



Stockholms  
stad

# Patientsäkerhetsberättelse för Alströmerhemmet År 2024



Datum 2025-02-28

Ansvarig för innehållet: Charlotta Wallström, Mojgan Ommati

Diarienummer: KUNG 2024/111

## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur verksamheten arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetsberättelsen redovisar strategier, mål, och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten.

Det innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	13
Avvikelse .....	14
Klagomål och synpunkter .....	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	14

## SAMMANFATTNING

Under 2024 har verksamheten arbetat med det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det kvarstår ett fortsatt kontinuerligt och systematiskt arbete med att säkerställa att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler och att de använder skyddsutrustning på ett korrekt sätt. Verksamheten fortsätter arbetet med att utveckla vård och omsorg av boende med kognitivsjukdom. Förbättringsarbete inom palliativ vård har skett genom utbildning av fler palliativa ombuden.

Egenkontroller och uppgifter som inhämtats från verksamheten under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet. Verksamheten har genomfört uppföljningar med verktyget QUSTA (quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning har chefer och legitimerad personal deltagit.

Det viktigaste syftet med årlig uppföljning med QUSTA är att utveckla, lyfta fram vilka processer som säkrats och vilka processer som behöver utvecklas. QUSTA resultat för 2024 visade på 99 % av 100 % möjliga vilket är positivt.

Verksamheten har under året fortsatt sitt arbete med kompetenshöjning och kvalitetssäkring av demensomvårdnad. Som ett led har utbildning i kunskap om kognition samt utbildning av betydligt fler BPSD administratörer (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) genomförts. Nya BPSD-administratörer inom samtliga yrkeskategorier har utbildats i september 2024. Enheten är också stjärnmärkt sedan november 2023.

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, fokusområde för utveckling har varit inom smärtskattning. Verksamheten kommer fortsätta arbete med utveckling/förbättring av smärtskattning samt dokumenterad munhälsobedömningar sista levnadsvecka. Av diagrammet framgår att patienter som avled utan trycksår, varit smärt- och ångestfria samt haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket är mycket nära målvärdet.

Årets egenkontroller av basala hygienrutiner visar god följsamhet och resultat av senaste egenkontroll avseende delegeringar visar att samtliga är aktuella.

Samtliga biträdande enhetschefer gick en temadag om vårdhygienisk kvalitetssäkring i april 2024.

Verksamheten har infört digitalt signering av läkemedel, APPVA, vilket har resultat i bättre överblick över läkemedelshantering. Verksamheten säkerställer god följsamhet gällande digitalt signering vilket följs upp genom månadsvisa uppföljningar med extern projektledare.

Vid en granskning av Hälso- och sjukvårdsdokumentation, Vodok, identifierades detta område som utvecklingsområde under hösten 2024. Verksamheten vidtog åtgärder i form av en åtgärdsplan som innefattade individuella utbildningar av sjuksköterskor med extern processledare.

Verksamheten haft fortsatt fokus på kompetenshöjande arbetet både för nyutexaminerade sjuksköterskor och sjuksköterskor med lång erfarenhet av yrket. Två nyutexaminerade sjuksköterskor har gått utbildning i Sårvård.

I syftet att förstärka sjuksköterskan i sitt arbetsledningsansvar har två sjuksköterskor gått en utbildning i ”att leda utan att vara chef” under hösten 2024.

Verksamheten har deltagit i Äldreomsorgstagarna 2024 med en fysioterapeut, en sjuksköterska, ledningen samt två medarbetare från övriga yrkeskategorier.

För att utveckla och betona vikten av teambaserat arbete gällande palliativ vård i livets slutskede har verksamheten planerat en fysisk heldagsutbildning för legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård på PKC(Palliativ kunskapscentrum.). Utbildningen fokuserar på teamarbete under hela det palliativa vårdförloppet

Verksamheten har ingått i avdelnings processteam i syfte att stärka och utveckla hälso- och sjukvården inom avdelningen för äldreomsorg.

En kvarstående utmaning och ett led i verksamhetens utveckling och kvalitetsarbete är att öka kompetensen och förståelsen för vikten av avvikelserapportering hos all personal.

För att främja hög patientsäkerhet har enheten fortsatt utökad bemanning av legitimerad personal under 2024.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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

### Övergripande mål och strategier

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

Nedanstående är verksamhetens övergripande mål för patientsäkerheten:

- Utveckla arbetet med BPSD-bedömning samt handlingsplaner.
- Fortsatt utveckling av omvårdnad för personer med kognitiva sjukdomar och/eller psykisk ohälsa.
- Fortsatt arbete med att upprätthålla en god kvalitet gällande basala hygienrutiner.
- Fortsatt utveckling av avvikelshantering genom tätare uppföljning i kvalitetsråd.
- Fortsatt utveckling av dokumentation.
- Öka användandet av validerade smärtskalor exempelvis Abby pain och VAS.
- Upprätthålla god kvalitet gällande palliativ vård i livets slutskede genom att involvera palliativa ombud.



### Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §) Omvårdnadspersonal som genom

delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Befattningsbeskrivningar tydliggör ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har i sin roll att följa upp att hälso- och sjukvårdsinsatserna håller en god kvalitet och god hygienisk standard samt att patientens behov av en trygg och säker vård tillgodoses.

Till verksamhetens stöd finns följande funktioner: Dietist, Vårdhygien, apotekets kvalitetsuppföljare, AKA (Adjungerad klinisk Adjunkt), Processledaren för dokumentation samt sakkunnig inom kognition.

Enhetschefen ansvarar för att patienten och deras närstående görs delaktiga i analys och i förbättring. Enhetschefen ansvarar för att de aktiviteter som berör patientsäkerhetsarbetet och som finns planerade i verksamhetsplanen genomförs och att målen följs upp i verksamhetsrapporten. I det ingår också utveckling och följsamhet av rutiner kring avvikelshantering. Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada ansvarar enhetschefen tillsammans med biträdande enhetschef med Hälso- och sjukvårdsansvar för att utredning sker av händelsen samt rapporteras till MAS/MAR för vidare ställningstagande.

Biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårds ansvar har ansvar för att delge medarbetarna händelsen och resultat av utredning och anmälan till inspektionen för vård och omsorg(IVO). Genom att ha en lärandeprocess i teamet kring händelser och gemensamt ta fram handlingsplaner för att förebygga att det händer igen är ett sätt att minska risken för vårdskador. Ansvaret för att ta fram handlingsplan med uppföljning och egenkontroll, utses av enhetschefen.

Enhetschef ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten. Biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar arbetar tillsammans med enhetschef i ovanstående ansvarsområden. På ledningsgruppsmöten varje vecka och hälso- och sjukvårdsmöten en gång i månaden följer vi upp att de ansvariga personerna fullföljer sina arbetsuppgifter enligt fastställd rutin eller plan.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att följa arbetsprocesser och lokala rutiner för hälso- och sjukvården genom planerade aktiviteter som finns i fastställt styrande dokument. Sjuksköterskan ska rapportera avvikelser och följa upp dessa tillsammans med biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar. Legitimerad sjuksköterska kan efter dialog med bitr. enhetschef för omsorgspersonalen delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att utifrån var och ens specifika yrkesprofession, tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner, tillgodoses för att vara ett stöd och öka dennes patientsäkerhet. I ansvaret ingår också att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument, att rapportera avvikelser och följa upp de som ingår i professionen. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende. Detta innebär att tillse att var och en får kunskap i de medicinsktekniska hjälpmedel som används och övriga hjälpmedel. I ansvaret ingår även att följa upp att dessa används på ett patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till den individuella boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. I ansvaret ingår att följa aktiviteter och fastställda processer.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Enhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt den överenskommelse som finns mellan Kungsholmen stadsdelsförvaltning och Capio läkare i SÄBO. Stadsdelens MAS kallar två gånger per år till samverkansmöten med läkarorganisationen.

Skriftliga rutiner finns för läkarkontakt. Läkaren befinner sig fysisk på plats två gånger i veckan för att tillgodose patientens behov av läkarinsatser. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand.

Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd medföljer en akutrapport boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter samt ansvarar för att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit. Samverkan med upphandlad tandvård innebär årlig munhälsobedömning samt nödvändig tandvård för patienten. Sjuksköterskan har genomfört kontinuerliga bedömningar av nödvändig tandvård under pandemin och anlitat upphandlad tandvård för utförande av insatser.

Säkerställande av tillgång till nödvändig information mellan olika yrkeskategorier sker genom att legitimerad personal tar del av och själv delger information i social dokumentation.

Inom två veckor efter inflyttning ska vårdplanering hållas. Vid vårdplanering deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; om möjlig kontaktman och ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt anhörig till patienten. Rehabpersonalen träffar alltid den boende direkt i samband med inflyttning och vid förändrat hälsotillstånd.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i månaden. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, som till exempel när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner. Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från vem som helst i teamet men det är sjuksköterskan som ansvarar för att det bokas och är den som håller i mötet.

Intern samverkan inom stadsdelen i form av ett processteam med syfte att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården på Kungsholmen har pågått under året. Målet är att stärka och utveckla hälso- och sjukvården inom verksamheter i egen regi på Kungsholmen.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Månadsvis genomförs en kontroll av hälso- och sjukvårdsansvarig chef gällande inloggningar i Vodok av legitimerad personal. Denna kontroll syftar till att säkerställa att endast behörig personal har tillgång till patientjournaler.

Sammanställning över månadsvisa loggkontroller skickas till stadsdelens MAS i slutet av innevarande år.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation genomförs två gånger per år enligt verksamhetens lokala års-hjul för HSL-planering.

## En god säkerhetskultur

Verksamheten jobbar kontinuerligt med följande punkter för en utveckling av patientsäkerhetskultur.

- Inrapportering av avvikelser.
- Uppföljning och utredning av händelsen sker även med syftet att främja en god patientsäkerhetskultur.
- Uppföljning av avvikelser sker i kvalitetsråd där samtliga yrkeskategorier är representerade. Diskussionerna i kvalitetsråd sker i ett lärande syfte



## Adekvat kunskap och kompetens

Stimulansmedel för hälso- och sjukvården har använts för ett antal olika utbildningsinsatser.

- Utbildning i säker läkemedelshantering för vårdpersonal genomfördes av Apoteket AB vid två tillfällen under våren 2024.
- För att säkerställa delegeringsprocessen vid läkemedelshantering har det införts digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.
- Två utbildningstillfällen i basal hygien genomförts för personalen som har uppdraget att genomföra observationer, för att öka kunskap inför mätningen av punktprevalensmätning (PPM) basala hygien och klädregler. Utbildningen genomfördes av hygiensköterska från Vårdhygien.
- Utbildning i munvård för personalen ingår i den uppsökande verksamhetens som arbetar på uppdrag av Regionen.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och dokumentation av åtgärder har individuella handledningstillfällen genomförts av dietist och dokumentationshandledare för legitimerad personal.
- För att främja tvärprofessionellt samarbete och god informationsöverföring har en extern handledare genomfört kontinuerliga handledningar för legitimerad personal.



## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom säkerställande av god informationsöverföring till patient och närstående.

Vid första kontakten med patienten och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten och Capiro läkare i SÄBO. Information om klagomål och synpunktshantering finns med i materialet.

Samverkan med patienter och närstående sker i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Likaså har varje patient en utsedd kontaktman bland omvårdnadspersonalen. Det råder alltid tystnadsplikt om den patientens personliga förhållanden samt hälsotillstånd. Patienten, alternativt god man, avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och





genomförs.

Verksamhetsledningen är dagligen ute i verksamheten och finns tillgängliga för patienter och personal. Det finns även möjlighet att nå verksamhetsansvarig genom mejl- eller telefonkontakt.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs till legitimerad personalens dokumentationssystem, Vodok, av mottagande sjuksköterska samt rapporteras till biträdande chef med hälso- och sjukvårdsansvar. Avvikelserna följs upp vid månatliga planmöten, hälso- och sjukvårdsmöten samt vid enhetens kvalitetsråd där samtliga yrkeskategorier är representerade.

Teamforum: För att säkerställa att den medicinska informationsöverföringen är tillgänglig för omvårdnadspersonalen i sitt dagliga arbete så arbetar vi med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamma kring den boende kan initiera till teamforum vid behov. Teamforum sker 1 gång per månad för samtliga enheter.

Tillgänglighet för riktlinjer: Samtlig Legitimerad personal har åtkomst till riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. Lokal rutinpärm i digitalform, med aktuella rutiner för diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig även för tillfälligt anställd legitimerad personal.

### Läkemedelshantering

**Mål:** en säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt.

#### Analys/resultat

- Kontinuerligt aktivt arbete med regelbundna egenkontroller för HSL-uppgifterna på Alströmerhemmet.

- Mycket god ordning i läkemedelsrummet.

Utfört stickprov iförrådsbunden samt personbunden narkotika utan avvikelse gällande antal(Apotekets bedömning 2024)

- Tydliga lokala rutiner finns framtaget i verksamheten.

-Månatliga kontroller av personbundna narkotikaklassade läkemedel.

- Extra kontroller utförs utöver de månatliga.

-Reviderade rutiner gällande läkemedelshantering.

-Fortsätt arbete med egenkontroller.

### Rehabilitering

**Mål:** Att alla som flyttar in i SÄBO får en funktionsbedömning

#### Analys/resultat

- ADL-bedömning genomförs alltid i samband med in flytt samt vid behov.

- Uppföljning vid behov men minst en gång per år.

- Dokumentation.

-Utbildning/handledning av omsorgspersonal gällande arbetssätt utifrån personcentrerad vård.

**Åtgärd:** Verksamheten uppfyller krav för genomförda ADL-bedömningar.

**Uppföljning av åtgärd:** fortsatt egenkontroll av detta område.

## **Fallprevention**

### **Analys/resultat**

- Statistik visar att 35 % av brukarna på Alströmerhemmet har beslut om skyddsåtgärd. Av dem har 66 % upprättad hälsoplan och 60% har ett dokumenterat samtycke.
- Tydliga rutiner om förebyggande arbetet gällande fall och fallskador.
- Ett tvärprofessionellt möte, ”Fallmöte” gällande boende som faller/riskerar att falla upprepade gånger.
- Alla boende genomgår vid in flytt fallriskbedömning med Downton och en ADL-bedömning Riskbedömning uppdateras en gång om året samt vid behov.
- Utbildning/ handledning av samtlig personal i lyftutbildning och sittergonomi för kvalitetssäkringen av kompetens.
- Avvikelsehantering vid fallolyckor.
- Dokumentation.

**Åtgärd:** Verksamheten uppfyller krav för genomförda fallrisk bedömningar enligt Downton.

**Uppföljning av åtgärd:** Fortsatt egenkontroll av genomförda bedömningar.

## **Trycksårsprevention**

### **Analys/resultat**

- Alla boende erbjuds riskbedömning för trycksår, riskbedömning utförs vid inflytt samt vid behov.
- Samarbetet med dietist Smärtskattning.
- Aktuella riskbedömningar finns.
- Dokumentation i samarbete med rehab.
- Förebyggande åtgärder gällande trycksår där alla yrkeskategorier är med

**Åtgärd/uppfoljning:** Fortsatt egenkontroll av genomförda bedömningar

## **Palliativa registret- Vård i livets slutskede**

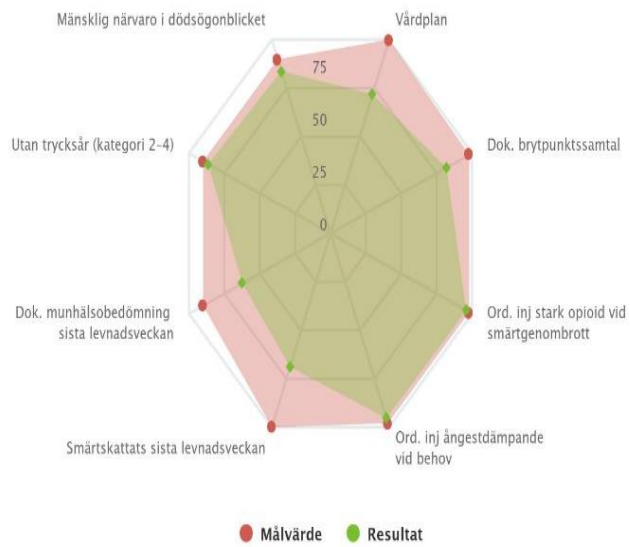
**Mål:** Att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för palliativ vård. Att verksamheten registrerar i det svenska palliativa registret och använder sitt resultat i kvalitetsarbetet.

**Resultat:** Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, fokusområde för 2024 har varit inom området smärtskattning. Under 2024 kommer arbete fortsätta med att utveckla och förbättra användandet av evidensbaserad skattningsskala för att bedöma smärta samt säkerställa att

munhälsobedömningar genomförs under den sista levnadsveckan. Av diagrammet nedan visar ett positivt resultat att patienter som avled var utan trycksår, varit smärt- och ångestfria samt haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-02 - 2024-12



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

## 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 §  
Verksamheten har under året arbetat med att identifiera händelser som kan leda till en vårdskada. Verksamheten har använt fiktiva fall för scenarioanalyser för att öka medvetenheten för vårdskador.

Kunskapen om att vårdkedjeproblematik är en riskfaktor för vårdskador har uppmärksammat i verksamheten därför avvikelserapport till andra vårdgivare skickats. De avvikelser vi skickat till andra vårdgivare har berört bristande patientsekretess samt bristande informationsöverföring.



## Säker vård här och nu

Andelen Hälso- och sjukvårdsinsatser har ökat då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna som skrivs ut är svårt sjuka med flera olika diagnoser där hälso- och sjukvårdsinsatserna är omfattande. För att möta det ökade behovet har verksamheten ökat resurser i form av fler sjuksköterskor samt en arbetsterapeut.



## Riskhantering

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

Verksamheten har genomfört riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer inför semesterperioder.

För att kunna säkerställa en god tillgång till legitimerad personal under semesterperioder startar verksamheten planering av bemanningen i god tid samt skaffar beredskap för eventuella situationer där risk för brist av legitimerad personal kan förekomma.

Legitimerad personal skaffar prioriteringslistor där olika arbetsuppgifter rangordnas i krissituationer. Förberedelser för t.ex. långvarig driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar har genomförts vilket följs upp genom kontinuerliga egenkontroller.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Kvalitetsråd är det forum där avvikelserna tas upp och analyseras.

Resultat av denna analys tas upp i månadsvisa arbetsplatsmöte för att säkerställa informationsöverföring och lärande till samtliga yrkeskategorier. Avvikelser gällande Hälso- och sjukvårds insatser av systematisk karaktär förmedlas månadsvis även på Hälso- och sjukvårdsmöte.

Verksamheten har deltagit i processteamet för att stärka och utveckla patientsäkerheten.



## Avvikelser

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

De avvikelser som hanterats internt under 2024 avser till största del fall och läkemedelshantering.

De avvikelser vi skickat till andra vårdgivare har berört bristande patientsekretess samt bristande informationsöverföring mellan läkare och närstående till boende.

De externa avvikelser som har inkommit till verksamheten gäller främst bristande uppföljning av läkemedel efter sjukhusvistelse där i ett fall har avvikelserna efter intern utredning gått vidare till IVO enligt bedömning av Stadsdelens medicinskt ansvarige sjuksköterska.

## Klagomål och synpunkter

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

Under 2024 har verksamheten inte tagit emot några klagomål/synpunkter gällande Hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vi har dock noterat att informationsöverföring från externa vårdgivare till anhöriga/boende fortfarande är ett utvecklingsområde.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Verksamheten har utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om sitt arbetssätt och säkerställa informationsflödet.

Enheten har kontinuitetsplaner för eventuella negativa händelser i omvärlden samt en uppbyggd krisberedskap



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Nedanstående punkter är verksamhetens övergripande mål för patientsäkerheten:

- Fortsatt utvecklingsarbetet med BPSD-bedömning samt handlingsplaner.
- Fortsatt utveckling av omvårdnad för personer med kognitiva sjukdomar och/eller psykisk ohälsa.
- Fortsatt arbete med att upprätthålla en god kvalitet gällande basala hygienrutiner.
- Fortsatt utveckling av avvikelshantering genom tätare uppföljning i kvalitetsråd.
- Fortsatt utveckling av dokumentation.
- Öka användandet av validerade smärtskalor exempelvis Abby pain och VAS.
- Uppföljning och analys av signeringar av administrering av läkemedel i det digitala verktyget Appva. Syftet är att ytterligare utveckla en säker läkemedelshantering.
- Öka fokus på patientens egna önskemål samt anhörigas delaktighet i vården särskilt i livets slutskede.