

Farsta stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för en god vård	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Agera för säker vård	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	25

Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL 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. I Farsta ingår patientsäkerhetsberättelsen i ledningssystem för patientsäkerhet. Nämndens patientsäkerhetsberättelse skrivs i enlighet med Sveriges kommuner och regioners mall för patientsäkerhetsberättelse. Mallen är framtagen av SKR och från januari 2024 förvaltas av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård.

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

Patientsäkerhetsberättelsen för Farsta stadsdelsförvaltning redovisas utifrån verksamhetsområdet äldreomsorg. Patientsäkerhetsberättelsen omfattar Edö vård- och omsorgsboende, Edö dagverksamhet, Ängsö vård- och omsorgsboende och Postiljonen vård- och omsorgsboende.

Inom avdelningarnas enheter arbetar baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor. Inom enheterna har personalen ombudsroller av olika slag såsom exempelvis inom områdena palliativ vård, mat- och måltider, hygien och dokumentation. Det finns en dietist för såväl strategiskt som operativt stöd i verksamheterna. Patientansvarig läkare besöker äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden regelbundet.

Ängsö vård- och omsorgsboende

Ängsö är ett vård- och omsorgsboende med demensinriktning och har 13 platser.

Edö vård- och omsorgsboende och Edö dagverksamhet

Edö vård- och omsorgsboende omfattar 107 platser varav 71 är med inriktning demens och 36 är med somatisk inriktning.

Edö dagverksamhet är en biståndsbedömd dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid Edö vård- och omsorgsboende ansvarar för eventuella behov av hälso- och sjukvårdsinsatser hos dagverksamhetens gäster under den tid de vistas på dagverksamheten.

Postiljonen vård- och omsorgsboende

Postiljonen omfattar 57 platser. I platsantalet inkluderas 23 platser för korttids- och växelvård

för personer med demenssjukdomar, 21 boendeplatser med somatisk inriktning samt 13 boendeplatser med demensinriktning.

Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att år 2025 har medfört fortsatta förbättringar inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Styrgruppen för hälso- och sjukvård har i styrning och ledning fokuserat på patientsäkerhet, gemensam styrning, samplanering, kvalitetsutveckling och erfarenhetsåtervinning. Chefer har samarbetat över enhetsgränser genom samplanering, erfarenhetsåtervinning och i styrgrupp för hälso- och sjukvård.

Verksamheterna har arbetat för stärkt teamwork och samverkan som ett led i att säkerställa ökad kvalitet och patientsäkerhet. Under året har åtgärder som utökad sjuksköterskenärvaro och anställning av sjuksköterska med specialistkompetens Vård av äldre och demens (Silviasjuksköterska) bidragit till ökad patientsäkerhet.

Uppföljning av rutiner och tvärprofessionellt samarbete då patienten har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser under sin vistelse på dagverksamheten har fortsatt utvecklats och stärkt samverkan mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid Edö vård- och omsorgsboende och baspersonal vid Edö dagverksamhet. Beställarenheten äldres rutin om att aktuell vårdcentral anges för enskild vid insatsbeställning av dagverksamhet har förtydligats men behöver implementeras fullt ut 2026. Samverkan med regionen behöver fortsatt utvecklas.

Appva, ett system för digital signering av läkemedelshantering och vissa åtgärder som inte kräver delegering används i verksamheterna och det har medfört en säkrare läkemedelshantering.

Det nationella analysverktyget, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stötta arbetet med systematisk uppföljning av patientsäkerhetsområdet har till viss del använts och arbetet fortsätter för att implementera det fullt ut.

Verksamheterna kommer under år 2026 fortsatt att arbeta utifrån de fastställda strategierna med målen patientsäker vård, personcentrerad vård och omsorg samt god vård i livets slutskede. Arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet; *Agera för säker vård* kommer att fortsätta och analysverktyget användas inom samtliga vård- och omsorgsboenden. Inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet kommer verksamheterna fortsatt arbeta för att i högre grad integrera användandet av registerdata från kvalitetsregister, uppföljningar och utvecklade analyser i teamwork, vårdplanering och verksamhetsutveckling för att fullt ut bidra till ökad patientsäkerhet.

Grundläggande förutsättningar för en god 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 god säkerhetskultur

- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

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.

Styrgrupp hälso- och sjukvård beslutar om gemensamma satsningar inom patientsäkerhetsområdet med fokus patientsäkerhet, gemensam styrning, samplanering, kvalitetsutveckling och erfarenhetsåtervinning.

Under 2025 har nämndens vård- och omsorgsboenden fortsatt att implementera delar av analysverktyget Agera för säker vård, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Analysverktyget är ett stöd för verksamheterna i arbetet med att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Farsta stadsdelsnämnds vård och omsorg i egen regi har följande övergripande mål:

1. **Patientsäker vård**
2. **Personcentrerad vård och omsorg**
3. **God vård i livets slutskede**

Strategier för patientsäker vård:

- Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs
- Läkemedelshanteringen är följsam gentemot lagstiftning, styrdokument och ordination
- Basala hygienrutiner följs
- Avvikelse, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador
- All dokumentation lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer
- Säkra och utveckla hälso- och sjukvårdskompetens
- Främja en patientsäkerhetskultur genom ökad medvetenhet

Strategier för personcentrerad vård och omsorg:

- Bedömningar av patientens behov och resurser görs utifrån en samlad kunskap och helhetssyn som synliggör individen
- Vården beaktar och respekterar individens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov likväl som fysiska behov.
- Patienten görs delaktig genom dialog och tydliga former för hur patientens önskemål och integritet respekteras
- Etik, värderingar och förhållningssätt lyfts fram

Strategier för god vård i livets slutskede:

- Vården är väl planerad för att möta patientens och anhörigas behov
- Tidigare erfarenheter och data från register används i ett kontinuerligt förbättringsarbete

Patientsäker vård: Nämndens övergripande målsättning med det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet ska även förebygga lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kan undvikas genom att vårdgivaren vidtar adekvata åtgärder.

Personcentrerad vård: Inom verksamheterna utformas det stöd som ges utifrån individens förmågor, vanor och intressen i syfte att hen ska känna sig delaktig, uppleva välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. Kontaktpersonen dokumenterar i genomförandeplan om dagliga rutiner, önskan om personlig vård samt livsstil. I hälsoplanen dokumenterar sjuksköterskan, arbetsterapeuten och fysioterapeuten/sjukgymnasten planeringen av patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Vården ska utgå ifrån individens förutsättningar, resurser och behov. Det innebär ett samspel mellan den enskilde, närstående, baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Det dagliga arbetet genomförs sedan med genomförandeplanen, patientens levnadsberättelse och hälsoplan som grund.

Inom verksamheterna samarbetar det multiprofessionella teamet i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. Teammöten genomförs med regelbundenhet och under dessa diskuteras patientens behov utifrån en helhetssyn samt med vilka arbetssätt och strategier den personcentrerade vården och omsorgen kan utvecklas för den enskilde.

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

När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livsförlängande till lindrande ska ett brytpunktssamtal genomföras. Samtalet är med patient och/eller anhöriga och kan hållas vid ett eller flera tillfällen. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hen vill ha det under den sista tiden.

Som ett stöd till anhöriga efter att patienten avlidit erbjuds efterlevandesamtal en tid efter dödstödsfallet. Samtalet är mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnes anhöriga. Alla anhöriga behöver inte ha ett efterlevandesamtal men att erbjudas det uppfattas som ett stöd i sig. Detta är också i linje med WHO:s definition, att palliativ vård inte slutar i och med dödsfallet, utan inbegriper visst fortsatt stöd till sörjande.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden är ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivs i Farsta SDF.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen anmäls till nämnd.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Verksamhetschef ska samverka och samråda med MAS och MAR i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar för patientsäkerhetsarbetet utifrån hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta SDF består av verksamhetschefer, MAS, MAR, controller och dietist. Styrgruppen beslutar om gemensamma satsningar inom patientsäkerhetsområdet.

Enhetschef i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god och säker vård. Hen ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Baspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgift/er via delegering är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet är fastställt av nämnd och återfinns i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Organisationsförändringar

Under året har organisatoriska förändringar varit aktuella inom samtliga verksamheter i samband med att Stockholms stads chefsstruktur har införts.

Postiljonens vård- och omsorgsboende: Verksamheten har under året omorganiserats för att utöka antalet korttids-/växelvårdsplatser från 15 till 24 platser.

Edö dagverksamhet: Under tiden för byggnationen av seniorbostäder vid Edö flyttade dagverksamheten tillfälligt till lokaler vid Postiljonens vård- och omsorgsboende. I samband med att seniorbostäderna var färdigställda flyttade verksamheten tillbaka till lokalerna vid Edö vård- och omsorgsboende den 1 september.

Förvaltningen har under året haft en utvecklingsledare för GNVO/KSA (kommunens samordnade funktion).

Samverkan

Samverkan bedöms i huvudsak fungera väl. Behov av utvecklad eller fördjupad samverkan identifieras fortlöpande genom avvikelshantering, egenkontroller och dialog med samverkansparter, och hanteras inom ramen för verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete

Extern samverkan

Samverkan med läkare: Regionen ansvarar för läkarinsatserna inom vård- och omsorgsboenden. Samtliga vård- och omsorgsboenden har fasta läkare, som arbetat i flera år på enheterna och som besöker enheterna varje vecka samt vid behov. Regelbunden samverkan med vårdcentral och psykiatrimottagningar-/slutenvård.

Samverkan med regionens geografiskt samordnande funktion, GSA: Under året har den etablerade samverkan mellan GSA, KSA, MAS och MAR fortlöpt. Samordnaren är verksamhetschef på en av Farstas vårdcentraler och innehar ett samordningsansvar för samtliga vårdcentraler i Farsta. Exempel på frågor som behandlats är exempelvis aktuella kontaktvägar och utveckling av samarbetsformer.

God och nära vård och omsorg, GNVO: Förvaltningens utvecklingsledare för GNVO/KSA (kommunens samordnade funktion) har under året samverkat med olika aktörer i flera forum. Bland annat i KSA-nätverk sammankallat av Storsthlm, studiebesök på förvaltningen för ST-läkare från närliggande vårdcentraler med syfte att informera och skapa bra förutsättningar för framtida samarbete. Deltagit vid klustermöten som arrangeras av GSA i Farsta med övriga vårdcentraler. Vid mötena diskuterades bland annat vårdcentralernas medverkan i den öppna seniorverksamheten samt hur information om nämndens förebyggande arbetet kan spridas. Samverkansmöte mellan KSA och GSA i Farsta samt GSA i Skarpnäck har startats upp. Vid dessa möten har övergripande frågor och planering för gemensamma projekt diskuterats om utskrivning från korttidsboende samt egenvård.

Inom ramen för God och nära vård har under året extern samverkan påbörjats med primärvården och läkarorganisationen, med fokus i att stärka upp vårdövergångar från och till korttidsenheten i Farsta. Denna samverkan kommer att fortsätta under 2026.

Även samverkan gällande egenvård har påbörjats för att enas om arbetssätt kring egenvård och underlätta för bedömare och mottagare av egenvårdsintyg. Deltagare är beställarenhet, hemtjänstutförare, vårdcentraler, primärvårdsrehab, MAS, MAR, kommunens samordnare (KSA) och regionens geografiska samordnare (GSA). Arbetet sker tillsammans med Skarpnäck stadsdelsförvaltning.

Samverkan kring säker läkemedelshantering: Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs varje år av Apoteket Farmaci AB.

Samverkan med Vårdhygien: Vård- och omsorgsboenden har genom avtal med Vårdhygien tillgång till rådgivning och undervisning samt hjälp med att kvalitetssäkra den egna verksamheten, t ex genom hygienrond eller uppföljning av tidigare föreslagna åtgärder.

Kliniskt träningscentrum, (KTC): kan användas för utbildning inom hälso- och sjukvård.

Samverkan med jourföretag: Jourorganisationen, Klara T, har under året bemannat med sjuksköterskor på avdelningens vård- och omsorgsboenden den tid som ordinarie sjuksköterskor inte tjänstgör, och har en inställetid på 30 minuter vid bedömt behov av akut

besök. Mycket god samverkan mellan organisationerna, både avseende gemensam planering och utredning av avvikelser. MAS och avdelningschef har haft avtalsuppföljning med verksamhetschef på Klara T. Båda parter är nöjda med samarbetet.

Samverkan med Palliativt kunskapscentrum, PKC: PKC i Stockholms län samfinansieras av Region Stockholm och kommuner i Stockholms län. Verksamheten drivs i SLSO:s regi (Stockholms läns sjukvårdsområde). För att möta personalens behov av kunskap erbjuder PKC utbildningar för olika målgrupper och verksamhetstyper. Kunskap om palliativ vård bidrar till ett tydligt fokus på teamarbete vilket är viktigt för en god vård men också för en god arbetsmiljö för medarbetarna. Representanter från förvaltningen, vanligtvis MAS, avdelningschef och verksamhetscontroller, samverkar med PKC årligen. Samverkan innehåller planering och uppföljning av kommande och genomförda åtgärder.

Samverkan med Smittskydd Stockholm: Regelbunden kontakt, främst mellan MAS och smittskyddssjuksköterska. Smittskydd Stockholm har också kontaktats direkt av enheterna.

Mobil tandvård: Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuder till berättigade personer inom vård- och omsorgsboenden. Det finns en väl etablerad samverkansmodell mellan region och kommun för att erbjuda munhalsobedömning och nödvändig tandvård till berättigad person samt munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. Under 2025 har Oral Care haft uppdraget.

Samverkan med stadsdelsnämndens pensionärsråd: Under året har pensionärsrådet bjudit in beställarenhet äldres chef för dialog om frågor som insatsbeslut och utskrivningar från slutenvården.

Samverkan med Södersjukhuset, SÖS: Nätverket för ökad samverkan. SÖS tillsammans med Geriatrik, SÄBO¹-verksamheter och ASIH². Syfte att skapa en säker vårdkedja för den äldre patienten. Representanter: Säbochefer, MAS, MAR.

MAS och MAR samverkar med stadsarkivarier och stadsdelsarkivarie för utveckling av hanteringsanvisningar för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samverkar kontinuerligt med externa leverantörer av medicintekniska produkter och med leverantörer för service av medicintekniska produkter.

Fokusvecka Uppmärksamma undernäring

Äldreomsorgen i egen regi har deltagit i den nationella fokusveckan under december. Inom den förebyggande öppna seniorverksamheten arrangerades Farstas hälsovecka i samverkan med stadsdelens dietist, MAS, MAR, logoped, Primärvårdsrehab samt Farsta simhall. Syftet med hälsoveckan var att sprida kunskap och inspiration kopplat till kost, fysisk aktivitet och hälsa. Förvaltningen informerade invånarna om hälsoveckan via sociala medier, annons i Mitti, affischer, flyers och kalendariet på webben; stockholm.senior. I anslutning till fokusveckan deltog personalen inom hemtjänst, dagverksamhet samt vård- och omsorgsboende genom att titta på utbildningsfilmer om dysfagi (ät- och sväljsvårigheter).

Intern samverkan

Tvärprofessionella team träffas regelbundet för att upprätta och följa upp boendes

¹Särskilt boende för äldre

²Avancerad sjukvård i hemmet

hälsotillstånd. Till stöd finns bland annat enheternas egna framtagna agendor för teammöten. Där behov föreligger används också Svenskt Demenscentrums *checklista demens*.

Dietist: Samverkar med chefer och medarbetare på samtliga vård- och omsorgsboenden och har regelbundna möten med mat- och måltidsombud. Dietist ingår i förvaltningens styrgrupp för hälso- och sjukvård och samverkar regelbundet med stadens andra dietister, MAS, MAR och verksamhetscontroller. Samverkar även med Förebyggande enheten och har haft öppna träffar med seniorer i Farsta. Tillsammans med Förebyggande enheten och MAR genomfördes en öppen föreläsning om fallförebyggande åtgärder utifrån respektive profession.

Regelbundna möten med MAS/verksamhetschefer med fokus på aktuella patientsäkerhetsfrågor.

Styrgrupp hälso- och sjukvård: I styrgruppen ingår samtliga verksamhetschefer enligt HSL, dietist, MAS, MAR och verksamhetscontroller. Avdelningschef vid behov, samt inbjudna gäster. Fokus på patientsäkerhet, gemensam styrning, samplanering, kvalitetsutveckling och erfarenhetsåtervinning.

Samverkan i enheternas kvalitetsråd: Samtliga vård- och omsorgsboenden har månatliga tvärprofessionella kvalitetsråd. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas, och att säkerställa god och säker vård och omsorg utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Kvalitetsrådet fokuserar på gemensamt lärande och är en del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vid kvalitetsråden diskuterar deltagarna orsaker och följer upp förebyggande åtgärder. Kvalitetsråden följer en gemensam mall, vilken tagits fram i styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta.

Samverkan mellan Ängsö vård- och omsorgsboende och Edö vård- och omsorgsboende: Arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster från Edö vård- och omsorgsboende ansvarar för bedömningar och åtgärder för patienter på Ängsö vård- och omsorgsboende.

Upprätta handlingar och arkivera: Regelbunden samverkan med förvaltningens arkivarie.

Planera och genomföra insats: Samverkan mellan biståndshandläggare och berörda yrkeskategorier på vård- och omsorgsboende.

Inom rehabiliteringsområdet samverkar MAR med arbetsterapeut och fysioterapeut, dels lokalt enhetsvis två gånger per år, samt på nätverksträffar för söderort en till två gånger per år. Teman för nätverksträffar är framtida utvecklingsområden.

Samverkan med patient och anhöriga beskrivs närmare under rubriken *Patienten som medskapare*.

Systematisk samverkan kring avvikelser

Kvalitetsråd: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Styrgrupp för hälso- och sjukvård: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Informationssäkerhet

Samtliga medarbetare ska genomföra de obligatoriska webb-utbildningarna i informationssäkerhet och dataskydd. Verksamhetschefer HSL arbetar löpande med registreringar i GDPR-verktyget Draftit. Informationssäkerhetsklassningar med verktyget KLASSA genomförs för potentiella nya system.

Informationssäkerhetsarbetet utgår från gällande lagstiftning, föreskrifter och stadens styrdokument, och omfattar områden som sekretess, behörighetsstyrning, loggkontroller, dokumentation och personuppgiftshantering. Ansvar för informationssäkerheten delas mellan verksamhetschef, enhetschefer, legitimerad personal och övriga medarbetare utifrån respektive roll och ansvar. Utifrån förra årets riskbedömning och registrering av personuppgiftsbehandlingar i Draftit identifierades det som ett utvecklingsområde. Enheterna har under året arbetat för att säkerställa ändamålsenliga arbetssätt för att uppnå fastställda krav vilket genom egenkontroll har visat förbättrade resultat i jämförelse med förra året. Behörigheter till journalsystem och andra verksamhetskritiska system tilldelas utifrån arbetsuppgifter och följs upp vid förändrad eller avslutad anställning. Kontroller av behörigheter genomförs för att säkerställa att endast personal med behov av åtkomst har tillgång till patientuppgifter. Loggkontroller i journalsystem genomförs enligt fastställda rutiner.

Strålskydd

Exponering för eller förekomst av arbetsmoment med strålning förekommer inte.

En god säkerhetskultur

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personal har därför en skyldighet att rapportera avvikelser, det vill säga risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar,
- rapportera och registrera avvikelser,
- tillsammans med verksamhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

Enheterna ska arbeta för en säkerhetskultur som präglas av ett öppet och tillitsfullt arbetsklimat där medarbetare känner sig trygga att rapportera, diskutera och ställa frågor kring patientsäkerhet. Verksamheterna arbetar kontinuerligt för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården. Identifierade risker, avvikelser och tillbud hanteras strukturerat och används som underlag för lärande och förbättring. Fokus ligger på att förstå bakomliggande orsaker och vidta förebyggande åtgärder, snarare än att peka ut enskilda individer. Ett icke

skuldbeläggande förhållningssätt är centralt i arbetet och bidrar till ökad rapporteringsbenägenhet och öppen dialog.

Öppen kommunikation kring risker och säkerhet främjas genom daglig dialog i på teammöten, överrapporteringar samt vid behov riktade uppföljningar av inträffade händelser. Lärande sker även i det dagliga arbetet, genom dialog mellan medarbetare, legitimerad personal och chefer. Erfarenheter från både negativa händelser och positiva resultat används för att utveckla arbetssätt och stärka säkerheten i vården. Som en del av arbetet med säkerhetskultur används avvikelshantering som ett centralt verktyg för uppföljning och dialog kring patientsäkerhet. Avvikelser rapporteras, analyseras och följs upp i syfte att identifiera riskområden och förbättringsbehov. Genom detta samlade arbetssätt skapas förutsättningar för en säkerhetskultur där lärande, öppenhet och gemensamt ansvar bidrar till att förebygga vårdskador.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Enheternas arbete med att säkerställa adekvat kompetens utgår från fastställda planer för kompetensutveckling och kompetensförsörjning med identifierade behov av kompetensutveckling genom bland annat dialog, uppföljning, egenkontroller och avvikelshantering.

Bland de kompetenshöjande insatser som genomförts under året återfinns:

- Äldreomsorgslyftet, grundläggande utbildning till undersköterska erbjuds till vårdbiträden samt specialistkompetens för undersköterskor
- fortlöpande webbutbildningar; delegering för handhavande av läkemedel, basala hygienrutiner, social dokumentation
- Förflyttningsteknik
- Varje vård- och omsorgsboende arbetar med språkombud, i syfte att säkerställa en säker kommunikation.
- Bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns utbildade Stjärnmärktinstruktörer samt BPSD-administratörer.
- Utbildning för legitimerad hälso- och sjukvård i digital rådgivning

Palliativt kunskapscentrum, PKC

Genom utbildade palliativa ombud och tvärprofessionella råd Inom verksamheterna sprids kunskap om det palliativa förhållningssättet som stärker och utvecklar arbetet.

Palliativa ombud har deltagit i Palliativombudsträff, erbjudna av Palliativt kunskapscentrum, PKC.

ESF-projekt

Via ESF-projektet *Kompetensutveckling i äldreomsorgen* har medarbetare deltagit eller deltar i olika utbildningsmoduler utifrån individuellt identifierat behov av utbildning. Deltagande i

utbildning görs för att uppnå fastställda kompetenskrav för bevis om skyddad yrkestitel undersköterska. Syftet med projektet är att ta fram en arbetsnära och flexibel utbildningsmodell som möter de behov som medarbetarna har av utbildning. Enheter inom nämndens verksamheter har även tagit del av ESF-projektets chefsstöd.

Nätverk

Förvaltningen arbetar också för att enheternas sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster ska känna varandra och ha naturliga nätverk även utanför den egna enheten. MAR och MAS bjöd in hälso- och sjukvårdspersonal och chefer till en eftermiddag med visning av ett flertal medicintekniska produkter. Fokus låg på teknik med inriktning mot att möta framtida utvecklingsbehov. Som en följd av produktvisningen initierades under hösten ett mindre pilotprojekt för att prova på förflyttningshjälpmedlet TurnAid. Pilotprojektet genomförs vid Edö samt Postiljonens vård- och omsorgsboende. Slutlig utvärdering planeras att genomföras under våren 2026.

Kunskap inom nutritionsvårdsprocessen

Dietist har haft handlednings- och utbildningstillfällen för både baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Tillfällen har handlat om hur måltidsmiljön kan anpassas för personer med kognitiv svikt, näringsrika mellanmål, deltagit i utbildningsinsats med fokus på teamets roll inom nutrition, nutritionsåtgärder och uppföljning vid undernäring/risk för undernäring samt genomgång av kosttillägg.

I samband med att det år 2024 genomfördes en dietistledd pilotutbildning inom nutrition, för teamet (baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal) på Edö- vård- och omsorgsboende, planerades att utbildningen också skulle genomföras på de andra två vård- och omsorgsboendena efterföljande år. Under året har teamen på vård- och omsorgsboendena Postiljonen och Ängsö genomfört utbildningen, som bygger på Socialstyrelsens webbutbildning "Ett näringsrikt samarbete" resulterat i fördjupad kunskap och förståelse om nutrition samt möjlighet till reflektion för teamet med fokus på mat, måltider och nutrition.

Sjuksköterskeutbildning

Enligt den fördelning av stadens stadsdelsområden som Stockholms lärosäten för sjuksköterskeutbildningar har så tar nämndens vård- och omsorgsboenden emot studenter från Marie Cederschiölds högskola, MCH. Under året har verksamheterna tagit emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning. Studenter erbjuds handledning av legitimerad personal och introduceras i verksamhetens rutiner, arbetssätt och patientsäkerhetsarbete. Detta bidrar både till studenternas lärande och till att stärka verksamhetens kompetensförsörjning samt reflektion kring det egna arbetet.

Säker bemanning och schemaläggning

Verksamheterna arbetar aktivt med säker bemanning och schemaläggning utifrån kunskap om rådande vårdbehov, medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Bemanningen planeras för att säkerställa tillgång till rätt kompetens vid rätt tid, med hänsyn till verksamhetens behov och patientsäkerhetsaspekter. Vid förändrade vårdbehov eller identifierade risker görs anpassningar för att upprätthålla en trygg och säker vård. Exempelvis har de förändringar som genomförts inom Edö vård- och omsorgsboende, i samband med införande av Stockholms stads chefsstruktur och utökning av sjukskötersketjänst, inneburit ändrad ledningsstruktur och bemanning. Uppföljning visar att ur ett patientsäkerhetsperspektiv bedöms de ha bidragit till tydligare ansvarsfördelning, närmare ledarskap, förbättrade förutsättningar för planering, uppföljning och stöd till medarbetare samt stärkt kontinuitet i verksamheten. Genomförda

förändringar i sjuksköterskebemanning inom Postiljonen vård- och omsorgsboende gjordes i slutet av året och uppföljning och utvärdering kommer att ske år 2026.

Arbeterapeuter och fysioterapeuter

Postiljonens vård- och omsorgsboende har fysioterapeut och arbetsterapeut på plats i verksamheten. Det samma gäller för Edö vård- och omsorgsboende. Fysioterapeut och arbetsterapeut på Edö arbetar även på Ängsö vård- och omsorgsboende.

Dokumentation

Postiljonen har under hösten anställt en sjuksköterska som har kompetens inom Vård av äldre samt utbildad Silviasjuksköterska. Sjuksköterskan är även utbildad Vodokhandedare och kommer att utbilda samtliga sjuksköterskor inom dokumentation och att upprätta hälsoplaner enligt ICF.

Patienten som medskapare

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

Inom verksamheterna har det multiprofessionella teamet samverkat i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. I samband med att en patient flyttat in på vård- och omsorgsboende har ett välkomstsamtal hållits och information lämnats. Under samtalet har patienten och hans anhöriga informerats om verksamhetsspecifik information som exempelvis kontaktuppgifter, hantering av klagomål och synpunkter, anhörigstöd, palliativt förhållningssätt och vård i livets slut. Levnadsberättelser används i syfte att stärka det individuella bemötandet. I samband med inflyttning har även en vårdplanering genomförts samt ett läkarbesök som inkluderar läkemedelsgenomgång. Vårdplaneringen har genomförts tillsammans med patient och baspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Vid behov har även enhetschef deltagit. Anhöriga har erbjudits att delta vårdplanering och patientvården förutsatt att patienten lämnat sitt samtycke till det. Utifrån patientens samtycke har sjuksköterskan vid behov kontaktat anhöriga för att informera om vård och behandling. När patienten har nedsatt beslutsförmåga involveras anhöriga eller företrädare i enlighet med gällande regelverk och patientens önskemål.

Inom korttids- och växelvårdsavdelningarna på Postiljonen vård- och omsorgsboende har en ny rutin införts som innebär att baspersonal kontaktar anhöriga ett dygn efter att patient inkommit, efter samtycke från patient, och berättar hur patienten har haft det.

Inom enheterna finns olika exempel på former för samverkan med patienter och deras anhöriga. Det kan vara genom boenderåd, anhörigträffar, enskilda samtal eller utskick med information om planerade och genomförda aktiviteter och förändringar i verksamheten. Anhörigas kunskap om patientens vanor, behov och önskemål tas tillvara för att stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Via anhörigträffar finns möjlighet att lämna synpunkter och ta del av information om verksamheten. Anhöriga informeras om aktiviteter som anordnas centralt inom anhörigstöd och vid behov förmedlas kontakt till förvaltningens anhörigkonsulent.

Patientmedverkan i utvecklingsarbete sker genom att erfarenheter, synpunkter och behov från

patienter och anhöriga beaktas vid utveckling och anpassning av arbetssätt, rutiner och insatser. Detta kan exempelvis avse bemötande, information, vårdprocesser och samverkan kring den enskilde. Även positiva erfarenheter används för att stärka och vidareutveckla patientsäkra arbetssätt. Resultat av biståndshandläggarnas kvalitetsuppföljning på individnivå och brukarundersökning analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet.

I Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* får respondenterna svara på hur de upplever tillgängligheten till personal. På vård- och omsorgsboenden ansvarar kommunen för den hälso- och sjukvård som ges av sjuksköterskor medan regionen ansvar för den hälso- och sjukvård som ges av läkare. Upplevelsen av tillgången till personal, sjuksköterska och läkare varierar mellan män och kvinnor. Sammantaget upplever kvinnorna i högre grad än männen att det är lättare att komma i kontakt med personalen, sjuksköterskor och läkare vid behov. Andelen som upplever det mycket/ganska lätt att komma i kontakt med läkare har sammantaget blivit lägre jämfört med föregående års undersökning. Andelen som svarar att det är varken lätt eller svårt har ökat. En högre andel respondenter jämfört med föregående år upplever att det är mycket eller ganska lätt att träffa sjuksköterska vid behov. Respondenternas upplevelse av tillgänglighet till personal har förbättrats i jämförelse med förra året.

Synpunkts- och klagomålshantering

Patienters och anhörigas synpunkter och klagomål tas emot, dokumenteras och hanteras enligt fastställda rutiner. Mottagna synpunkter och klagomål registreras och analyseras av chef tillsammans med lämpliga deltagare. Åtgärder återkopplas till den som lämnat klagomål efter att ärendet har hanterats. Synpunkter och klagomål används som ett underlag för förbättringsarbete och bidrar till att identifiera risker och utvecklingsområden i verksamheten och lärdomar integreras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, baspersonal, enhetschefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård har kontinuerligt och systematiskt undersökt och analyserat orsaker till risker. Egenkontrollernas resultat är ett viktigt underlag i enheternas patientsäkerhetsarbete genom att enheternas planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder följs upp. Resultaten har redovisats och diskuterats med alla personalgrupper vid gemensamma möten. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör. Egenkontroller som har genomförts under året är bland annat inom områdena hygien, loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournaler, läkemedelshantering, måltidsobservation, medicinsk tekniska produkter (MTP), nattfasta, hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är genomförd av Apoteket Farmaci AB på alla vård- och omsorgsboenden. Granskningen har resulterat i åtgärdsplaner för alla vård- och omsorgsboenden.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.

Under året har verksamheterna haft en händelse som medfört vårdskada. Antalet vårdskador är oförändrat jämfört med 2024. Under året har inga händelser inträffat som har lett till behov av fördjupad utredning eller anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende allvarlig vårdskada.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmälts enligt Lex Maria
1	0	0

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering utgör nationellt sett ett av de största patientsäkerhetsriskområdena inom hälso- och sjukvården. Staden har under 2025 upphandlat en ny utbildning för läkemedelshantering av Apoteket. Denna har implementerats på verksamheterna och ska följas upp 2026. Apoteket Farmaci AB genomför årligen kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på samtliga vård- och omsorgsboende.

Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationen på vård- och omsorgsboende ansvarar för att patienterna får en läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov.

Strukturerade och evidensbaserade bedömningar

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

- Strukturerade och regelbundna riskbedömningar och utredningar av blås- och tarmdysfunktion, risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen genomförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och

sjukvårdsåtgärder. I enheternas preventiva arbete genomförs även suicidriskbedömningar och andra riskbedömningar utifrån patientens individuella status. Utöver riskbedömningar genomförs även bedömning av ADL-status, förflyttningar och måltidssituation.

- Kvalitetsregister som Senior alert³, Svenska palliativregistret, registret för Beteendemässiga Psykiska symtom vid Demens (BPSD) samt Svenskt demenscentrums *checklista demens* används för att analysera och utveckla kvalitet och säkerhet. Vissa av registren/verktygen kräver samtycke från patienten. I kvalitetsregistren kan enheterna följa upp att t ex brytpunktssamtal, smärtskattning, fallförebyggande åtgärder med mer har genomförts.
- I samband med försämrat hälsotillstånd hos en patient ska bedömningsinstrumentet Visam användas av sjuksköterskorna. Visam är en strukturerad metod som används för att säkerställa en systematisk undersökning och säkrare bedömning, samt vård på rätt vårdnivå. Visam ger även en säkrare informationsöverföring mellan vårdgivare, vanligtvis mellan sjuksköterska och läkare på enheten.

Basala hygienrutiner

Enheterna säkerställer en god hygienisk standard genom bland annat återkommande utbildningar inom och kontinuerlig uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler.

Samtliga enheter har markerat att egenkontrollen Basala hygienrutiner är godkänd.

Egenkontrollen omfattar att:

- samtliga medarbetare under året har genomgått webbutbildning i basala hygienrutiner
- fastställda kvalitetsmätninginstrument används enligt Vårdhygiens instruktioner som stöd för utvärdering av följsamhet till föreskrift SOSFS 2015:10
- avvikelser identifieras utifrån de resultat som uppnåts i självskattning och observation
- återkoppling gjorts till verksamhetens medarbetare av resultat som uppnåts i självskattning och observation samt planerade åtgärder
- chef har följt upp resultat av planerade åtgärder
- punkterna 2–5 genomförts till varje tertiärrapport, verksamhetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse och vid behov

Enheterna inom äldreomsorg har avtal med Region Stockholms hygiensjuksköterska, som erbjuder bland annat utbildning och hygienronder. Verksamheterna har genomfört PPM-mätning, en punktprevalensmätning som undersöker följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Verksamheterna har deltagit Svenska HALT, en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämdd dag på vård- och omsorgsboendet. Resultaten för vård- och omsorgsboende visade att det vid mättillfället var totalt en pågående behandling med

³Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus

antibiotika.

Avvikelseprocessen

Samtliga enheter har ett inarbetat arbetssätt med snabb uppföljning av team och chef när en händelse som måste utredas har inträffat. Arbetet med avvikelseprocessen har under året fortlöpt. Avvikelserna analyseras generellt sett snabbt. Fortsatt utveckling kommer att ske inom utredning, analys och åtgärd. Det systematiska arbetet i avvikelseprocessen redovisas under rubriken *Samverkan inom hälso- och sjukvård*.

Tvärprofessionella kvalitetsråd genomförs månatligen. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas, och att säkerställa god och säker vård och omsorg utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Kvalitetsråden följer en gemensam mall, vilken tagits fram i styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta. Kvalitetsråden fokuserar på gemensamt lärande och är en del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vid kvalitetsråden har deltagarna diskuterat orsaker och följt upp förebyggande åtgärder.

Dokumentation

Samtliga enheter har genomfört egenkontroller inom området.

Nattfastemätningar och måltidsmiljö

Nattfastemätningar genomförs minst två gånger per år med syfte att säkerställa att rutiner finns som begränsar nattfastan till max elva timmar, som en del i att förebygga undernäring. Vid båda mätningstillfällena hade 91 procent av de boende en nattfasta under elva timmar, vid avvikelser gör teamet en bedömning av orsak och lämpliga åtgärder sätts in. Resultatet har förbättrats i jämförelse med 2024 då 82 procent hade en nattfasta under elva timmar 19 procent nattfasta över 11 timmar.

Måltidsobservationer genomförs en gång per år på vård- och omsorgsboenden av mat- och måltidsombuden med hjälp av en stadsgemensam observationsguide. Syftet är att kvalitetssäkra måltidsmiljön. Under året har dietist varit ute på lunchbesök i verksamheterna i syfte att följa upp måltidsmiljön. Det är generellt en förbättring av temperaturkontroll på maten i samband med uppvärmning samt temperaturkontroll i kyl och frys. På de enstaka avdelningar där ytterligare insatser behövts har sådana genomförts för temperaturen ska mätas på rätt sätt.

Under året har fokus riktats mot nutritionsvårdsprocessen, v.g. se rubriken *3.3 Adekvat kunskap och kompetens*.

Medicinteknik

Enheterna har markerat att egenkontrollen Medicintekniska produkter, MTP är godkänd. För godkänd egenkontroll krävs att verksamheten har:

1. en skriftlig rutin för att säkerställa kvaliteten vid hanteringen av MTP.
2. en fullständig inventarieförteckning är upprättad där samtliga MTP inom verksamheten ingår.

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.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Åtgärder kopplade till riskanalyserna redovisades under rubrik 4.

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

Stärka analys, lärande och utveckling

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

Kvalitetsregister

Användandet av registerdata från kvalitetsregister är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

Resultat från kvalitetsregister som Senior alert och palliativa registret⁴ används som stöd i patientsäkerhetsarbetet. Registreringar och uppföljningar bidrar till ökad kunskap om riskfaktorer såsom fallrisk, risk för undernäring och trycksår. Dessa data används i planeringen av individuella åtgärder och i dialogen mellan baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utdata från palliativa registret visar sammantaget ett förbättrat resultat avseende vissa av kvalitetsindikatorerna jämfört med 2024. Skillnader ses mellan de enskilda verksamheterna avseende resultat, både vad gäller förbättrade resultat och utvecklingsområden. Ett fortsatt fokus för verksamheterna är att fortsätta det pågående arbetet för en ökad användning av registren avseende såväl registrering samt användandet av registerdata i utveckling av patientsäkerhetsarbetet.

Egenkontroller och intern kontroll

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, baspersonal, enhetschefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård har kontinuerligt och systematiskt undersökt och analyserat orsaker till risker. Egenkontrollernas resultat är ett viktigt underlag i enheternas patientsäkerhetsarbete genom att enheternas planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder följs upp. Resultaten har redovisats och diskuterats med alla personalgrupper vid gemensamma möten. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör. Egenkontroller som har genomförts under året är bland annat inom områdena hygien, loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournaler, läkemedelshantering, måltidsobservation, medicintekniska produkter (MTP), nattfasta, hälso- och sjukvårdsdokumentation. Uppföljning har även gjorts inom ramen för nämndens väsentlighets- och riskanalys. Verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar har genomfört egenkontrollen Kontroll av kvalitet på journalernas

⁴ Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten.

innehåll. I enlighet med fastställd granskningsmall har det kontrollerats i journaler om dokumentation gällande brytpunktssamtal genomförts och om palliativ vårdplan har upprättats.

Resultat: Granskningar, egenkontroller och diskussioner har genomförts under året. Samverkan för personcentrerad vård och omsorg är grundläggande för att minimera patientsäkerhetsrisker som kan leda till att den enskilde inte får insatser utifrån behov. Inom ramen för nämndens internkontroll har granskningar gjorts som omfattar samverkan mellan beställare äldre och dagverksamhet samt teamarbete mellan olika yrkeskategorier inom vård- och omsorgsboende. Beställare äldre har förtydligat rutinen som beskriver att den enskildes vårdcentral ska anges i insatsbeslut för dagverksamhet. Mot bakgrund av den valfrihet som råder för enskilda gällande listning hos vårdcentraler finns behov av att säkerställa att aktuella uppgifter finns till andra vårdgivare, detta för att fördröjning inte ska ske i kontakt då sådan kan behövas mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid Edö vård- och omsorgsboende och den enskildes ansvarig läkare. Uppföljning av granskningen visar att rutinen inte var fullt implementerad och beställare äldre kommer under 2026 att fortsätta implementeringsarbetet bland samtliga biståndshandläggare. Den granskning som genomförts av enheternas egenkontroll av dokumentation och teamarbete på vård- och omsorgsboende med fokus på ”den röda tråden” dvs teamarbete och informationsöverföring visade att samtliga egenkontroller var genomförda med resultat som identifierade utvecklingsområden samt att åtgärder var framtagna. Vidare konstaterades att verksamhetschefernas analyser av egenkontrollernas resultat visade på att man uppmärksammat och varit medveten om de utvecklingsområden som fanns kopplat till teamarbete och dokumentation. De av cheferna beslutade åtgärder har följts upp inom respektive verksamhet för att säkerställa utvecklingen framåt och redovisats i respektive verksamhetsberättelse.

Avvikelsehantering

Hälso- och sjukvårdsavvikelser har hanterats omgående och fortlöpande utifrån såväl individ- som teamperspektiv. Inom verksamheternas kvalitetsråd har avvikelser redovisats, analyserats, åtgärder har planerats och följts upp. Verksamheternas multiprofessionella team arbetar för att förebygga risker inom olika områden. På Postiljonen vård- och omsorgsboende sammankallas exempelvis hela teamet omgående när en patient har två fallincidenter eller fler inom loppet av en månad. Teammöten, genomförda riskbedömningar med uppföljningar inom teamet, förebyggande insatser med exempelvis individuellt utprovade larm, fallskyddsmattor, höftskyddsbyxor och antihalksockor ses som framgångsfaktorer.

Genom att ordinationer / insatser läggs in i Appva har förutsättningar skapats för att insatser genomförs och dokumenteras systematiskt. Teamarbete och uppföljning ses också som faktorer som bidragit till minskat antal läkemedelsavvikelser. Appva skapar möjlighet till uppföljning på individnivå.

Revision - Vård och omsorg vid demenssjukdom

Revisionskontoret har granskat om vård och omsorg vid demenssjukdom följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt kommunfullmäktiges uppdragsbeskrivningar. Granskningen omfattade äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta och Norra innerstaden. Revisorernas samlade bedömning är att vård och omsorg för personer med demenssjukdom vid särskilda boenden i kommunal regi i huvudsak utgår ifrån nationella riktlinjer och kommunfullmäktiges uppdragsbeskrivning.

Revisionskontorets rekommendationer:

Stadsdelsnämnderna Farsta och Norra innerstaden rekommenderas att:

- Utveckla registreringen av beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD) för samtliga vård- och omsorgsboenden.

Äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta och Norra innerstaden rekommenderas att:

- Fortsätta stärka samverkan med regionen gällande samordnad individuell plan (SIP).

Avvikelser

Alla avvikande händelser som kan beröra hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok. Därefter bedömer verksamhetschef om händelsen beror på en brist inom hälso- och sjukvård. Om verksamhetschefen bedömer att händelsen hade kunnat undvikas med fler eller andra preventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet är det en avvikelse inom hälso- och sjukvård. Även MAS och MAR kan göra denna bedömning.

För **fall** gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet. Om fallet har lett till en fraktur markeras detta i avvikelsemodulen.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

Arbete med avvikelseprocessen under året

Synpunkter, klagomål och avvikelser relaterade till hälso- och sjukvård hanteras skyndsamt. Avvikelser registreras i avvikelsemodulen i Vodok. Verksamhetschefer har haft en aktiv roll i bedömning av inkomna avvikelser och i att avgöra om händelserna utgör brist inom hälso- och sjukvård. Bedömningarna har vid behov skett i dialog med MAS och MAR, särskilt vid allvarligare händelser, oklara ansvarsförhållanden eller avvikelser som rör medicintekniska produkter. Detta har stärkt rättssäkerhet och likvärdighet i bedömningarna.

I verksamheternas månatliga, tvärprofessionella kvalitetsråd redovisas och analyseras inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser. Löpande dialog har under året förts inom verksamheterna om vikten av att hantera avvikelser som en naturlig del i verksamheten i syfte att förebygga risker och säkerställa en trygg och säker vård.

Analys av årets hälso- och sjukvårdsavvikelser

Antalet avvikelser gällande läkemedel som bedöms bero på brister i hälso- och sjukvården har ökat jämfört med föregående år. Ökningen kan förklaras av tidigare felaktig rapportering. Det finns därför ett behov av att enheterna stärker sitt systematiska arbete med läkemedelshantering.

Avvikelser inom specifik omvårdnad har minskat jämfört med 2024. Minskningen kan delvis förklaras av förändrade arbetssätt men möjligheten till viss underrapportering kan inte helt uteslutas.

Inom vård- och omsorgsboendena i egen regi har förekomsten av trycksår varit låg. Endast två trycksår har uppkommit i verksamheten under året. Underrapportering bedöms som osannolik

då medvetenheten kring identifiering och rapportering av trycksår är hög i verksamheten. Mot bakgrund av de betydande konsekvenser som trycksår kan medföra för patienten är det angeläget att fortsätta förebyggande åtgärder vidtas för att minska risken för framtida skador.

Avvikelser relaterade till brister i vårdkedjan har ökat under året. Ökningen kan delvis förklaras av det arbete som genomförts för att stärka medvetenheten kring vårdkedjan och de avvikelser som kan uppstå i samverkan mellan olika vårdgivare. Ett utökat och fördjupat samarbete med regionens primärvård och akutsjukhus kan också ha bidragit till att fler avvikelser identifierats och rapporterats. Ingen av de rapporterade avvikelserna bedöms bero på brister i den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi.

Under året har inga avvikelser avseende vårdrelaterade infektioner rapporterats från någon enhet. För att fortsatt stödja och säkerställa ett gott och förebyggande arbete inom området finns det anledning att även framöver uppmärksamma behovet av fortsatt kunskapsutveckling och dialog kring vårdrelaterade infektioner.

Det totala antalet rapporterade fallhändelser för 2025 är 427.

Jämställdhetsanalys

Avvikelsesystemet medger inte någon automatisk statistik baserat på juridiskt kön. Statistiken för de avvikelser som bedömts som brist i hälso- och sjukvård har tagits fram manuellt, men ger inte tillräckligt underlag för att analysera utifrån jämställdhetsperspektivet. Fler faktorer behöver vägas in, till exempel den totala könsfördelningen och hur sjukdomar och funktionsnedsättningar är fördelade mellan kön.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som saknar slutlig bedömning	Antal rapporterade avvikelser där slutlig bedömning visar på skada	Antal skador som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård
Läkemedel	189	33	1	1	139
Specifik omvårdnad	39	11	2	0	13
Specifik rehabilitering	2	0	0	0	0
Trycksår	2	1	1	1	1
Vårdkedjan	30	6	1	0	10
Vårdrelaterad infektion	0	0	0	0	0
totalt	262	51	5	2	163

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall som	Antal rapporterade fall där slutlig	Antal fallrelaterade skador som bedömts bero	Antal rapporterade fall som bedömts bero
--	-----------------------------	-------------------------------------	--	--

	saknar slutlig bedömning	bedömning visar skada	på brist i hälso- och sjukvård	på brist inom hälso- och sjukvård
427	110	51, varav 5 frakturer	0	6

Under året har antalet rapporterade fall utan slutlig bedömning ökat, vilket gör den nuvarande statistiken över skador och frakturer preliminär. När alla ärenden är bedömda kommer statistiken att ge en mer fullständig och rättvisande bild, vilket stärker patientsäkerhetsarbetet.

Tillbud med medicinteknisk produkt

Antal tillbud med medicinteknisk produkt som anmälts till Läkemedelsverket, tillverkare och IVO	kommentar
0	gäller samtliga enheter

Klagomål, synpunkter och beröm

Samtliga enheter har rutiner för hantering av synpunkter, klagomål och beröm, för att de ska kunna ingå i det systematiska kvalitetsarbetet. Samtliga enheter använder kvalitetsråd och/eller andra personalmöten för att informera om och analysera synpunkter och klagomål.

Rutinerna omfattar ansvarsfördelning mellan personal och chefer, samt processen för hantering och återkoppling. Synpunkten åtgärdas direkt eller så snart det är möjligt beroende på dess art. I de fall det berör enskild medarbetare tar enhetschefen upp det med berörd person. I de fall klagomålen eller synpunkterna berör övergripande rutiner eller arbetssätt ses rutinerna över och revideras om så är nödvändigt. Samtliga synpunkter, klagomål och beröm redovisas i förvaltningens ledningssystem ILS. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas enbart de synpunkter, klagomål och beröm som rör hälso- och sjukvård.

Farsta stadsdelsförvaltning har under året inte haft några registrerade ärenden eller klagomål hos patientnämnden. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som hjälper patienter när det har uppstått problem i kontakt med en vårdgivare eller om de har klagomål på bemötande, attityder och kvalitet.

Synpunkter, klagomål och beröm som rör hälso- och sjukvård

Synpunkt, klagomål eller beröm?	vad gällde synpunkten/klagomålet/berömmet?	Från vem? (patient/närstående/samverkanspartner/annan)	Åtgärd	Återkoppling
Synpunkt/klagomål	Överrapportering. Primärvården hade fått bristande information vid hemgång från korttidsvård	Vårdcentral	Översyn av rutin och ändring av rutin gällande överrapportering	Återkoppling har skett via brev
Klagomål	Anhörig upplevde att personal hanterade	Anhörig	Genomgång av händelsen,	Återkoppling gjord till

	medicinteknisk pump på ett bristfälligt sätt och att detta skapade otrygghet och återkommande problem.		dialog med berörd personal samt översyn av rutiner och ansvar kring hantering av pump.	anhörig via samtal
Synpunkt/klagomål	Anhörig upplevde att dubbelbemanning inte följdes vid omvårdnad. Händelsen utreddes och bedömdes vara ett missförstånd utan faktisk avvikelse från ordination.	Anhörig	Händelsen utreddes och klargjordes. Personalens arbetssätt förklarades	Återkoppling gjord till anhörig via samtal

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.

Under året har avdelningen för äldreomsorgs risk- och sårbarhetsanalys, RSA, reviderats och uppdaterats, i enlighet med den övergripande RSA-processen. Enheterna har aktuella kontinuitets- och beredskapsplaner samt beredskapslager. Arbetet sker i samarbete med bland annat förvaltningens dietist och säkerhetsansvarig. Under den nationella beredskapsveckan har en övning genomförts inom nämndens vård- och omsorgsboenden. Övningen gav insikter om vad verksamheten redan har beredskap för och om arbetssätt och rutiner finns som behöver utvecklas för att vara än bättre rustade.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Verksamheterna har arbetat med de aktiviteter/åtgärder som styrgruppen tagit beslut om avseende år 2025 för att uppnå målen Patientsäker vård, Personcentrerad vård och omsorg samt God vård i livets slutskede. Verksamheterna har arbetat med att omsätta analyser, kvalitetsregister och egenkontroller till praktisk handling i det dagliga arbetet. Under året som gått har arbetet visat att registerdata, avvikelseanalyser och uppföljningar i högre grad behöver integreras i teamarbete, vårdplanering och verksamhetsutveckling för att fullt ut bidra till ökad patientsäkerhet.

Patientsäker vård och Personcentrerad vård och omsorg

Analysverktyget för ökad patientsäkerhet ska användas inom nämndens vård- och omsorgsboenden. Åtgärder utifrån analys ska finnas dokumenterade i ILS-webb samt följas upp där. Analysverktyget har under året inte använts i den omfattning som var planerat.

Dokumentation som lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer är en grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet. Verksamheterna har genomfört dokumentationsgranskning med fokus på teamarbetet "den röda tråden", riskbedömningar, hälsoplaner samt uppföljning av dessa.

För att stärka verksamhetschefer anordnades under hösten av äldreförvaltningen ett seminarium med Ulf Fröberg, chefsjurist från Institutet för medicinsk rätt, som verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvård erbjöds delta på. Verksamhetschefer inom vård- och omsorgsboende i egen regi i Farsta har också erhållit varsitt exemplar av boken Verksamhetschef i hälso- och sjukvård & tandvård, en nyckelroll i patientsäkerheten (Institutet för Medicinsk Rätt).

Inom verksamheterna har arbetet fortgått med att säkerställa att utbildade BPSD-administratörer finns, aktivt arbeta med kvalitetsregister och integrera riskbedömningar och planerade åtgärder i Senior alert i patienternas hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalerna

God vård i livets slutskede/Personcentrerad vård:

Utdata från palliativa registret visar sammantaget ett förbättrat resultat jämfört med 2023 avseende vissa av de sju kvalitetsindikatorerna. Av de sju kvalitetsindikatorerna utgörs sex av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Därtill redovisas uppgifter om mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

- Vårdplan
- Dokumenterat brytpunktssamtal
- Ordinerad injektion med stark opiod vid smärtgenombrott
- Dokumenterad munhälsobedömning i sista levnadsveckan
- Ordinerad injektion med ångestdämpande vid behov,
- Smärtskattats sista levnadsveckan
- Avlidna utan trycksårkategori 2–4 samt
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Plan för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet 2026

Verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs kommer under år 2026 fortsatt att arbeta utifrån de fastställda strategierna med målen patientsäker vård, personcentrerad vård och omsorg samt god vård i livets slutskede. Verksamheterna kommer även att fortsätta arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet; *Agera för säker vård 2025–2030* som stödjer det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bidrar med struktur och leder till ökad kunskap och medvetenhet. Analysverktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete ska användas inom samtliga vård- och omsorgsboenden. Verktyget bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan och ger stöd för att identifiera förbättringsområden och prioritera insatser. Syftet med verktyget är att skapa ett mer proaktivt arbetssätt där alla nivåer tar hänsyn till arbetet med patientsäkerhet. Verktyget har tagits fram av nationell arbetsgrupp för stärkt patientsäkerhetsarbete och bygger på Socialstyrelsens handlingsplan ”Agera för säker vård”.

Vidare kommer verksamheterna aktivt arbeta för att implementera den utvecklade nationella demensstrategin, *Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028*, som inkluderar det förebyggande, hälso- och sjukvården, forskningen och omsorgen.

Under kommande år finns behov av ökad kunskap om avvikelshantering för medarbetare som hanterar livsmedel. Detta kommer vara del av innehållet i utbildningen Livsmedelshygien som dietist kommer att samordna under år 2026.

Verksamheterna kommer under 2026 att fokusera på att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom lärande, ökad följsamhet i utförandet och säkerställa att

riskmedvetenhet omsätts i stabila och hållbara arbetssätt, även under förändrade eller oväntade förhållanden. Detta arbete omfattar utvecklandet av användande av registerdata, avvikelseanalyser och uppföljningar genom att dessa i högre grad integreras i teamarbete, vårdplanering och verksamhetsutveckling för att fullt ut bidra till ökad patientsäkerhet.

Mål	Förväntat resultat	Planerade åtgärder/aktiviteter
Patientsäker vård	Åtgärder utifrån analys finns dokumenterade i ILS-webb samt följs upp där	Analysverktyget Agera för säker vård används inom nämndens vård- och omsorgsboenden
Patientsäker vård	Den nationella strategin Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028 är implementerad	- Utbildade BPSD-administratörer finns inom alla verksamheter - Antal registreringar ökar i BPSD-registret - Riskbedömningar och planerade åtgärder i Senior alert integreras i patienternas hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalerna - Utökad användning av SveDem
Patientsäker vård/Personcentrerad vård och omsorg	Tidigare erfarenheter och data från register används i ett kontinuerligt förbättringsarbete	- Registerdata används i verksamheternas analys av patientsäkerhetsarbetet för ökad kvalitet
God vård i livets slutskede	Etik, värderingar och förhållningssätt lyfts fram	Uppföljning av att tid avsatts för reflektion
Patientsäker vård	Förbättring av slutbedömning och analys- och åtgärdsdelen vid utredning av avvikelser	- Avvikelser används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador - MAS och MAR har genomgång enhetsvis under 2026.
Patientsäker vård	Minskat antal fallhändelser Antal fall registrerade i Vodok	- Se över arbetssätt i rutiner och följsamhet till rutiner. - Säkerställa att teammöten genomförs för patienter med upprepade fall enligt regel för förebyggande av fall.