

# Patientsäkerhetsberättelse

---

Hemmet för gamla och Enskededalens  
dagverksamhet 2024

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>3 Grundläggande förutsättningar för en god vård</b>	<b>4</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier	4
3.1.2 Organisation och ansvar	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
3.1.4 Informationssäkerhet	7
3.1.5 Strålskydd	8
3.2 En god säkerhetskultur	8
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	9
3.4 Patienten som medskapare	10
<b>4 Agera för säker vård</b>	<b>11</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	15
4.3 Säker vård här och nu	17
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	17
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
<b>5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b>	<b>19</b>

# 1 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 och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

## 2 Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att år 2024 har medfört fortsatta förbättringar inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten har genom ledning och styrning fokuserat på patientsäkerhet, gemensam kompetensutveckling, teamarbete, kvalitetsutveckling och egenkontroller.

Verksamhetschef har samverkat med olika aktörer både internt och externt för att öka patientsäkerheten och bibehålla kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs på Hemmet för gamla.

Några av fokusområdena har under året varit:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Säkrare läkemedelshanteringen genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Följsamhet till basala hygienrutiner för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller

Ett utvecklat teambaserat arbetssätt har stärkt den personcentrerade vården med fokus på patientens delaktighet och autonomi. Planeringen och utförandet av vården sker tillsammans och med hela teamets kompetenser vilket generar en hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Kunskapshöjande insatser för hanteringen av läkemedel har skett under året och incidenter med avsteg från rutinen gällande läkemedelshantering har minskat med 49 procent. För att ytterligare säkra läkemedelshantering har verksamheten avropat ett verktyg för digital signering. Verktyget kommer att implementeras i början av 2025 och förväntas minska läkemedelsavvikelser ytterligare.

Verksamheten har arbetat för att öka kunskaper hos personalen om psykisk ohälsa bland äldre. För att förhindra och eller minska risken för psykisk ohälsa har all personal genomgått utbildning. Verksamheten har även arbetat fram nya rutiner och arbetssätt. Implementeringen av de nya rutinerna och arbetssätten kommer att ske under 2025.

Verksamheten har lagt stort fokus på kompetensutveckling under år 2024. Kunskapsnivån hos

all personal har stärkts genom både interna och externa utbildningar. Exempel på utbildningar är:

- Hygienombud
- Utbildning i palliativ vård och omvårdnad
- Utbildning i Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom (BPSD)
- Kvalitetsombud
- Anhörigombud
- Aktivitetsombud.

Olika ombudsroller har även fastställts och tydliggjorts genom uppdragsbeskrivningar.

Dokumentationsgranskningar som genomförts har visat att verksamheten behöver arbeta på vissa delar i dokumentationen. En del är upprättande av hälsoplaner vid nedsatt munhälsa, vilket också kommer att bli ett utvecklingsområde under 2025. Dokumentationsgranskningar har även visat på ett behov av tillgång till dokumentationshandledare i verksamheten.

### 3 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

#### 3.1 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.

##### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Hemmet för gamla ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk för att drabbas av vårdskada.

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshandlingen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

### 3.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Hen ansvarar för att genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef, mas och mar samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Mas och mar ansvarar för att anmälan enligt Lex Maria görs till IVO för verksamheter i egen regi och rapportera till ansvarig nämnd.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och

beprövad erfarenhet samt för att följa för verksamheten upprättade riktlinjer, mas regler, och lokala rutiner. Sjuksköterskor finns på plats alla dagar i veckan mellan kl. 7.00 -17.00. Mellan kl 17.00 - 7.00 varje dag ansvarar sjuksköterskepatrull för akuta insatser.

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Samordnare inom hälso-och sjukvård finns som ska bistå verksamhetschef i dennes uppgift att egenkontroller utförs. Att egenkontrollerna sammanställs, analyseras och att handlingsplaner upprättas.

Dietist finns att tillgå för att stödja i nutritionsfrågor.

Stadsdelen har genom avtal tillgång till externa stödfunktioner inom patientsäkerhet så som Vårdhygien Stockholm, Oral Care, Palliativt kunskapscenter (PKC) och Apoteket AB för rådgivning, stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

### **3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Lokal ledningsgrupp med enhetschef för Hemmet för gamla demens och Hemmet för gamla somatik samverkar vid resultat av egenkontroller, avvikelser, externa granskningar och i kompetensutvecklingsfrågor.

Genom tvärprofessionellt teamarbete samverkar olika yrkeskategorier för att den äldre ska få en vård- och omsorg som utgår från alla professioners spetskompetens. Den äldres delaktighet och önskemål är självklar. Genom systematiskt arbetssätt där omvårdnadsbehov identifieras, åtgärdas och följs upp utformas en kvalitetssäker vård och omsorg.

Vid frågor rörande beställning eller insatser samverkar verksamheten med beställare från aktuell stadsdel eller aktuell kommun.

Verksamheten samverkar med stadsdelens dietist. Dels i enskilda patientärenden men också på en övergripande nivå i samband med exempelvis revidering av rutiner, utbildning och utveckling.

Verksamheten har månatliga tvärprofessionella kvalitetsråd. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas. Rådet ska verka för att säkerställa god och säker vård och omsorg genom systematiskt patientsäkerhetsarbete och gemensamt lärande.

Regionen ansvarar för läkarinsatserna inom verksamheten. De boende har alla en fast läkare som också är den fasta vårdkontakten. Läkaren besöker verksamheten varje vecka samt vid behov. Regelbundna samverkansmöten hålls lokalt på verksamheten med ansvarig läkare, sjuksköterska och verksamhetschef HSL. Samverkansmöten hålls även på övergripande nivå med läkarorganisationens verksamhetschef och MAS/MAR.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs varje år av Apoteket Farmaci AB. Verksamheten har avtal med Vårdhygien Stockholm. Avtalet ger tillgång till rådgivning och undervisning samt hjälp med att kvalitetssäkra den egna verksamheten.

Avtal har slutits med Big Care AB för bemanning av joursjuksköterskor i verksamheten varje kväll/natt mellan kl.17.00 och kl. 07.00. Joursjuksköterskorna har en inställetid på 30 minuter vid bedömt akut besök. Verksamheten har en regelbunden samverkan med Big Care AB där även MAS deltar.

Samverkan sker regelbundet med Smittskydd Stockholm. Samverkan sker främst mellan MAS och smittskyddssjuksköterska, men Smittskydd Stockholm kan också kontaktas direkt av verksamheten vid behov.

Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuds till alla personer med behov inom verksamheten. Samverkan mellan verksamheten och utförare av tandvård, som under 2024 har varit Oral Care, har funnits under en lång tid och fungerar bra. Utförare av tandvård erbjuder nödvändig tandvård och munhälsobedömning till patienterna samt munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal.

I syfte att trygga och stärka vårdkedjan samverkar MAS i olika nätverk där bland annat Södersjukhuset, Dalen-geriatriken, samt ambulanssjukvården finns representerade. Samverkan sker med representanter från de olika nämnda verksamheterna, andra säbo-verksamheter, läkarorganisationer för säbo samt i vissa möten även verksamhetschef HSL på Hemmet för gamla.

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.

### **3.1.4 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Enligt författningen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla

- de uppföljningar av informationssäkerheten som är av större betydelse
- riskanalyser som har gjorts
- de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten
- den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem
- den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Inom verksamheten hanteras personuppgifter vid journalföring i hälso- och sjukvårdsjournal, socialjournal samt i personaladministrativa system. Personuppgifter som hanteras skyddas av dataskyddsförordningen (GDPR). Ett kontinuerligt och samlat arbete pågår i förvaltningen med säkerhetsfrågor, sett till dagens säkerhetsläge för att alltid ha säkra och tillförlitliga system. Verksamheten har rutiner för hur informationsöverföring sker intern och externt för skydda personuppgifter. All personal genomgår årligen utbildning i informationssäkerhet och GDPR.

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på

säker identifiering och gås igenom årligen av IT-samordnare för att säkerställa korrekt användare. SITHS-kort används för inloggning i digitala vårdtjänster så som läkemedelstjänsten Pascal, nationella kvalitetsregister och nationell patientöversikt (NPÖ). All legitimerad personal använder även SITHS-kort för inloggning i stadens egna journalsystem.

Loggkontroller i VODOK och Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs av HSL-samordnare och det övergripande ansvaret har verksamhetschefen som även ansvarar för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utförs av legitimerad personal vid två tillfällen per år. Handlingsplan, åtgärder och uppföljning sker. Resultat redovisas på regelbundna samverkansmöten med den legitimerade personalen.

Samtlig personal skriver på sekretessförbindelse vid anställning. Vid avslut av tjänst ska behörigheter i alla aktuella system avslutas.

Patient som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, kvalitetsregister, informationsöverföring till andra vårdgivare samt i vilken utsträckning patienten önskar närståendes involvering.

### **3.1.5 Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Skarpnäcks stadsdelsnämnds verksamheter använder i nuläget ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

## **3.2 En god säkerhetskultur**



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet på risker i hälso- och sjukvården. Individuella värderingar och antaganden är den grund som formar gruppens förståelse av omgivningen.

På Hemmet för gamla ska värdegrunden genomsyra verksamhetens alla mål och vara ett ramverk som efterföljs inte minst i kvalitetsarbetet.

Reflektionsmöten genomförs varje månad då värdegrund och personcentrering diskuteras. Utbildning i synpunkter och klagomål har genomförts under året.

Genom medarbetarsamtal får ledningen möjlighet att på individnivå kartlägga förutsättningar och säkerställa adekvat förhållningssätt hos personal gällande säkerhetskultur.

Utveckling gällande integrering av säkerhetskulturen från ledningssystem gällande



personcentrerad vård är under arbete genom utveckling av teamarbete och struktur i teammöten. Den legitimerade personalen har fördjupat sig i dokumentation och analys av avvikelser med stöd av MAS och MAR.

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser. Baspersonal rapporterar avvikelse till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Verksamheten har en hög andel inrapporterade avvikelser vilket ses som en del av en god säkerhetskultur.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef, MAS och/eller MAR.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras och diarieförs och är en del av verksamhetens avvikelshantering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet. Verksamheten informerar alla patienter och deras närstående om hur de kan lämna synpunkter och klagomål.

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med mas.

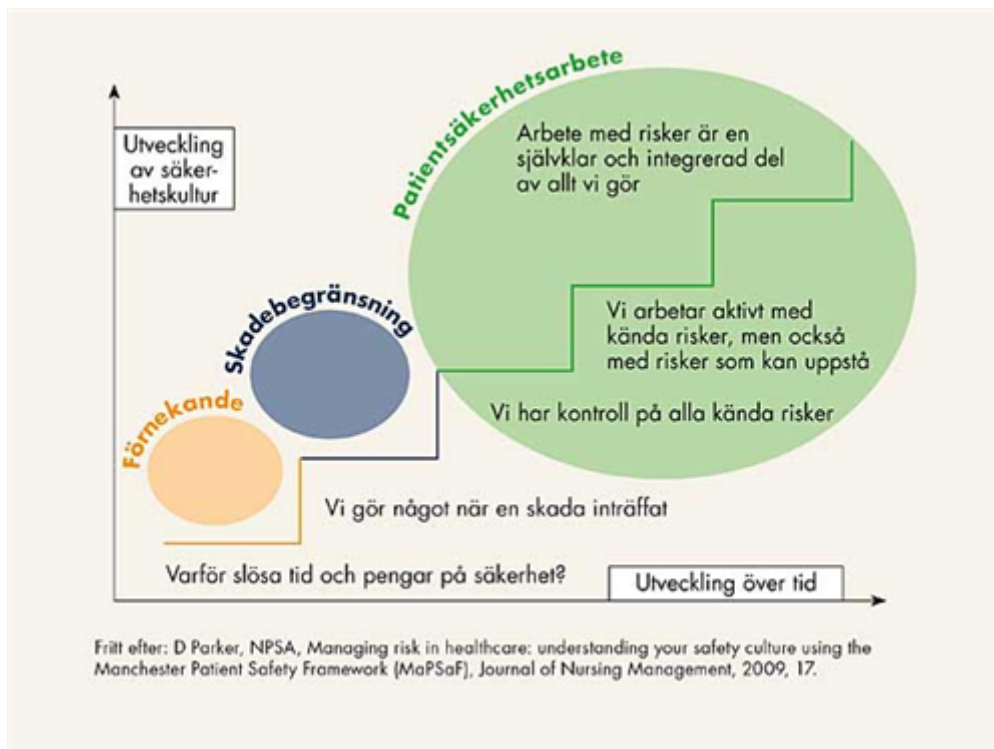
Inkomna synpunkter och klagomål, avvikelser gällande hälso- och sjukvård lyfts på verksamhetens kvalitetsråd. Det tvärprofessionella teamet möts och de icke önskvärda händelserna analyseras. Analysarbetet behöver utvecklas och fördjupas så att åtgärderna blir mer effektiva. Åtgärder på verksamhetsnivå som t ex revidering av rutiner utförs vid behov. Det som beslutas på kvalitetsrådet informeras om på kommande arbetsplatsträff och på avdelningsmöten. Detta för att hela personalgruppen ska kunna ta del av händelser och förändringar av rutiner. Genomgången blir i sig också ett lärande för att förhindra att händelsen sker igen.

Åtgärder för den boende på individnivå sker initialt i mindre team med ansvarig legitimerad personal samt baspersonal på berörd avdelning. Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Återkoppling till övrig personal sker på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

### **3.3 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

Patientsäkerhetsarbete handlar om mognad. Figuren nedan visar de olika faserna. De går från att förneka att skador ens förekommer till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.



Årligen genomförs en kompetensbedömning per yrkeskategori i en kompetensförsörjningsplan. I kompetensförsörjningsplanen inventeras nuvarande kompetens samt planeras för framtida behov. Alla genomförda utbildningar dokumenteras på individnivå löpande under året.

Verksamheten använder sig även av individuella utbildningsmål som baseras dels på de krav på kvalitet som verksamheten ska uppnå, dels på vad medarbetarna upplever som utmaningar i det dagliga arbetet.

Riskbedömning görs inför semesterperioder och schemat planeras för att säkerställa att rätt kompetensnivå finns på plats. Vid rekrytering eftersträvas undersköterskor som erhållit bevis från Socialstyrelsen för att säkerställa kompetens.

Alla nyanställda medarbetare, oavsett anställningsform, introduceras och handleds av erfarna kollegor i det praktiska och löpande arbetet. Vid introduktion av nya medarbetare används upprättade checklistor för att säkerställa att medarbetaren har kunskap om de rutiner och system som krävs för att arbeta patientsäkert. Samtliga nyanställda medarbetare genomför obligatoriska utbildningar. Där ingår bland annat följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, hur vi arbetar säkert med läkemedel och förflyttningsteknik.

Identifierade utvecklingsområden:

- strukturerat teamarbete
- ökad kompetens för den legitimerade personalen gällande mun- och tandvård samt bedömning av medicinsk fotvård
- tillgång till extern dokumentationsstödare för att öka kompetensen kring dokumentation i Vodok

### 3.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.



Hemmet för gamla arbetar utifrån personcentrerat förhållningssätt vilket genomsyrar arbetssätt och rutiner. Verksamheten strävar efter patientens delaktighet som expert på den egna kroppen och den egnes förväntningar, möjligheter och hinder. 100 % av de som flyttade in under år 2024 erbjöds ett välkomstsamtal där även anhöriga är välkomna om så önskades. Den legitimerade personalen har ett arbetssätt gällande planering av patientens vård och omsorg som sker i samråd med patienten och säkerställer delaktighet och autonomi genom individanpassad information om vårdens mål och eventuella risker. Vården av patienten sammanställs i ett kartlagt hälsotillstånd där teamets alla spetskompetenser har deltagit och utifrån patientens önskemål och prioriteringar. Därefter skapas hälsoplaner med tydliga mätbara mål som enligt rutin följs upp två gånger per år samt vid förändring hos patienten.

Patientperspektivet finns med i allt som utförs och vid synpunkter och klagomål är målet att patienten inte ska utsättas för negativ händelse igen.

Verksamhetschef tillsammans med lokala ledningsgruppen går årligen igenom brukarundersökningar och individuppföljningar. Dessa leder till handlingsplaner som verksamheten jobbar med under året. Genom personcentrering ökar patientens upplevelse av självbestämmande och valfrihet.

## 4 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.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



## Egenkontroll

1. Identifiering av riskområde	2. Analys	3. Åtgärder	4. Uppföljning av åtgärd
Psykisk hälsa/ohälsa. Psykisk ohälsa ger försämrad livskvalitet för de som drabbas	Åldrandet är i sig är en ökad risk för ohälsa. För att öka livskvaliteten och avvärja risk för suicid måste ett förebyggande arbete ske för att minska riskfaktorer. Svårigheter finns att identifiera och diagnostisera de patienter som lider av psykisk ohälsa då symtom kan vara svårtolkade.	Verksamheten behöver utveckla rutiner och arbetssätt gällande psykisk hälsa/ohälsa. Utbildning till personalen för att tydliggöra riskfaktorer och arbetssätt för att minska riskerna. Webbutbildning ska genomföras av alla medarbetarna	Lokal rutin har tagits fram. Implementering kommer att påbörjas under 2025. Under året kommer antal genomförda webbutbildningar att följas upp.
Dokumentation gällande mun- och tandvård med riskfaktorer. Identifierat via egenkontroll med kvalitetsmätning-instrument.	Bedömning av munhälsa sker enligt rutin men hälsoplaner upprättas inte vid nedsatt munstatus. Trolig orsak är kompetensbrist.	Förtydligande av rutin	Uppföljning kommer att ske genom dokumentationsgranskning enligt årshjul för egenkontroller
Bedömning av medicinsk fotsjukvård	Kompetensbrist hos sjuksköterskorna.	Förtydligande av rutin för medicinskt fotvård	Uppföljning kommer att ske genom antal remisser som skrivits under året jämfört med tidigare år
Begränsad analys eller ingen sådan är vanligt vid registrering av avvikelser i modulen i Vodok. Identifierat vid kvalitetsgranskning av dokumentation	Kompetensbrist kan vara en orsak till att inte analyser utförs i den utsträckning som önskas. De analyser som utförs måste förbättras och fördjupas	Fördjupning med stöd av mas och mar	Uppföljning kommer att ske genom dokumentationsgranskning enligt årshjul för egenkontroller

## 4.1 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 och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.



### Tabell avvikelser

Typ av område	1. Allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	2. Vårdskada/risk för vårdskada	3. Totalt antal avvikelser
Läkemedel	-	4	38
Fall	-	-	136
Specifik omvårdnad	-	-	6
Specifik rehabilitering	-	-	–
Trycksår	-	-	–
Vårdkedjan	-	-	1
Vårdrelaterade infektioner	-	-	57
Övrigt	-	-	–

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef, MAS och MAR. Under året har tre händelse utretts som medfört vårdskada.

Kompetenshöjande insatser för baspersonal gällande läkemedelshantering har gett goda resultat och incidenter med avsteg från rutinen gällande läkemedelshantering har minskat med 49 procent under år 2024. Då främst sjuksköterskor upptäcker och rapporterar dessa typer av avvikelser, och denna grupp inte har varit med om större förändringar så är underrapportering inte trolig. De påvisade bristerna handlar främst om brister av signering eller utebliven dos av läkemedel. Tre händelser bedömdes medföra risk för vårdskada. Det handlar om två tillfällen av feladministrering samt en utebliven dos av läkemedel. Dessa utreddes av MAS och avslutades utan anmälan.

Kompetenshöjande insatser gällande förebyggande av fall under 2023 och 2024 har visat på mycket goda resultat. Verksamheten hade som mål att minska antalet fall med fem procent. Resultatet visar på en minskning av fall med 24 procent för år 2024. Under 2025 kommer fortsatta insatser för kompetensutveckling göras med fokus att förbättra analyser efter att ett fall har inträffat.

För områdena specifik rehabilitering, specifik omvårdnad och brister i vårdkedjan har inga

eller mycket få avvikelser registrerats. Verksamheten misstänker en trolig underrapportering. Kompetensbrist kan vara en orsak till att få/inga avvikelser rapporteras. Förbättringar behöver göras för att få en ökad spridning av rapporterade avvikelser genom att synliggöra brister inom andra områden än fall och läkemedel.

I verksamheten utbröt virusorsakad magsjuka som drabbade fyra av sex avdelningar och 25 patienter. Fokus under denna period var det basala hygienarbetet. Utbildningar i basal hygien repeterades och egenkontroller genomfördes med täta intervaller vilket gav resultat och mycket bättre följsamhet vilket den senaste egenkontrollen visade då 82 % följde rutinen felfritt. Brister som uppmärksammades är användning av skyddsförkläde vid nära patientarbete, användning av handsprit innan och efter användning av handskar och användning av handskar vid rätt tillfällen. Det finns även skillnader i resultat på de olika avdelningarna.

Under året rapporterades inga trycksår i avvikelsemodulen. Dock visar andra register att sju trycksår har behandlats under året. Detta beror på att brister i vetskapen om att alla trycksår ska dokumenteras i avvikelsemodulen oberoende av var de har uppkommit.

1. Riskområde	2. Mål	3. Åtgärd	4. Uppföljning av åtgärd, hur och när	5. Måluppfyllnad
Fall	Minska antalet fall med 18%.	Teamsamverkan, Utbildning med mar. Utveckla analyser, åtgärder och uppföljningar.	Dokumentationsgranskning enligt årshjul	
Trycksår	Korrekt rapportering av alla trycksår i avvikelsemodulen i Vodok.	Problemet har belysts i HSL-gruppen under oktober 2024.	Dokumentationsgranskning enligt årshjul	
Avsaknad av avvikelserapportering inom vissa områden som tex specifik rehabilitering	Öka andelen rapporterade avvikelser inom de områden där det är en trolig underrapportering från år 2024 med 25%. Gäller specifik rehabilitering där 0 reg 2024, brister i vårdkedjan 1 rapporterade 2024 och specifik omvårdnad 6 stycken.	Kompetensutveckling för HSL-personalen på HSL-möten	Dokumentationsgranskning enligt årshjul	
Munhälsobedömningar	Att 100 % med nedsatt munstatus ska ha en hälsoplan upprättad	Förtydligande av rutin på HSL-möten	Dokumentationsgranskning enligt årshjul	

## 4.2 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.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.



Verksamheten inkluderar det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. För närvarande pågår ett arbete med att föra över ledningssystemet till digitalt verktyg som är processbaserat med möjlighet att koppla rutiner till tillhörande process. Egenkontroller genomförs enligt årshjul för hälso- och sjukvården enligt beslutade rutiner.

**Smittförebyggande arbete-** Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta har varit centralt på enheten. För att öka patientsäkerheten har arbetet med att säkerställa att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer vad gäller skyddsutrustning och kohortvård skett dagligen. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygienisk standard har genomförts regelbundet enligt årshjul. Punktprevalensmätningar har genomförts, analyserats och handlingsplan upprättats samt följts upp. Infektionsregistreringar har gjorts och följts upp.

**Läkemedelshantering och delegering-** Extern kvalitetsgranskning, som utförs av Apoteket farmaci AB, samt egenkontroller har genomförts med fokus på läkemedelshantering och delegeringsförfarande två gånger under 2024. Egenkontrollerna har haft goda resultat. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följts upp. Läkemedelsgenomgångar har utförts av upphandlad läkarorganisation på 100 % av alla patienter.

**Bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov-** Rutiner finns för strukturerade evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar 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. Bedömningarna används som en del av underlaget för planering av åtgärder. Kvalitetsregister som Senior alert, Svenska palliativregistret och registret för Beteendemässiga Psykiska symtom vid Demens (BPSD) 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.

**Hälso- och sjukvårdsdokumentation-** Dokumentationsgranskning sker genom egenkontroller utifrån rutiner och årshjul för HSL. Handlingsplan har upprättats för arbetet med att förbättra identifierade brister.

**Palliativ vård i livets slutskede-** Arbetet med den palliativa vården i livets slut analyseras med hjälp av Svenska Palliativregistrets resultat med regelbundenhet. Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus.



### **4.3 Säker vård här och nu**

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

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

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.



Verksamhetsledningen genomför regelbundet strukturerade riskanalyser på en övergripande nivå. De genomförs vid de förändringar inom vård och omsorg, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbets sätt och rutiner.

En risk- och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar. Det kan även handla om brister i språk, kompetens eller it-försörjning. Under året har verksamheten fortsatt arbetet för att stå sig motståndskraftiga mot händelser i samhället som kriser och krig. Beredskapslager har byggts upp och rutiner upprättats för t ex elavbrott, smittspridning och uteblivna leveranser.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, fysioterapeut och arbetsterapeut riskbedömningar vid inflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Åtgärderna följs upp efter bestämd tid för att se att insatta åtgärder har haft den effekt som önskats.

### **4.4 Stärka analys, lärande och utveckling**

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



Verksamheten genomför ett kvalitetsråd varje månad då representanter från de olika personalkategorierna deltar. Avvikelse gällande hälso- och sjukvård, socialtjänstlagen och inkomna synpunkter och klagomål analyseras på verksamhetsnivå. Kompetensbrister kan belysas likväl som icke fungerande rutiner. De beslut som fattas på kvalitetsrådet tas vidare till arbetsplatsträff för att hela personalgruppen ska kunna ta del av det som beslutats. Kvalitetsombud förmedlar förändringar i vården av enskild patient och eventuella ändringar av rutiner till sina kollegor på respektive avdelning. På arbetsplatsträffar lyfts även detta av ombuden. På samtliga arbetsplatsträffar påminns återkommande om vikten av att skriva avvikelser som ett led i enhetens kvalitet- och utvecklingsarbete och bidrar till en god säkerhetskultur.

Övervägande avvikelser inom hälso- och sjukvården hanteras av HSL-samordnaren som gör analyser och bedömer om vårdskada föreligger. Kompetensen behöver förbättras vad gäller förmågan att utföra fördjupade analyser i teamet. Detta för att rätt åtgärder ska sättas in både på verksamhetsnivå och individuellt.

Förtydligande har skett för hur baspersonalen ska hantera muntliga klagomål som inkommer från patienter och närstående.

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

#### **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Vården behöver planera för en hälso- och sjukvården som på ett flexibelt sätt kan anpassas till

olika förhållanden men med bibehållen kvalitet och funktion.

It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och verksamheten har rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med kontinuitetsplanering.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Enheten kommer arbeta vidare med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist. Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer genomföras med täta intervaller enligt beslutat årshjul för 2025.

Ett prioriterat fokusområde under året är att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer. Erfarenheterna från registreringar i Svenska palliativregistret ska tas tillvara i förbättringsarbetet.

## 5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål för verksamheten är att den hälso- och sjukvård som erbjuds fortsatt håller hög kvalitet och följs upp systematiskt. Kvalitetssäkring av insatser sker via nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret och genom riskbedömningar och hälsoplaner utifrån patientens behov. Dokumentation och teamarbete är viktiga redskap i denna kvalitetssäkring.

Följande fokusområden kommer att ingå i förbättringsarbetet 2025:

- Införande av Appva-digital signering av läkemedel
- Fortsatt minskning av antalet fall/fallskador
- Revised Oral Assessment Guide (Roag)- alla patienter ska ha hälsoplaner vid nedsatt munstatus
- Utveckla arbetssättet för delegeringar inom rehabiliteringsområdet
- Utveckla analysarbetet vid avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet i verksamheten och förhindra att oönskade händelser upprepas.
- Utveckla och förbättra det tvärprofessionella teamarbetet
- Förstärka kompetensen kring psykisk ohälsa hos äldre

**Tabell. Fokusområden för det kommande året**

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Appva-digital läkemedelssignering	Implementerat juni 2025	Utbildning till all personal under årets första månader	Avvikelse hantering
Minska antalet fall	Minskning av fall med 10 %	Vidmakthålla tidigare insatta åtgärder. Mar och mas har genomgång med HSL-gruppen om åtgärder för fall	Genomgång av antal fall på kvalitetsråd en gång/månad

Revised oral assessment guide (Roag)	100 % av de med nedsatt munhälsa ska ha en hälsoplan upprättad	100 % av patienter med nedsatt munstatus ska ha en hälsoplan	Dokumentationsgranskning enligt årshjul
Delegeringar inom rehabiliteringsområdet	Ökat antal delegeringar inom rehabiliteringsområdet	Revidera lokal rutin för delegering. Implementera nytt arbetssätt i verksamheten, dvs att den justerade rutinen förankras i SSK och personal gruppen.	Dokumentationsgranskning enligt årshjul
Analyser	Teambaserade analyser dokumenterade i avvikelsemodulen i Vodok 75 % av rapporterade avvikelser ska ha en utförlig analys dokumenterad	Analysarbetet på kvalitetsråd. Dokumentation i avvikelsemodulen. Upprättade åtgärder både på verksamhetsnivå och individuellt	Dokumentationsgranskning enligt årshjul
Teamarbetet	Alla patienter "teamas" enligt den reviderade rutinen en gång varje år och vid behov	Implementering av reviderad rutin för teamarbetet i hälso-och sjukvårdsgruppen	Dokumentationsgranskning De röda tråden
Psykisk ohälsa	80 % personal ska ha genomgått utbildning i psykisk ohälsa.	webbutbildning: psykisk ohälsa hos äldre	inlämning av diplom på genomförd utbildning

## **Attesterat av**

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

### **Namn**

Hanna Jakhammer, Tf Stadsdelsdirektör  
Lena Hedin, Avdelningschef

### **Datum**

2025-02-04  
2025-01-31