättas in. Det görs med syftet att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera patienten. Dessa åtgärder ordinerar enbart efter en tvärprofessionell bedömning i teamet samt att patienten samtycker till åtgärden. Exempel på skyddsåtgärder vid fallrisk är sänggrind eller rörelselarm. Skyddsåtgärder som ordinerats följs upp återkommande för att säkerställa att individens skyddsåtgärder inte finns kvar om det inte behövs.

Synpunkter och klagomål

Att ta emot klagomål och synpunkter är ett annat sätt att förstå styrkor och svagheter i patientsäkerhetsarbetet. De utgör även ett viktigt underlag för att förbättra kvaliteten. En viktig del av kvalitetsledningssystemet är att det ska vara lätt och begripligt för både patienter, anhöriga/närstående och andra aktörer att delge verksamheten synpunkter och klagomål.

Genom månadsbrev som biträdande chefer skickar ut till boende och anhöriga/närstående finns information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Det finns uppsatta lådor och blanketter samt QR-kod på båda enheterna vid ytterdörren. Synpunkter och klagomål kan även mailas eller framföras muntligt.

Inkommen synpunkt eller klagomål hanteras skyndsamt av respektive chef, oftast genom personlig kontakt. Inför varje tertiärrapport sammanställs inkomna synpunkter och klagomål, samt sorteras utifrån olika områden som tillgänglighet, bemötande, kompetens, kontinuitet, information, handläggning och insatsens innehåll.

Under 2024 har 4 positiva synpunkter och 14 negativa registrerats skriftligt. Dagverksamheterna och pensionat Kinesen har inte rapporterat några negativa synpunkter, däremot har anhöriga och gäster framfört flera positiva synpunkter och beröm muntligt.

Den totala summan av synpunkter och klagomål visar att det finns två områden där verksamheten behöver fokusera på förbättringar. Det är insatsens innehåll (kontaktmannaskap) och kompetensutveckling. Positiva aspekter att bygga vidare på återfinns inom bemötande och information.

Genom att analysera dessa synpunkter och klagomål kan verksamheten identifiera styrkor och svagheter och arbeta målmedvetet för att förbättra alla aspekter av vår vård och omsorg. Detta är en viktig del av det kontinuerliga arbetet för att uppnå högsta möjliga kvalitet och nöjdhet bland våra boende och deras anhöriga.

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.

Verksamheterna har personal med mångårig erfarenhet och kompetens. För att bibehålla kompetensen hos personalen har verksamheterna under 2024 anordnat kompetensutveckling i form av:

- Kompetenshöjande projektet "Super-undersköterska" där sjuksköterskor, HSL-ansvarig och MAS utbildar omvårdnadspersonalen i ämnen som demens, vitala parametrar, palliativ vård, nutrition, hudens sjukdomar, trycksårsprevention och att använda rapporteringsverktyget SBAR
- Webbaserad obligatorisk hygienutbildning för alla medarbetare.
- Föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident
- Mat och måltider har varit temat på planeringsdagar
- Stadsdelens dietist har deltagit i sjuksköterskemöten och även i kompetenshöjningsprojektet "Super-undersköterska" gällande nutritionsdelen.
- Webbaserade utbildningarna Demens ABC, ABC plus och Nollvision. Alla medarbetare har genomgått utbildningarna.
- Tredagars utbildning för palliativa ombud anordnad av PKC
- BPSD-utbildning för administratörer anordnat av certifierade BPSD-utbildare från Mälarsekondens vård- och omsorgsboende
- Brandutbildning för samtliga medarbetare
- Inför delegering av läkemedelshantering genomgår alla medarbetare den webbaserade utbildningen "Jobba säkert med läkemedel" och gör kunskapstestet i sjuksköterskans närvaro



Kontinuitet i personalstyrkan är en viktig parameter för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att tillsätta vakanta tjänster har beroendet av bemanningstjänster fasats ut vilket har ökat både kontinuitet och kompetens i yrkesgrupperna. Ett arbetssätt har bidragit till en ökad personalkontinuitet är införandet av heltid som norm. Heltid som norm innebär att alla medarbetare som önskar arbeta heltid har erbjudas en sådan anställning. Verksamheten har anpassat sina scheman så att alla arbetspass täcks av ordinarie personal.

Verksamheten arbetar med så kallade resurstimmar som innebär att enheterna kan omfördela viss personal för att täcka bemanningsbehovet vid bland annat korttidssjukfrånvaro och utbildningar. Tidigare användes timvikarier för att fylla dessa luckor, men det innebar att alla vikarier inte hade nödvändig delegering och det blev ofta nya ansikten för

patienter och anhöriga. Genom det nya arbetssättet där ordinarie personal täcker många av dessa pass har kontinuiteten ökat samt användningen av timvikarier har minskat och ligger nu under snittet på 12 procent under ett antal månader under året.

Studentmottagande kan bidra till att locka medarbetare till äldreomsorgen och på så sätt knyta personer under utbildning till verksamheterna. Ett upparbetat samarbete med KI, högskola och gymnasieskolor finns och verksamheterna erbjuder platser för verksamhetsförlagd utbildning, VFU, samt platser för arbetsplatslärande. Under verksamhetsår 2024 har åtta platser tillhandahållits för VFU-studenter och tio platser för arbetsplatslärande.

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.



Alla boenden har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, en kontaktman och en vice kontaktperson som främst ska se till att lyssna in behov och önskemål samt återkoppla information och insatser.

Kontaktpersonen har det övergripande ansvaret för anhörigkontakten utifrån önskemål och överenskommelse.

Verksamheterna arbetar med att göra den boende delaktig i sin vård och omvårdnad redan i samband med inflytt. I samband med inflytt initierar omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakt med anhöriga/närstående för att inhämta information och få en helhetsbild av den boendes situation. Den boende erbjuds alltid ett inledande samtal och anhöriga bjuds in om den boende så önskar. Den boende får en välkomstmapp som innehåller all relevant information om verksamheten och de dagliga rutinerna på ett vård- och omsorgsboende. En levnadsberättelse, som ligger till grund för utformandet av personcentrerad vård och omvårdnad, fylls i av den boende eller anhöriga och överlämnas till kontaktpersonen under de inledande veckorna efter inflyttning till vård- och omsorgsboendet.

Den boende och dess anhöriga ges möjlighet att kommunicera eventuella önskemål eller frågor till omvårdnadspersonal, legitimerad personal och biträdande enhetschefer samt att delta i beslutsfattande och åtgärder som vidtas. I den utsträckning det är möjligt informeras alltid närstående och patienten vid eventuell försämring av den boendes hälsotillstånd och ges möjlighet att delta, bland annat vid brytpunktsamtal med läkare.

En brevlåda samt en QR-kod för insändande av synpunkter/klagomål är tillgänglig. Återkoppling till avsändaren görs omedelbart. Resultaten från brukarenkäter visar en ökad medvetenhet bland respondenterna om var de kan lämna synpunkter och klagomål, om än på fortsatt låg nivå. Under året har närståendeträffar arrangerats där särskild information har lämnats angående var man kan vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Deltagandet i årets brukarenkät har varit låg med en svarsfrekvens under 40 procent. Den låga svarsfrekvensen försvårar möjligheten att dra generella slutsatser på vilket sätt verksamhetens arbete har resulterat i brukarnas nöjdhet. Boende med kognitiv svikt kan ha svårigheter att förmedla svar på frågorna och det är mest anhöriga som svarar på frågorna i enkäten.

Oavsett den låga svarsfrekvensen är verksamheten medveten om vilka förbättringsområden som finns och kommer att fortsätta sitt utvecklingsarbete under 2025.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att genomföra egenkontroller, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamheternas kvalitet.

Egenkontroller

Tabell 2. Planerade och genomförda egenkontroller under 2024

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 4 ggr/år	All omvårdnadspersonal genomgår den webbaserade hygien utbildningen. Egenkontroll genomförs var tredje månad. Varje person fyller i en självskattningsblankett som lämnas till hygienombuden. SSK sammanställer avvikelserna och lämnar resultatet till HSL ansvarig. På omvårdnadsmöten och APT diskuteras vikten av följsamhet i basala hygienrutiner.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observationer visar på god följsamhet. Personalen är medvetna om smittorisker och följer rutiner gällande basal hygien. Bristar som upptäcktes var bl.a. svårigheter att sätta på handskar om man spritat händerna. För att åtgärda detta rekommenderas att låta händerna lufttorka 1-2 minuter efter spritning av händer eller använda en större storlek av handske. 2. HSL ansvarig sammanställer resultatet av självskattningen i Esmaker och skickar den till MAS. 3. Resultat av självskattningen presenteras och diskuteras på APT möten. 4. Under 2025 kommer verksamheterna att införa digital självskattning av hygienrutiner genom verktyget Esmaker.
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheterna följer riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI och andra infektioner. HALT-mätning genomförs en gång per år via kvalitetsregistret Senior alert	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Stockholm 2. Resultatet från HALT- mätningen visar på låga nivåer av antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner(se exempel i tabell 4)
Granskning av dokumentation i journalsystemet Vodok 2 ggr/år	Sjuksköterskorna från båda verksamheter kontroll granskar och analyserar varandras dokumentation i Vodok.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Av granskningarna framkom att användandet av ”frastexter” behöver utvecklas. Hälsoplanerna behöver utgå från riskbedömningar och dokumentationen enligt SoL och HSL behöver överensstämja. Granskningen visade att årliga läkemedelsgenomgångar är utförda. 2. Åtgärder tas upp på HSL möten 1 x per månad. 3. En sjuksköterska på varje verksamhet är utsedd som dokumentationsansvarig handledare och ingår i ett dokumentationsnätverk i Bromma.

Egenkontroll	Hur	Analys/Resultat
Kvalitetsråd Avvikelser 12 ggr/år	Sjuksköterska, bitr. enhetschef och omvårdnadspersonal från alla avdelningar möts en gång per månad för att gå genom läkemedel och fallavvikelser och följa upp ordinerade skyddsåtgärder som syftar till att minska skador eller risk för skador hos patienten. Rehabteam deltar eller konsulteras vid behov.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skyddsåtgärder initieras när det finns fara för den boendens hälsa och liv. Ordinerar bara efter godkännande av brukaren. Skyddsåtgärd kan vara höftskyddsbyxa, sänggrind, positionsbälte. 2. Minsta tecken att skyddsåtgärden är oönskad leder till ändring i ordinationen. Åtgärder och uppföljningar dokumenteras i Sol och Vodok och tas upp på APT möten och teammöten varje månad. 3. Läkemedelsavvikelser och fallavvikelser analyseras för att identifiera orsaken och sätta in åtgärder. 4. Antalet läkemedelsavvikelser 2024 sjönk, troligen pga. införandet av ny egenkontrollsrutin, där personalen kontrollerar varandra två ggr/dag. Trots detta behöver verksamheterna arbeta vidare med åtgärder för reducering av avvikelser gällande signering av läkemedelsutdelning. Ny rutin med dubbelsignering av sjuksköterskor vid utdelning av apodos-rullar och enhetliga signeringslistor från oktober 2024. 5. Införande av ett digitalsigneringsverktyg är initierat och arbete med införandet pågår. 6. Antal fallavvikelser totalt har minskat något i jämförelse med 2023 troligen beroende på att de boende som flyttar in nu är i sämre hälsotillstånd och behöver assistans vid förflyttning. 7. Analys och åtgärder förmedlas på APT möten och på omvårdnadsmöten dagligen. 8. Mötesanteckningar går att läsa digitalt.
Delegering	<p>All omvårdnadspersonal går den webbaserade utbildningen i läkemedelshantering "Jobba säkert med läkemedel". Genomgång av kunskapstest utförs enligt MAS riktlinjer. Sjuksköterskorna går igenom alla delegationsmoment innan personalen får ny eller förlängd läkemedelsdelegering. Praktisk handledning ingår i lärandet.</p> <p>Från januari 2025 ändras delegeringsprocessen genom att personal som skall</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalen får delegeringsbeslut endast efter sjuksköterskans bedömning för lämplighet och kunskapstest 2. Hela delegeringsprocessen är pedagogiskt upplagd och personalen får ökad förståelse för hantering av läkemedel, ökad kunskap gällande läkemedel och förståelse för det egna yrkesansvaret gällande en säker läkemedelshantering.

	delegeras genomgår Apotekets digitala utbildning för läkemedelshantering. Kunskapstestet kommer att genomföras i närvaro av sjuksköterskan. Uppdaterad delegeringspärm med aktuella datum finns på sjuksköterske- expeditionen.	
Egenkontroll	Hur	Analys/Resultat
<p>Loggkontroll (Vodok och NPÖ*) HSL ansvarig, 12ggr/år</p> <p>* Vodok är dokumentationssystemet för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunen.</p> <p>NPÖ står för Nationell patientöversikt och är ett verktyg för nationellt sammanhållet journalföring.</p>	<p>En rutin för systematisk loggkontroll är implementerad från december 2022</p> <p>I loggkontrollen kontrollerar HSL ansvarig att personer som har varit inloggade i Vodok är anställda i verksamheterna och är behöriga användare.</p> <p>Kontroll i ” Att göra-listan ” utförs månadsvis.</p> <p>NPÖ – Nationell patientöversikt- HSL ansvarig kontrollerar att personalen har en aktiv vårdrelation och samtycke från patient att läsa journalanteckningar från externa vårdgivare.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loggkontroll av sammanlagt 80 journaler för 2024 har genomförts regelbundet. 2. Avvikelse gällande intrång av obehöriga i ”Att göra-listan” upptäcktes i juni 2024. Verksamheten har inte drabbats. Avvikelsen är åtgärdat centralt. Verksamheten utför loggkontroller sedan avvikelsen inträffade. 3. HSL-ansvarig genomför månadsvis loggkontrollerna i Vodok och även loggkontroll gällande ” Att göra listan” och inga avvikelser har registrerats under de senaste månaderna. <p>HSL-ansvarig genomför regelbundet loggkontroll i NPÖ och inga avvikelser har noterats.</p>
Funktionskontroll MPT 12 ggr/år	<p>Sjuksköterskor på båda verksamheterna utför månatlig egenkontroll av medicinsktekniska produkter. Kontrollen signeras i pärm som bevaras på sjuksköterskeexpeditionen.</p> <p>Signeringslista för funktionskontroll av behandlande luftmadrass finns hos de boende som ordinerats en</p>	Inga avvikelser i funktion har registrerats.

	sådan. Personalen kontrollerar två gånger per dag att luftmadrassen är i funktion och fylld med luft, kontrollen signeras på separat signeringslista.	
--	---	--

Egenkontroll	Hur	Analys/Resultat
Registrering i Senior alert- Riskbedömning/screning för fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och Vodok samt följer upp resultatet.	HSL-enhetschef går igenom registreringarna fyra ggr/år. Resultatet visar att riskbedömningar och åtgärder kopplade till riskbedömningar har genomförts i väldigt hög utsträckning. En nackdel är att omvårdnadspersonalen inte direkt kan ta del av Senior alerts riskbedömningar och hälsoplaner. Det blir dubbel dokumentation för sjuksköterskorna för att kunna förmedla till omvårdnadspersonalen resultat och omvårdnadsplaner utifrån resultatet i Senior alert.
Palliativa registret	När en boende avlider registreras dödfallet i Palliativa registret. Ssk och omvårdnadspersonal svarar på frågor gällande omvårdnad, medicinering, brytpunktsamtal m.m under de sista veckorna innan bortgången	Resultatet visar att de boende som har vårdats i livets slut har haft en hälsoplan, god vård och omvårdnad och adekvat symptomlindring. Förbättringsområde är användande av symptomskattningsinstrument.
Mätning av nattfasta	Mätning av nattfastan har skett två ggr/år under tre dygn under 2024. Utöver dessa mätningar har varje patient en individuell riskanalys och hälsoplan för undernäring i Vodok. Se tabell 6.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antalet boende som har en nattfasta som understiger rekommenderade 11 timmar har ökat, vilket är en effekt av de åtgärder som verksamheten har implementerat, bland annat sent kvälls- och nattmål där en kaloririk fruktdryck och smörgåsar erbjuds till varje boende som är vaken/vaknar, behöver omvårdnadsåtgärder eller läkemedelsbehandling. Det resulterade i att färre boende har en nattfasta utöver de rekommenderade 11 timmarna. 2. De boende som har nattfasta över 12 timmar är boende från den somatiska avdelningen. Eftersom de äter självständigt har det varit svårt för personal att fastställa tidpunkt för intag av mat och dryck vilket påverkade mätresultatet.

Läkemedels- genomgångar med symptomskattning	Läkemedelsgenomgång genomförs en gång per år och vid behov med ansvarig läkare enligt Capio/Legevisittens rutiner.	1. Genom egenkontroll av dokumentationen säkerställs att läkemedelsgenomgång genomförts en gång per år. Under de två dokumentationsgranskningar under 2024 har inga avvikelser gällande läkemedelsgenomgångar upptäckts.
Kvalitetsuppföljning apoteket med farmaceut	Verksamheternas läkemedelshantering och rutiner granskades 2024 av både MAS och extern apoteksgranskare från Apoteket AB	2. Verksamheterna fick bra råd på utvecklingsområden för att förbättra och utveckla läkemedelshanteringen. Protokollen visade få anmärkningar och de är nu åtgärdade.
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat av två sjuksköterskor. Under kontrollen räknas både personbundna narkotiska läkemedel och läkemedel som finns i verksamhetens buffertförråd. Kontrollerna följs upp årligen vid apoteksgranskning och intern revision	3. Regelbundna och korrekta kontroller månadsvis. 4. Inga avvikelser har rapporterats under 2024.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Inga vårdskador har förekommit under år 2024. Genom en tydlig process för rapportering av avvikelser, utredning och analys kan kunskapen öka om hur vårdskador som drabbar patienter kan förebyggas. Ökad kunskap ligger även till grund för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Inom verksamheterna registreras händelser/avvikelser därefter utreds händelser för att bedöma om vårdskada har inträffat eller om det föreligger risk för vårdskada. Avvikelseerna hanteras i en modul kopplat till omvårdnadsdokumentationen. Vid allvarliga händelser tas kontakt med MAS.

På kvalitetsråd där flera olika yrkesprofessioner deltar diskuteras bakomliggande faktorer till avvikelser och vilka åtgärder som eventuellt behöver implementeras.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerheten bejagas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Ytterligare en del är återkommande processer och arbetssätt såsom utbildningar i preventivt syfte. Följande kvalitetsregister och processer används för att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbete och kvalitetsutveckling.



Dokumentationssystemet VODOK

Ett dokumentationssystem och ett stöd för hälso- och sjukvård med olika riskbedömningsindikatorer. Systemet har även en avvikelsemodul och en delegeringsmodul.

Senior Alert

Ett nationellt kvalitetsregister vars syfte bygger på att stärka förebyggande arbete för äldre personer som har risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och blåsdysfunktion. Senior alert utgår från teamarbete. Teamet består av olika professioner, bland annat sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskan informerar patienten om Senior alert och inhämtar samtycke och dokumenterar i journalsystemet innan registreringen påbörjas.

Resultaten från registret visar på en hög användning, totalt 100 bedömningar på båda vård- och omsorgsboendena. Riskbedömningar genomförs vid inflyttning samt vid uppföljning efter sex månader eller vid behov. Alla 80 boende är riskbedömda och har åtgärdsplan. Adekvata åtgärder är planerade och följs upp och diskuteras på teammöten. Resultaten tyder på en stor skörhet hos äldre som flyttar in på särskilt boende och att många preventiva- och omvårdnadsåtgärder behöver vidtas under vårdtiden.

Tabell 3. Utdrag från Senior alert (Sörklippan 2024), exempel på vårdpreventiva åtgärder.

Nu visas

12

månader till och med

Dec 2024

Vårdprevention

Utfall

23 unika personer

	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Total	jan.	feb.	mars	apr.	maj	juni	juli	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.
Samtliga riskområden	37 av 37 100% ↗	35 av 37 95% ↗	35 av 37 95% ↗	26 av 26 100% ↗	Riskbedömningar per månad												
Trycksår	27 av 37 73% ↗	25 av 27 93% ↗	25 av 27 93% ↗	17 av 17 100% ↗	1 ↗ 1 personer												
Undernäring	31 av 37 84% ↗	29 av 31 94% ↗	29 av 31 94% ↗	20 av 20 100% ↗	BMI < 22 12 ↗ 12 personer												
Fall	32 av 37 86% ↗	31 av 32 97% ↗	31 av 32 97% ↗	23 av 23 100% ↗	0 ↗ 0 personer												
Munhälsa	17 av 37 46% ↗	17 av 17 100% ↗	17 av 17 100% ↗	11 av 11 100% ↗	11 ↗ 11 personer												

HALT- mätning av vårdrelaterade infektioner

Senior Alert innehåller även Svenska Halt där man kan mäta vårdrelaterade infektioner som urinvägsinfektion samt antibiotikaanvändning hos vårdtagaren på vård- och omsorgsboende. Mätningen sker en bestämd dag under november månad. Resultatet från samtliga enheter visade att 1 boende av 80 hade en pågående infektion vid mättillfället.

Tabell 4. Utdrag från senior alert (2024), exempel på HALT-registrering under november månad 2024

HALT

Rapporter

Översikt

Infektioner

Antibiotikaanvändning

Riskfaktorer

Enhetsnamn	Brommagårdens ÄBO, Alderdomshem 1 Brommagården
Enhetsstyp	Demens
Datum för mätning	2024-11-13
Antal platser på boendet	10
Beläggning	10
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	10
Antal vårdtagare med korttidsvård	0
Antal kvinnor	7
Antal män	3
Antal >80 år	8
Antal >85 år	4
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten	0
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten (prevalens)	0%

Svenska palliativregistret

Det är ett kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede för patienten och dennes närstående. Sjuksköterskan registrerar dödsfallet i registret och dokumenterar hela teamets insatser. Resultatet som bygger på 25 registreringar visar att det i hög grad finns läkemedelsordinationer i samband med palliativ vård och att det sällan förekommer trycksår i samband med palliativ vård. Diagrammet visar också att verksamheterna har goda resultat avseende vårdplaner som innehåller brytpunktsamtal, munhålsbedömning och smärtskattning.

Det som har fått ett något lägre resultat var parametern mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Personal erbjuder alltid tät tillsyn och tillgång till extra vak nattetid. Det görs alltid en individuell bedömning av behovet av mänsklig närvaro i det palliativa skedet. Dock är det svårt att bedöma när själva dödsögonblicket inträffar. Genom att personaltätheten har ökat och resurspersonal finns, kommer verksamheten att försöka nyttja resurserna till ökad närvaron hos palliativa patienter som bedömts vara i livets slutskede.

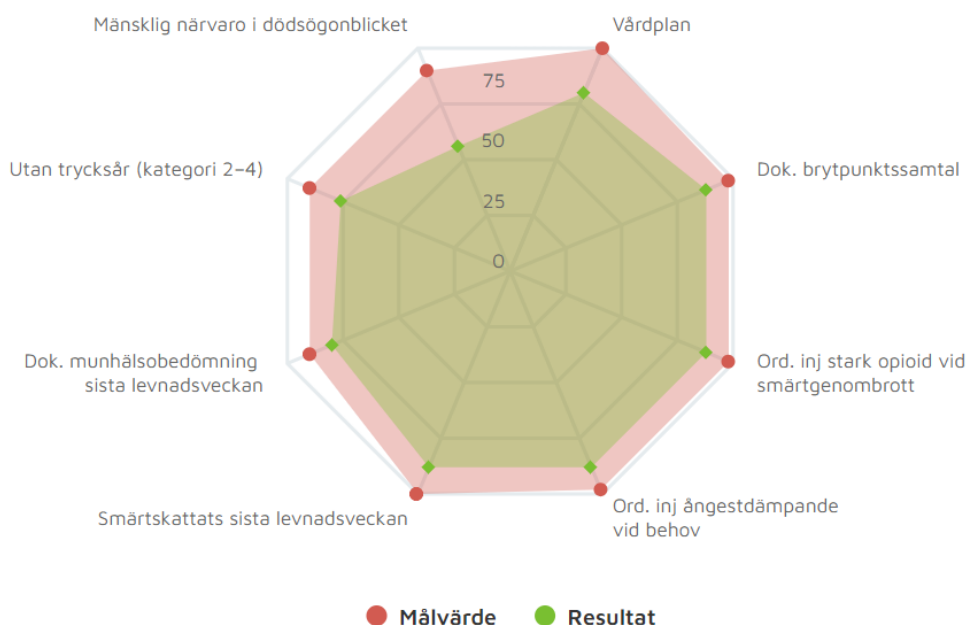
En ny indikator som följs i registret är andelen upprättade vårdplaner för personer med palliativ vård. Resultatet för indikatorn uppgår till 75 procent. De som saknar vårdplanering i livets slut är de så kallade ”oväntade dödsfall”. Under 2025 kommer verksamheten att satsa på fler utbildade palliativa ombud. Fyra palliativa ombud och en samordnande sjuksköterska har genomgått PKC palliativvårdsutbildning under 2024. Målet är att det skall finnas ett palliativt ombud på varje plan och fler medarbetare kommer att delta i utbildningar som anordnas av PKC under både 2025 och 2026.

Tabell 5:
Registrering i palliativa registret, Sörklippan/ Brommagårdens Vob, 2024

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2024-01 - 2024-12



Detta är en modifierad rapport

BPSD-registret

BPSD står för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Syftet med BPSD-registret är att utveckla ett arbetssätt för att kunna förebygga och minska BPSD-symtom hos personer med demensdiagnos. Under verksamhetsåret har en tre dagars utbildning till BPSD-administratörer hållits. Administratörerna ska förmedla vidare kunskap om arbetet med BPSD-registret i verksamheterna. Enskilda administratörers engagemang har bidragit till att arbetet med BPSD-registrering är i full gång. Verksamheten planerar att satsa på fortsatt arbete med registret och utbildar ytterligare några administratörer i början av 2025. Målet är att alla boende med BPSD-problematik registreras och att arbetsinsatser utformas, planeras och följs upp regelbundet.

Läkemedelsgenomgångar

Både en enkel och fördjupad genomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Genomgången utförs av läkarorganisation i samarbete med hela teamet. Genomförandet kontrolleras bland annat vid dokumentationsgranskning som har utförts vid två tillfällen under året. Av totalt tolv granskade journaler hade tio dokumenterade läkemedelsgenomgångar, två saknade detta på grund av att de boende var nyinflyttade. Ingen avvikelse från läkarorganisationen om utebliven läkemedelsgenomgång har inkommit under året, vilket tolkas som att processen är tillförlitlig.

Teammöte

Alla enheter på Brommagården och Sörklippans vård- och omsorgsboende har teammöten. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner, bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och ibland biträdande enhetschef. Den personcentrerade omvårdnaden står i fokus på mötena och varje yrkeskategori dokumenterar i patientens journal kring omvårdnadsåtgärder, bedömningar, hjälpmedel, uppföljningar och bemötandestrategier samt om patientens förmåga att tillgodogöra sig insatserna som teamet gemensamt beslutat. Vid eventuellt ställningstagande till skyddsåtgärder tas ett teambeslut.

På grund av organisatoriska och strukturella orsaker har rehabteamets närvaro vid teammöten varierat under året. Med nya rutiner och ett mer strukturerat arbetssätt kommer tid att frigöras till förmån för dessa möten.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Verksamheterna genomför självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner fyra gånger per år. Resultatet sammanställs av HSL-ansvarig chef. Resultatet av egenkontrollen visar att personalen har en god följsamhet till de basala hygienrutinerna. Utifrån analysen framkom dock att det finns vissa svårigheter med användandet av handskar efter spritning av händerna. Som åtgärd föreslogs att avvakta något efter desinfektion av händerna innan skyddshandskar sätts på, alternativt att välja handskar i en större storlek.

Redovisningen av självskattningen sker digitalt. Brister och åtgärder återkopplas på APT, HSL-möten samt på omvårdnadsmöten dagligen.

HSL-möten för hälso- och sjukvårdspersonal

Dessa möten är ett forum där övergripande och aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor diskuteras. Genomgång sker av nya och reviderade rutiner, som är kopplade till lagkrav och riktlinjer. Utifrån verksamhetens egenkontroll för avvikelser bestäms vilka åtgärder som krävs för att en god patientsäkerhet ska upprätthållas. Tillämpning, arbetssätt, uppföljning och revidering av rutiner i verksamheten arbetas fram med hjälp av en hälso- och sjukvårdsutvecklare.

Kvalitetsgranskning för läkemedel

Extern kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering och rutiner sker en gång per år. Protokoll från Apoteket AB, som innefattar återkoppling till verksamheten med förslag på förbättringsområden, används för verksamhetsutveckling. I årets granskning hade en förbättring skett på samtliga punkter jämfört med föregående år. Det framkom behov av förtydligande av vissa punkter i läkemedelsrutinen. Verksamheten har arbetat för säkra delegeringar med delegeringsutbildning och praktiskt prov. Inom sex månader görs ytterligare en uppföljning med delegerad personal.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Under 2024 har verksamheterna lagt stor vikt vid att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete och identifiera utvecklingsområden. Resultaten av egenkontrollerna visar (tabell 3) att det finns områden som behöver förbättras. Verksamheterna kommer att fortsätta arbeta med läkemedelshantering. Inför införandet av ett digitalt signeringsverktyg har verksamheterna anmält intresse att delta som pilotverksamheter.

Verksamheterna kommer att fortsätta arbetet med att kartlägga utvecklingsområden för att framåt kunna omvandla arbetet till ett mer preventivt arbete.



Riskhantering

Verksamheterna har under 2024 genomfört riskanalyser samt riskbedömningar både för den enskilde och på verksamhetsnivå.

Exempel på utförda riskanalyser:

- Värmebölja
- Hantering av skyddsutrustning
- Smittförebyggande åtgärder
- Säkra besök på enheter
- Kris och kontinuitetsplan
- Inför elavbrott
- Brandrutin med regelbundna kontroller

Resultatet från riskanalyserna har använts i verksamheten för att förbättra patientsäkerheten.

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.



Bedömning av måluppfyllelsen

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktiviteter:

- Initiera införandet av ett digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelssigneringar
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns på boendena
- Etablera gemensamt nätverk för dokumentationshandledare inom avdelning äldreomsorg
- Utveckla arbetet med egenkontroller.
- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen
- Minska antalet boenden med en nattfasta på mer än 11 timmar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs

Delmål 1 Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

Initiera införandet av ett digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelssigneringar

Ett digitalt verktyg kommer att införas. Processen kring implementering av det digitala signeringsverktyget är framflyttad till 2025.

Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt

En rutingrupp för utformande av gemensamma HSL-rutiner startades i maj. Målet om att rutinerna ska finnas tillgängliga digitalt är uppnått. HSL-ansvarig chef och sjuksköterska har aktivt deltagit i rutingruppen.

Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns på boendena.

I samråd med läkarorganisationen Capio/Legevisiten har behovet av medicinsk utrustning gått igenom. Verksamhet har köpt in bladderskanner.

Etablera gemensamt nätverk för dokumentationshandledare inom avdelning äldreomsorg

Verksamheten har utsett Vodok-handledare samt dokumentationsombud på varje enhet. Etablering av ett gemensamt nätverk med andra vård- och omsorgsboenden i Bromma har skett. En sjuksköterska från verksamheten har deltagit.

Utveckla arbetet med egenkontrollerna

Arbetet med egenkontroller har utvecklats och det finns en systematik i utförandet och redovisningen. För att underlätta för verksamheten, ett kalendarium med alla egenkontroller som ska genomföras skapades i början av året. Det har bidragit till överskådlighet och planering av verksamhetens egenkontroller.

Redovisning av alla genomförda egenkontroller under 2024 återfinns i tabell 2.

Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen

Verksamheten arbetar aktivt för en säker läkemedelshantering. Läkemedelsavvikelserna har minskat men förekommer fortfarande. De flesta läkemedelsavvikelser handlar om missade signeringar efter administrering av läkemedel till boende. Orsaken anses vara att personalen blir distraherad och glömmar sedan att signera uttaget. Som åtgärd för att minimera avvikelserna har en ny rutin för egenkontroll införts. Varje morgon utses ansvarig från personalgruppen till att kontrollera att alla läkemedel är givna och uttag har signerats. Trots detta förekommer missade signeringar för administrering av läkemedel. En förbättringsåtgärd gällande signering av överlämnande av läkemedel kan ske i och med införandet av digital signering. Tills dess kommer verksamheten att fortsätta arbeta enligt den nya rutinen.

Rondplattformen infördes i september. Införandet av det digitala verktyget ledde till säkrare och tryggare läkarronder. Informationsöverföring och insättning av åtgärder har effektiviserats vilket bidrar till en säkrare vård. Verktygets införande har frigjort tid för sjuksköterskorna att utföra mer patientnära arbete.

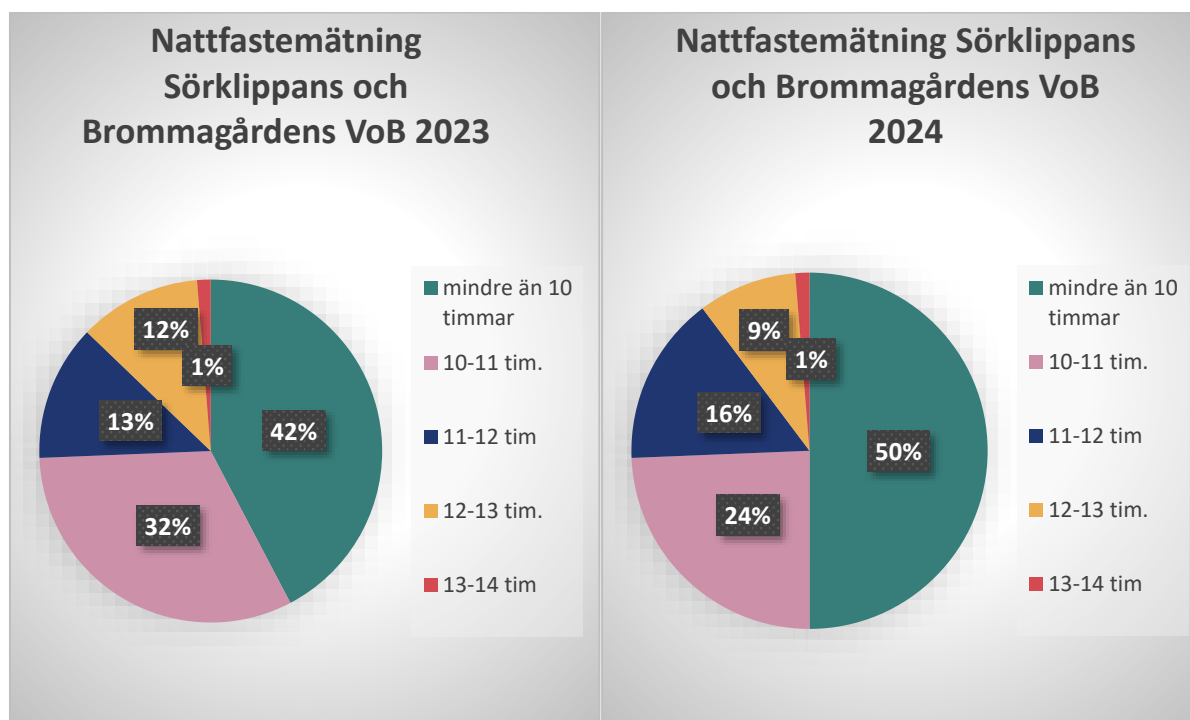
Minska antalet boenden med en nattfasta på mer än elva timmar

Verksamheten har aktivt arbetat med att minska nattfastan för flera boende till mindre än elva timmar.

Kvällsmål som serveras kl. 19:30 samt införandet av en näringsrik fruktdryck, som nattpersonal kan erbjuda under natten, har gett positiva resultat så som bättre sömn och välmående hos boende. Dock kan inte alla boende erbjudas nattmål av olika anledningar. De boende som inte får nattmål erbjuds en tidig frukost för att bryta nattfastan.

Verksamheten kommer att fortsätta arbeta med rutiner kring sent kvällsmål och tidig frukost för de som inte får nattmål i syfte att minska andelen personer som har en längre nattfasta än elva timmar.

Se tabell 6. Nattfastemätning, Sörklippan/Brommagårdens Vob, 2023/2024



Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning

Verksamheten har aktivt arbetat med kompetenshöjande insatser. Kompetenshöjningsprojekt för undersköterskor startades redan i oktober 2023 och fortsatte hela 2024.

Under åtta tillfällen har sjuksköterskor, HSL-ansvarig och MAS undervisat i olika ämnen kopplade till en säker vård -och omsorg. Kunskapsnivån har testats före och efter utbildningsinsatserna och resultatet visar att kunskapsnivån har höjts med mer än 20 procent för vissa deltagare. Det kan konstateras att det finns skillnader i kunskapsnivån. Språksvårigheter kan vara en orsak till detta. Deltagarna som hade höga resultat i kunskapstestet samt visade intresse för kompetensutveckling har fått möjlighet att utföra okomplicerad sårvård och har kontrollerat vitalparametrar som till exempel blodtryck, puls och blodsockermätning. Arbetet med delegering för insulingivning är påbörjat startat för de som bedöms redo att utöka sin kompetens.

Ett språkbud på varje enhet har utsetts och kommer att genomgå utbildning under våren 2025.

Sex BPSD administratörer fick utbildning och behörighet till registret under våren. Registrering i BPSD-registret startades tidigt under hösten och är i fullgång. Under regelbundna teammöten registreras boende med beteendemässiga symtom och plan för bemötande utformas. Insatsernas resultat analyseras individuellt. Arbetet med BPSD-registret fortsätter att utvecklas. Ytterligare fyra BPSD-administratörer kommer att genomgå utbildningen i början av nästa år. Målet är att alla boende som ska få individuellt anpassade omvårdnadsinsatser för att minska orosmoment och minska användande av lugnande läkemedel. Arbetet med registret är i ett tidigt stadium och det är svårt att dra generella slutsatser om resultatet. Målet är att fortsätta utveckla arbetet med registret under hela 2025.

Fyra palliativvårdsombud och en samordnande sjuksköterska har utsetts och har deltagit i en fyra dagars palliativvårdsutbildning organiserad av PKC. Arbetet med gemensamt förhållningssätt och rutiner har påbörjats och verksamheten kommer att arbeta aktivt under 2025 med utvecklandet av en god och värdig vård i livets slutskede. Flera palliativa ombud kommer att utbildas under 2025.

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs

Intern samverkan finns och efterlevs.

- Samverkan mellan legitimerad personal på båda enheter (sjuksköterskor) har etablerats. I samverkan ingår egenkontroller dokumentation, gemensamma möten, regelbundna byte av arbetsplats för att hålla sig uppdaterat om den andra verksamheten. Vid frånvaro samarbetar sjuksköterskorna för att säkerställa en god och säker vård.

Externa samverkansrutiner finns och efterlevs.

- Verksamheten samverkar med läkarorganisationen Capio/Legevisitten. Ansvarig läkare är geriatriker med lång erfarenhet och gedigen kunskap gällande kognitiv svikt.
- Rondplattformen för säkrare och tryggare ronder är införd i verksamheterna. Nya rutiner som finns digitalt utformades och befintliga rutiner för HSL gällande rond uppdaterades.
- Process för inköp av basal medicinskutrustning har påbörjats utifrån samverkan mellan läkarorganisationen och MAS. Inköp av två bladderscanner pågår.
- Verksamheterna samarbetar med Apoteket AB. Kvalitetsgranskning på båda verksamheterna genomfördes under september 2024. Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen bygger på Socialstyrelsens föreskrift för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård HSLF-FS 2017:37. Granskningen visade god ordning på båda verksamheter. Förbättringsförslag noterades och är åtgärdade. Stockholms stad har ingått avtal med Apoteket AB som kommer att leverera flera utbildningar riktade för baspersonal och sjuksköterskor samt chefer, bland annat digital utbildning inför delegeringsbeslut.
- Samverkan med upphandlade leverantörer av medicintekniska produkter i syfte att endast säkra produkter används.

- Under kvällar, nätter och helger utförs hälso- och sjukvårdsinsatserna av jourverksamheten Big Care. Verksamheterna har ett långvarigt samarbete med jourverksamheten och på det sättet har kontinuiteten bevarats.
- Verksamheten samverkar med tandvårdsföretaget Flexident. Regelbundna besök av tandläkare och tandhygienist utförs. Två gånger per år installeras en miniklinik på respektive boende, under en tvåveckors period, där boende erbjuds nödvändig tandvård på plats.
- Dietisterna i stadsdelen kan kontaktas vid behov för exempelvis nutritionsbehandling för personer med kognitiv svikt. Nutritionsutbildningar genomförs i olika former.
- Verksamheten har samverkat med rehab-personalen som utgår från Mälarbackens vård- och omsorgsboende. Samarbetet har på grund av en ny organisation för rehab-gruppen inte varit optimal. Tydliga rutiner och strukturer har saknats. Efter att ha granskat och klargjort både rutiner och organisation har en bättre struktur skapats. Kvalitén på bedömningar och hjälpmedelsförskrivning har varit god och uppföljning av förskrivningar har genomförts. Kommunikationen mellan sjuksköterskor och rehab-personal har varit god och patientsäkerheten bedöms vara säkerställd. Verksamheten och rehab-gruppen kommer att fortsätta samverka och utveckla ett mer strukturerat samarbete under 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Förutom att bibehålla förbättrade resultat vad gäller patientsäkerhetsarbetet under 2025, visar analys och resultat på nya utvecklingsområden för verksamheterna. Med grund i resultaten från 2024 års patientsäkerhetsberättelse och det övergripande verksamhetsmålet för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har två delmål identifierats vilka verksamheterna kommer arbeta mot under 2025.

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker:

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande aktiviteter:

- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska alvarliga avvikelser
- Förbättrad HSL- och SoL-dokumentation
- Fortsatt kompetensutveckling för all vårdpersonal genom utbildning och handledning inom nutrition, palliativ vård och BPSD
- Boka metodrummet på Mälarbacken för verksamhetsnära utbildningar
- Genomföra Mat och måltids-/mellanmålsprojekt med hjälp av dietisterna
- Motverka ensamhet och psykisk ohälsa genom att stärka kontaktmannaskapet och planera gemensamma aktiviteter

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande aktivitet:

- Säkerställa att samverkansrutiner upprätthålls och efterlevs.