

Patientsäkerhetsberättelse

för Gamlebo vård- och omsorgsboende - profil

År 2024



Inledning

Gamlebo är ett vård- och omsorgsboende med profilriktning för äldre i hemlöshet, med aktivt alkohol och/eller substansbruk samt ett fysiskt och/eller psykiskt stödbehov. Verksamheten ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse utifrån lagkrav och följa strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen. Berättelsen ska även utgå från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §)

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
Uppföljning av mål och strategier för 2023	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Resultat av internkontroller 2022 samt egenkontroller	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
Psykiatrisk kompetens	15
Missbruk	15
Kompetensutveckling i vård och omsorg	15
Teammöten	15
Patientsäkerhetsverktyg	16

SAMMANFATTNING

På Gamlebo ska varje patient känna sig trygg och säker i utförandet av vårdinsatser och i kontakt med omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Verksamheten har en god och säker patientvård och dokumentation med en tydlig ansvarsfördelning för sjuksköterskor respektive gruppleddare. Verksamheten utvecklar rutiner och följer upp avvikelser vilket gör att vården på Gamlebo är att bedöma som väldigt god. Däremot har de administrativa åliggandena släpat efter och saknas till viss del. Bland annat finns inget fullvärdigt ledningssystem.

Gamlebo har två sjuksköterskor som arbetar heltid, vilket ger goda förutsättningar för bland annat utveckling av verksamhetens kvalitetsarbete samt säkerhetsställande av patientsäker läkemedelshantering. Verksamheten har en gruppleddare som ansvarar för uppföljning av dokumentation enligt socialtjänstlagen och som kommunicerar planering och förändringar om patienter till övrig personal. I verksamheten finns det 15 undersköterskor och två vårdbiträden i omvårdnadsnära arbete (omvårdnadspersonal).

Från och med 1 januari 2025 övergår vårdgivaransvaret för Gamlebo enligt hälso- och sjukvårdslagen till *Område Hälso- och sjukvård*, tidigare känt som *LSS/SoL-hälsan*. Område Hälso- och sjukvård är en större vårdgivare med tillräckliga resurser för att bära det administrativa ansvaret på ett mer adekvat sätt. I förberedelse för organisationsförändringen har socialförvaltningen genomfört enhetsövergripande planering inför övergången. Sjuksköterskornas anställningar övergår i samband med omorganisationen till *Område hälso- och sjukvård* men har kvar patientansvaret. Sjuksköterskorna har efter förändringen fortfarande kvar sin fysiska placering i verksamheten.

Uppföljning av mål och strategier för 2024

Verksamheten har ungefär samma antal läkemedelsavvikelser som föregående år och det finns en väl fungerande kontroll av narkotikaklassade läkemedel. Avvikelser tas upp och hanteras enligt föreskrifter. Vid allvarliga avvikelser informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Delegeringsarbetet fungerar väl och följer gällande riktlinjer.

Teammöten på avdelningarna har under året varit sammansatta av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt även vid vissa tillfällen gruppleddare eller enhetschef. Syftet med teammöten är för att medarbetare ska komma fram till bästa förhållningssätt, bemötande och resursanvändning för en god och säker vård. Patienter som är boende på Gamlebo ska ha en trygg tillvaro och en omsorg av god kvalitet. Verksamheten har i grunden ett bra och väl fungerande arbetssätt med personcentrerad omvårdnad, där teamet utgörs av kontaktpersonen, patienten själv, läkaren och sjuksköterskan. Teammöten genomförs kontinuerligt för att bevara det som görs bra och utgör ett forum för dialog kring utveckling av hälso- och sjukvårdsinsatser samt omvårdnadsfrågor.

Patienter i verksamheten har under året haft möjlighet att besvara en brukarenkät vars resultat är analyserat och lett till framtagande av en handlingsplan under verksamhetens arbetsplatsträffar och framgår i verksamhetsplanen.

Patientsäkerhetsenkät har genomförts av medarbetare som arbetar omvårdnadsnära detta år. Resultatet visar på en positiv förbättring sedan föregående mätperiod och talar för en förbättring i arbetsplatskultur kring arbetet med patientens hälsa och behov.

Fortsatt arbete har gjorts för att patienter som har Hepatit C ska länkas till infektionsmottagningen på KS Huddinge sjukhus och där få behandling för smittan. Verksamheten har ett samarbete med infektionsmottagningen och har bland annat haft besök av mottagningen för att informera patienter och personal om smitta samt för att erbjuda testning.

Fortsatt arbete har gjorts för att boende ska motiveras till att ta del av det mobila tandvårdsteamet från Oral Care, vilket har inneburit att merparten av alla patienter någon gång under 2024 munhälsobedömts eller besökt tandhygienist/tandläkare.

Kontinuerligt arbete med att lägga in allvarliga avvikelser i VODOK (dokumentationssystem) fortgår och följs upp av MAS.

Verksamheten fortsätter att ha flertal patienter med substitutionsbehandling för tungt missbruk och där patienter är anslutna till ett program såsom via LARO eller Resursteamet. Under 2024 hade verksamheten två patienter med etablerad Metadonbehandling. Verksamheten har fortsatt regelbunden vätskeinfusion i subcutan venport för en patient. För att säkerställa säkerheten av hantering av detta har undervisning genomförts av ASIH. Skötsel av venporten görs enligt anvisningar i Vårdhandboken. Insatserna har möjliggjort att verksamheten kan fortsätta erbjuda patientsäker vård i större omfattning än det tidigare har varit möjligt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård på Gamlebo 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 §

Socialnämnden ska bedriva en jämlik vård på Gamlebo vård- och omsorgsboende. Patienter som bor i verksamheten ska erbjudas en god och säker vård genom ett aktivt patientsäkerhetsarbete.

Organisation och ansvar

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

Enhetschef och tillika verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, har det fortlöpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav medicinskt ansvarig sjuksköterska ställer, utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Ansvaret innefattar att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor ska identifiera avvikelser och agera förebyggande mot risker som kan uppstå i verksamheten. Vidare innefattar ansvaret att hantera och följa upp avvikelser som har inträffat samt utveckling av nya rutiner som för att motverka att nya avvikelser inträffar. Från och med 2025 övergår vårdgivaransvaret till *Område Hälso- och sjukvård*.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att det finns rutiner för:

- Att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Att beslut, om att delegera ansvar för vårduppgifter, är förenliga med säkerheten för patienterna.
- Att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen för hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, allvarlig skada eller sjukdom.
- Att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Sjuksköterskor i verksamheten följer kontinuerligt upp patienterna i sitt dagliga arbete samt utför risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs och för en fortlöpande utvärdering av måluppfyllelsen. Sjuksköterskorna samråder och har möten med MAS som stöd i sitt arbete. Sjuksköterskorna har regelbunden kontakt och samverkan med patientansvarig läkare via Familjeläkarna. Dessutom finns ett nära samarbete med respektive brukares boendestödare och vid behov även närstående, som också ingår i den äldres närmaste team.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enligt gällande regelverk finns det en samverkansöverenskommelse upprättad med regionen avseende läkarmedverkan. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll, bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning och medicinsk vårdplanering. En allmänläkare finns på plats i verksamheten en förmiddag varje vecka. Läkaren kan även nå dagligen per telefon.

Verksamheten bör ha en överenskommelse om att en psykiater ska vara tillgänglig för konsultation med besök på boendet var 14:e dag, en sådan överenskommelse har inte träffats än. Frågan står under fortsatt utredning tillsammans med läkarorganisationen familjeläkarna. Patienter med ett komplext stödbehov har behov av kontakter med psykiatri framförallt då det i samtliga fall inte är tillräckligt med geriatrisk specialistkompetens. Vissa patienter har en etablerad vårdkontakt med öppenpsykiatri vilket är något som uppmuntras för att patienter ska få bra stöd.

Patienterna på Gamlebo har kostnadsfri medicin, kostnaden står verksamheten för. Att verksamheten bekostar mediciner avviker från normen inom äldreomsorgen. Anledningen är att verksamheten har patienter som till följd av substansanvändning och sin livsstil inte har råd att bekosta sin medicinering. Eftersom behovet av medicinering är stort och angeläget för dessa patienter har verksamheten valt att bekosta medicineringen under boendetiden vilket möjliggör att patienter kan fullfölja sina behandlingsplaner.

Under jourtid (kvällar, nätter och helger) har verksamheten, genom ett avtal med det närliggande äldreboendet Stureby vård- och omsorgsboende haft tillgång till sjuksköterska under året. Tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut har reglerats genom ett avtal med Stureby Rehab. I samband med övergången av vårdgivaransvaret kommer *Område Hälso- och sjukvård*, tillhandahålla ett eget rehabiliteringsteam och en ny beredskapsjour.

För att underlätta samarbetet mellan olika aktörer samt göra patienter delaktiga eftersträvar Gamlebo upprättande av samordnade individuella planer (SIP). En stor del av kontakterna med anhöriga, god man, förvaltare sker via telefon och e-post eller på plats genom kontaktpersonen eller sjuksköterska. Verksamheten har under året sett fortsatta utmaningar i arbetet med SIP framförallt gällande att få till fungerande samverkan kring frågor om psykiatri.

Verksamheten har utformat ett arbetssätt som visat sig minska patienternas intag av alkohol och andra substanser. Samarbetet sker tillsammans med handläggare och aktualiseras i huvudsak av patientens kontaktperson och/eller sjuksköterska och tar sikte på arbetet med hyresinbetalningar. Idén är att om det finns tydligare krav på patienten att göra rätt för sig så återstår mindre ekonomiska medel att lägga på skadliga substanser. Ett stort motivationsarbete följer av detta men har visat sig ge ett gott resultat i flera fall.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Patientsäkerheten ska säkerställas genom att de uppgifter som finns dokumenterade ska vara överskådliga och att vårdprocessen bör hållas samman. Med anledning av översynen av verksamhetens organisation har journalgranskning inte genomförts under verksamhetsåret, senaste granskningen gjordes 2023 med goda resultat. Verksamhetens två sjuksköterskor har dock som praxis att regelbundet läsa varandras journalanteckningar och för löpande dialog kring dokumentationen. I dagsläget finns det vissa brister avseende dokumentationen rörande rehabiliteringsinsatserna i patienternas vårdplaner. I samband med övergången kommer dokumentationen hanteras av rehabiliteringsteamet under *Område Hälso- och sjukvård*.

En god säkerhetskultur

Samtliga medarbetare vid verksamheten har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och om möjligt direkt åtgärda händelser som uppstår. När en avvikelse bedömts som allvarlig rapporteras detta till enhetschef som i sin tur tar ställning till om informationen ska föras vidare till överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till medicinsk ansvarig sjuksköterska.



Verksamheten har inte haft någon Lex Maria under 2024.

I samband med inflyttning, och över tid, genomförs relevanta riskbedömningar av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. När en risk identifieras upprättas normalt en hälsoplan som kontinuerligt följs upp. Verksamheten kan inte fullt ut förebygga fall och undernäring då de patienter som bor i verksamheten ofta har ett pågående substansbruk och begränsad möjlighet att

medverka till förebyggande insatser. Många av fallen beror på berusning och det finns svårigheter att följa upp patienternas näringsintag. Många har under lång tid levt som hemlösa med samtidigt substansbruk och flertalet har psykisk ohälsa. Matvanorna är ofta annorlunda än på ett vanligt boende för äldre. Vid fall, och där risk för fall föreligger, görs bedömningar av sjuksköterska om lämpliga fallpreventiva insatser i den utsträckning som patienten kan medverka och där insatserna inte bidrar till en större risk eller allt för omfattande begräsning av patientens integritet.

Det finns en pågående dialog mellan MAS, sjuksköterska och verksamhetschef för rådgivning och för att hitta en bra nivå på riskbedömningar och åtgärder i relation till den målgrupp som verksamheten vänder sig till.

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.

Verksamheten har under 2024 aktivt erbjudit omvårdnadspersonal och sjuksköterskor möjligheten att identifiera områden för kompetenshöjande insatser och har genomfört utbildningstillfällen som stärker medarbetarnas kompetens inom vårddyrket. Målsättningen är att genomförda kompetenshöjande insatser kommer kollegor till del genom att medarbetarna lär av varandra.

Verksamheten genomför en årlig utbildning i vårdhygien och det finns sedan tidigare en hygiengrupp bestående av ombud vars uppdrag är att arbeta för en ökad hygienkontroll och säkerhet i verksamhetens patientnära arbete. Vidare har verksamheten genom dess teammöten skapat ett forum där teamet kan bidra med utbyte av kunskap och erfarenhet till sina kollegor. Hygiengruppen har uteblivit till viss del 2024 men ambitionen är att aktiviteten ska öka under 2025.

Verksamheten har fortsatt en ambition att erbjuda medarbetarna kompetenshöjande insatser. Enheten Gamlebo hör organisatoriskt till *Område boende vuxna*, tidigare känt som *Boendeenheten*, Socialförvaltningen, vid vilken en kompetensinventering och planering är gjord för 2024. Bland annat har området identifierat utbildningsbehov om motiverande samtal, empatitrötthet, lågaffektivt bemötande, samt arbetsmetoder och förhållningssätt för ett självständigt liv vid psykisk ohälsa och samsjuklighet.



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

På Gamlebo är det en grundläggande förutsättning för en säker vård att patienten och de närstående görs delaktiga. Den personcentrerade vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård som så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Att patienten är medskapare genomsyrar verksamhetens värdegrund. Verksamheten arbetar enligt Bostad först-principerna för stadens äldre hemlösa. Medarbetarna har därför som styrning att arbeta enligt sex principer som innefattar *skademinskning, deltagarstyrt stöd, rätten till val och självbestämmande, skiljer på boende och behandling, aktivt engagemang utan tvång och fostran samt stöd riktad*



till återbämtning. De patienter som bor i verksamheten ska därför göras delaktiga i sin vård och det kan samtidigt innebära att patienterna inte fullföljer den medicinerings eller de behandlingar som föreskrivs. I största möjliga mån ska därför medarbetarna identifiera och arbeta med skademinskning. Att bo på Gamlebo kräver inte att patienten samtycker till behandling på grund av substansanvändning eller är nykter.

Under 2024 har verksamheten haft fortsatt handledning i förhållningssätt, arbetsmetoder, samarbete och bemötande. Handledningen har syftat till att verksamheten ska ha kompetensen och förmågan att hantera avvikande beteenden och göra svåra bedömningar som tryggar patientsäkerheten och att patienten bor kvar och trivs.

Patienters delaktighet i sin vård och planering i verksamheten har fortsatt skattats lågt i årets patientsäkerhetsenkät. Resultatet av årets enkät kommer att ligga till grund för fortsatt samarbete med *Område hälso- och sjukvård* under 2025.

Anhörigas delaktighet i brukarnas vård är sparsam i verksamheten. Skälet till detta är framförallt att det är ett fåtal patienter som har en varaktig relation till anhöriga eller där anhöriga är involverade i vården av sin närstående. I de fall anhörigkontakt är möjlig bjuder medarbetarna in till kontinuerlig dialog och möjlighet att vara involverad. I och med att patienten har möjlighet att neka insyn i sitt ärende kan det bidra till att anhöriga inte görs delaktiga.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll av olika delprocesser och rutiner genomförs regelbundet av verksamhetschef och sjuksköterskor, till exempel kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel och uppföljning av delegerade arbetsuppgifter. Statistik förs över vårdrelaterade infektioner och fall.

Resultat av internkontroller 2022 samt egenkontroller

Gamlebo är inte ett renodlat vård- och omsorgsboende, med hänsyn tagen till den patientgrupp som bor i verksamheten. Efterföljsamhet och delaktighet i vården varierar i patientgruppen och verksamheten använder sig inte, till skillnad från sedvanliga vård – och omsorgsboenden, i större omfattning av egenkontroller på ett strukturerat sätt. Verksamheten använder sig exempelvis inte av senior alert men däremot mäter verksamheten fall och läkemedelsavvikelser. I de fall där behov identifierats mäter verksamheten nutrition, vätska, avföring med mera och detta används huvudsakligen som verktyg till förbättring av patientens status. Det finns inte strukturerade egenkontroller avseende dessa mätningar men verksamheten bedömer att personalen sköter kontrollerna enligt ordination.

Fall

Vid varje fallincident upprättas en skriftlig avvikelse som lämnas till sjuksköterska. Fallavvikelserna sammanställs och redovisas månadsvis vid arbetsplatsträffar. Fall som

har inträffat uppmärksammas även vid dagliga rapporteringstillfällen i teamen för efterföljande agerande och uppföljning.

	Antal fall totalt	Påverkan av alkohol eller andra substanser	Fall som orsakade fraktur eller sjukhusvård
2021	333st	289 st	1 st
2022	214 st	198 st	2 st
2023	161 st	156 st	0 st
2024	153 st		0 st

Verksamheten har en hög fallfrekvens och merparten av fallen utgörs av specifika patienter som har fall under påverkan av återkommande substansanvändning, såsom alkohol eller droger. En positiv trend är att antalet fall har minskat med åtta stycken jämfört med föregående år och inga fall har lett till varken sjukhusvård eller konstaterade frakturer. I den mån det går arbetar verksamheten med fallprevention och förebyggande insatser. Möjligheten att arbeta fallpreventivt begränsas av patientgruppens vilja till att medverka och utfallet varierar därför. Under verksamhetsåret har verksamheten inte granskat antal fall som kan kopplas till påverkan av alkohol och substanser vilket främst beror på pågående övergång till ny organisation. Verksamhetens uppfattning att andel fall som kan kopplas till substanspåverkan ligger på liknande nivå som tidigare år.

Egenkontroller

Verksamheten har god vård och användning av verktyg för avföringslistor, nutrition och vätskekontroller på individnivå. Däremot saknar verksamheten ett strukturerat ledningssystem som följer egenkontrollerna på gruppnivå och det tas inte fram handlingsplaner för ett sådant ledningssystem.

Följsamhet basal hygien

Ingen egenkontroll eller punktprevalensmätning har genomförts 2024. Till följd av den tidigare pandemin har verksamheten haft ett förhöjt medvetande och en följsamhet för basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Vidare har verksamheten en hygiengrupp vars uppdrag är att kartlägga och utveckla verksamheten i följsamhet.

Säker läkemedelshantering

Vid läkemedelsavvikelser upprättas skriftliga underlag som rapporteras till sjuksköterska. Rutinefterlevnad har uppmuntrats och har under 2024 följts upp efter inträffade läkemedelsavvikelser.

	Antal läkemedelsavvikelser	Allvarlig påföljd för patienten
2021	12 st	0 st
2022	14 st	0 st
2023	10 st	0 st
2024	15 st	0 st

Av verksamhetsårets 15 st läkemedelsavvikelser har ingen avvikelse lett till konsekvenser eller bestående skador för patienten. Avvikelserna har uppmärksammats snabbt och hanterats i samråd med sjuksköterska.

Verksamheten har goda arbetsmetoder för att uppmärksamma riskbeteenden hos personalen och har strategier för att undanröja risker för läkemedelssvinn.

Vid sjuksköterskornas månatliga räkning av den narkotika som förvaras i verksamhetens läkemedelsexpedition noterades inte svinn vid något tillfälle.

Apoteket genomförde en läkemedelsgranskning under 2023 och godkände efter denna verksamhetens hantering av narkotiska preparat. Under 2024 har ingen extern läkemedelsgranskning ägt rum.

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 vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit den som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

I verksamheten upprättas skriftliga avvikelser till sjuksköterska och dokumenteras i VODOK. Uppföljning av avvikelserna och efterföljande utredning genomförs av sjuksköterska och kommuniceras till omvårdnadspersonal. Inga allvarliga tillbud noterades under året, såsom Lex Maria eller fallfrakturer.

Inte heller har några allvarliga trycksår noterats under året. Ett flertal boende har dock blivit alltmer omvårdnadskrävande och sängliggande. Hos patienter där verksamheten uppmärksammat början till trycksår har förebyggande åtgärder satts in, såsom mjukgörande salvor och behandlande madrasser.

Vid de under året inträffade läkemedelsavvikelserna har sjuksköterskan först samtalat med den personal som vid tillfället för avvikelsen var i tjänst, därefter togs avvikelserna upp på APT.

Avvikelser som har inträffat i relation till annan huvudman har hanterats med berörd enhet. Som utförare av beredskapssjuksköterskeuppgifter kvällar, nätter och helger har Stureby vård- och omsorgsboende inte varit inblandade i några avvikelser under 2024.

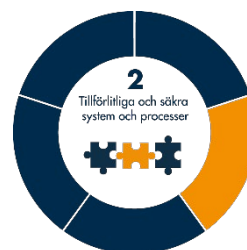


Verksamheten följer noggrant rutinen för att tömma verksamhetens behållare för smittförande och stickande föremål, i vilka personalen exempelvis lägger insulinnålar. Behållarna, som förvaras vid medicinvagnarna, kontrolleras så att de inte blir för fulla och med det ökad risk för stickskador för patienterna. Vidare har verksamheten generös utdelning av behållare till de patienter som brukar aktivt med nålar. Noll stickskador har inträffat för medarbetare under 2024 vilket visar att verksamheten har vidtagit åtgärder för att minimera risker. En åtgärd har varit att införskaffa fler stickskyddshandskar och byta ut mot sådana som uppfyller klassificering enligt EN 388:2016. En annan åtgärd har varit att ta fram handlingsplan kring att inte förvara skyddsmaterial hos patienter där risk för stickskada finns.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerheten bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Kontaktpersonen och ansvarig sjuksköterska har ansvar i att formulera och kommunicera planering till teamet och följa upp resultatet. Rapporteringstillfällen mellan arbetspassen och teammöten utgör därför fortsatta forum där medarbetare kan samlas i team och samverka till att patienter får jämlik vård och omsorg.



Säker vård här och nu

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

Efter 2021-2022 har verksamhetens arbete inte påverkats av covid-19. Tidigare års arbete med rutinutveckling och trygg patientsäker vård har fallit väl ut och i dagsläget har verksamheten ett normalläge.

I dagsläget gör verksamheten inte själv några planerade aktiviteter för 2025, planerade aktiviteter 2025 görs av *Område hälso- och sjukvård* vilket verksamheten kommer samarbeta med.



Riskhantering

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

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

2021-2024 har verksamheten inte uppmärksammat eller rapporterat något utifrån Lex Maria. En händelse har rapporterats som Lex Sarah december 2024 och kommer att utredas 2025. Rapporteringen gäller misshandel av en patient, utförd av en annan patient.

Verksamheten har identifierat följande risker;

- Brandrisken är en vanligt förekommande risk då en del av patienterna röker inomhus och några utgör påtagliga risker genom bland annat sänggrökning. Alla medarbetare har därför varit på brandutbildning mellan 2023-2024 och det finns arbetsmetoder kring ökad tillsyn och andra riskhanteringar kring exempelvis sänggrökning så som brandfilt och brandimpregnering av textilier och fria ytor. Verksamheten har utvärderat arbetet och kan se en stor minskning i risk för skada eller olyckor vid bränder hos rökare.
- En annan risk är våld mellan patienterna. Ett sätt att förebygga uppkomsten är att medarbetarna använder sig löpande av motiverande samtal och har ett lågaffektivt bemötande. Verksamheten har väktare som kan larmas för att stoppa en våldsincident om det skulle uppstå. En brukare har under 2024 blivit utskrivet till annan verksamhet på grund av upprepade hot- och våldssituationer vilket eskalerade till misshandel av en medboende och kraftiga hot mot medarbetare. Hot och våld kan förekomma i viss utsträckning och är i regel orsakat av psykiskt mående, substanspåverkan eller agitation. Risken för allvarligt våld är fortsatt låg.
- Risken att patienter utsätts för våld eller hot av personal är låg i verksamheten och risken förebyggs genom att medarbetarna utbildas i och arbetar med lågaffektivt bemötande. Ett fall där en medarbetare har agerat i affekt har uppmärksammats och händelsen har hanterats enligt rutin. Händelsen har inte orsakat någon sveda eller lidande för någon boende och har använts som lärdom i teamet.
- Verksamheten har ett aktivt samarbete med Oral Care, där uppgiften främst är att motivera patienter till att ta emot vård från tandläkare och tandhygienist. Detta är viktigt eftersom patienterna tillhör en grupp som har eftersatt munhälsa och detta är en risk för försämrat mående, infektioner och andra komplikationer. Risk för bristande munhälsa och allvarliga konsekvenser finns. Merparten av patienterna får besök av Oral Care men har sedan tidigare nedsatt munhälsa och svåra hälsobesvär som gör det svårt att förhindra fortsatt försämrad munhälsa. Risken för allvarliga infektioner är däremot låg, medarbetare har god kännedom om status i merparten av fallen.
- Enskilda patienter i verksamheten bär på smitta av resistent bakterier inklusive MRSA. Följsamhet till basala hygienrutiner och anpassning av vårdarbetet ställer höga krav på medarbetare för att säkerställa att smitta inte sker genom kontaminering. Risken för kontaminering är låg i dagsläget. Medarbetare har skyddsmaterial och rutiner för att undvika kontaminering och det finns en god delaktighet i följsamhet av restriktioner av berörda patienter.

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 har inte bedrivit ett aktivt analysarbete med handlingsplan enligt Socialstyrelsens föreskrifter för stärkt patientsäkerhet. Då det saknas ett fullvärdigt ledningssystem och kapacitet att ombesörja detta så har, som tidigare beskrivits, frågan om vårdgivaransvar för verksamheten mynnat ut i ett beslut om omorganisering av vårdgivaransvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen, till Område Hälso- och sjukvård.

Under 2024 hade ett antal områden kunnat identifieras som kräver extra insatser.

- Fortsatt motivationsarbete av de patienter som genomgår Hepatit C behandling.
- Fortsatt samarbete med Oral Care för att motivera patienter till undersökningar och behandlingar.
- Motivationsarbete för att patienterna ska ta emot läkarhjälp från boendets läkare samt uppmuntran till att sköta sin medicinering.

Avvikelser

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

Verksamheten har inte använt verktyget för stärkt patientsäkerhet till följd av resurshinder vilket är motiveringen till beslutet om omorganisering av vårdgivaransvaret. Avvikelser har rapporterats till sjuksköterska som dokumenterat inträffade allvarliga avvikelser och utredningar i VODOK. Avvikelserna hanteras i teamet och har under 2024 inte föranlett revidering av befintlig rutin. Möten har under 2024 genomförts med sjuksköterska och MAS för att stämma av uppdragsbeskrivning, verksamhetens förutsättningar och hur avvikelser hanteras.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten har inte tagit emot några synpunkter eller klagomål gällande vårdinsatsers utförande eller konsekvenser av uteblivna eller felaktigt utförda insatser. Medarbetarna har kännedom om aktuell rutin för synpunkter och klagomål och det är medarbetarna som har skyldighet att informera om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål. Verksamheten bedömer att det finns en god medvetenhet hos medarbetare om vikten av att uppmärksamma avvikelser och lära av eller uppdatera rutiner vid behov. Verksamheten strävar efter att i största möjliga mån uppmuntra lärande och öppenhet kring utövandet av yrkesuppgifterna.. Genom att främja lärande och öppenhet ska medarbetare uppmuntras till att uppmärksamma fel eller brister som hanteras korrekt när åtgärder behöver vidtas.

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.



- Verksamheten har sedan 2022 nya styrdokument för beredskap, kontinuitet och krishantering som kan påverka utförandet av vården. I syfte att ha enhetliga och

hanterbara rutiner för medarbetare har nya rutindokument tagits fram och reviderats under 2023 och fortsatt reviderats vid behov 2024.

- Verksamheten har tagit del av generella statsbidrag 2024-2025 som bidragit till att bygga en buffert av behandlingsmaterial samt införskaffat material enligt aktuell evidens.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamheten har som uppdrag att ge god och säker vård för äldre som har levt i hemlöshet och där det kan förekomma psykisk ohälsa, komplex vård och omsorgsbehov samt bruk av alkohol och narkotika. Verksamheten vänder sig till en patientgrupp där nya utmaningar ofta uppkommer.

Psykiatrisk kompetens

Verksamheten tar emot en allt större andel patienter med psykisk ohälsa där stödbehovet och behov av vård är komplext. Det finns en överenskommelse med regionen om läkare med psykiatrikompetens, vilket dock är en resurs som har uteblivit under ett flertal år. Verksamheten ser allvarligt på detta och det finns en pågående dialog för att hitta en hållbar lösning.

Verksamheten har fortsatt ambitionen att satsa på kompetensutveckling för omvårdnadspersonal i psykisk ohälsa och missbruk, samsjuklighet och förhållningssätt.

Missbruk

Verksamheten ser en fortsatt förändring av förekomsten av narkotika i samhället och vilken effekt det har på den äldre. Allt fler av verksamhetens patienter har ett blandmissbruk även om det fortfarande finns en del som endast har ett skadligt bruk av alkohol. Det finns därför ett behov av att verksamheten satsar på kompetensutveckling för medarbetare i att identifiera och förstå sambandet mellan substansanvändning och hälsoeffekter.

Kompetensutveckling i vård och omsorg

Verksamheten har fortsatt höga ambitioner att utveckla sjuksköterske- och omvårdnadspersonalens metoder och förhållningssätt i vård- och omsorgsarbete. Vårdyrket är under ständig utveckling och nya arbetsmetoder, val av behandlingsmaterial och rön kan ge stor effekt på kvaliteten i vårdinsatsen för patienten. Verksamheten eftersöker nya utbildningsinsatser och samverkar med Äldreförvaltningen. En pågående kompetensinventering genomförs för att kartlägga utbildningsinsatser för omsorgspersonal under 2025.

Teammöten

Samarbetet i teamet kring den äldres vård- och omsorgsbehov är väsentligt för att säkerställa att medarbetare identifierar risker och inträffade avvikelser. Samarbetet främjar utredning och åtgärder av inträffade avvikelser och undanröjande av risker. Verksamheten har stående rapporter för dag-, kväll och natt där förändringar i hälsa och omvårdnad kan lyftas. Utöver det har verksamheten återupptagit mer regelbundna teammöten, där idéer om förhållningssätt, bemötande och patientförståelse ventileras. För att ha ett bra samarbete och tillit i teamet finns det fortsatt behov av att arbeta med den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Verksamheten har ett pågående arbete med hög sjukfrånvaro, rutinutveckling och handledning i syfte att stärka samarbetet i teamet.

Patientsäkerhetsverktyg

Verksamheten har inte använt Socialstyrelsens analysverktyg för stärkt patientsäkerhet. Verksamheten har därför inte använt kartläggning, analys och åtgärder i den önskade utsträckning och det kan innebära att det kan finnas ytterligare risker eller förbättringsområden som verksamheten inte har identifierat 2022-2024. För 2025 övertas vårdgivaransvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen av *Område hälso- och sjukvård*, vilket kommer att möjliggöra en förbättring av patientsäkerhetsarbetet.