

Patientsäkerhetsberättelse för

Rinkeby Vård och Omsorgsboende
År 2025



2025-02-17

Ansvarig för innehållet: Winnie Nordangård Enhetschef

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen för Rinkeby vård och omsorgsboende syftar till att ge en översikt över de åtgärder och initiativ som vidtagits för att säkerställa patientsäkerheten för 2025. Syftet är att beskriva verksamhetens strävan efter att erbjuda en trygg vårdmiljö av god kvalitet för våra boende.

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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 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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vård skador.....	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9-10
Patienten som medskapare	9-10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vård skador	10

Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling.....	12
Avvikelse.....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR	15

SAMMANFATTNING

Under 2025 har verksamheten bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med Patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter.

Fokusområden har varit fallprevention, läkemedelshantering, dokumentationskvalitet, basala hygienrutiner och avvikelshantering. Antalet rapporterade avvikelser har ökat jämfört med föregående år, vilket bedöms vara ett resultat av förbättrad rapporteringskultur snarare än försämrad kvalitet.

Verksamheten har även bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med fokus på att förebygga vårdskador och säkerställa god och trygg vård. Arbetet har omfattat regelbunden uppföljning av avvikelser, riskbedömningar samt kvalitetskontroller. De vanligaste avvikelserna har rört fall och läkemedelshantering. Förebyggande åtgärder har inkluderat individuella riskbedömningar, åtgärdsplaner, läkemedelsgenomgångar samt utbildningsinsatser för personalen. Arbetet med basala hygienrutiner har följts upp genom egenkontroller och kontinuerlig handledning.

Boende och närstående har erbjudits delaktighet i vårdplanering genom ankomstsamtal och uppföljning. Synpunkter och klagomål har hanterats skyndsamt och använts i förbättringsarbetet.

En del av målen för 2025 har uppnåtts och kommer att fortsätta arbetas med kontinuerligt under 2026 för att säkerställa patientsäkerheten. De mål som inte har uppnåtts kan förklaras av att verksamheten under årets andra halva saknade sjuksköterskor. Detta har påverkat arbetet inom flera områden, bland annat registrering i Senior Alert och Palliativa registret.

Verksamheten har under 2025 blivit Stjärnmärkt enligt demenscentrum certifiering. Det innebär att vården bedrivs

personcentrerat med fokus på trygghet, säkerhet och livskvalitet för personer med demenssjukdom.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att uppnå den nationella visionen *"God och säker vård – överallt och alltid"* samt det nationella målet att *ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Engagerad ledning och tydlig styrning.



Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt en tydlig styrning av hälso- och sjukvården på samtliga nivåer i organisationen.

Verksamheten har en verksamhetschef i enlighet med 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamhetschefen är legitimerad sjuksköterska och ansvarar för att leda, planera, följa upp och utveckla verksamheten så att kraven på god och säker vård uppfylls.

Ledningen arbetar systematiskt och strukturerat med patientsäkerhet genom följande insatser: Avvikelsehantering, riskanalyser och förebyggande arbete, egenkontroller och kvalitetsuppföljning, kompetensutveckling och samverkan.

Övergripande mål och strategier

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

Verksamhets fokus under året har varit bland annat trygghet och säkerhet för de boende. Detta genom att skapa en trygg och säker boendemiljö där varje individ känner sig respekterad och omhändertagen. Tydliga rutiner för läkemedelshantering och riskbedömningar har genomförts och även regelbundna fallrisk- och nutritionsbedömningar även god bemanning med rätt kompetens. Personal har haft kontinuerlig utbildning i exempelvis demens och bemötande.

Målet har även varit att stärka den äldres värdighet, självbestämmande och integritet genom delaktighet och möjlighet att påverka sin vardag. Genomförandeplaner upprättas tillsammans med den boende och anhöriga.

På Rinkeby vård och omsorgsboende har vården bedrivits personcentrerad. Vård och omsorg har utformats utifrån individens behov, livshistoria, önskemål och resurser. Arbetet med hög kvalitet och kontinuerlig förbättring för att säkerställa god kvalitet genom systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning. Detta har genomförts genom att dokumentation som fokuserar på individens behov. Teamsamverkan mellan professioner både inom hälso- och sjukvård och omvårdnadspersonal har utvecklats under året. Andra målen har varit bland annat att ge de boende en meningsfull vardag genom att främja social gemenskap, aktivitet och livskvalitet. Individanpassade aktiviteter såsom kultur, musik och utevistelse. Även sociala mötesplatser och gemensamma måltider t.ex. temakvällar som pubkvällar har erbjudits och samverkan med frivilligorganisationer.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso-och sjukvårdslagen.

Rinkeby vård och omsorgsboende har ett grundläggande ledningssystem. Ledningssystemet finns digitalt och känt och är tillgängligt för all medarbetare. Boende erbjuds trygg och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården bedrivs med respekt för de boendes integritet och självbestämmande.

Områdeschef ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter och att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) riktlinjer är kända i verksamheten. Enhetschef ansvarar för att resursanvändning och att bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård.

Enhetschef för Hälso-sjukvårdsansvar ansvarar för kvalitets- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Rinkeby vård och omsorgsboende. Hen ansvarar för att avvikelser utreds och används för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och anmäler allvarliga händelser till MAS och MAR för vidare utredning för eventuell anmälan enligt Lex Maria.

MAS och MAR följer årligen upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet genom verktyget QUSTA (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) i dialog med ledningen och hälso- och sjukvårdspersonal. MAS och MAR informerar verksamheten kontinuerligt om förändringar i lagstiftelsen eller andra förändringar som berör hälso- och sjukvården.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal personal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. De ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. Legitimerad personal ansvarar också för att hälso- och sjukvård insatser utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. De bidrar till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och rapporterar risker och negativa

händelser till enhetschef för hälso- och sjukvård, som i sin tur rapporterar till MAS/MAR.

Omvårdnadspersonal med hälso-och sjukvårdsuppdrag efter delegering, följer de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och dietist. Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Samverkan för att förebygga vård skador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Läkarsamverkan- Verksamheten har ett samverkansavtal med läkarorganisationen Capio. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Den ansvarige läkaren är på plats en dag i veckan, men finns tillgänglig alla vardagar, dagtid. Jourtid kontaktas jourläkare vid behov.

Övriga samverkan som bidrar till att säkra vården sker genom kvalitetsgranskning av läkemedelshantering via Apotek AB, Oral Care som utför munhälsobedömning och erbjuder nödvändig tandvård.

Avtal finns med Vårdhygien som ger stöd och utbildning inom det vårdhygieniska området. Fot & Hälsa gruppen utför medicinsk fotvård.

Verksamheten har fortsatt med samverkan på korttidsenheten sker i form av SIP (samordnad individuell plan) möten innan patientens vistelse avslutas. I vårdplaneringen samverkar

förutom patient och eventuell dess anhörig, utsedd kontaktman på korttidsenheten, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Utifrån beslut som tas på vårdplaneringen, samverkas det eventuella fortsatta hjälpbehovet av vård- och omsorg.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Stockholmsstad har en strikt IT- policy och en strikt informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Stockholmsstad.

I stadsdelsförvaltningen finns ansvarig för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftleverantör säkerställer att informationen är säkrad och kan inte missbrukas. Allt är anpassat med GDPR.

Loggkontroller i journalsystemet Vodok genomförs månadsvis, sammanställs och skickas till MAS en gång om året. Om något avviker i loggkontrollen delges MAS för vidare handläggning.

Vid inflyttning tillfrågas alltid patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ (nationell patientöversikt). Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. MAS utför loggkontroller i NPÖ och informerar verksamheten om något avviker för vidare åtgärder.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs kontinuerligt och analyseras i verksamheten. Arbetet med att utföra riskbedömningar, kartlägga hälsotillstånd och skapa hälsoplaner är ett fortsatt pågående arbete.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom stockholmsstad finns avdelningen för miljö och hälsoskydd, avdelningen arbetar med tillsyn genom inspektion och granskning.

En god säkerhetskultur

Alla medarbetare ska ha kunskap om hur rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelse.



SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort är spårbart och används för inloggning i vårdtjänster såsom Pascal, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister samt utfärdande av tandvårdskort. SITHS inloggning används för att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats.

När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras denna till enhetschef och till MAS och MAR som har ansvar för att systematiskt arbeta med ett ständigt förbättringsarbete samt att identifiera och bearbeta kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapport, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffade återförs till medarbetare, brukare, närstående eller andra intressenter.

Digitala läkemedelsskåp används i verksamheten. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen, det är endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital registrering, det går spåra vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Sjuksköterskornas läkemedelsrum dörr är försedd med digitalt lås vilket leder till spårbarhet.

Kvalitetsrådet som sker en gång per månad, fyller en viktig funktion i ett lärande syfte, då avvikelserna som är avidentifierade och utredda, diskuteras i teamet.

Varje patient erbjuds en årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt överenskommelse med ansvarig läkarorganisation.

Nationella kvalitetsregister används för ett systematiskt kvalitetsarbete;

- I senior alert följs resultatet för det vårdpreventiva arbetssättet gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och inkontinens.
- I palliativa registret följs hur den palliativa vården fungerade sista veckan i patientens liv och ger indikationer på förbättringsåtgärder inom verksamheten.

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.



Alla medarbetare har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Detta säkerställs genom:

- Strukturerad introduktion för ny personal med fokus på patientsäkerhet, dokumentation, läkemedelshantering och hygien.
- Fortlöpande utbildning: Regelbundna uppdateringar inom patientsäkerhet, riskbedömning, medicinska rutiner och lagstiftning.
- Verksamhetschef och övrig legitimerad personal säkerställer medicinska bedömningar och evidensbaserade metoder.

Följsamheten och kompetensnivån bedöms som adekvat under 2025, med fortsatt fokus på utbildning och utveckling under 2026 för att möta förändrade vårdbehov.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) har verksamheten arbetat för att stärka den enskildes delaktighet i vård och omsorg. Målet är att den boende ska vara en aktiv medskapare i planering, genomförande och uppföljning av sin vård.



Under året har verksamheten fortsatt med de individuella genomförandeplanerna. Vårdplaner har upprättats i dialog med den boende och, när så är aktuellt, med närstående. Riskbedömningar och förebyggande åtgärder har diskuterats tillsammans för att öka förståelsen och möjliggöra informerade val.

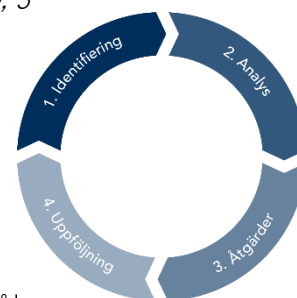
Synpunkter och klagomål har tagits emot strukturerat och hanterats skyndsamt. Återkoppling har getts till berörda och erfarenheterna har använts i verksamhetens förbättringsarbete.

Genom ett personcentrerat förhållningssätt, tydlig information och respekt för självbestämmande har verksamheten stärkt trygghet, kvalitet och patientsäkerhet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet. De kan innefatta jämförelser. Under året har verksamheten haft ett ökat fokus på att förbättra kvaliteten i journalföringen, både inom hälso- och sjukvårdsdokumentation samt social dokumentation. Målet har varit att skapa tydliga, strukturerade och individuellt anpassade hälsoplaner och genomförandeplaner som beskriver relevanta åtgärder för att säkerställa en god och säker vård.



För att möjliggöra detta har administrativ tid avsatts för legitimerad personal. Detta har gett bättre förutsättningar för noggrann dokumentation, uppdatering av hälsoplaner och uppföljning av insatta åtgärder. Detta arbete följs upp med egenkontroll i form av journalgranskning en gång per år. Utifrån resultat beskrivs analys, åtgärd och uppföljning.

Verksamheten har en väl inarbetad rutin för läkemedelshantering vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal till omvårdnadspersonal. Rutinen syftar till att säkerställa att delegeringar sker på ett tryggt och korrekt sätt. Enligt gällande rutin ska delegeringar följas upp efter tre månader. Under året har denna uppföljning dock inte genomförts enligt plan, vilket innebär en avvikelse från fastställd rutin.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dokumentation	Två gånger per år	Egenkontroll enligt framtagen mall
Loggkontroller Månadsvis Logglistor i Vodok	Månadsvis	Logglistor i Vodok
Riskbedömningar fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	Två gånger per år och vid behov	Sammanställning i journalsystemet Vodok och SeniorAlert
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Funktionsbedömning ADL	En gång per	Sammanställning i journalsystemet
Avvikelser	Månadsvis	Sammanställning i journalsystemet

Uppföljning av hälso- och sjukvården	En gång på år	Mall för verksamhetsuppföljning av MAS
Vård i livets slut	En gång per år	Svenska palliativregistret
Nattfasta	Två gånger	Framtagen mal
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)

Öka kunskap om inträffade vård skador

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

Genom att verksamheten utifrån sitt kvalitetsledningssystem utreder händelser och tillbud som eventuellt har kunnat leda till en vårdskada uppstår ett värdefullt lärande.



Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning enligt rutin. Allvarliga händelser rapporteras till områdeschef och MAS/MAR (medicinsk ansvarig sjuksköterska och medicinsk ansvarig för rehabilitering) för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Alla avvikelser och risker rapporteras i Vodoks avvikelse modulen. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

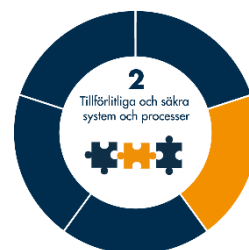
Identifierade utvecklingsområden omfattade: Tydligare ansvarsfördelning, förbättrad kommunikation och ökad kontroll av att rutiner efterlevs.

Under 2025 har verksamheten haft två händelser av allvarlig karaktär: En händelse i samband med insättning av urinkateter och en händelse som resulterade i en höftledsfraktur. Genomförd händelseanalys

visade brister i följsamhet till gällande rutiner. Dessa här anmälts till Inspektion av Vård och Omsorg (IVO) enligt Lex Maria. IVO har avslutat ärenden och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som verksamheten har vidtagit.

Tillförlitliga och säkra system och processer

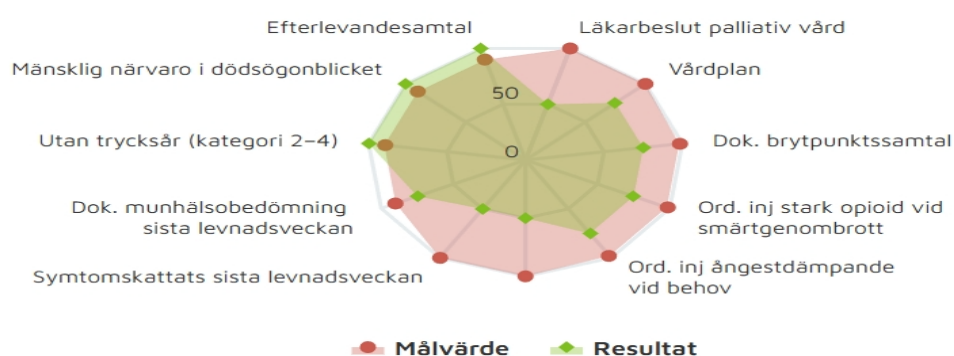
I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) har verksamheten även under 2025 fortsatt att säkerställa att det finns tydliga processer för att förebygga vårdskador samt upprätthålla en god kvalitet i vården. Genom strukturerade arbetsprocesser, regelbunden uppföljning och samverkan mellan omvårdnadspersonal, legitimerad personal och ledning. Detta har bidragit till en mer säker och sammanhållen vård för de boende.



	2023	2024	2025
Senior Alert	7	37	43
BPSD	0	0	0
Svedem	0	1	16
Palliativa	3	8	4

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-03 - 2026-02



Säker vård här och nu

Verksamheten har under året haft fokus på att säkerställa trygg och säker vård i det dagliga arbetet. Risker identifieras och åtgärdas omedelbart



genom fortlöpande bedömningar och snabba åtgärder vid förändrat hälsotillstånd.

Rutiner för läkemedelshantering, delegering och dokumentation följs kontinuerligt för att säkerställa korrekt informationsöverföring.

Närvaro, samverkan med legitimerad personal och tydlig kommunikation i arbetsgruppen har bidragit till att vårdåtgärder utförs i rätt tid. Arbetet har därmed stärkt säkerhetskulturen och tryggheten för de boende.

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 att identifiera risker på individnivå görs riskbedömningar enligt standardiserade bedömningsinstrument. Dessa risker utgör grund för förebyggande åtgärder. Avvikelsemetoden utgör även ett verktyg för en mer genomgående riskanalys.

På Rinkeby vård och omsorgsboende har riskanalyser genomförts enligt fastställd rutin under 2025. Dessa analyser har omfattat områden såsom fallrisk, trycksår, nutrition, läkemedelshantering samt vårdhygien. Resultaten har dokumenterats och utgjort grund för riktade förbättringsåtgärder, utbildningsinsatser och revidering av rutiner.

Stärka analys, lärande och utveckling

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) har verksamheten under året vidareutvecklat arbetet med analys, lärande och kontinuerlig förbättring inom patientsäkerhetsområdet. Syftet har varit att stärka det systematiska kvalitetsarbetet och förebygga vårdskador.



Rapporterade avvikelser, tillbud och synpunkter har analyserats strukturerat för att identifiera bakomliggande orsaker och mönster.

Resultaten har återkopplats till personalgruppen och legat till grund för reviderade rutiner, riktade utbildningsinsatser och förbättrade arbetssätt.

Reflektion och lärande har integrerats i det dagliga arbetet genom regelbundna teammöten och kvalitetsgenomgångar. Genom att uppmuntra en öppen dialog och en kultur där avvikelser ses som en möjlighet till förbättring har verksamheten stärkt säkerhetskulturen.

Uppföljning av vidtagna åtgärder har genomförts för att säkerställa effekt och hållbarhet över tid. Arbetet har bidragit till ökad delaktighet, förbättrad samverkan och en mer kunskapsbaserad och säker vård för de boende.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Rutinen för avvikelserrapportering är väl känd av all personal och följsamheten att rapportera avvikelser bedöms som god. Samtliga medarbetare har ansvar för att rapportera händelser som kan påverka patientsäkerheten.

Vid de månatliga kvalitetsrådsmötena, där samtliga yrkeskategorier deltar, sker gemensam genomgång av rapporterade avvikelser. Under dessa möten identifieras riskområden och förbättringsområden, och beslut fattas om förebyggande åtgärder. Detta arbetssätt bidrar till en ökad delaktighet och ett gemensamt ansvar för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Införandet och utvecklingen av digital signering i APPVA har under året bidragit till en säkrare läkemedelshantering och minskat risken för signeringsavvikelser. Detta har stärkt den interna kontrollen och ökat spårbarheten i läkemedelsprocessen.

Tabellen nedan visar statistik på de viktigaste avvikelserna relaterat till vårdskada. Den mest förekommande avvikelsetypen är fall, både med och utan fallskada.

Avvikelse	2023	2024	2025
Läkemedel	10	33	22
Fall	28	92	122
Specifik omvårdnad	0	2	6
Vårdkedjan	0	1	4
Trycksår	0	1	4
Specifik rehab	0	2	0

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Det har under 2025 inkommit sammanlagt tre klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård. Alla har besvarats av enhetschef, legitimerad personal har varit delaktig i utredningen. Områden där det inkommit klagomål och synpunkter inom är: bristande kommunikation, brister i utförda insatser, klagomål på fördröjd leverans av hjälpmedel till en brukares hem samt bemötande från personal.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under året har verksamheten stärkt arbetet med att öka riskmedvetenheten och beredskapen i organisationen i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659).



Målet har varit att tidigt identifiera risker, förebygga vårdskador och säkerställa en trygg och säker vård för de boende. Riskbedömningar har genomförts systematiskt vid inflyttning, vid förändrat hälsotillstånd samt regelbundet enligt fastställda rutiner. Särskilt fokus har lagts på fallrisk, undernäring, trycksår och läkemedelsrelaterade risker. Resultaten har legat till grund för individuella åtgärdsplaner och förebyggande insatser.

Samverkan med legitimerad personal och ansvarig läkare har varit en viktig del i att minska risker och skapa trygghet.

Personalens riskmedvetenhet har stärkts genom kontinuerlig information, utbildning och reflektion i arbetsgruppen. Avvikelser och tillbud har analyserats gemensamt för att identifiera bakomliggande orsaker och förbättra arbetssätt och rutiner.

MÅL STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR.

Förebygga vårdskador

- Minska fall, trycksår och läkemedelsrelaterade fel genom strukturerade riskbedömningar och systematisk uppföljning.
- Insatser under 2026: nutitionsronder tillsammans med dietist, fallavvikelse-möten och workshops i basala hygienrutiner.

Förbättrad dokumentation och hälsoplaner

- Säkerställa att alla boendes hälsoplaner är uppdaterade, tydliga och följs upp regelbundet.

Stärka analys och lärande

- Öka användningen av kvalitetsregister såsom Senior Alert, SVEDEM och Palliativa registret för kontinuerligt lärande och förbättring.

Trygg och säker läkemedelshantering

- Säkerställa att delegeringar följs upp enligt rutin.
- Dokumentera och analysera avvikelser för att förebygga läkemedelsfel.

Ökad kompetens och patientsäkerhetskultur

- Fortsatt utbildning och handledning av personal i patientsäkerhet, dokumentation, hygien och riskbedömning.
- Fortsatt uppföljning och utveckling av arbetssätt enligt Stjärnmärkt.
- Implementera BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) i verksamheten för att förbättra vården av personer med demens och minska stress och risk för skador.