

Bilaga O6

Patientsäkerhetsberättelse
2024

Vård- och omsorgsboenden
egen regi



2025-03-04

Handläggare

Till

Äldreomsorgens kvalitets- och
utvecklingsenhet

Telefon:

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Äldreomsorgens kvalitets- och utvecklingsenhet

Förslag till beslut

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
Agera för säker vård	12
Egenkontroll	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	19
Riskhantering	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter.....	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	22
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	23

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

SÖD 2025/239 - 1

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården

Under 2024 (1 februari) har Södermalms stadsdelsförvaltning övertagit driften för Hornskrokens vård- och omsorgsboende (VoB) till kommunal regi. Därmed har Södermalms

stadsdelsförvaltning under 2024 sju särskilda boende för äldre i egen regi.

En av utmaningarna inför 2025 är utveckling av arbetssätt för att stärka patient- och närståendeflytande, vilket också förväntas bidra till god patientsäkerhet. En samlad analys av vilka utmaningarna är i patientsäkerheten behöver tas fram på alla nivåer. Analysverktyget och den nationella handlingsplanen är en viktig utgångspunkt för arbetet och innebär fortsatt utveckling av arbetsformer för organisation, ledning och analys av patientsäkerhetsarbetet.

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar tid att bygga upp och utveckla, vi är i början av denna resa. Hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen ökar i betydelse och omfattning. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter.

Samverkan internt och externt är oerhört viktigt för att uppnå en god och säker vård. Exempel på det är samverkan gällande riskbedömningar, arbetet med kvalitetsregistren och vikten av säker informationsöverföring i samband med vårdövergångar. Att stärka samverkan är ständigt aktuellt och inget som någonsin kommer bli slutfört och utgör basen för mycket annat arbete inom stadsdelens ansvar.

Under året har arbetet med att implementera en ny digital delgeringsutbildning samt kunskapstest utförts i syfte att kvalitetssäkra läkemedelsdelegeringarna.

Under 2024 har det digitala signeringsverktyget Appva ytterligare implementerats i en verksamhet. Det har gett en god effekt i uppföljning och spårbarhet. Signeringsverktyget ger också en tydlig digital överblick på följsamheten till rutin för läkemedelshantering hos varje delegerad medarbetare.

För att stärka tillförlitliga system har Collabodoc införts som en digital rondplattform, vilket underlättar kommunikationen mellan läkare och legitimerad personal på boendet. Systemet förbättrar informationsflödet, minskar risken för missade ärenden och ökar spårbarheten.

QUSTA har genomförts i samtliga verksamheter i egen regi, som en del av arbetet med att säkra processer inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Varje verksamhet upprättar en åtgärdsplan utifrån resultatet. Årets QUSTA visar framförallt på att samtliga verksamheter behöver utveckla patientens delaktighet i vård och omsorg, liksom stärka arbetet med psykisk ohälsa.

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



Under 2024 har Södermalms samtliga avdelningar inklusive äldreomsorgen genomfört en omorganisation avseende chefsstrukturen. Avdelningen äldreomsorg delades upp i tre vård och omsorgsboendekområden samt ett område för hemtjänst, inklusive servicehus. Varje område har nu en områdeschef som har ett antal enhetschefer under sig på respektive verksamhet. Förebyggande enheten har också en områdeschef med enhetschef under sig.

Det övergripande verksamhetsansvaret enligt HSL ligger på områdescheferna, men de kan delegera enskilda ledningsuppgifter gällande patientsäkerhetsarbetet till enhetschefer. Under 2024 så planerades arbetet med att utforma ett processteam med syfte att tillsammans stärka ett hållbart och kompetent ledarskap och för ledning och styrning som på ett ändamålsenligt sätt eftersträvar en hållbar verksamhet med hög patientsäkerhet.

Under 2025 kommer arbetet med analysverktyget utifrån Agera för säker vård starta. En handlingsplan för hela året har upprättats, där de olika chefsnivåerna är involverade under hela processen, allt för att få ett engagemang i frågorna och en tydlighet i alla led.

Övergripande mål och strategier

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

Stadsdelens arbete inom äldreomsorgen utgår från flera styrdokument, upprättade av Äldreförvaltningen.

- *Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS, Äldreförvaltningen 2022*
- *Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter, 2023*
- *Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndernas verksamhet Vård- och omsorgsboende inom stadens valfrihetssystem, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor Äldreförvaltningen 2022*

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och sjukvård styr verksamheternas arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och

registrera avvikelser.

- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflytt samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede" Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg.

Organisation och ansvar

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa

ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egen regi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* ”Capio” och ”Familjeläkarna i Saltsjöbaden” har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under året genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på respektive verksamhet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien Stockholm, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* Kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har två dietister verksamma inom stadsdelens SÄBO.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för medicinsk fotsjukvård. Läkare

tillsammans med sjuksköterska ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till medicinsk fotsjukvård. Södermalm har avtal med serviceförvaltningens upphandlade företag, LT Fot och Hälsa Gruppen AB, för den medicinska fotsjukvården.

- *Kulltorp korttidsboende: Vårdkedja korttid-* primärvårds rehab: Under året så har MAR fortsatt arbetet med att kalla till och hålla i samverkansmöten med fokus på sömlös vårdövergång vid in och utskrivning från korttid till ordinärt boende eller till särskilt boende.
- GSA klustermöten: MAS och MAR har deltagit på dessa under året, där fokus varit att få in mer samverkan mellan kommun och region. Primärvårds rehab deltar även här från 2024.
- MTP: Samverkan med avtalade leverantörer och främst Sodexo för en säker tillgång till medicintekniska produkter till verksamheterna.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter inklusive sammanfattning begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. De enheter som drabbades på Södermalm var Hornstulls servicehus, Bergsund vård och omsorgsboende, Katarinagården och Kulltorp vård och omsorgsboende. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso- och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare i förvaltningen. Revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts. Exempel på nya system som klassats är SveDem och ExorLive.

Varje enskild medarbetare i verksamheten genomför årligen obligatorisk webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

Under 2024 genomfördes en journalgranskning utifrån respektive legitimerad personals journalföring. Resultatet förmedlas till respektive personal och chef. Det framkom att det fanns gemensamma utvecklingsområden. Ett utvecklingsområde som MAS och MAR kommer arbeta med under 2025 är uppstart av journal och vad en journal minst ska innehålla

under de 14 första dagarna efter inflyttning.

En god säkerhetskultur

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



MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- stödjer verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten

Under året har MAS och MAR stöttat enhetschefer i arbetet med avvikelser genom att erbjuda enskilt stöd, samt träffat alla nyanställda enhetschefer som en del i introduktionen.

Under 2024 har totalt sju fördjupade utredningar genomförts i verksamheterna varav en av dessa bedömdes som allvarlig vårdskada och utreddes vidare enligt lex Maria samt anmälades till IVO.

De fördjupade utredningarna som gjorts handlade om fall, trycksår och viktnedgång hos patient.

Två ärenden från Patientnämnden har inkommit och har hanterats i den berörda verksamheten. Inga vidare utredningar har upprättats i samband med dessa.

Fokus under 2025 kommer vara att öka kompetensen inom området avvikelser och händelser, samt även vikten av att rapportera risker i verksamheten. Detta arbete förhoppningsvis öka rapporteringsgraden.

MAS och MAR kommer arbeta för att tillsammans med verksamheterna göra gemensamma övergripande riskanalyser vid strategiska beslut som kan påverka patientsäkerheten.

Under året så har utbrott av multiresistent bakterie skett i en verksamhet. Ett stort arbete genomfördes därav i samverkan med vårdhygien, verksamheten, MAS och vårdpedagog.

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.



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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och kompetensutvecklingsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.

Stadsdelen har under 2024 öppnat ett metodrum där kompetenshöjande aktiviteter äger rum under ledning av en AKA. Syftet med metodrummet är att ge vård- och omsorgspersonal möjlighet att träna på olika kliniska färdigheter och moment.

Apotekets delegeringsutbildning infördes under året i samtliga verksamheter avseende läkemedelshantering och insulin och därtill kopplat kunskapstest.

SBAR och NEWS (vitala parametrar) har under året undervisats på samtliga verksamheter av Södermalms AKA/vårdpedagog.

Under året så har MAR som även är processledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation haft en större träff med alla handledare från egen regi och entreprenad. MAR har även löpande informerat om samtliga nyheter och ändringar i Vodok ICF och KVÅ struktur.

Under året har ett nytt instrument för screening av kognitiv svikt införts; MMSE-NR3. Detta instrument finns i Vodok och har använts i en del av Södermalms verksamheter.

Uppföljningsmöten avseende BPSD har genomförts i två verksamheter av MAR och kurator från kvalitets och utvecklingsenheten, där fokus har legat på uppföljning av den handlingsplan som ska följas.

Under hösten anordnades en palliativ kunskapseftermiddag. Dagen planerades av HSL verksamhetsutvecklare, MAS och MAR i samarbete med Palliativt kunskapscentrum (PKC), där samtliga professioner fick kunskapspåfyllning och möjlighet till gemensam reflektion. Deltog gjorde SÄBO i egen regi, entreprenader och LOV-verksamheter. Svenska palliativregistret och samverkande läkarorganisationen bidrog med kunskap om palliation och uppföljning via registret.

Under 2024 avvecklades nattsjukskötersketjänsterna i en verksamhet i samband med övergången till jourverksamhet. Detta ledde till förändringar i sjuksköterskornas scheman samt anpassningar i arbetssätt, exempelvis vid överrapportering mellan arbetspass.

Under året har även digital signering av läkemedels- och HSL-insatser(Appva) implementerats i två verksamheter. Legitimerad personal har utbildats i administrationsgränssnitt, vård- och omsorgspersonal har fått utbildning i att använda sig av digital signering i Appva via telefon.

Två verksamheter påbörjade Silviacertifiering under 2024 och kommer bli klara under 2025. En verksamhet påbörjade Stjärnmärkning enligt Svenskt demenscentrum och kommer också bli klara under 2025.

Äldreomsorgens dietister har tagit fram ett nytt måltidskoncept till samtliga verksamheter. Under 2025 kommer detta koncept att implementeras på Södermalm egenregi.

Under 2024 så har projekt OPEN genomförts som en pilot på två utvalda avdelningar på särskilt boende. Syftet är att främja rörelse genom uppresningar och ökat intag av protein via mellanmål. Projektet utvärderas i början av 2025. Projektet leddes av dietist och MAR.

MAR deltog i den årliga patientsäkerhetsdagen 2024 som anordnades av Socialstyrelsen. Från den inhämtades information som inspirerade till det arbete som påbörjats utifrån Agera för säker vård i Södermalms HSL processteam.

Stadsdelens instruktörer i MHFA (Mental Health First Aid) har utbildat flera medarbetare inom området psykisk ohälsa. Under 2025 ska även MAS och MAR gå denna utbildning.

Området egenvård och stöd till egenvård belystes i stadsdelen under 2024.

Utförare(servicehus och hemtjänst) och beställare och i samverkan med regionen(vårdcentraler och Primärvårdsrehab). MAR anordnade en eftermiddag med information från Äldrecentrum och STEG projekt samt därtill workshop. Under 2025 kommer arbetet pågå med att ta fram en gemensam rutin i samverkan för stöd till egenvård, med aktivitet och ansvarsfördelning inom området.

MAS, MAR och HSL verksamhetsutvecklare har anordnat stadsdelsgemensamma nätverksträffar under året för legitimerad personal, i syfte att sprida kunskap och lära känna varandra i stadsdelen.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter, närstående och även till biståndshandläggare vid frågor som rör hälso- och sjukvård. Flera frågor under året har handlat om egenvård och stöd till egenvård.

Vid utredningar av händelser inhämtas patientens och/eller anhörigas synpunkter på händelsen. När utredningen är avslutad kontaktas patient och anhöriga igen för att delges information om resultat av utredningen samt de vidtagna åtgärderna.

I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering bjuds patient in och i många fall även närstående att delta. Information ges till patient och närstående om det förebyggande arbetet gällande att förhindra vårdskada till exempel genom att verksamheten använder kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Under 2024 så utökades Qusta-formuläret med frågor avseende patientens delaktighet inom samtliga områden. Det visade sig vara ett utvecklingsområde i verksamheterna i det dagliga arbetet, patientsäkerhetsarbetet och i dokumentationen.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar även till att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetssystemet.

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget

analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boenden. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Under 2024 så genomförde MAR en uppföljning och genomgång på plats av samtliga verksamheternas inventarieförteckningar gällande MTP. Syfte var att säkerställa att förteckningarna innehåller den information som krävs. Resultat av uppföljningen föranledde en del arbete i verksamheterna med stöd av MAR. Under året så har MAR arbetat för ökad förståelse gentemot chefer gällande inventarieförteckningen, dess syfte och hur den aktivt kan användas i verksamheterna i tex investeringsplaner. Under året så har även ansvaret för MTP förtydligats, när tex en produkt har nått förväntad livslängd.

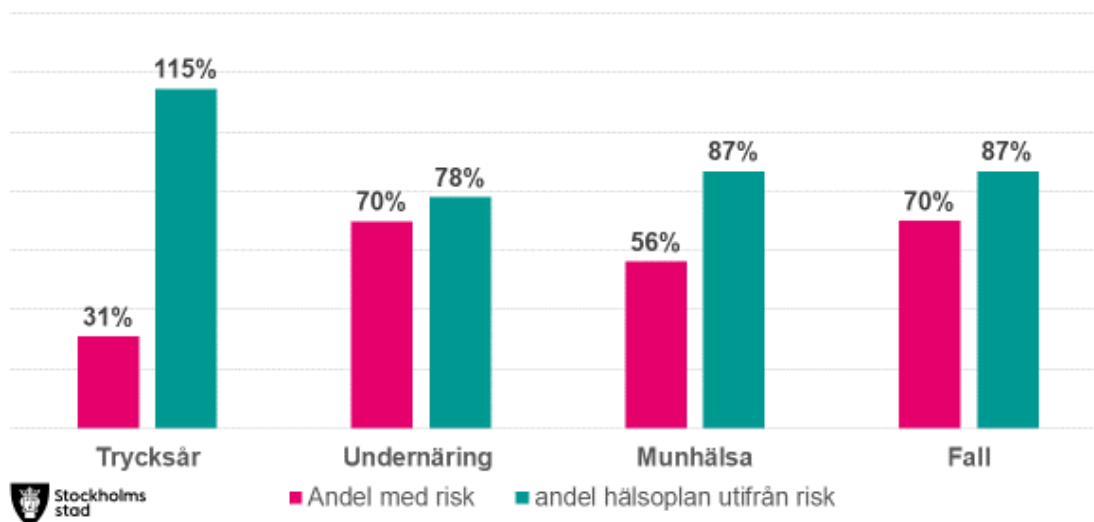
Under året så har observation av följsamhet till basal hygien och klädregler(BHKR) inom vård och omsorg genomförts under vår och höst. Sammantaget så finns områden att jobba vidare med och det är handdesinfektion före arbetsmoment, samt att skyddsförkläde ska användas när det behövs. Det finns även en del att förtydliga gällande användning av ring, klocka och nagellack. Höstens mätning visade förbättring gällande desinfektion efter arbetsmoment jämfört med vårens mätning.

Appva läkemedelshantering signeringsresultat sker i varje verksamhet och följs upp dagligen av delegerande legitimerad personal och tillsammans med enhetschefer via olika mötesforum med legitimerad personal. Stöd i detta arbete har pågått under 2024 där MAS och HSL-verksamhetsutvecklare ser ett pågående arbete som kommer fortgå under 2025.

Kvalitetsregisterarbetet har pågått under året och intensifierades under hösten tillsammans med HSL-verksamhetsutvecklare. Resultat från Senior Alert och Svenska Palliativregistret har kartlagts och flera utvecklingsområden har identifierats. Senior Alert behöver användas mer strukturerat för att uppnå en högre täckningsgrad. Genom Senior Alert sätts den äldres perspektiv och teamets roll i fokus, och alla identifierade risker behöver följas upp. Svenska Palliativregistret visar utvecklingsområden inom bedömning av patientens munhälsa och smärtskattning under den sista levnadsveckan. Det har framkommit att både smärtskattning och munhälsobedömning utförs, dock inte strukturerat med gemensamma skattningsskalor. Ett arbete med implementering av Abbey Pain Scale och ROAG har påbörjats och kommer att fortsätta under 2025. Uppföljning av insatser sker genom fortsatta kartläggningar i kvalitetsregistren.

Tabell visar PPM/riskbedömning/screening gällande fallrisk, trycksår, undernäring och munhälsa kopplat till upprättad hälsoplan under hösten 2024. Sammanställning visar att verksamheterna behöver arbeta vidare med att alla med risker behöver en hälsoplan.

Alla egen regi - Prevention



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

Statistiken över avvikelser redovisas nedan, där hänsyn behöver tas till att stadsdelen under de senaste åren har tagit tillbaka vård- och omsorgsboenden i egen regi. Detta har inneburit en

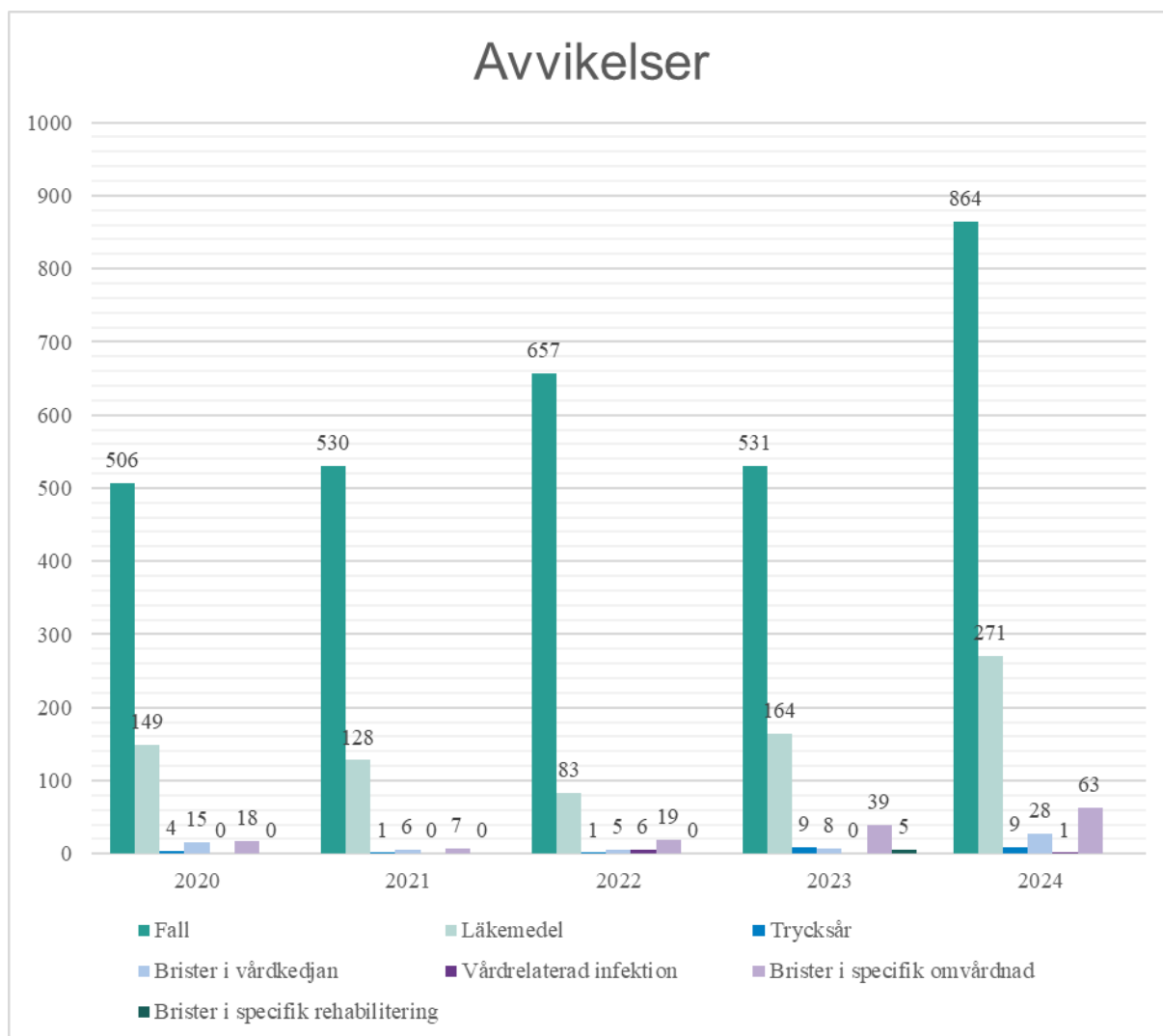
ökning av vård- och omsorgsplatser, vilket kan påverka utfallet i statistiken.

Mål: att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Resultat: Antalet fallavvikelser som registrerats i avvikelsemodulen i Vodok har ökat i jämförelse med 2023. Fler läkemedelsavvikelser har registrerats. Andra avvikelser som vårdkedja och specifik omvårdnad samt trycksår har ökat fast i låg grad.

Analys av resultat: Statistiken visar dock att det är högt antal fall och det beror sannolikt på att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. Sammankopplat med tidigare tabeller så behöver det fallpreventiva arbetet intensifieras då många bedöms ha risk för fall och det finns utvecklingsområde kring hälsoplaner som kopplas till fallrisk. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Gällande läkemedelsavvikelser så kan färre avvikelser bero på att verksamheterna använder sig av digital signering via Appva, detta gör att risken att missa eller att patienten på något sätt inte får sina läkemedel minskar i och med detta system. En bedömning är att fler avvikelser finns men hanteras direkt av sjuksköterska som direkt utför åtgärd. Det kan även vara så att registrering inte prioriteras på grund av hög arbetsbelastning och upplevd tidsbrist. En konsekvens blir att det är svårare att fånga upp alla risksituationer som uppstår och utveckla och säkerställa vården. Antalet registrerade avvikelser gällande trycksår har ökat, varav flertalet har uppkommit utanför verksamheten. Våra patienter är allt skörare och har ett försämrat allmäntillstånd, vilket ökar risken för trycksår. Att avvikelser inom vårdkedjan och trycksår dokumenteras visar att verksamheterna arbetar mer proaktivt och har ett transparent förhållningssätt.

Åtgärd: Gällande fallprevention så kommer samverkan med förebyggande enheten vara att tillsammans genomföra en fallpreventionsvecka under 2025. Planen är att även ha en ”balansera mera”-vecka på vård- och omsorgsboendeenheterna under hösten 2025, där det även inkluderar patient och närstående. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd gemensamt analysera trender och mönster i inkomna avvikelser samt reflektera över orsakerna bakom dem inom den egna verksamheten. Enhetschefer har en viktig roll i att främja en öppen och tillåtande avvikelsekultur.



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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



QUSTA:

Som en del av arbetet med att säkra processer inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet genomförs årligen en uppföljning av vårdens kvalitet och säkerhet med stöd av verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). QUSTA är ett av de underlag som ligger till grund för bedömning av verksamhetens kvalitetsnivå inom hälso- och sjukvården. QUSTA har genomförts i samtliga verksamheter under 2024. Uppföljningen omfattar frågor kring organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden, såsom samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering samt prevention, vård och behandling vid exempelvis risk för undernäring, fall, trycksår och vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chef, legitimerad personal samt omvårdnadspersonal.

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokala rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper. Kvalitetsuppföljning och egenkontroll av hälso- och sjukvården ska stimulera till förbättring och vidareutveckling av arbetssätt och patientsäkerhet. Dels följs lokala rutiner upp och därtill hur följsamheten gentemot patienter sker.

Analys av resultat: I resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten. Alla verksamheter får en återkoppling med krav åtgärder utifrån de områden som behöver utvecklas. Årets QUSTA visar framförallt på att samtliga verksamheter behöver utveckla patientens delaktighet i vård och omsorg, liksom stärka arbetet med psykisk ohälsa.

Åtgärd: Stöd till chefer, bland annat genom Qusta, som är ett användbart verktyg för att prioritera vilka fokusområden som behöver särskilt arbete i verksamheten.

Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som saknas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal och stödjer framtagande av rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Ett halvår efter genomgång av Qusta med verksamheten följer MAS och MAR upp Qusta-resultatet 2024 tillsammans med enhetschef på varje verksamhet. Fokus ligger på vad som har åtgärdats, vilka förbättringar som skett och den fortsatta planeringen. Målet är att identifierade brister och åtgärder ska vara genomförda och väl implementerade bland berörd personal i verksamheten innan nästa Qusta-genomgång. Stöd i detta arbete finns att få från olika funktioner på Kvalitets och utvecklingsenheten, såsom vårdpedagog, verksamhetsutvecklare HSL, dokumentationsstödjare och dietist.

Hälso och sjukvårdsdokumentation:

Dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat ska begäras in två gånger om året från samtliga verksamheter. Under 2024 genomfördes detta enbart under våren.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd samt upprätta hälsoplaner vid identifierade risker som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist. En annan orsak är att ny anställda inte får tillräckligt med stöd i det dagliga arbetet med dokumentation. Brist på kontinuitet bland legitimerad personal är en annan orsak till resultatet. Nuvarande journalsystem är tidsödande och svårt att få en helhetsbild för användaren.

Åtgärd: Vi har under 2024 haft mindre möjlighet att systematiskt stödja i journalsystemet pga. att det delvis inte funnits en tjänst för detta. Under 2025 kommer journalgranskning utvecklas och där granskningen kommer ske med olika fokusområden i dokumentationen, tex fall, nutrition och inflytt. Under 2025 kommer arbete fokusera på verksamheternas dokumentationsstödare där deras uppdrag kommer förtydligas och de kommer bjudas in till två träffar under våren.

Collabodoc-rondplattform(Capio läkarorganisation)

För att stärka tillförlitliga system har Collabodoc införts som en digital rondplattform, vilket underlättar kommunikationen mellan läkare och legitimerad personal på boendet. Systemet förbättrar informationsflödet, minskar risken för missade ärenden och ökar spårbarheten, vilket bidrar till en mer strukturerad och patientsäker vårdplanering. Det fungerar även som ett stöd vid exempelvis läkemedelsgenomgångar för att säkerställa en trygg och effektiv vård.

ExorLive- digital övningsbank för fysisk aktivitet och träning

Under 2025 slöts avtal med ExorLive i syfte att öka patientsäkra träningar genom att använda gemensam övningsbank för framtagande av träningsprogram till de äldre.

Medicintekniska produkter: Under 2025 så har MAR och dietist drivit arbetet för nyinköp av olika vågar som behövs i det patientnära arbetet i verksamheterna. Stolsvågar, personvågar och lyftvågar har köpts in i varje verksamhet.

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.



Appva infördes i två verksamheter under året; Bergsund vård- och omsorgsboende, samt Hornskrokens vård- och omsorgsboende. För införandet stod Kvalitets- och utvecklingsenhetens verksamhetsutvecklare med digitalt fokus, samt verksamhetsutvecklare HSL, MAS och MAR.

Läkarinsatserna från läkarorganisationerna under semesterperioderna har överlag fungerat väl, trots viss initial oro kring bemanningen. Analysen efter perioden visade på god tillgänglighet och samarbete, och verksamheterna upplevde att insatserna fungerade bättre än förväntat.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

Under 2024 användes den prioriteringsordning som skrevs året innan av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna avseende de rehabiliterande insatserna.

SBAR har börjat användas vid intern rapportering mellan samtliga professioner i det dagliga arbetet, men det arbetet behöver vara ständigt pågående. Chefer behöver efterfråga hur de i verksamheten använder sig och efterfrågar det i den dagliga rapporteringen.

Säker delegeringsprocess kräver en planering av bemanning för att patientsäkerhet gällande administrering av läkemedel är trygg och säker för den enskilde.

Sjuksköterskor har i uppgift att dagligen följa upp utförandet av delegerade insatser i Appva. Även enhetschefer, MAS och verksamhetsutvecklare HSL följer löpande upp signerade insatser i systemet för att säkerställa en säker process. Under året har brister i signering identifierats, och under 2025 planeras ett förstärkt arbete med att implementera tydligare rutiner, följa upp med medarbetare samt genomföra tätare uppföljningar tillsammans med enhetschefer.

Under slutet av 2024 uppmärksammades brister i att legitimerad personal som är nyanställd eller har kortare uppdrag inte kommer åt viktiga system för att kunna fullgöra sitt uppdrag och ge en patientsäker vård. Under 2025 kommer detta säkras upp med tydliga rutiner och ansvar

inom området gällande SITHS kort och reserv SITHS kort. Systemen som berörs är Tillgång till system för samtlig HSL personal, t.ex. Vodok, Pascal, NPÖ och beställningsportalen.

Medicintekniska produkter och beställning kring detta har ytterligare stärkts genom upprepade genomgångar på nätverksträffar gällande utredning och val av produkt i stadens inköpssystem, detta både förflyttnings, hygienhjälpmedel och antidecubitusmadrasser. Under 2024 så har samtliga verksamheter inom egen regi fortsatt arbeta med deras inventarieförteckningar på samtliga produkter i en Excelfil och vidare arbetat med att säkra spårbarheten. Detta gäller även produkter för vård och behandling. Lyftselarna har gallrats noga och många nya inköp har genomförts. Verksamheterna har fortsatt köpa in taklyftar, vilket är både tryggt för den boende, samt bättre arbetsmiljö för personal och även bra ur ett hygienperspektiv. Under året så har samtliga verksamheter behövt sluta nya avtal på framförallt hygienstolar, lyftar och madrasser, då det avtalet ändrades under 2023. Detta hade missats från samtliga stadsdelar och serviceförvaltningen hade brustit i information kring detta. Detta föranledde mer jobb för verksamheterna och MAR under hösten 2024.

Riskhantering

Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Riskanalyserna visade initialt en oro för bemanning avseende samtliga legitimerade yrkeskategorier om sjukdom skulle uppstå. Analysen efter semesterperioderna visade att det delvis varit svårt att bemanna sjuksköterskor, men även fysioterapeut och arbetsterapeut. Man har använt bemanningsfirmor i hög grad för alla tre yrkena. Det medför en sämre kontinuitet då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner som det i sin tur kan leda till brister i patientsäkerheten. I en verksamhet ledde det till att det saknades tillgång till Pascal för att dra ut aktuella läkemedelslistor.

Begreppet och arbetssättet med riskanalyser är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser spelar en viktig roll i att förebygga avvikelser. Det finns en outnyttjad potential i att tillämpa riskanalyser i större utsträckning än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet inom samtliga verksamheter behöver tas fram under 2025.

Det är fortfarande fler inrapporterade avvikelser i jämförelse med antalet inrapporterade risker. Verksamheterna 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 sannolikheten uppskattas för att händelsen inträffar igen samt också bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen, en risk och konsekvensanalys.

Gröna korset skulle kunna vara ett verktyg att använda i det dagliga riskanalysarbetet.

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.



Det finns ett pågående arbete i förvaltningen som behöver utvecklas gällande systematiskt förbättringsarbete. Utvecklingsområdena finns främst inom analys av resultat där åtgärder och lärdomar behöver återkopplas i större utsträckning än idag.

Under 2024 har verksamheten utfört riskbedömningar på individnivå och till viss del satt in åtgärder utifrån detta. Kvalitetsregister har delvis fyllts i och resultaten har inte använts i analys eller för att upprätta handlingsplaner. Kvalitetsregisterarbetet har pågått under året och intensifierades under hösten tillsammans med HSL-verksamhetsutvecklare. Resultat från Senior Alert och Svenska Palliativregistret har kartlagts och flera utvecklingsområden har identifierats. Senior Alert behöver användas mer strukturerat för att uppnå en högre täckningsgrad. Genom Senior Alert sätts den äldre perspektiv och teamets roll i fokus, och alla identifierade risker som behöver följas upp.

Resultaten från journalgranskningen har använts för att förbättra vissa områden inom dokumentationen och avvikelsestatistik har till viss del använts för att belysa förbättringsområden. Detta är utvecklingsområden som tas med in i processteamet och i framtagande av handlingsplan utifrån agera för säker vård.

Avvikelser

Avvikelserrapporteringen är komplicerad/tidskrävande då det sker via en modul i stadens dokumentationssystem Vodok. Tillgång till detta system har endast legitimerad personal och chefer. Avvikelser kring hälso- och sjukvård kan bara registreras av legitimerad personal vilket är en svaghet eftersom omvårdnadspersonal är beroende av att legitimerad personal dokumenterar de av omvårdnadspersonalen på pappret skrivna avvikelserna.

MAS och MAR arbetar varje månad med att följa upp avvikelser, när risk för vårdskada finns så följs detta upp i verksamheterna. MAS och MAR har under några tillfällen under året även deltagit på kvalitetsråd i verksamheterna.

En del av de rapporterade avvikelserna är även felrapporterade, till exempel så har det rapporterats in om patienten som rökt eller har tagit sig ut från verksamheten. Under 2025 kommer MAS och MAR arbeta med vad som ska skrivas in i avvikelsemodulen.

Under året så har MAS och MAR uppmärksammat att det i hanteringen avvikelser förekommer olika blanketter i verksamheterna. Under 2024 påbörjades arbetet inom MAS MAR nätverket i innerstaden att ta fram en ny blankett. Denna kommer att implementeras under 2025.

Klagomål och synpunkter

De flesta synpunkter och klagomål gällande patientsäkerhet hanteras direkt av verksamheterna. Till förvaltningen har det inkommit två ärenden via Patientnämnden. Dessa har hanterats i den berörda verksamheten. Inga vidare utredningar har upprättats i samband med dessa.

Synpunkter och klagomål ska diarieföras och hanteras enligt förvaltningens rutin.

Under 2025 kommer MAS och MAR belysa detta område avseende inkomna klagomål och synpunkter i verksamheterna. Dessa behöver fångas upp och spridas för lärande och i förbättringsarbete i hela äldreomsorgen.

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.



Idag förekommer arbete gällande riskmedvetenhet och beredskap på enhetsnivå i varierande grad. Det övergripande arbetet är något som behöver ses över under kommande år. Dock kan vissa risker ses redan nu gällande den framtida kompetensförsörjningen.

MAS och MAR kommer hela tiden sträva efter att verksamheterna arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna samt staden i stort. Stärka patientsäkerhetsarbetet genom att bland annat ta fram en handlingsplan utifrån arbetet med SKR analysverktyg, ta fram gemensamma rutiner och utveckla arbetssätt.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Målen för 2025 fokuserar på att skapa en engagerad ledning med tydlig styrning genom styrgrupper och processteam inom HSL. Ett viktigt inslag är användningen av analysverktyg för att säkerställa en trygg vård samt att utveckla en stark säkerhetskultur. För att öka kompetensen inom avvikelshantering och händelseanalyser planeras utbildningar och workshops, samt framtagning av en kompetensutvecklingsplan.

Patientens delaktighet i vården ska fortsatt vara en central del, där patienten ses som en medskapare i vårdprocessen. Samtidigt stärks uppföljning och dokumentation genom ökad kunskap om vårdskador och etablering av analysteam inom verksamheterna. För att säkerställa tillförlitliga och säkra system betonas vikten av basal hygien och förbättrade städrutiner, där kunskapshöjande insatser inom vård och omsorg ska genomföras.

Ett annat fokusområde är riskhantering och säkerhet, där rapporteringsgraden av risker ska öka genom utbildning och stöd i att rapportera. För att ytterligare stärka analys, lärande och utveckling kommer inkomna avvikelser och kvalitetsregister att analyseras, samtidigt som kunskap om riskmedvetenhet och användning av kvalitetsregister ska förbättras. Slutligen ska arbetet med egenkontroller utvecklas, där stöd ges för att analysera risker och säkerställa en trygg vårdmiljö.

Förutsättning	Aktivitet	Åtgärd
Engagerad Ledning och tydlig styrning	Styrgrupp HSL och processteam HSL	Analysverktyget utifrån Agera för säker vård
En god säkerhetskultur	Öka kompetensen inom området avvikelser och händelser	Utbildning och workshop inom ämnet
Adekvat kunskap och kompetens	Kompetensutveckling inom patientsäkerhet	Ta fram kompetensutvecklingsplan
Patienten som medskapare	Fortsatt fokus på patientens delaktighet	Qusta arbete uppföljning och dokumentation HSL
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Kunskap om vårdskador	Starta upp analysteam i verksamheterna
Tillförlitliga och säkra system och processer	Basal hygien	Kunskapshöjande insatser om basal hygien och städrutiner inom vård och omsorg
Säker vård här och nu	Öka rapporteringsgrad av risker	Utbildning och stöd i att rapportera risker
Stärka analys lärande och utveckling	Analysera inkomna avvikelser, kvalitetsregisterarbete	Utbildning i riskmedvetenhet samt ökad kunskap och kompetens i användning av kvalitetsregister
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Egenkontrollsarbete	Stöd i analys av egenkontroller för att se risker

PSB 2024

Södermalms dagverksamheter



2024-12-19

Lisa Jansson, områdeschef

Diarienummer **SÖD 2025/239-2**

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Egenkontroll	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelser	13
Klagomål och synpunkter	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	14
Mål och strategier för kommande år	14

SAMMANFATTNING

Dagverksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Dagverksamheterna Grindstugan, Guldägget, Magda och Pärlan är för äldre med demens. Skånegatan har dagverksamhet med social inriktning. Alla dessa verksamheter kräver ett biståndsbeslut och är till för personer över 65 år som bor i ordinärt boende. Tillsammans finns det 88 platser varje dag, varav 20 platser är för social dagverksamhet på Skånegatan.

På Skånegatan och Magda dagverksamhet sköts hälso- och sjukvårdsinsatser av personal från Nytorpgården vård- och omsorgsboende. På Grindstugan, Guldägget och Pärlan ansvarar personal från Katarinagården vård- och omsorgsboende för hälso- och sjukvården.

Områdeschef har gått igenom samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner och gjort uppdateringar där det har behövts.

Baspersonal har genomgått utbildningar i:

- Basal hygien
- Brandskyddsarbete
- Användande av skyddsutrustning

Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig varit inne i journalsystemet.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att den sker i Vodok 2.0. Inga avvikelser har förekommit.

Lärdomar som spridits efter analys av riskhantering samt granskning av uppdaterad

Uppdragsbeskrivning för dagverksamheter i egen regi är att säkerställa tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut under tid som dagverksamheten är öppen.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Det har skett ett omfattande arbete inom äldreomsorgsavdelningen för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av god och nära vård. I arbetet har chefer och medarbetare från samtliga enheter deltagit vilket både skapar engagemang och ger en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.

Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet



Övergripande mål och strategier

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

Verksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.

Verksamhetens strategier är att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra egenkontroll av rengöring av medicintekniska hjälpmedel.
- Genomföra egenkontroll av utbildning i basal hygien och självskattning basal hygien.
- Uppdatera inventarielistor för medicintekniska hjälpmedel och genomföra funktionskontroll.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildning kring förflyttningsteknik, basal hygien, demens och delegering.
- Genomgång av hälso- och sjukvårdsrutiner på teammöten.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner uppdateras årligen och oftare vid behov.
- Genomföra riskanalyser av bemanning, smittförebyggande åtgärder, delegering, strömavbrott och sjuksköterskans tillgänglighet.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Södermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefs ansvar (enligt hälso- och sjukvårdslagen)

Kravet att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” är reglerad i lag och förordning². Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg ska tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning³ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering.

Både MAS och MAR har delegation från nämnden att göra en anmälan enligt Lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO) om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Avdelningschef

Avdelningschef har ett ansvar över avdelningen för äldreomsorg i stadsdelen och säkerställer ytterst att kvaliteten för god vård och omsorg uppfylls och att gällande riktlinjer och rutiner följs på områdesnivå samt ger underlag till verksamhetschef enligt HSL, områdeschef och enhetschef för övergripande uppföljning.

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:3)

² Enligt HSL (2017:30) 3 kap. 2 §, ska det, där det bedrivs vård, finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1-5 §§

³ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

Områdeschef

Områdeschef för dagverksamheterna egenregi är även verksamhetschef enligt HSL och har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Chef ansvarar för att uppdatera rutiner, se till att alla medarbetare har adekvat kunskap och att alla nyanställda får introduktion för att utföra de uppgifterna utifrån krav som ställs på verksamheten.

Enhetschef

Enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets-, Grindstugans- och Pärlands dagverksamhet. Enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans- och Magda dagverksamhet.

Samverkan sker mellan områdeschef för dagverksamheterna och enhetschefer för att säkerställa att uppgifterna utifrån krav som ställs på verksamheten uppfylls.

Medarbetare

All hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheterna har samverkat med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd av Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende samt Katarinagårdens vård- och omsorgsboende. Samverkan har även skett med primärvården och gästens hemtjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefullt och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering.

Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/tekniska skydd: stadens it-system nås via trådlöst nätverk via arbetsgivarens datorer. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.
- Fysiska skydd: verksamheterna har ett systematiskt brandskyddsarbete som följs upp och analyseras, gästernas pappersjournaler förvaras i brandklassade låsbara arkivskåp.
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskligt skydd: kunskap om hur information får hanteras kommuniceras vid olika mötesforum och mail.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation

- Loggkontroller i Vodok 2.0 har utförts av områdeschef.
- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok 2.0 har utförts av områdeschef.

En god säkerhetskultur

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



Ta del av och utreda avvikelser

Baspersonal informerar sjuksköterska och lämnar ifyllt avvikelseblankett för registrering i Vodok 2.0. Avvikelser utreds i samråd med enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterska informerar vid behov gästens husläkarmottagning/vårdcentral. Vid allvarliga avvikelser (risk för vårdskada/missförhållande) informeras områdeschef omgående. MAS informeras muntligt av områdesschef vid risk för allvarlig vårdskada/vårdskada.

Områdeschef för dagverksamheterna hanterar avvikelser och fallrapporter i Vodok 2.0 senast den 10:e i månaden efter. När avvikelse måste kompletteras meddelar områdeschef den som registrerat avvikelser/fallrapporten via Vodok 2.0 meddelandefunktion. Enhetschef för hälso- och sjukvården, områdesschef för dagverksamheterna, hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på förekommande dagverksamhet diskuterar gemensamt orsaker och åtgärder i syfte att utveckla vården samt minimera att upprepningar inte sker.

MAS och MAR ansvarar för att stänga avvikelser när dessa är färdighanterade.

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. För att säkerställa att baspersonal har grundläggande förutsättningar för en säker vård har utbildning skett inom basal hygien, brandskyddsarbete, demens och användande av skyddsutrustning. Fokus har fortsatt varit på smittförebyggande åtgärder såsom användning av skyddsutrustning.



Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheterna erbjuder patienter och anhöriga möte om hälso- och sjukvårdsinsatser om behov uppstår. Baspersonal arbetare utifrån äldreomsorgens värdegrund gällande bemötande och delaktighet och Stockholms stads program för anhöriga. Vid nybesök till verksamheterna är nästan alltid anhöriga med. Verksamheterna använder Instagram för att visa vad deras närstående gjort på dagverksamheten. Anhörigträff och sociala aktiviteter tillsammans med närstående erbjuds två gånger/år. Samverkan sker med stadsdelens anhörigkonsulent för att informera anhöriga om stödjande insatser.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

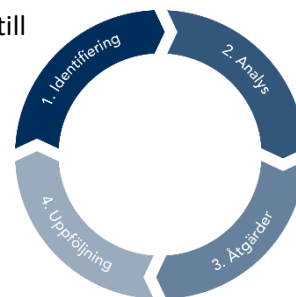
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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.

Egenkontroll

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



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Häls- och sjukvårdsdokumentation	Varje månad	Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Avvikelser Synpunkter och klagomål	Varje månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger per år	Vårdgivarguiden.se
Utbildning basala hygienrutiner	1 gång per år	Socialstyrelsen.se
Inventarieförteckning medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år, oftare vid nyinköp	
Funktionskontroll lyftselar	2 gånger per år	
Funktionskontroll medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år	
Rengöring medicintekniska hjälpmedel	Efter varje användning	
Delegeringsutbildning	1 gång per år eller vid behov	
Förflyttningsteknik	1 gång per år	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys har genomförts.
- Egenkontroll av loggkontroller har genomförts.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner har gått igenom på verksamhetsmöten.
- Rutin gällande ansvarsfördelning hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets dagverksamhet, Grindstugans dagverksamhet, Magda dagverksamhet och Pärlands har setts över.
- All tillsvidareanställd, 21 st, personal och tio intermittert anställda har genomfört utbildning och självskattning av basal hygien. Självskattning sker vid nyanställning samt två gånger/år. Dokumentation görs i egenkontrollplan. Webbutbildning i basal hygien görs årligen. Diplom förvaras i personakt.
- All tillsvidareanställd personal har fortbildats i brandskyddsarbete. Dokumentation görs i kompetensplanen.
- All tillsvidareanställd personal och intermittert anställda har fortbildats i demenskunskaper. Dokumentation görs i kompetensplanen.
- All tillsvidareanställd personal har fortbildats i användande av skyddsutrustning genom handledning av specialistundersköterska.
- Verksamheterna är stjärnmärkta enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell för personcentrerad omvårdnad och all personal har genomgått utbildning i demens. Fokusområde har varit anhörigstöd där vi ökat dialogen med anhöriga och infört avslutssamtal. Inom nollvision har vi arbetat med kommunikation med anhöriga, följsamhet till verksamhetsrutiner och infört daglig reflektion.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

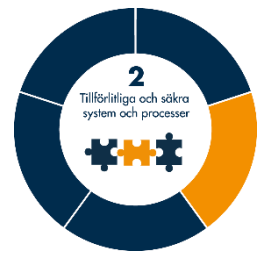
SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Verksamheterna har inte haft känd händelse som medfört eller utgjort risk för vårdskada.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Identifierade områden som är relevanta att höja kompetensen kring är:

- Rehabiliterande arbetssätt
- Kognitiva sjukdomar

För att öka kompetensen och fokusera än mer på bibehållande av gästernas funktionsförmåga kommer vi under nästa år knyta arbetsterapeut och fysioterapeut närmare verksamheten och utveckla arbetssätt, rutiner och se över ansvarsfördelningen. Verksamheterna är stjärnmärkta enligt utbildningsmodell som tagits fram av Demenscentrum. Detta bidrar till att löpande ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla personcentrerad omsorg. Utbildning av nyanställda sker kontinuerligt.

Säker vård här och nu

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



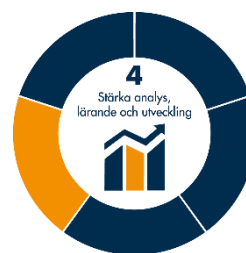
Riskhantering

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

- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser beträffande smittförebyggande åtgärder, strömavbrott, förflyttningsteknik, funktionskontroll av selar, bemanning, ingen i tjänst med delegering, inte får tag på sjuksköterska, hissproblem, vattenläcka. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Inför sommaren
 - Lokal rutin finns för vad som ska göras om sjuksköterska inte är tillgänglig
 - Lokal rutin finns för att säkerställa att gäster får tillräckligt med vätska under varma sommardagar

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. Genom ökat lärande kan vi öka rapporteringen av risker i avvikelssystemet för att på så sätt tidigt åtgärda och förbättra patientsäkerheten.



Avvikelser

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

Grindstugan har haft två avvikelser gällande fall. Fallolyckorna har inte medfört vårdskada.

Klagomål och synpunkter

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

Information om möjligheten att lämna förslag, klagomål eller synpunkter finns väl synligt i verksamheten. Möjligheten att lämna muntliga eller skriftliga synpunkter och klagomål delges gäster och eventuella anhöriga vid välkomstsamtalet. Om gästen tycker det är krångligt att använda blanketten "Tyck till" hjälper personalen till.

Synpunkterna ska omgående lämnas till områdeschef som senast dagen efter mottagandet skickar till registratören på Virkesvägen för att diarieföras via sd12registraturet.soder@stockholm.se En kopia sparas på enheten.

Registratör ankomststämplar och diarieför ärendet, behåller originalet samt lämnar en kopia till kvalitets- och utvecklingsenheten för handläggning. Ska ärendet handläggas på berörd enhet skickar verksamhetsutvecklare ärendet till områdeschef som utreder ärendet. Inom 14 dagar sammanställer områdeschef ett svar till den enskilde där också vidtagna och/eller planerade åtgärder redovisas. Vid beröm ska ett tackkort skrivas, är det en synpunkt eller ett klagomål ska detta skriftligen bemötas på ett professionellt sätt samt åtgärda anledningen till synpunkten eller klagomålet. En kopia sparas hos områdeschef. Svaret skickas direkt till den som framfört klagomål/synpunkt. Områdeschef ansvarar för att en kopia skannas till registraturen via sd12registratur.soder@stockholm.se och med kopia till kvalitets- och utvecklingsenheten.

Inkomna synpunkter, förslag och klagomål tas upp på enhetens verksamhetsmöte för att kvalitetsutveckla verksamheten. Alla medarbetare ska få kännedom om inkomna synpunkter, förslag och klagomål. Områdeschefen sammanställer och analyserar de synpunkter, beröm eller klagomål som inkommit under verksamhetsåret. Analyserna utmynnar i förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheten. Redovisning av inkomna klagomål, synpunkter och beröm sker i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

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.

Verksamheterna kommer fortsätta sitt strukturerade arbetssätt kring basal hygien genom självskattning och utbildning. Samarbetet med ansvariga sjuksköterskor samt arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer stärkas för att säkerställa en



hälso- och sjukvård av god kvalitet. Om behov av att ge delegerad medicin till gäst uppstår i verksamheterna kommer baspersonalen genomgå delegeringsutbildning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Lärdomar som spridits efter analys av riskhantering samt granskning av uppdaterad Uppdragsbeskrivning för dagverksamheter i egen regi (2024-09-01) är att säkerställa tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut under tid som dagverksamheten är öppen.

Mål och strategier för kommande år

Under år 2025 behöver verksamheten:

- Fortsatt arbeta med att höja kunskapen i basal hygien. Detta kommer ske genom självskattning och webutbildning via vårdgivarguiden.
- Fortsatt arbete med att öka dialogen med målgruppen anhöriga genom att följa upp nöjdhet med anhörigstöd samt anhörigas upplevelse av närståendes trygghet i dagverksamheten.
- Fortsatt arbete med stjärnmärkt demensomsorg där vi kommer satsa på att införa hälsofrämjande- och rehabiliterande arbetssätt genom utbildning Finger abc, Svenskt demenscentrum, samt föreläsningar och temadiskussioner.
- För att nå en än mer personcentrerad omvårdnad kommer vi i samverkan med stadsdelens beställarenhet och Äldrecentrum driva projekt "Behovsindelad dagverksamhet". Detta i syfte att utreda hur staden kan arbeta och erbjuda dagverksamhet utifrån den äldres behov och inte enbart utifrån kognitiva sjukdom/svikt.

Patientsäkerhetsberättelse för Södermalms stadsdelsnämnd

Hornstulls servicehus

År 2024



Datum 2025-02-27

Ansvarig för innehållet: Sanaz Khalili

Enhetschef

Diarienummer : **SÖD 2025/239 - 3**

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i enhetens 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	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Utredning av händelser - vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelser	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19
Egenkontroll	19
Mål och strategier för kommande år	22

SAMMANFATTNING

Under 2024 har Hornstulls servicehus uppvisat ett starkt engagemang för att höja kvaliteten och säkerheten i vården, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen. Genom en målmedveten satsning på kompetensutveckling och förbättrade rutiner har vi skapat en tryggare och mer effektiv vårdmiljö för våra boende.

Ett centralt element i vårt arbete har varit ett välstrukturerat årshjul av verksamhetsnära utbildningar. Med en imponerande deltagandegrad på 93 procent har personalen stärkt sina kunskaper inom viktiga områden som sårvård, basala hygienrutiner, förflyttningsteknik, SBAR, NEWS, psykisk hälsa, nutrition, inkontinens och munvård. Dessa utbildningar har genomförts med stöd av våra egna experter, vilket har säkerställt en hög relevans och praktisk tillämpning. Vår dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, vårdpedagog samt sjuksköterskor och vår egen distriktsköterska har spelat en avgörande roll i att dela med sig av sin expertis och bidra till en helhetssyn på patientens behov.

Vi har även gjort betydande framsteg i att förbättra våra rutiner för basala hygienrutiner och läkemedelshantering.

Under 2024 har Apotekets delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering och insulin implementerats i verksamheten. Genom kontinuerlig uppföljning och utbildning har vi säkerställt en hög följsamhet till gällande riktlinjer.

Vår satsning på digitala läkemedelskåp och andra digitala funktioner har ytterligare bidragit till en modern och säker vårdmiljö.

Den nära samverkan mellan våra yrkesfunktioner har varit en nyckel till framgång. Genom regelbundna teammöten och en gemensam planering kring varje boende har vi säkerställt en personcentrerad och sammanhängande vård. Denna samverkan har inte bara stärkt kontinuiteten i vården, utan även skapat en tryggare miljö för både boende och närstående.

Sammanfattningsvis har 2024 varit ett år av betydande framsteg för Hornstulls servicehus. Vi har medvetet arbetat med att höja kompetensen hos vår personal och utveckla våra arbetssätt för att möta de höga krav som ställs inom vården. Vi är stolta över att kunna presentera ett år där vi inte bara har uppfyllt, utan överträffat, våra mål inom patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Inför 2025 ser vi fram emot att fortsätta vår utvecklingsresa. Vi kommer att bygga vidare på våra framgångar och fortsätta att prioritera kompetenshöjning och utveckling av både personal och verksamhet. Samtidigt är vi medvetna om de utvecklingsområden som kvarstår, såsom att ytterligare stärka involveringen av patienter och närstående i vårdplaneringen, samt att fortsätta förfina våra rutiner inom läkemedelshantering och dokumentation. Vi är övertygade om att vår kontinuerliga strävan efter förbättring kommer att säkerställa att vi fortsätter att leverera en god och säker vård i enlighet med gällande lagstiftning och bästa praxis.

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 §

Enhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

. Patientsäkerhetsarbete 2024 och strategier för 2025

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, 3 kap. 1 §) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §§) har vår verksamhet under 2024 genomfört omfattande arbete för att stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vår hälso- och sjukvård. Nedan följer en sammanställning av de åtgärder och förbättringar som genomfördes under 2024 samt våra strategier för det fortsatta arbetet under 2025.

Under 2024 har egenkontroller genomförts genom granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation för att säkerställa korrekt och tydlig journalföring.

Regelbundna kontroller av narkotikahantering och loggkontroller i Vodok 2 har genomförts för att säkerställa följsamhet till gällande regelverk. Hälso- och sjukvårdsavvikelser har analyserats och åtgärdats i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Följsamheten till basala hygienrutiner har säkerställts genom utbildningar, punktprevalensmätningar samt interna och externa observationer.

Teamarbete har utvecklats med fokus på psykisk hälsa, nutrition och fallprevention för att förbättra vårdkvaliteten. Digital signering och digitala läkemedelsskåp har implementerats. Enhetens riktlinjer och rutiner har digitaliserats och gjorts lättillgängliga för all personal.

Registrering i Senior Alert och Svenska Palliativregistret har genomförts kontinuerligt.

Åtgärdsplaner från 2023 års kvalitetsuppföljning (QUSTA) har följts upp och genomförts.

Medicinskt ansvariga har genomfört kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering och identifierat förbättringsområden.

Inventering av medicintekniska produkter och förrådshantering har genomförts. Strukturen och rutinerna för medicintekniska produkter har utvecklats. Personal har erbjudits utbildning i hantering av hjälpmedel. ADL-bedömningar har erbjudits till samtliga boende på Hornstulls servicehus.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts minst en gång per år eller vid behov för samtliga patienter. Munhälsobedömningar och utfärdande av tandvårdsintyg har erbjudits till berättigade patienter.

Under 2025 kommer verksamheten att fortsatt arbeta med patientsäkerhet och hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Fokusområden och strategier för det kommande året inkluderar personcentrerad vård, utökade palliativa utbildningar, fortsatt utveckling av medicintekniska produkter och rutiner samt förstärkt utbildningar i digitalisering.

För att förbättra hygienrutinerna har en hygiengrupp införts med ombud från undersköterskegrupp, sjuksköterskegrupp och rehab, vilket säkerställer att alla perspektiv beaktas.

Sjuksköterskor har genomgått specifik utbildning i förrådshållning från vårdhygien för att öka kompetensen. För att minimera smittspridningen har vi dessutom infört engångsmaterial, till exempel engångssaxar vid såromläggningar.

Strategier och satsningar för 2025

Målet är att utveckla och implementera personcentrerad vård i större utsträckning. Detta innebär att vården ska utgå från patientens individuella behov, önskemål och preferenser. För att uppnå detta mål kommer all personal att utbildas inom området personcentrerad vård. Utbildningen kommer att fokusera på att förstå och tillämpa metoder för att involvera patienten i alla steg av vårdprocessen, från bedömning och planering till genomförande och utvärdering.

Vi kommer även att arbeta med att skapa en kultur där patientens röst och delaktighet värderas högt. Detta kommer att ske med hjälp av förtroenderåd och genom att dela ut egna enkäter till boende, vilket ger oss möjlighet att fånga upp deras individuella behov och preferenser på ett mer systematiskt sätt. Genom dessa insatser strävar vi efter att skapa en vårdmiljö där patientens delaktighet ökar.

Målet är att intensifiera palliativa utbildningar för att stärka kompetensen hos personalen och förbättra vården i livets slutskede. Detta innebär att vi kommer att erbjuda mer frekventa och fördjupade utbildningar inom palliativ vård, inklusive symtomlindring, kommunikation med patienter och närstående, samt etiska aspekter. Vi kommer även att vidareutveckla och anpassa rutiner och riktlinjer för palliativ vård utifrån aktuella behov och forskningsresultat. Målet är att säkerställa att alla patienter får en värdig och meningsfull avslutning på livet.

Målet är att fortsätta förbättra arbetet med medicintekniska produkter (MTP) genom utbildning och utveckling av rutiner. Detta innebär att vi kommer att erbjuda regelbunden utbildning till personalen om säker hantering, underhåll och kalibrering av MTP. Vi kommer även att utveckla och implementera tydliga rutiner för inköp, inventering och kassation av MTP. Regelbunden inventering av medicintekniska produkter och förrådshantering kommer att säkerställas för att undvika brister och säkerställa hög kvalitet.

Målet är att förstärka hygienarbetet för att minimera risken för vårdrelaterade infektioner. Detta innebär att vi kommer att följa upp och vidareutveckla användningen av engångsmaterial, såsom engångssaxar, vid såromläggningar. Vi kommer även att genomföra regelbundna kontroller av basala hygienrutiner och erbjuda utbildning till nyanställd personal. Målet är att skapa en säker och hygienisk vårdmiljö för både patienter och personal.

Genom att fokusera på dessa mål och strategier kan Hornstulls servicehus fortsätta att utveckla och förbättra sin hälso- och sjukvård, i enlighet med gällande lagstiftning och bästa praxis.

Organisation och ansvar

Södermalms stadsdelsnämnd, som vårdgivare, har under 2024 fortsatt sitt arbete med att fastställa och följa upp de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningen har säkerställt att ledningssystemet är ändamålsenligt och att det innehåller rutiner, processer och metoder som stödjer en säker och högkvalitativ vård. Målen har kontinuerligt utvärderats för att säkerställa att vården bedrivs enligt gällande riktlinjer och principer för god och säker vård.

Verksamhetschef och Enhetschef har under året arbetat aktivt med att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet inom ramen för vårdgivarens ledningssystem. Detta har inneburit att stärka uppföljningen och analysen av verksamheten för att identifiera förbättringsområden och vidta nödvändiga åtgärder. Verksamhetschefen har säkerställt att vårdgivarens ledningssystem tillämpas i enhetens arbetssätt och har haft ett nära samarbete med

medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och Södermalms stadsdels utvecklingsenhet för äldreomsorg. Utvecklingsenheten har bidragit med stöd från bland annat vårdpedagog, dietist, dokumentationsstödjare och HSL-utvecklare, Apoteket AB, täta möten med Klara kompetens och Vårdhygien har också varit viktiga samarbetspartners i arbetet med att stärka patientsäkerheten.

Under 2024 har verksamheten fokuserat på att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten genom flera viktiga insatser. Enhetschefen har, utöver de ordinarie HSL-mötena, infört regelbundna avstämningar varje onsdag med HSL-teamet. Syftet med dessa avstämningar har varit att fånga upp eventuella avvikelser i god tid, arbeta förebyggande och samtidigt ge stöd till HSL-teamet. Detta har skapat en tydligare struktur och förbättrade möjligheter att agera snabbt på identifierade behov. Vidare har vi arbetat med att revidera och utveckla rutiner för att säkerställa att vården bedrivs enligt lagar och riktlinjer. Personalens kompetensutveckling har prioriterats, och sjuksköterskor och fysioterapeuter har fått mer tid för att handleda och utbilda baspersonalen, vilket har bidragit till ökad patientsäkerhet och kvalitet.

Risk- och avvikelshantering har varit ett av årets prioriterade områden. Arbetet med att identifiera, dokumentera och åtgärda risker och avvikelser har intensifierats, och uppföljningen av avvikelser har lett till att vi kunnat vidta nödvändiga förbättringsåtgärder.

Exempel: Genom att införa regelbundna avstämningar med HSL-teamet har vi blivit bättre på att fånga upp avvikelser tidigt och agera förebyggande. Det har också skapat en tydligare struktur och bättre stöd för teamet och ökad handledning av baspersonalen har

Exempel: Minskad risk för fallolyckor genom våra bostadsanpassningar, uppdaterade nutritionsplaner, uppdatera ADL status samt se över befintliga hjälpmedel i patientens hem.

Samtidigt har vi fortsatt att stärka det patientnära arbetet genom att utveckla ett mer personcentrerat arbetssätt där varje patient får vård anpassad efter sina individuella behov och förutsättningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har under året medverkat aktivt i det systematiska kvalitetsarbetet. De har deltagit i följsamheten och vidareutvecklingen av rutiner och metoder och har arbetat med att följa upp mål och resultat. Personalens arbete har möjliggjorts av att ordinarie sjuksköterskor funnits tillgängliga vardagar mellan 07.00 och 16.30, medan ambulerande sjuksköterskor har ansvarat för vården under kvällar och helger via avtal med Klara Kompetens. Fysioterapeuter har varit tillgängliga måndag till fredag mellan 07.15 och 16.00, och arbetsterapeuter måndag till fredag mellan 07.15 och 16.00.

Baspersonalen, som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter, har fortsatt att arbeta enligt gällande lagar, riktlinjer och rutiner. Med ökat stöd från sjuksköterskor och fysioterapeuter har de fått utökade möjligheter till handledning och utbildning, vilket har ökat deras kompetens och bidragit till en säkrare vård för patienterna.

För att ytterligare stärka kvaliteten och patientsäkerheten har ledningen beslutat att under 2025 anställa en fjärde sjuksköterska på 50 procent samt en andra fysioterapeut på 50 procent. Dessa tjänster kommer att fungera som viktiga stödfunktioner för att förbättra kontinuiteten och kvaliteten i vården. Med dessa förstärkningar kommer vi att kunna implementera nya rutiner och arbetssätt på ett mer effektivt sätt. Sjuksköterskor och fysioterapeuter kommer att få mer tid för att utbilda och handleda personal, vara mer närvarande i vården och arbeta mer patientnära och personcentrerat. Tillsammans skapar detta bättre förutsättningar för att ge en vård som är trygg, säker och av hög kvalitet.

Arbetet under 2024 har präglats av ett tydligt fokus på att utveckla kvaliteten och säkerheten i vården, och med de planerade förstärkningarna under 2025 kommer vi att kunna fortsätta på denna väg. Målet är att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med patientlagen och principerna för god och säker vård där patientens behov alltid står i centrum.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

enheten har under 2024 arbetat strategiskt med att förebygga vårdskador i enlighet med **SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § punkt 3**. Detta har skett genom ett nära samarbete med flera instanser och aktörer samt genom att följa de rutiner och riktlinjer som är fastställda i ledningssystemet. Samarbetet har syftat till att säkerställa en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer.

Enheten har haft ett kontinuerligt stöd från utvecklingsenheten vid avdelningen för äldreomsorg i Södermalm. Utvecklingsenhetens uppdrag är att stödja Hornstulls servicehus i att uppnå de mål och aktiviteter som är fastställda i verksamhetsplanen och patientsäkerhetsberättelsen. I utvecklingsenheten ingår bland annat medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), som har ansvar för att säkerställa att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Utöver detta har enheten haft tillgång till utvecklingsenhetens vårdpedagog, dokumentationsstödjare, dietist och HSL utvecklande samordnare, vilka har funnits tillgängliga att konsultera vid behov. Dessa funktioner har varit viktiga stöd för hälso- och sjukvårdspersonalen i det dagliga arbetet och har bidragit till att höja kvaliteten och säkerheten i vården.

Enheten har under 2024 haft ett nära samarbete med flera externa aktörer för att säkerställa en hög kvalitet och säkerhet i vården. Följande samverkansöverenskommelser har funnits:

- **Klara Kompetens:** För sjuksköterskeinsatser på jourtid.
- **Kry Vårdcentral:** För läkarinsatser.
- **Capio Legevisitten:** För läkarinsatser sasäkra rondarbete genom Collabodoc.
- **MediCarrier AB:** För transporter av prover.
- **Pre Zero:** För transport av riskavfall.
- **Apoteket AB:** För kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och stöd vid delegeringar.
- **Oral Care:** För uppsökande tandvård.
- **Fot & Hälsa-gruppen:** För patienter med medicinsk sjukfotvård.
- **Vårdhygien:** För att säkerställa att hygienrutiner efterlevs.
- **Äldreförvaltningen:** För övergripande stöd och samverkan inom äldreomsorgen.

Dessa samarbeten har bidragit till att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten i enlighet med lagstiftningen och enhetens mål.

I enlighet med ledningssystemet har enheten arbetat efter fastställda samverkansrutiner för att säkerställa god kommunikation och samordning mellan hälso- och sjukvårdspersonalen, biståndshandläggare och andra aktörer. Teammöten har regelbundet genomförts för att följa upp patienternas behov och vårdinsatser samt för att identifiera och hantera eventuella risker i vården. Dessutom har enheten följt den överenskommelse som finns mellan regionen och kommunerna i Stockholms län om samverkan vid in- och utskrivning till slutenvården. Detta arbete har varit en viktig del av att skapa en trygg och säker vårdövergång för patienterna.

Samverkan genom avtal för att använda Apotekets utbildningar i läkemedelshantering och insulin med tillhörande kunskapstest. Utbildningen inför delegering säkerställs. Genom uppföljning av delegeringar säkerställer vi patientsäkerhet och kvalitet. Uppföljningar görs genom att göra observationer av läkemedelsadministration och genom att följa upp följsamheten till signering i det digitala signeringssystemet.

Under året har enheten arbetat aktivt med att förebygga vårdskador genom att stärka samverkan med interna och externa aktörer, följa ledningssystemets rutiner och säkerställa att vården bedrivs i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Detta arbete har bidragit till en tryggare och mer säker vård för patienterna och har lagt en stabil grund för det fortsatta kvalitetsarbetet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Då är det organisationen som ska ge förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Arbetsätt och verktyg som har använts för att öka patientsäkerheten på Hornstulls servicehus är:

- egenkontroll av utförda åtgärder.
- digitalisering av signering och digitala läkemedelsskåp samt ledningssystem och lokala rutiner.
- kompetenshöjning, för både bas- och legitimerad personal, inom klinisk bedömning, hygien, munhälsa, nedsatt syn- och hörsel, psykisk hälsa, nutrition, palliativ vård, lyft- och förflyttningsteknik, samt sårvård.
- teamsamverkan utifrån bedömda risker. Preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår, och undernäring.
- utredning av inkomna synpunkter samt inträffade avvikelser.
- rapportera allvarliga händelser, vårdskador eller risk för vårdskador enligt rutin.
- förebygga och minska smittspridning genom utbildningsinsatser samt samverka med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, och vårdhygien.



Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningsinsatser som har erbjudits under 2024 består av

- digital signering Appva
- läkemedelshantering
- digitala läkemedelsskåp
- lyftteknik och hjälpmedel
- digitala systemet Verkyget
- utbildning i existentiella samtal, vård i livets slut
- första hjälpen till psykisk hälsa – äldre
- utbildning i basala hygien- och klädrutiner
- Utbildning i förrådshållning för samtliga HSL personal
- Inköp av engångs användbara MTP
- Nutrition, kost och vätskeregistrering
- mätning av vitala parametrar såsom blodtrycksmätning, puls, saturation, andningsfrekvens och temperatur
- munhälsa
- Inventarier av MTP
- Egenvård



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Enligt Patientlagen (2014:821) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) samt med beaktande av PSL 2010:659 3 kap. 4 §, lägger vi stor vikt vid patientens och närståendes delaktighet och trygghet.



Inom två veckor efter inflyttning erbjuds alla patienter och deras närstående ett inflyttningssamtal med hälso- och sjukvårdspersonal, efter inhämtat samtycke. Detta samtal syftar till att skapa en trygg start och säkerställa att patientens behov och önskemål tillgodoses. Vid förändrat hälsotillstånd erbjuds ytterligare samtal.

För att säkerställa kontinuerlig uppföljning och förebygga eventuella avvikelser har vi infört uppföljningssamtal efter två veckor. Dessa samtal genomförs av enhetschef, samordnare för omvårdnadsinsatser samt arbetsterapeut. Syftet är att tidigt identifiera eventuella behov av bostadsanpassning och på så sätt förebygga fallolyckor och andra avvikelser.

Vid vård i livets slutskede erbjuds patient och närstående brytpunktssamtal. Efter dödsfall erbjuds anhöriga efterlevandesamtal.

Vid hälso- och sjukvårdsavvikelser involveras patienten i utredningen om denne önskar det. Närstående involveras med samtycke.

För att underlätta kommunikationen och öka tryggheten tillhandahålls närstående en pärm med viktiga telefonnummer, inklusive kontaktuppgifter till ledning, sjuksköterskor och rehabilitering.

På Hornstulls servicehus finns även ett *förtroenderåd* som bevakar de boendes intressen och säkerställer regelbundna möten mellan närstående, boende och pensionärsorganisationer samt enhetens representanter. Närstående och boende har möjlighet att lämna meddelanden till förtroenderådet.

Några punkter som har lett till förändring för boende på Hornstull servicehus:

Ökat inflytande över aktiviteter: De boende har nu ett bredare och mer varierat utbud av sociala aktiviteter och underhållning, vilket ökar trivselen och engagemanget.

Möjlighet att ställa frågor: Rådet tar emot alla frågor från de boende, oavsett om de rör medicinska frågor, fast kontaktperson eller andra ansvarsfrågor, vilket ger dem en direkt kanal för att få sina behov tillgodosedda.

Fokus på nutrition: Vi arbetar aktivt med nutrition genom att erbjuda våra boende näringsberikade luncher och fika i Lusthuset. Boende får bestämma själva tema och måltider med hjälp av en dietist som ser till att äldres näringsbehov tillfredsställs. På så sätt ger vi våra boende mer inflytande över att kunna bestämma över sin matupplevelse.

Stärkt inflytande och delaktighet: De boende känner sig mer hörda och har möjlighet att påverka sin vardag genom att rådet fungerar som en direkt länk till ledningen.

Vi strävar efter att skapa en trygg och delaktig vårdmiljö där patientens och närståendes behov och önskemål står i centrum.

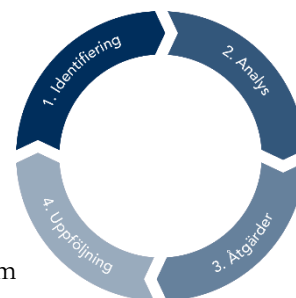
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll

En stomme i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2024 har varit den egenkontroll som regelbundet utförts i enheten.

Egenkontrollen utförs enligt de rutiner som finns för äldreomsorgsavdelningen inom Södermalms stadsförvaltning.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård	1 gång per år	Uppföljning med kvalitetsinstrumentet QUSTA
Dokumentation	2 gånger per år	Enhetens egenkontroll (PPM)
	1 gång per år	Stickprovskontroll av MAS och MAR
Loggkontroll	1 gång per månad	Enhetens loggar i Vodok 2.0
	1 gång per månad	Stickprovskontroll NPÖ
Avvikelse	1 gång per månad	Avvikelsesystem Vodok 2.0
Läkemedelshantering	1 gång i veckan	APPVA
Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Narkotikajournaler Signeringslistor i Appva
Delegering	1 gång i månaden	APPVA
Läkemedelshantering Kontroll av utgångsdatum akutläkemedelsförrådet	1 gång i månaden	Signeringslistor
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Riskbedömning/screening fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0 Senior Alert Punktprevalensmätning (PPM)
Basal hygien och klädrutiner	2 gånger per år	Nationell mätning (PPM-BHK)
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Var tredje månad	Registreringsblankett
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativregistret

Synpunkter och klagomål	Inför arbetsplatsträff Löpande/var fjärde vecka på kvalitetsrådet	Excel Tertialrapporter och ILS
Medicintekniska produkter - MTP	1 gång i månaden	Signeringslistor

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 §

I enlighet med SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 § och PSL 2010:659 3 kap. 3 §, har vår enhet under 2024 intensifierat arbetet med att öka kunskapen om inträffade vårdskador och främja en säker vårdmiljö.



Alla avvikelser inom hälso- och sjukvården dokumenteras och utreds noggrant i Vodoks avvikelsemodul. Analyserna presenteras och diskuteras på kvalitetsrådet och kommuniceras sedan till all personal via APT och andra mötesforum. Syftet är att identifiera händelseförlopp, orsaker och åtgärder för att förhindra upprepning och förbättra arbetssätten.

Vi har aktivt arbetat med att påminna personalen om deras rapporteringsskyldighet. Den personal som upptäcker en avvikelse ansvarar för att omedelbart vidta åtgärder för patienten. Baspersonal rapporterar skriftligt till sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller närmaste chef, medan hälso- och sjukvårdspersonal registrerar avvikelser direkt i Vodok 2.0 samt i patientens journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Avvikelser utreds och analyseras månadsvis på kvalitetsrådet, där hälso- och sjukvårdspersonal, ombud från baspersonalen och chef deltar. Enklare händelser bedöms, utreds och analyseras här. Vid allvarligare avvikelser kontaktas medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) omedelbart för att inleda utredning.

Vår enhet har även fokuserat på att öka kunskapen om rapportering av avvikelse som kan innebära risker för patientsäkerheten, såsom användning av hjälpmedel, brister i vårdkedjan, samverkan och kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal vid förändrat hälsotillstånd eller ökat omvårdnadsbehov.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

I enlighet med HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9 7 kap. sista stycket, har enheten under 2024 utrett tre allvarliga händelser.

En av händelserna under 2024, som ledde till en lex Sara-anmälan, rörde brister i utförandet av insatser för en boende/patient. Detta innebar att läkemedelsutdelning, omvårdnad och matvärmning inte utfördes enligt plan. Utredningen identifierade brister i planering, kommunikation och uppföljning. Åtgärder som vidtogs inkluderade förbättrad planering, kompetensutveckling och skärpta rutiner för dokumentation. Förebyggande åtgärder som införts är förbättrad introduktion av nyanställd personal och tätare uppföljning av genomförandet av insatser.

En annan anmälan under 2024, som rörde klagomål på bristande hälso- och sjukvård, ledde till att verksamheten anmälde sig själv. Efter utredning fastställdes att verksamheten hade följt gällande riktlinjer och rutiner, och händelsen klassificerades inte som en lex Sara.

Under 2023 genomförde enheten ett intensivt arbete för att stoppa smittspridningen av MRSA. Detta arbete innebar en grundlig genomgång av basala hygienrutiner, utbildning av personal och uppdatering av riktlinjer. Det hårda arbetet under 2023 gav resultat. Trots den framgångsrika smittkontrollen har enheten fortsatt att prioritera smittförebyggande åtgärder under 2024. Vid eventuella misstänkta smittor har handlingsplaner följts noggrant, och nya åtgärdsplaner har utarbetats. Detta proaktiva arbete har bidragit till att upprätthålla en trygg och säker vårdmiljö.

Specifika åtgärder och uppföljningar:

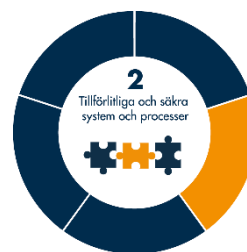
- Signeringslistor för rengöring av hjälpmedel och provtagning av patienter med riskfaktorer:
 - Löpande uppföljning av följsamhet till basala hygien- och kläddregler (BHKR) genom regelbundna kontroller och stickprov.
 - Förstärkning av BHKR genom att tydliggöra rutiner med förkläden även vid torrt patientnära arbete, såsom bäddning av säng, särskilt vid misstänkt eller bekräftad MRSA.
 - Säkerställande av tillgång till och korrekt användning av sterila engångsinstrument.
 - Regelbundna utbildningar och informationskampanjer för personalen om vikten av BHKR och korrekta rutiner.
- Ytterligare åtgärder:
 - Utökad provtagning av patienter med riskfaktorer för att tidigt upptäcka och isolera eventuella smittor.
 - Förbättrade rutiner för rengöring och desinfektion av vårdmiljön, inklusive frekvent rengöring av kontaktytor.
 - Ökad tillgång till handsprit och annan desinfektion i hela enheten.
 - Regelbundna möten med smittskyddsansvariga.

Under 2024 har enheten fokuserat på att stärka patientsäkerheten genom kontinuerlig utbildning, förbättrade rutiner och ökad medvetenhet bland personalen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård

Uppföljning av enhetens förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts. Patientsäkerhetsberättelse, interna egenkontroller, kvalitetsregister, verksamhetsuppföljning och externa egenkontroller där bland annat QUSTA-instrumentet har legat till grund för att säkerställa god och säker vård. Vid dialogen medverkar ledningen och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i enheten.



Dokumentation

Under 2024 har enhetens egenkontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation har gjorts och rapporterats med MAS och MAR. Enheten har också haft egenkontroller för att säkerställa om hälsoplanerna avseende fall, nutrition och psykisk hälsa överstämmer med genomförandeplanen.

Avvikelsehantering

Registreringen av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har gått igenom i kvalitetsrådet i syfte att se trender över avvikande händelser i enheten. Avvikelser som berört verksamheten i större utsträckning har tagits på arbetsplatsträffar (APT) i syfte att öka medvetenhet hos all personal samt ge möjlighet till frågeställningar samt reflektioner.

Läkemedel

Extern kvalitetsgranskning samordnas av MAS och har genomförts under vår 2024.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Indikatorer för hälso- och sjukvården har skickats till MAS och MAR vid två punktprevalensmätningar (PPM) under 2024. Punktprevalensmätning innebär en mätning vid ett specifikt tillfälle eller datum över utvalt område. Resultatet visar på ett nuläge som ligger till grund för analys.

Statistik över genomförda riskbedömningar

Statistik över genomförandegrad av riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens har sammanställts och analyserats. Verksamheternas registreringsgrad i det nationella kvalitetsregistret Senior alert har följts upp under olika mötes forum, bland annat under kvalitetsrådet samt hälso- och sjukvårdsmöten.

Säker vård här och nu

I enlighet med Patientlagen (2014:821) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) samt med beaktande av HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1 §, strävar enheten efter att säkerställa en trygg och personcentrerad vård för alla patienter.



Under 2024 har enheten haft fyra heltidsanställda sjuksköterskor fram till sommaren. Efter att en av sjuksköterskorna sagt upp sig genomfördes en utvärdering tillsammans med kvarvarande sjuksköterskor. Utvärderingen visade att en heltidstjänst inte var nödvändig och att en 50% tjänst skulle vara tillräcklig. Verksamheten har för avsikt att anställa en sjuksköterska på 50% för att ytterligare stärka sjuksköterskegruppen.

Under 2024 har enheten **inte** haft svårigheter med bemanningen av sjuksköterskor. Vid enstaka tillfällen har timanställda sjuksköterskor använts vid bortfall. Under sommaren har en och samma sjuksköterska från ett bemanningsföretag använts, vilket har säkrat kontinuiteten och patientsäkerheten.

Samarbetet med den knutna läkarorganisationen har fungerat väl under 2024. Läkarbyten har inte varit aktuellt vilket har lett till ökad kontinuitet hos patienter, säkrare bedömningar, stärkt samarbete mellan sjuksköterska gruppen och läkarorganisationen samt läkemedelsgenomgångar som har utförts i tid.

Under 2024 har enheten noterat snabba utskrivningar från slutenvården och att patienterna är sjukare än tidigare. Detta har lett till ökat fokus på samverkansrutiner med läkarorganisationen, slutenvården och beställarenheten. Utveckling av informationsöverföring och ökad hälso- och sjukvårdskompetens hos baspersonalen är prioriterat.

Inom rehabilitering har enheten en heltidsanställd arbetsterapeut och en 80% anställd fysioterapeut. Tjänsten för fysioterapeut är dock på 100%. För att ytterligare förstärka en god och säker vård kommer ledningen att anställa en andra fysioterapeut på 50%.

Genom dessa åtgärder strävar enheten efter att upprätthålla en hög vårdkvalitet, säkerställa patientsäkerheten och tillhandahålla en personcentrerad vård.

Riskhantering

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

Inför varje verksamhetsår införs väsentlighets- och riskanalyser. Bedömda risker samt väsentlighet för enheten dokumenteras i stadens integrerade ledningssystem (ILS). Dessa följs upp vid tertialrapporter och bokslut. Riskanalyser på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bland annat gällande kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren samt smittspridning beaktades. Under 2024 har enheten arbetat intensivt med att förebygga och hantera risker och kriser. Målet är att enheten ska vara förberedd inför oönskade händelser

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Antal inkomna avvikelser i verksamheten under 2024 varit 231 stycken. Mer än hälften av de fall, som rapporterats hänt vid patientens egen förflyttning i hemmet och det är ofta samma individer som fallit och klarar sig oskadd. En del av individerna har glidit ur sittställning eller ur säng. Händelserna har ofta berott på av kognitiv svikt eller försämrad hälsotillstånd eller vilja klara spå egen hand.

Teamet kommer att fortsätta arbeta enligt regel för bedömning, prevention och insatser vid inträffade fall. Enheten kommer också med hjälp av Vårdhandbokens praktiska råd och hjälpmedel öka kunskapen om att förebygga händelserna där patinterna glider ur sittställningen eller ur säng.



Glidit ur sittställning	55
Oklart/hittas på golv	38
Ur säng	11
Vid assisterad förflyttning/gång	3
Vid egen förflyttning/gång	96
Övrigt/annat	1
Ingen skada	123

Skada	9
Allvarlig skada	0
Utredning MAS/MAR	0

27 medicinavvikelser har inkommit under 2024 vilket har ökat något jämfört med 2023. Detta kan bero på att enheten har arbetat intensivt med ökad kunskap om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser. Precis som förra året har en stor andel av avvikelserna handlat om uteblivna doser. I samband med införandet av digitala signeringssystemet Appva samt införande av digitala läkemedelskåp kan enheten lättare följa upp uteblivna doser samt om läkemedel inte har givits eller signerats i rätt tid. Vissa brister har noterats men detta återspeglas inte i avvikelserna. Enheten behöver fortsätta arbetet med att rapportera läkemedelsavvikelser. Bristerna har analyserats och följts upp och utbildningsinsatser i läkemedelshantering planeras även till 2025.

Läkemedelshantering	25
Vårdrelaterade infektioner	0
Specifik omvårdnad	0
Specifik rehabilitering	0
Vårdkedjan	0
Trycksår	2

Under 2024 har Hornstulls servicehus sett en positiv nedgång i antalet rapporterade trycksår, med endast två avvikelser jämfört med föregående år. Denna förbättring kan tillskrivas enhetens fokuserade arbete på att öka kunskapen om hälsoplaner och förebyggande åtgärder mot trycksår. Trots detta visar händelseanalysen att båda trycksåren som uppkommit under året bedöms som undvikbara. Båda patienterna hade en historik av tidigare trycksår, och deras nuvarande situation präglas av säng- och rullstolsbundenhet samt flera underliggande sjukdomar. Dessa faktorer försvårar det förebyggande arbetet avsevärt.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen registreras och diarieförs. Dessa skickas till enheten för utredning. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras skyndsamt till den som lämnat genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas. Biträdande enhetschef/enhetschef ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska

(MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Förstärkt krisberedskap och riskmedvetenhet på Hornstulls servicehus 2024:

Hornstulls servicehus har under 2024 fortsatt att prioritera en hög riskmedvetenhet och beredskap för att säkerställa en trygg och säker vård för sina patienter. Med utgångspunkt i tidigare erfarenheter och aktuell omvärldsbevakning har enheten uppdaterat sina rutiner och för att möta olika typer av kriser.



Detaljerad krisberedskap:

Enheten har en utvecklad krisberedskap som innefattar:

- **Prioriteringslista vid personalbortfall:**

För att hantera akuta bortfall av hälso- och sjukvårdspersonal har enheten en tydlig prioriteringslista som definierar vilka uppgifter som är mest kritiska och hur personalen ska omfördelas.

- **Uppdaterade krisrutiner:**

Vid andra typer av kriser, som exempelvis brand, strömavbrott eller omfattande smittspridning, har enheten uppdaterade rutiner som beskriver hur personalen ska agera.

- **Risk- och konsekvensanalyser inför storhelger:**

Inför stora helger som jul, nyår och sommar genomförs noggranna risk- och konsekvensanalyser för att identifiera potentiella risker och vidta förebyggande åtgärder.

- **Samarbete med andra boenden:**

Ett nära samarbete med övriga boenden inom Södermalms stadsdelsförvaltning säkerställer att man kan stötta varandra vid behov.

I mest akuta fall används bemanningsföretag.

- **Bemanningsberedskap:**

Genom samarbete med övriga kommunala verksamheter inom Södermalms stadsdelsförvaltning **kan bemanningslösningar** säkerställas. Vid enstaka tillfällen har enheten exempelvis kunnat få akut stöd av en arbetsterapeut från en annan enhet för att genomföra en ADL-bedömning.

- **Förebyggande åtgärder och kompetensutveckling:**

Samarbete med vårdhygien:

Samarbetet med vårdhygien är en central del av det förebyggande arbetet. Tillsammans identifieras och minimeras potentiella risker, vilket bidrar till en säker vårdmiljö.

- **Kontinuerlig kompetensutveckling:**

Riskmedvetenheten hos personalen stärks kontinuerligt genom utbildningar, informationsblad och nätverksträffar. informationsblad från hälso- och sjukvårdsansvarig enhetschef samt information i veckobrev. Hälso- och sjukvårdspersonalen deltar även i nätverksträffar som anordnas av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och utvecklingssamordnande sjuksköterska på stadsdelen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Egenkontroll

Qusta (quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) 1 gång per år eller tätare om brister finns.	Genomförd i enheten den 20241022 med ett resultat på kvalitetsuppföljning med 82% Alla rutiner samt uppdateringar är gjorda och återkoppling till MAS/MAS pågår. Baserat på QUSTA-analysen och verksamhetsmålen för 2024 kan vi konstatera att Hornstulls servicehus har flera styrkor i sitt kvalitetsarbete. Tydliga riktlinjer för kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skapar en trygg och effektiv arbetsmiljö. Det strukturerade samarbetet och den tydliga ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper underlättar det dagliga arbetet och bidrar till vårdkvaliteten. Regelbundna möten för samverkan och vårdplanering stärker teamets samarbete och bidrar till en samordnad vård. Samarbetet med den knutna läkarorganisationen fungerar väl och det finns en kontinuerlig kompetensutveckling för personalen. Fokus ligger på personcentrerad vård och patientdelaktighet, vilket är positivt. Dessutom bedrivs ett aktivt arbete med smittförebyggande åtgärder och det finns en god följsamhet till basala hygienrutiner. Beredskapen för akuta bortfall av hälso- och sjukvårdspersonal är god och samarbetet med vårdhygien fungerar väl. Trots dessa styrkor finns det utvecklingsområden som behöver adresseras. Patienter och närstående behöver involveras mer i hälsoplaner och åtgärder, och det teambaserade arbetssättet behöver stärkas. Dokumentation av bedömningar med skattningsskalor behöver säkerställas. Arbetssättet med signering i Appva behöver följas upp för att säkerställa följsamhet till rutiner för läkemedelshantering. Delegeringar behöver följas upp genom stickkontroller och observation av läkemedelshantering. Bedömning och dokumentation av egenvård i Vodok behöver genomföras. Rutin för förebyggande och behandling av undernäring behöver tas fram och inventarieförteckning över MTP-produkter behöver färdigställas.
--	---

	Genom att fortsätta fokusera på dessa utvecklingsområden och bibehålla de positiva punkterna kan Hornstulls servicehus säkerställa en god och säker vård för sina patienter.
Egenkontroller BHK 2 gånger per år	Utfört vid båda tillfällena, egenkontroll höst har man använt extern granskare. Granskningen under hösten visar att handhygien och klädregler följs utan anmärkning. Enheten har fortsatt kontakt med Vårdhygien samt utvecklingsenheten för utbildningsinsatser även under 2024.
Egenkontroll journalgranskning 2 gånger per år	Utfört vid båda tillfällen. Gott resultat men enheten behöver fokusera på att utveckla innehållet i de hälsoplaner där bedömning indikerar risk.. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade. Under året har enheten fortsatt arbete med att förstärka teamarbetet och omsorgskontaktens roll i teamet. Struktur för teamarbete har tagits fram och kommer fortsatt vara ett utvecklingsområde under 2024. Vi ser en stor utveckling och förbättring av den röda tråden mellan hälso-och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Enhetens egenkontroller visar på att 93%av genomförandeplanerna och hälsoplanerna går i linje utifrån områdena nutrition och fall vilka enheten hade valt att fokusera på under år 2024. Resultatet har uppnåtts genom personalens engagemang, verksamhetsnära utbildningar och reflektioner av enhetens kvalitetssamordnare. Utmaningen har varit att se till att hälsoplanerna är kända av alla i teamet.
Egenkontroller kvalitetsindikatorer 2 gånger per år	Utfört. Riskbedömningar MNA, Norton, Downton, Nicola, ROAG och ADL status Egenkontroll resultat: riskbedömningar är utförda, det som behöver åtgärdas är att hälsoplaner upprättas för alla patienter som bedöms ha risk. Riskbedömningar Vodok 2.0: MNA 74% Norton 76% Downton 70%, ROAG 75%, Nicola 70% ADL status 97% Beräknat utifrån 88 lägenheter som är ej fullsatta. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.

Senior Alert	90% av 88 patienter är registrerade i Senior Alert. En förklaring till är att patienter har tackat nej till registreringen.
Palliativ registret	Tre fall är registrerade då samtliga patienter har avlidit i sitt hem/boende. Dödsfallen har varit förväntade. Några fler patienter har avlidit på sjukhus under 2024. Antal dödsfall har inte heller varit så hög.
Avvikelser Vodok 2.0 HSL	Tendens till högre rapporterade läkemedelsavvikelser samt mindre antal fallavvikelser. Enheten planera att anordna temaveckor kring fallprevention och använda appen/webbsida "Hållbar hälsa" i arbetet. Samt Socialstyrelsens material "balansera mera". Enheten kommer att fortsätta arbeta med rapportering av andra händelser, såsom brist i vårdkedjan, specifik omvårdnad, uppkomna trycksår, specifik rehabilitering och vårdrelaterade infektioner, som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt.
Apoteksgranskning Extern kontroll	Genomförd 240408 Under kvalitetsgranskning fokuserades på föregående rapport där åtgärdsplanerna samt lokala rutiner diskuterades som följdes av en rundvandring på enheten. Därefter gjordes stickprovskontroller med avseende på förvaring, läkemedelslistor, signeringslistor, narkotikaförbrukningsjournaler mm. Ett antal läkemedelsskåp i boendes lägenheter granskades. Vissa delar i föreskriften HSLF-FS 2017:37 berördes. De förbättringsförslag som identifierades sammanfattades i åtgärdsplan.
Infektionsregistrering	Rapporterats för hela året. Enstaka antal infektioner som antibiotika behandlades. Även enstaka fall av Covid-19 förekommit i enheten. MRSA diagnos hos 2 som var bärare när de flyttade på Hornstulls servicehus. Enheten har haft kontakt med Vårdhygien sedan spridningen 2022 och arbetat aktivt med uppföljning av MRSA odling inplanerade enligt riktlinjer med mycket gott resultat.
Vårdprevention	Inom vårdpreventionen används flera riskbedömningsverktyg (Norton, MNA, Roag och Downton). - Norton: 15 personer har förhöjd risk för trycksår, och alla har fullständiga hälsoplaner. - MNA: 8 personer har förhöjd risk för undernäring, och 6 personer är undernärda. Samtliga med risk har fullständiga hälsoplaner. - Roag: 31 personer har förhöjd risk för munhälsoproblem, med tillhörande fullständiga hälsoplaner.

Mål och strategier för kommande år

Utifrån 2024 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Enheten kommer fortsatt arbeta med att utveckla påbörjade arbetssätt att stärka teamarbetet samt säkerställa en röd tråd i hälso- och sjukvårdsplaner och genomförandeplaner samt den dagliga dokumentationen. Fokus är preventionsarbete för fall, undernäring, psykiskhälsa, palliativ vård och personcentrerad vård. En del av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2025 enligt nedan.

Mål:

- **God omsorg med fokus på fallprevention, nutrition och palliation:**

- att Säkerställa alla boende har individuella hälsoplaner och genomförandeplaner.
- Fortsätta arbetet med fast omsorgskontakt och stärka teamarbetet.
- Fokusera på symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd i palliativ vård.
- Anordna temaveckor och använda relevanta material för fallprevention.

God omsorg med fokus på psykisk hälsa:

- Fortsätta erbjuda utbildning i psykisk hälsa för äldre.
- Stärka förutsättningarna för att uppmärksamma personer med behov av bemötandeplaner.
- Fortsätt erbjuda verksamhetsnära utbildningar och utveckla arbetet med bemötandeplaner.

Personcentrerad vård:

- Erbjuder verksamhetsnära utbildning om basal medicinsk utrustning i samverkan med utvecklingsenheten.
- Erbjuder utbildning i SBAR, NEWS i teamet i samarbete med utvecklingsenheten.

Göra särskild satsning inom delegering för att stärka kunskap om delegering och läkemedelshantering.

- Erbjuder utbildning till sjuksköterskor och chefer i läkemedelshantering.
- Upprätta handlingsplan för utveckling av intern och extern samverkan

God omsorg med fokus på samverkan:

- Säkerställa samverkan med beställarenheten genom strukturerade samverkansmöten.

Säkerställa god samverkan vid utskrivning från slutenvård eller inflytt till servicehuset.

God omsorg med fokus på fallprevention, nutrition och palliation.

Strategier:

Psykisk hälsa: Fortsatt arbeta med att upprätta lokala rutiner för att upptäcka, förebygga och behandla psykisk ohälsa, säkerställ kompetens hos vårdteamet och använd screeninginstrument för att upptäcka depression.

Fallprevention: Fortsatt arbete med att genomför riskbedömningar, upprätta individuella vårdplaner och informera patienter och närstående om fallrisker och förebyggande åtgärder. Vi säkerställer att alla hjälpmedel finns med i genomförandeplaner samt hälsoplaner. Vi tar oss an av socialstyrelsens information på deras webbsida. Ett tema till 2025 som vi kommer implementera via grupp aktiviteter är ”Balansera mera”.

Hälsoplaner: Alla boende på Hornstulls servicehus som har hälso- och sjukvårdsinsatser har en hälsoplan som är känd av alla i teamet.

Hälsoplan för palliativvård, nutrition och fallprevention ska överstämma med genomförandeplan.

Dokumentation: Alla boende har löpande dokumentation alternativt sammanfattningar (egenkontroll 2 ggr per år, stickprov) ev. välja ut ett antal boendes journaler och följa över tid.

Vi fortsätter arbetet med fast omsorgskontakt i praktiken genom reflektionsstunder och teamarbete.

Palliativ vård: Vi fortsätter även 2025 fokusera på att palliativ vård bedrivs utifrån hörnstenarna (symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närstående stöd).

Genom appen PARAGÅ säkerställer vi att personalen har snabbare tillgång och arbetar utifrån genomförandeplan- och hälsoplan. Vi säkerställer även att alla beslutade insatser genomförs via digitala arbetsplanering. På så sätt säkrar vi båda sekretetsen och arbetet med patientsäkerheten.

Genom att fokusera på dessa utvecklingsområden och mål kan Hornstulls servicehus säkerställa en god och säker vård för sina patienter, i enlighet med patientsäkerhetslagen.



Handläggare

Till

Bergsunds vård- och
omsorgsboende (VoB-område 3)

Telefon:

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Bergsunds vård- och omsorgsboende (VoB-område 3)

Förslag till beslut

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Dnr: SÖD 2025/239-4

Sammanfattning

Bergsunds vård- och omsorgsboende ingår i Södermalms vård- och omsorgsboendeenhet bestående av sex vård- och omsorgsboenden och drivs i egen regi av Södermalms stadsdelsförvaltning sedan oktober 2023.

Vård- och omsorgsboendeenheten är sedan början av 2024 uppdelad i tre lika stora områden

där arbetet leds i respektive område av områdeschef. Bergsunds vård- och omsorgsboende är ett vård- och omsorgsboendeområde 3.

Den dagliga driften i verksamheten leds av enhetscheferna som har ansvar för budget, personal och arbetsmiljö.

Bergsund har 123 boendeplatser varav 16 platser är med demensinriktning och resten med somatisk inriktning.

Året 2024 började med en viss personalomsättning då en av de verksamhetsnära enhetscheferna gick på föräldraledighet och dennes tjänst ersattes inte utan det blev dels en ny struktur i ansvarsfördelning chefsvis i stället. Den tidigare områdeschefen avslutade sin anställning och den nya områdeschefen tillträdde före sommaren 2024. Majoritet av personal har stannat i sina tidigare tjänster och verksamheten har även haft under året verksamhetsnära stöd av en kvalitetssamordnare på plats med tidigare erfarenhet av staden som arbetsgivare och de journalsystem som länge använts i staden, dock inte tidigare erfarenhet av stadens styrsystem - plattformen där även verksamheternas egenkontroller finns.

Utöver att försöka omfamna de nya enhetsgemensamma verksamhetsrutiner togs nya arbetssätt till bruk omgående i början av 2024 samtidigt vilket kan konstateras ha varit tufft för personal och kan ha dels äventyrat patientsäkerheten en period trots att syftet har varit och är precis det, att säkerställa patientsäkerheten.

Dessa nya arbetssätt var implementering av digitala läkemedelsskåp med personliga elektroniska taggar utifrån giltig läkemedelsdelegering, implementering av digitalt signeringssystem Appva, implementering av rond-plattform Collabodoc (hälso- och sjukvårdspersonal) samt rutin-plattform Verkytget med samtliga enhetsgemensamma men helst omgående lokalanpassade rutiner.

Att samtliga enhetschefer inte hade tidigare erfarenhet av staden som arbetsgivare och inte heller av styrsystemet gjorde att förutsättningarna under året 2024 inte var de optimalaste för att kunna bevaka verksamhetsförhållanden på bästa möjliga sätt.

Resan under 2024 kan ses som en lärdom i sig för hur fortsatta övertaganden av staden bör göras med bästa möjliga, noggranna planering och verksamhetsnära stöd på plats i så tidigt stadie som möjligt. Ett visst stöd har kommit från stadsdelens kvalitets- och utvecklingsenhet men inte i den utsträckning som det nog borde utförts för att kunna stödja cheferna mera. Några viktiga nyckelpersoner (i kvalitets- och utvecklingsenhet) som hade kunnat vara stöd i implementeringen av de nya arbetssätten för hälso- och sjukvårdspersonal avslutade även sina anställningar under våren 2024.

Sammanfattningsvis kan det dock sägas att Bergsund nu är på god väg åt rätt håll och samtlig personal börjar mer och mer ta till sig alla rutiner - kunskapsfördelning och lärande har börjat öka. De verksamhetsgemensamma planeringsdagarna i november-månad bekräftade ett stort medarbetare-engagemang finnas hos oss på Bergsund. Samtliga rutiner bör fortsatt påminnas om gemensamt för att vår vård och omsorg ska kunna vara personcentrerad, hälsofrämjande och för att god samverkan ska ske både internt och externt vid behov samt för att vi ska bedriva en hållbar utveckling med och i vår verksamhet.

De fysiska lokalerna på Bergsund har fått en uppfräschning i årets slut, ett metodrum för att kunna användas för verksamhetsförlagd utbildning har invigts, enhetscheferna har fått var sina egna kontor för bästa möjliga arbetsro och för att kunna ha individuella samtal med medarbetare vid behov, administrationen har flyttat en våning upp för att finnas fysiskt mera lokalt och lättillgänglig i verksamheten, läkemedelsrummen och samtliga kontor för hälso- och sjukvårdspersonal har fått en genomgång för att vara mera attraktiva och upprustade utifrån professionsrelaterade krav samt informationssäkerheten har blivit kvalitetssäkrad genom inköp av brandsäkra arkivskåp för förvaring av personakter såväl gällande medarbetare som vårdtagare, journaler enligt socialtjänst- samt hälso- och sjukvårdslagen.

Slutet av året 2024 gjordes även chefsstrukturen om för att dels täcka luckor i annat håll i vård- och omsorgsboendeenheten samt för att strukturera om ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta ledde till att den enhetschefen med ansvar bland annat för verksamhetens sjuksköterskor behövde flytta till en annan verksamhet och ersattes med en ambulerande enhetschef tillfälligt. I skrivandets stund för denna patientsäkerhetsberättelse pågår rekrytering av enhetschef enligt den nya planerade strukturen där en enhetschef ska ansvara för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten.

Intern verksamhetsuppföljning bland annat av stadsdelens MAS och MAR i maj-månad visade olika utvecklingsområden som verksamheten behöver fortsatt fokusera på. Arbete med dessa områden presenteras senare i texten och är tänkt att löpa på under hela 2025.

Från och med våren 2025 är kommande verksamhetsuppföljningar planerade att utföras av en annan stadsdel för att motverka förhållanden för ev. partiskhet.

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



Var god och se det skrivna under rubriken: Organisation och ansvar.

Övergripande mål och strategier

- *Regelbundna egenkontroller för att säkerställa att arbetet löper på respektive område enligt lagen för SoL, HSL, patientsäkerhet, patientdatalagen, lagen för säker informationshantering inkl. sekretess samt lagen för arbetsmiljö mm.*
- *Regelbundna verksamhetsuppföljningar*
- *Regelbundna rapporter i styrsystemet ILS*

Organisation och ansvar

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Bergsund bemannades 2024 av tre enhetschefer med det dagliga operativa ansvaret för boendet, såväl för budget, personal som arbetsmiljö. Områdeschefen hade dock det

övergripande ansvaret för verksamheten. En enhetschef med sjuksköterske- bakgrund och med fördjupning i demens hade ansvar för boendets demensavdelning och dess personal, en somatisk avdelning och verksamhetens samtliga sjuksköterskor.

Enhetschef med fysioterapeut-bakgrund ansvarade för verksamhetens rehab-personal; arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt för tre somatiska avdelningar.

Enhetschefen med socionom-bakgrund ansvarade år 2024 för tre somatiska avdelningar, aktivitetssamordnare samt för kuratorn som vid tidpunkten fortfarande var direktkopplad till Bergsunds verksamhet sedan tiden under privat utförare.

Områdeschefen har arbetat i vård- och omsorgsboendeenheten som chef sedan tidigare, är utbildad fysioterapeut och har flera års chefserfarenhet. Områdeschefen hade år 2024 följande personal under sig: Samtliga tre enhetschefer och den föräldralediga enhetschefen, kvalitetssamordnare, lokalvårdare, vaktmästare och administratör.

Bergsunds omvårdnadspersonal har i överlag arbetat länge i huset vilket kan uppfattas tyda på arbetstrivsel och trygghet, en god resurs i sig för god och säker vård.

Varje vårdavdelning har antingen 15 eller 16 boendeplatser. På demensavdelningen finns det en möjlighet att dela avdelningen med dörrar. Grundbemanningen utgår ifrån att ha 4 omvårdnadspersonal på dagen och 3 på kvällen på de somatiska avdelningarna och 5 omvårdnadspersonal på dagen och 3 på kvällen på boendets demensavdelning. Natten bemannas av en undersköterska i varje avdelning/våningsplan, ingen löpare används. Natten bemannas även av en tjänstgörande sjuksköterska.

HSL-bemanningen består av sjuksköterskor och rehab-personal. Sammanlagt fanns det 11 tillsvidareanställda sjuksköterskor år 2024.

Två tjänstgörande sjuksköterskor finns i båda husen, B och F under dagpasset. Kvällen tjänstgörs av en sjuksköterska i varje hus och natten av en sjuksköterska i hela boendet. De flesta sjuksköterskorna har lång erfarenhet inom området och har även arbetat på Bergsund sedan flera år. En av sjuksköterskorna har specialistkompetens som distriktssköterska. Samtliga sjuksköterskor har kunskap i demens genom webb-baserade utbildningar av Svenskt Demenscentrum. Boendet avser även att få demensavdelningen bli stjärnmärkt så fort det blir möjligt. Under år 2024 har det varit en viss personalomsättning i sjuksköterske-gruppen, flera av de relativt nyligen anställda sjuksköterskor valde att avsluta sina anställningar. Detta är någonting att ta tillhänsyn vid verksamhetsplanering för att förhållanden till kontinuerlig och stadig bemanning ska kunna uppfyllas – en viktig aspekt för patientsäkerheten.

Rehab-personal består av två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter. En av arbetsterapeuterna har lång erfarenhet inom området och har arbetet i verksamheten flera år. Den andra arbetsterapeuten hade år 2024 arbetat några år i verksamheten och de två fysioterapeuterna var relativt nyanställda och nyexaminerade.

IIS-webb är ett verktyg i Stockholms stads kvalitetsledningssystem. Verksamheten kontrolleras genom uppföljningar med tertiärrapporter och årlig verksamhetsberättelse och verksamhetsplan i systemet. Olika processer ska bevakas lokalt genom schemalagda egenkontroller månadsvis utförda av enhetschefer. Årshjul kan användas som ett konkret

verktyg i detta. Årshjulen täcker respektive professionsområde gällande såväl patientsäkerheten med vård- och omsorgsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser som personalens arbetsmiljö.

Vid tänkta förändringar i verksamheten bör risk- och konsekvensanalyser göras inför godkännandet och verkställandet av implementeringar med eventuella nya arbetssätt. Då områdeschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten går de flesta större beslutstagande och specifikt då det gäller förändringar via hen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- **Läkartillgänglighet:** "Capio" och "Familjeläkarna i Saltsjöbaden" har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under vintern genomförts på plats med chef samt SSK och MAS. Capio har ansvarat år 2024 för läkarinsatserna på Bergsunds vård- och omsorgsboende och kommer att göra det även fortsatt.
- **Läkemedelsgenomgångar:** Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- **Säker läkemedelshantering:** Apoteket AB, som årligen genomföra apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.
- **God följsamhet till basala hygienrutiner:** Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- **Munhälsovård:** Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- **Säker nutrition:** kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verka inom stadsdelens SÄBO. En namngiven dietist ansvarar för insatser på Bergsund vid behov.

- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.
- *Kulltorp: Vårdkedja korttid-* primärvårds rehab: Under året så har MAR fortsatt arbetat med samverkansmöten med fokus på sömlös vårdövergång vid in och utskrivning mellan korttid till ordinärt boende eller till särskilt boende.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. De enheter som drabbades på Södermalm var Bergsund VoB, Hornstulls servicehus, Katarinagården och Kulltorp. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso- och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts. Exempel på nya system som klassats är SveDem och ExorLive.

Varje enskild medarbetare i verksamheten genomför årligen webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

För att motsvara efterföljsamheten av arkiveringsrutiner med säker förvaring införskaffades brandsäkra arkivskåp till hela Bergsund under 2024.

För att bevaka arkivleveranserna ske i tid utformades en ny roll och uppdragsbeskrivning som arkivredogörare. Kvalitetssamordnaren blev under 2024 namngiven till denna roll för Bergsund. Utöver kvalitetssamordnaren var tanken att även en verksamhetsutvecklare från kvalitets- och utvecklingsenhet skulle ha liknande roll, dock mera övergripande - som stöd för

hela vård- och omsorgsboende-enheten inklusive alla tre områden.

Inför verksamhetsuppföljning i maj 2024 gjorde kvalitetssamordnaren stickprovskontroll av 12 stycken hälso- och sjukvårdsjournaler i Vodok. Några av de kontrollerade journalerna saknade riskbedömningar trots att vårdtagaren/den boende hade bott på boendet ett tag.

En stor del av stickprov på 12 journaler däremot innehöll kompletta riskbedömningar och hälsoplan hade skrivits där det var aktuellt. Den ansvariga sjuksköterskan hade även i vissa fall skrivit en sammanfattning i journal under kartlagt hälsostatus med följande egna mera specificerade rubriker för att noggrant beskriva teamets gemensamma bedömning/beslut.

Det andra positiva att uppmärksamma var att (främst) rehab-personal skrev konsekvent resultat om sina bedömningar även i SoL-dokumentation. Detta gör det enklare för omvårdnadspersonal att direkt kunna ta till sig informationen om den gjorda bedömningen vilket också skapar förståelse för varför olika åtgärder rekommenderas och/eller ordineras.

En fundering blev det även angående den befintliga ansvarsfördelningen med riskbedömningar. Ett förslag är att involvera fysioterapeuter mera vid framtagning av riskbedömning för fall med DFRI redan vid inflytt, naturligtvis i samråd med sjuksköterskan utifrån ansvar för läkemedel.

Att utveckla/ Vodok: Vid granskning i april/ maj 2024 kunde det konstateras att personuppgifter om den ansvariga HSL-personalen i vissa fall saknades under rubrik kontaktuppgifter.

Att utveckla/ Vodok: Hur hälsoplan skrivs och hur olika åtgärder kopplas. Samt resonemang om vikten av väsentlig, komplett och konsekvent dokumentation för bästa möjliga spårbarhet och patientsäkerhet.

En god säkerhetskultur

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



En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Alla medarbetare har kunskap om stadens riktlinjer och verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Vid risk för vårdskada utreder enhetschef och lämnar vidare till MAS och MAR. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan.

Verksamheten har en ambition att arbeta med metoden händelseanalys där orsakområdena delas in i områdena Omgivning/Organisation, Kommunikation/Information, Utbildning/Kompetens, Procedurer/Rutiner/Riktlinjer, Teknik/Utrustning/Apparatur. Handlingsplanen med åtgärder följer dessa områden.

På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Bergsunds medarbetare har påmints löpande om vikten av att rapportera avvikelser vid behov. Detta har skett under året genom introduktion av nyanställda, genom veckobreven, genom arbetsplatsträffarna samt vid de få tillfällen vi har haft kvalitetsråd. Verksamheten hade som mål att ha ett strukturerat kvalitetsråd månadsvis men detta blev inte av mer än en gång p.g.a. tidsbrist och frånvaron av mottagna avvikelse rapporter. Samtliga enhetschefer engagemang och reserverad tid till detta är ett krav och förutsättning för att arbetet ska bli framgångsrikt.

För att varje boendes vård och omsorg ska vara personcentrerade görs bedömningar av det aktuella hälsotillståndet alltid vid inflytt både av rehab-personal; fysioterapeut och arbetsterapeut och sjuksköterska. Dietist och andra hälso- och sjukvårdens professioner konsulteras vid behov. Både rehab-personal och sjuksköterskor säkerställer att de förskrivna hjälpmedlen fyller de standarder som dem ska. Enhetens vårdsängar och taklyftar besiktigas årligen, lyftselarna inför varje användning av omvårdnadspersonal samt halvårsvis (periodisk inspektion) av rehab-personal. Omvårdnadspersonal påminns regelbundet av vikten av att rapportera uppmärksammade brister i medicintekniska produkter omgående till rehab-personal alternativt till sjuksköterska.

I slutet av 2024 togs beslut om behövd utbildningsinsats för samtliga sjuksköterskor genomförd av kvalitets- och utvecklingsenhet för att säkerställa sjuksköterskornas kunskaper i förskrivning av såväl olika förebyggande samt behandlande madrasser.

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.



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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.

Bergsunds personal har under året 2024 genomgått följande utbildningar:

- *Utbildning i digitala läkemedelsskåp – SALTO - tidig vår 2024.*
- *Tidig vår 2024 Appva, digitala signeringar: Utbildningar i användandet – all personal.*
- *Tidig vår 2024: Collabodoc – digital rondplattform för samverkan mellan läkare och verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal.*
- *Att göra listan- Vodok togs till bruk tidig vår--- handledning från ssk från annan verksamhet i stadsdelen.*
- *Nätverksträffar i dokumentation – samtlig hälso- och sjukvårdspersonal.*
- *Måltidsreflektioner med verksamhetsknuten dietist och kurator – för all omvårdnadspersonal avdelningsvis.*
- *HLR – instruktörsutbildning för att bli intern utbildare för Bergsund och även vid behov för hela vård- och omsorgsboendeenheten. 5 personer-omvårdnadspersonal och samtliga chefer.*
- *Utbildning i första hjälpen i psykisk ohälsa för äldre – 1 instruktör/representant per våningsplan och samtliga chefer.*
- *SBAR och vitala parametrar – utbildningen med stadsdelens vårdpedagog - all omvårdnadspersonal.*
- *Introduktion av förflyttningskunskap för nyanställda sommarvikarier – enhetsgemensamt av vårdpedagog och av några representanter från rehab-personal..*
- *Palliativ kunskapseftermiddag av kvalitets- och utvecklingsenhet: Oklart vilka som fick inbjudan och vilka som deltog.*
- *Webbutbildning i basal vårdhygien – intygen skall ha lämnats till ansvarig chef.*
- *Webbutbildning i säker informationshantering. Denna planerades kunna göras under arbetsplatsträff gemensamt men gjordes aldrig under år 2024.*
- *Demensavdelningar: Demens ABC till alla nyanställda.*
- *Utbildning i säker läkemedelshantering- samtliga chefer, kvalitetssamordnare och sjuksköterskor.*
- *Ny delegeringsmodul Apotekets kunskapstest.*
- *Verktyget - genomgång i APT och i våningsplanen.*
- *IA-genomgång i APT.*
- *Hörselutbildning enhetsgemensamt för stadsdelen med en representant från varje avdelning. Oktober 9/10.*
- *Planeringsdagar i oktober/november.*

- Sårvård- nätverksträff. En ssk deltog. November-månad.
- Föreläsning, introduktion angående ett nytt måltidskoncept för chefer av stadsdelens dietister. Tanken är att bl.a. digitala surfplattor ska införskaffas till varje våning med recept mm. Inte till Bergsund ännu.
- Open-koncept: Pilot-projekt om hur planerad fysisk aktivitet tillsammans med utökat regelbundet protein-intag kan hjälpa våra boende att skatta sin hälsa som bättre.
- Nattnöte 3 ggr / år: I möjligaste mån all nattpersonal med chefer.
- **Vid skrivandets stund råder det oklarhet om i vilken utsträckning samtliga chefer har hunnit kompetenskartlägga sin personal.**

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Bergsund behöver säkerställa vårdtagarnas delaktighet i samtliga vårdprocesser. Enhetscheferna behöver arbeta strukturerat för att säkerställa att samtliga medarbetare känner till alla rutiner. Detta genom ex. att ha en planerad genomgång veckovis på avdelningsmöten att börja med. Samt förankra hos alla genom ex. de månatliga arbetsplatsträffarna.

Vårdtagarnas delaktighet skall säkerställas vid välkomstsamtal, i framtagandet av

levnadsberättelse, vid riskbedömningar och utformandet av olika hälsoplan. Lika som i de årliga samt vid behov utförda läkemedelsgenomgångar, vid utprovningen av hjälpmedel samt vid vård i livets slut. Samtliga boende ska även uppmuntras till att delta i de regelbundna boenderåderna där olika verksamhetsrelaterade frågor diskuteras antingen avdelningsvis eller rörande hela verksamheten.

För att inkludera anhöriga / närstående i det som hänt i verksamheten sedan stadens övertagande i oktober 2023 anordnades anhörig/närståendemöte i april-månad 2024 där samtliga yrkeskategorier inklusive enhetschefer och områdeschef var representerade. Närstående informeras utöver det som sker i verksamheten också om hur rapportera synpunkter och klagomål.

Det som enhetscheferna bör fortsatt se till under år 2025 är att samtliga mottagna synpunkter och klagomål diarieförs. Det råder en uppfattning om att detta inte har gjorts systematiskt under år 2024.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar också till kontroll av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens verksamhetssystem.

Bergsunds enhetschefer uppfattas inte ha arbetat med egenkontroller år 2024 i den utsträckning som är önskvärt för att kunna följa upp hur arbetet löper på. Detta kan dels ha berott på den fortsatt rådande okunskapen om olika styrsystem som även uppfattad tidsbrist eller svårigheten i att veta hur prioritera sina olika arbetsuppgifter.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Kvalitetsuppföljning av verksamheten gjordes av bland annat stadsdelens MAS och MAR 20240502 med följande resultat:

Sammanfattning

Verksamheten behöver prioritera att ta fram lokala rutiner som skall användas av all personal för att möjliggöra likställd vård för alla boende inom verksamheten. Verksamheten är uppdelad på två hus. De både husen behöver arbeta likställt och ha arbetssätt som överensstämmer med varandra. Enhetschefer behöver säkerställa likställigheten. I april- 24 implementerades det digitala verktyget Appva för signering av läkemedel. Det har gett möjlighet för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor att arbeta mer tydligt kring läkemedelshantering.

Verksamheten behöver upprätta en handlingsplan för hur utformande av lokala rutiner upprättas enligt prioriteringsordning och **skall innehålla:**

- Lokal rutin för hur tvärprofessionella möten skall ske
- Rutin vid inflytt för hur information ges till patient vid inflytt ex info från IVO och patientnämnd samt patientförsäkring
- Arbetssätt och dokumentering av spårbarhet läkemedel sker
- Säkerställa att egenkontroll narkotikaräkning sker enligt bestämmelser- chef behöver regelbundet och kontinuerligt kontrollera detta. Stort narkotika svinn har under vinter skett i verksamheten.
- Uppdatera och åtgärda Lokal rutin Läkemedelshantering efter Apoteksgranskning- den uppdaterade rutinen skall återkopplas till MAS
- Verksamheten behöver säkerställa att inga taggar till läkemedelsskåp lånas ut till personal som inte har delegering.
- Plan för hur man säkerställer att all personal har genomgått Vårdhygien digitala hygienutbildning- Diplom bekräftar utbildning
- Lokal rutin kring förebyggande av undernäring ska utredas
- Lokal rutin för förebyggande och behandling av undernäring
- Verksamheten behöver inventera vilka sjuksköterskor som har formell kompetens kring förskrivning av inkontinensprodukter.
- Rutin för det systematiska patientsäkerhetsarbetet-avvikelsehantering
- Lokal rutin för MTP vara klar och där behöver förtydligande stå gällande utbildning till omvårdnadspersonal gällande hantering av MTP
- Lokal rutin för rehabiliterande arbetssätt i teamet
- Teamgemensam dokumentation behöver utvecklas, se över rutin för egenkontroll av dokumentation
- Lokal rutin för det fallpreventiva arbetet inkluderat utbildning till omvårdnadspersonal
- Lokal rutin för användning av skyddsåtgärder inkluderat ansvarsfördelning samt kommunicering till övriga medarbetare.

Analys PPM indikatorer Bergsund vecka 36 2024 / genomförd av stadsdelens MAS och MAR

Syftet med indikatorerna är att belysa områden för förbättring inom vård och omsorg, med specifikt fokus på blåsdysfunktion, skyddsåtgärder samt vårdprevention. Här följer en analys av dessa områden och rekommenderade åtgärder.

Antal patienter vid mätdatum: 118

Blåsdysfunktion

- 18 personer behandlas med kvarliggande urinkateter och av dessa har 16 dokumenterad indikation.
- 91 personer genomgått en basal utredning avseende blåsdysfunktion, och 103 personer

har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Därmed finns det flera personer som har inkontinenshjälpmedel som inte har utretts.

- 39 personer har fått minst en ytterligare behandling utöver inkontinenshjälpmedel. Däremot är det viktigt att arbeta för att fler personer har tillgång till toalettassistans som behandling, vilket kan förbättra deras livskvalitet ytterligare.

Skyddsåtgärder

- 79 personer har ett eller flera beslut om skyddsåtgärder, och för 81 av dessa finns dokumenterade samtycken.
- 37 personer har en fullständig hälsoplan som inkluderar skyddsåtgärder.
- Skyddsåtgärdernas art: grindar (58 personer) och larm (30 personer).

Vårdprevention

Bedömningarna enligt MNA, Roag och Downton indikerar att undernäring och risk för fall är påtagliga utmaningar.

- 51 personer bedöms vara undernärda
- 92 personer bedöms ha en förhöjd fallrisk
- Enbart 76 personer har fullständiga hälsoplaner utifrån sin risk för fall.

Rekommendationer

1. Utöka och fördjupa individanpassade åtgärder vid blåsdysfunktion

- Öka tillgången till toalettassistans för fler personer
- Säkerställ att alla har tillgång till ytterligare behandlingsalternativ utöver inkontinenshjälpmedel.

2. Förbättra dokumentation och implementering av hälsoplaner

- Säkerställ att alla patienter med skyddsåtgärder och bedömda risker har kartlagt hälsotillstånd och uppdaterade hälsoplaner.

3. Arbeta proaktivt med att minska behovet av skyddsåtgärder

- Teamet behöver för varje patient se över om det finns möjlighet till mindre restriktiva åtgärder som på ett säkert sätt kan öka patientens självständighet.

4. Prevention

- Fler riktade insatser behövs för de 51 personer som bedöms vara undernärda, exempelvis genom individanpassade kostplaner och ökad uppföljning av näringsintaget.
- Implementera fler åtgärder för att förebygga fall samt ohälsa i munnen hos de äldre, genom att teamet regelbundet utför riskbedömning och individanpassar vårdinsatser.

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.



Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer.

Riskhantering

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.



Bergsund har inte uppfyllt mål bland annat med regelbundna månadsvisa kvalitetsråd. Detta är ett utvecklingsområde för år 2025 vilket kräver engagemang från samtliga enhetschefer för att kunna bli framgångsrikt.

Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer.

Avvikelse

Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer samt mål för år 2025.

Klagomål och synpunkter

Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer samt mål för år 2025.

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.



Var god och se det skrivna under rubriken: Tillförlitliga och säkra system och processer samt mål för år 2025.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Mål under år 2025:

- Genomgång av samtliga verksamhetsrutiner vid de veckovisa avdelningsmötena samt kontinuerligt vid de månatliga arbetsplatsträffarna.
- Förflytningsutbildning utförd av enhetens rehab-personal för samtlig personal inklusive sjuksköterskor. En gång i veckan, 3 timmar. Löpande fram till maj-månad.
- Insats för säker läkemedelshantering: uppföljning av delegeringar. Plan: En gång i veckan löpande tills alla delegeringar är uppdaterade.
- Säkerställa kompetensen av att använda det digitala signeringssystemet Appva.
- Säkerställa handhavandet av narkotikaklassade läkemedel.
- Säkerställa kompetensen av att använda den digitala rondplattformen Collabodoc.
- Säkerställa kompetensen av att använda sig av Att göra lista som HSL-personal.
- Säkerställa kompetensen av att hitta information om verksamhetsrutiner i den gemensamma plattformen Verkyget.
- Säkerställa att rutinerna i Verkyget är lokalanpassade utifrån Bergsunds verksamhet.
- Säkerställa att medarbetarna förstår vikten av att rapportera avvikelser gällande både Sol och HSL-insatser samt arbetsmiljö.
- Säkerställa att samtliga avvikelser behandlas och återkoppling ges till de berörda.
- Enhetscheferna bör ha kartlagt samtliga medarbetares kompetens.
- Utforma en kompetensutvecklingsplan där det bedöms behövas.
- Enhetscheferna bör börja med månadsvisa kvalitetsråd där representanter från varje avdelning och yrkesprofession medverkar.
- Implementera en rutin att föra in; diarieföra samtliga mottagna synpunkter och klagomål.



Handläggare

Telefon:

Till

Magdalenagårdens vård- och
omsorgsboende (VoB-område 2)

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Magdalenagårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Förslag till beslut

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Diarienummer: SÖD 2025/239-5

Sammanfattning

Magdalenagården har arbetat med att hålla i och säkerställa att medarbetare har följsamhet till de basala hygienrutinerna och nogsamt följt de aktuella riktlinjerna, som uppdaterats regelbundet. All personal har genomgått förflytningsutbildning och lyft utbildning med fysioterapeut och arbetsterapeut för att säkerställa en god och säker förflyttning.

Enheten har under året arbetat med att identifiera prioriterade områden och arbetat med rutiner och riktlinjer. Vi har under året fortsatt med en ökad likställighet på alla våra vård- och omsorgsboenden. Att rutiner och riktlinjer är samma på alla vård- och omsorgsboende är något som enheten har arbetat med och kommer att fortsätta med under 2025.

Under 2024 har verktyget implementeras i verksamheten så all personal vet var de kan hitta rutinerna. Personalen har fått QR-kod med inloggningsuppgifter. Följsamheten måste dock arbetas vidare med för att säkra upp patientsäkerheten.

Arbetet med det digitala signeringssystemet Appva har fortsatt under året där personalen signerar läkemedel samt insatser ordinerade av rehab. Nivån är relativt hög och enhetschefer har månatligt och på kvalitetsråd gått igenom antal signerade i tid etc. för att aktivt arbeta med vikten av signering i tid. Under 2024 gick verksamheten över till att använda delegeringsmodul från Apoteket för att höja nivån kring delegeringarna och få en samlad rutin kring hur det skall gå till.

Under året har enheten haft flertalet verksamhetsförlagda utbildningar för att höja kunskapen och kompetensen hos medarbetarna. Förutom förflyttningsutbildning med fysioterapeut och arbetsterapeut har enhetens personal fått utbildning i bland annat Första hjälpen psykisk hälsa- äldre för att vara bättre rustade för att se signaler av psykisk ohälsa hos våra äldre.

Ett fåtal personal har gått instruktörsutbildning i HLR för att i senare skede utbilda vidare på plats i verksamheten.

Grundläggande förutsättningar för säker 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 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

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och sjukvård styr verksamhetens arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och registrera avvikelser.
- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflyttning samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska palliativregistret.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede". Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg.
- Möten och råd sker enligt rutin och årshjul, ex Kvalitetsråd, Hälso-och sjukvårdsmöten, rehabmöten
- Samverkansmöte med läkarorganisationen sker två gånger/år, Samverkansmöte med Klara Team sker minst två gånger/år eller mer vid behov

Organisation och ansvar

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Områdeschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att

patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-19.00, lördag och söndag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar patrullverksamhet med avtal för hälso- och sjukvården. Legitimerad fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- **Läkartillgänglighet:** Familjeläkarna i Saltsjöbaden har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Magdalenagården. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under året genomförts på plats med chef samt SSK.
- **Läkemedelsgenomgångar:** Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- **Säker läkemedelshantering:** Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Magdalenagården har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB med gott resultat.
- **Följsamhet till basala hygienrutiner:** Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till

samverkansmöten. Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov tex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka, covid-19 eller vid frågor runt multiresistenta bakterier.

- **Munhälsovård:** Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- **Nutrition:** kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verksamma inom stadsdelens SÄBO.
- **Logoped:** Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- **Fotsjukvård:** Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso- och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare.

Vi arbetar med informationssäkerhet genom:

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt genomförs månadsvis av medicinsk ansvarig sjuksköterska, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.
- Både omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har spårbara taggar till läkemedelsskåpen samt SITHS-kort och tjänstekort för en säker spårbarhet.

- Brandsäkra journalskåp med kodlås finns på respektive våning där journaler förvaras.
- Granskning av journalföring gällande Hälso-sjukvårdspersonal har gjorts under året och behöver arbetas vidare med inför 2025.

En god säkerhetskultur

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



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Enhetschef samarbetar och tar hjälp av medicinsk ansvarig sjuksköterska och medicinsk ansvarig för rehabilitering för att stödja utvecklingen av patientsäkerheten i verksamheterna genom att:

- ta del av och utreder avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder
- regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- får stöd vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas
- Har månadsvis kvalitetsråd och hälso- och sjukvårdsmöten där vi tar upp avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan.

På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Verksamheten idag strävar efter ett öppet klimat gällande säkerhet och att vi aktivt ska reflektera över händelser i vardagen. Under 2025 kommer verksamheten att stjärnmärkas.

Arbetsmiljön är en viktig del i arbetet med patientsäkerheten. Arbetsmiljön följs regelbundet upp enligt årshjul samt vid våningsmöten och APT samt vid behov. Enhetscheferna har en nära dialog med medarbetarna för att kunna se nyanser gällande förändringar i fysisk, psykisk och social arbetsmiljö.

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.



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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram. Stadsdelen har under 2024 öppnat ett metodrum där kompetenshögjande aktiviteter äger rum under ledning av en AKA.

- Införande av delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering och insulin under våren 2024.
- Palliativ kunskapseftermiddag där både sjuksköterskor och undersköterskor deltagit.
- Webutbildning i basala hygienrutiner, görs 1-2 ggr/år för både fastanställda och vikarier.
- Dokumentationshandledarträff - verksamheten har sex undersköterskor som är dokumentationshandledare samt en sjuksköterska och en arbetsterapeut.
- MHFA - 10 undersköterskor har under året gått utbildningen samt två sjuksköterskor och en arbetsterapeut.
- Utbildning kring munvård till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor av OralCare som enligt avtal ansvarar för munhälsobedömningar på Södermalm. Utbildning har skedd på plats under våren.
- Syn-och hörselutbildning för undersköterskor under året
- Utbildningstillfälle för sjuksköterskorna om behandlande madrasser.
- BPSD-administratörer har utbildats, både sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast samt undersköterskor.
- Utbildning av fysioterapeut och arbetsterapeut årligen i förflyttningskunskap och lyftteknik.
- Personalen har fått utbildning hantering kring Salto, läkemedelskåpen samt hantering av tjänstekort. Vidare har även personalen fått utbildning i digital signering.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad.

Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. På enheten lämnas det vid inflyttningen men också via närståendebrev samt synlig information vid entréerna. Vid välkomstsamtal och årlig vårdplanering bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Enheten behöver fortsätta utveckla:

- Välkomstsamtal
- Riskbedömningar samt Hälsoplaner/kartlagt hälsotillstånd
- Palliativ vård/vård i livets slut-munhälsobedömningar, smärtskattning och brytpunktssamtal.
- Månadsbrev till närstående och boende
- Levnadsberättelse

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso-

och sjukvårdslagen.

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

BHKR-basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner sker två gånger per år. Dels via självskattning och dels via observation. Resultatet visar på en relativt god följsamhet till basala hygienrutiner. Basala hygienrutiner och klädregler behöver ständigt uppmärksammas och arbetas med i verksamheten.

Avvikelser

Målet är att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten. Läkemedelsavvikelser under 2024 var 25 st, Vårdrelaterade infektioner var 11st , Fall 78 st samt en bedömd risk vårdskada/vårdskada.

Delegering

Kontroll av aktuella delegeringar i Appva sker kontinuerligt. Extern granskning visade på ett förbättringsarbete gällande uppföljning av delegeringar samt att signaturförtydligande av SSK samt omvårdnadspersonal- listan var inte aktuell eller komplett.

PPM-resultat/analys och åtgärder

Egenkontroll enligt PPM ske två gånger per år. Åtgärder utgående från bedömning per våningsplan. Av mätningen framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och ohälsa i munnen.

Målet med skyddsåtgärder är att de används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig. Enheten behöver arbeta med frekvent med samtycke.

Medicintekniska produkter-resultat kontroll

Funktionskontroll enligt rutin av fysioterapeut och arbetsterapeut enligt årshjul

Narkotikakontroll

Egenkontroll vad gäller av narkotikaklassade läkemedel sker en gång per månad.

Loggkontroll Vodok

Utförs en gång per månad av enhetschef

Läkemedelshantering Appva

ssk utför kontroller dagligen för att se att ordinerade läkemedel ges och signeras i tid.

Extern läkemedelsgranskning

från Apoteket sker 1 gång per år. Noterades att Journalföringen är mycket noggrann kring narkotikahantering.

Kvalitetsregister

Enheten registrerar enligt den boendes samtycke i följande register: Senior Alert, Palliativa registret samt BPDS-registret.

Målet är att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Enheten registrerar i det Svenska palliativ registret men kan utveckla hur de använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa.

Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert behöver utvecklas och blir bättre på enheten.

BPDS-registreringarna fungerar bra och enheten har kommit i gång i teamet för att tillsammans göra bedömningar.

Dokumentation- granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal - sker två gånger per år. Enheten har ett flertal utvecklingsområden att arbeta vidare med under 2025.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Enheten har haft två lex Sarah ärenden. Båda utgjorde ett missförhållande.

Rapporterna av avvikelser har konstant ökat vilket vi ser positivt på då det utgör en del av det systematiska kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet. Vi kommunicerar via APT men även via kvalitetsråd samt våningsmöten kring hur vi hanterar dessa avvikelser och hur vi skall arbeta för att det inte skall hända igen. Ibland tillkommer en ny rutin för att säkerställa att det inte händer igen. När utredningen är klar återkopplas det till personal och närstående.

Under 2024 har två fördjupade utredningar genomförts i verksamheten varav en av dessa bedömdes som risk för allvarlig vårdskada och utreddes vidare enligt lex Maria samt anmäldes till IVO.

De fördjupade utredningarna som gjorts handlade trycksår och läkemedelshantering.

Identifierade risker i verksamheten: Kommunikation/dokumentation, brist i följsamhet till läkemedelsrutin.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genomfördes under 2024 genom verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Resultat visar på att enheten har ett fungerande arbetssätt kring Hälso-och sjukvård. Uppföljningen visade på att verksamheten har många styrkor genom att ha arbetat systematiskt med varje område de senaste två åren. Läkemedelshanteringen är på en hög kvalitetsnivå, såväl den dagliga läkemedelsadministrering som sjuksköterskans ordning och systematiska arbete med alla rutiner kring läkemedel samt läkemedelsrummet. Detta visade också den externa kvalitetsgranskningen av läkemedel från apoteket.

Några utvecklingsområden är att skriva hälsoplaner specifikt för rehabiliterande insatser, följa handlingsplanen för arbete kring BPSD, för systematik och struktur på arbetet samt använda sig av resultat från palliativ registret som en del i deras utvecklingsarbete kring palliativ vård.

Verksamheten upplever att verksamhetsnära utbildningar ökar kunskap och förståelse för arbetsprocesser och system.

Basala hygienrutiner diskuteras på kvalitetsråd och våningsmöten samt följs upp med egenkontroll två gånger per år. Samtliga medarbetare genomför webbutbildning 1-2 gånger per år.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetens läkare gör en årlig läkemedelsgenomgång för alla listade boende.

Under året har fler palliativa ombud utbildats

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.



Händelser och risker i det dagliga arbetet rapporteras kontinuerligt. Ständigt arbete med ett öppet klimat kring händelserapportering.

Förnyad delegeringsprocess under året har gett samtliga medarbetare en ökad kunskap om läkemedelsbehandling. Samtidigt ökar detta både kunskaps- och språkkravet för att kunna ha en delegering kring läkemedelsbehandling.

Riskhantering

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.



Avvikelse

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan

specifika händelser lyftas för dialog.

År 2024 finns det nedan registrerade avvikelser i Vodok.

Fall: 78 st

Läkemedel: 25 st

Specifik rehabilitering: 0 st

Specifik omvårdnad: 8 st

Vårdkedjan: 2 st

Trycksår: 1 st

Vårdrelaterad infektion: 0 st

Under året har vi sett ett behov av en förbättrad genomgång av våra rutiner vid händelse kring fall hos våra äldre. Detta har bidragit till en ökad dialog mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal, vilket har lett till en ökad förståelse för de olika professionernas kunskaper.

Avvikelser kring läkemedel har lett till en ny rutin gällande fördelning av arbetsuppgifter vid skiftbyten. Specifik omvårdnad har visat på ett ökat behov av kunskap kring skyddsåtgärder.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten dokumenteras systematiskt samt diarieförs. Enheten skickar ut närstående-brev en gång i månaden med information om vad som händer i verksamheten. Synpunkter och klagomålsblanketter finns vid entrén väl synliga för alla som kommer in i verksamheten. Enheten har haft sex synpunkter och klagomål som diarieförts enligt rutin. Ett är ett samlingsärende som avslutats.

Enhetschefer arbetar med att hantera synpunkter och klagomål skyndsamt, skapa en god kontakt med närstående samt verka via personalen.

Förslag har kommit till verksamheten att ha en brevlåda för att lämna förslag. Enheten har infört detta med utvärdering under 2025.

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande olika oväntade händelser och agerande. Verksamheten har ett kris förråd med mat för en vecka. Risk och konsekvensanalys finns för boendet hur vi ska agera vid oväntade händelser.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

- Verksamheten kommer under 2025 att stjärnmärkas. Arbetet kommer innebära ett arbete kring nytt arbetssätt, reflektion, teamarbete, anhörigstöd. etc.
- Öka registrerade avvikelser, båda HSL och SOL,-genom att på kvalitetsråd prata kring om vad en avvikelse är och varför de görs.
- Öka frekvensen av Kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet.
- Regelbundna temamöten som hålls i den tvärprofessionella teamet där patientens delaktighet framkommer.
- Fortsätter med deltagande för nätverksträffar HSL-personal samt omvårdnadspersonal.
- Öka registrering i Senior Alert och Palliativregister ökat team arbete kring skattningar.
- Registrering i nationellt kvalitetsregistrering för kognitiva sjukdomar SveDem startas våren 2025.
- Säkerställa handhavandet av narkotikaklassade läkemedel. Narkotika kontroller enligt rutin.
- Säkerställa kompetensen av att hitta/navigera information om verksamhetsrutiner i den gemensamma plattformen Verkyget.
- Förflytningsutbildningar enligt årshjulet, -samt behov.
- Insats för säker läkemedelshantering, -uppföljning av delegeringar, enligt rutin.
- Säkerställa kompetensen av att använda det digitala signeringssystemet Appva.
- Fortsätter med skattningar i BPSD- registret, tillsammans med tvärprofessionella teamet. Säkerställa att åtgärdsplaner /bemötandeplan, är kända till hela teamet kring den boende.



Handläggare

Telefon:

Till

Nytorpgårdens vård- och
omsorgsboende (VoB-område 2)

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Förslag till beslut

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Diarienummer: SÖD 2025/239-6

Sammanfattning

Nytorpgården är ett vård- och omsorgsboende för personer över 65 år med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Verksamheten hade vid 2024 år start 31 lägenheter, under året har ytterligare 6 lägenheter byggts till i verksamheten. Verksamheten har nu totalt 37 lägenheter fördelat på 4 olika boendegrupper.

Verksamheten har under 2024 som tidigare år utfört riskbedömningar i Senior Alert för de patienter som lämnat samtycke till detta. Riskbedömningarna utförs på teammöten i tvärprofessionella team för att fånga upp de risker som finns och för att ta fram åtgärder för att minska eller eliminera dessa risker. Verksamheten har registrerat i Palliativa registret vid de tillfällen som det har varit relevant.

Kompetensutveckling av personal har under 2024 bland annat skett genom samtal och reflektion inom ämnet palliativ vård i mindre grupper. Träffarna har letts av specialistutbildad undersköterska som arbetar på Nytorpgården. Kompetensutveckling har även skett för att öka kunskapen hos omvårdnadspersonal om "säker förflyttning från golv". Arbetsterapeut och sjukgymnast har haft utbildningstillfällen med både praktiska och teoretiska moment löpande under 2024.

Vid genomgång av avvikelser under året kan inte ses att det upptäckts någon risk för vårdskada för patienter boende på Nytorpgården under 2024.

Ett mål för 2025 för att stärka patientsäkerheten är vidareutveckla arbetet med teammöte och skapa en röd tråd för de åtgärder som tas fram i samband med att riskbedömningar i Senior Alert görs. Det behöver säkerställas att information om vilka åtgärder som tas fram för att minska risk för ohälsa i mun, för fall, för undernäring och för trycksår behöver dokumenteras i genomförandeplanen för att komma all omvårdnadspersonal och övriga yrkeskategorier till godo.

Grundläggande förutsättningar för säker 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 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

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och

sjukvård styr verksamhetens arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och registrera avvikelser.
- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflytt samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede" Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basala hygien och klädregler i vård och omsorg.

En trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Verksamheten har genomfört riskbedömningar i Senior Alert utifrån validerade bedömningsinstrument gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktionsbedömning och trycksår. Utefter de åtgärder som tas fram skrivs vårdplaner.
- Teammöten hålls regelbundet i verksamheten där det tvärprofessionella teamet deltar d.v.s omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.
- Egenkontroll av HSL-dokumentation utfördes en gång under 2024. I samband med detta analyserades resultatet som visade att HSL-dokumentationen var fullgod.
- Verksamheten använder BPSD-registret för att göra skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens för de patienter som gett sitt samtycke till detta samt för att ta fram åtgärder och åtgärdsplaner för att minska dessa symtom.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok görs varje månad. Inga avvikelser har upptäckts vid loggkontroller under 2024.
- Uppföljning av delegeringar utförs månadsvis.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet där samtliga yrkeskategorier deltar för att gå igenom tillbud och avvikelser som uppkommit i verksamheten samt för att reflektera kring och för att ta fram åtgärder till dessa.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.

- Narkotikakontroller utförs varje månad.
- Resultat av egenkontroller samt avvikelser gällande hälso- och sjukvård analyseras och åtgärder vidtas enligt strukturerad modell i journalsystemet Vodok samt följs upp på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Årlig uppföljning av hälso- och sjukvården "QUSTA" görs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljning.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist 2 gånger per år.
- Kompetensen hos personal tas till vara genom ombudsroller samt deras deltagande i nätverksträffar och utbildningar, t.ex. dokumentation, handledning, mat och måltider, palliativ vård etc.
- Infektionsregistrering sker kvartalsvis.
- Samverkansmöte med läkarorganisationen sker två gånger/år, Samverkansmöte med Klara Team sker minst två gånger/år eller mer vid behov
- Möten och råd sker enligt rutin och årshjul, ex Kvalitetsråd, Hälso-och sjukvårdsmöten, rehabmöten

Organisation och ansvar

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen

delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-17.00.

Övrig tid ansvarar patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Legitimerad fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* Familjeläkarna i Saltsjöbaden har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Nytorgsgårdens vård- och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under vintern genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verka inom stadsdelens SÄBO.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården. På Nytorgsgården finns även fotsjukvård i samma hus.

- Logoped: Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. De enheter som drabbades på Södermalm var Bergsund VoB, Hornstulls servicehus, Katarinagården och Kulltorp. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts. Exempel på nya system som klassats är SveDem och ExorLive.

Varje enskild medarbetare i verksamheten genomför årligen webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

En god säkerhetskultur

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



Alla medarbetare har kunskap om stadens riktlinjer och verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Vid risk för vårdskada utreder enhetschef och lämnar vidare till MAS och MAR. På

kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs en handlingsplan. På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

- Verksamheten utreder avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder.
- Medarbetare i verksamheten har en regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok på HSL- möte samt kvalitetsråd.
- Har månadsvis kvalitetsråd och hälso- och sjukvårdsmöten där vi tar upp avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan.
- Verksamhetschef följer tillsammans med medarbetare upp att åtgärder har vidtagits och fungerar.

På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Utrymme för lärande och reflektion skapas i olika mötesforum som t.ex. kvalitetsforum, planmöte, APT och på teammöten där alla yrkeskategorier deltar. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Verksamheten strävar efter ett öppet klimat gällande säkerhet och att vi aktivt ska reflektera över händelser i vardagen.

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.



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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram. Stadsdelen har under 2024 öppnat ett metodrum där kompetenshøjande aktiviteter äger rum under ledning av en AKA.

Under året har verksamheten arbetat med nedanstående:

- *Införande av Apotekets nya delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering och insulin.*

- *Palliativ kunskapseftermiddag som palliativa ombud och enhetschef deltagit i.*
- *Kompetensutveckling inom palliativ vård som specialistutbildad undersköterska hållit i för personal som arbetar i verksamheten.*
- *Webutbildning i basala hygienrutiner- all omsorgspersonal har gjort webbaserad utbildning i basala hygienrutiner.*
- *Hygienombud i verksamheten har gjort hygienobservationer på de olika boendegrupperna för att säkerställa att basala hygienrutiner följs.*
- *Dokumentationshandledarträff som enhetens dokumentationsombud deltagit i och återkopplat kring detta till övriga medarbetare på APT.*
- *Förflyttningsutbildning - Säkra lyft från golv- sjukgymnast och arbetsterapeut har under året haft utbildning i säkra lyft från golv med omvårdnadspersonalen.*
- *Bemanningen anpassas och planeras efter vårdtyngd*
- *Verksamheten är sedan 2021 Silviacertifierade. Under 2024 omcertifierades verksamheten och den nya certifieringen gäller till 2027.*

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

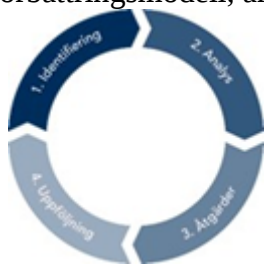
- Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en

gång per år eller vid behov.

- Patienten är delaktig i utformandet av sin vård och omsorg genom upprättande av genomförandeplan i den mån det är möjligt.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.
- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.
- MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.
- Synpunkter och klagomål hanteras skyndsamt och återkopplas till vederbörande samt används i verksamhetens utvecklingsarbete.
- Månadsbrev har under 2024 skickats ut till anhöriga.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar också till kontroll av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens verksamhetssystem.

- Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner sker två gånger per år. Dels via självskattning och dels via observation. Resultatet tas upp och diskuteras på APT.
- Delegering- granskning och kontroll av aktuella delegeringar i Appva sker en gång per månad
- PPM-resultat och analys och åtgärder. Egenkontroll enligt PPM sker två gånger per år
- Medicintekniska produkter- Egenkontroll av lyft, lyftselar, rullstolar, gång- och överflyttningshjälpmedel utförs av användande personal vid varje tillfälle som den medicinska tekniska produkten ska användas. Funktionskontroll av ordinerade hjälpmedel utförs av rehab minst en gång per år. Funktionskontroll av lyftselar utförs av rehab minst en gång var 6:e

månad.

- Narkotikakontroll-egenkontroll vad gäller av narkotikaklassade läkemedel sker en gång per månad.
- Loggkontroll Vodok - utförs en gång per månad.
- Läkemedelshantering Appva - ssk utför kontroller dagligen för att se att ordinerade läkemedel ges och signeras i tid.
- Extern läkemedelsgranskning - från Apoteket sker 1 gång per år.
- Kvalitetsregister rapport - Rapport från kvalitetsregister så som Senior Alert och palliativa registret går igenom minst var sjätte månad tillsammans med HSL-personal.
- Dokumentation- granskning av hälso och sjukvårdsjournal - sker två gånger per år

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Vi har inte identifierat några allvarliga risker för vårdskador under 2024. Vanligaste avvikelserna är fall vid egen förflyttning. Personer som faller ofta diskuteras regelbundet i teamet för att kunna ta fram förebyggande åtgärder. Alla boende är registrerade och riskbedömningar är gjorda i Senior Alert.

Enheten har under 2024 haft ett Lex Sarah ärende. Vilket efter utredning visade sig utgöra ett missförhållande. Information och reflektion kring ärendet har haft på APT, kvalitetsforum och planmöte under 2024.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner görs två gånger per år. Observation av följsamhet till basala hygienrutiner görs 2 gånger per år. Alla medarbetare gör webbutbildning i basala hygienrutiner minst en gång per år. Resultatet från egenkontrollerna tas upp på APT och på planmöten.

Läkemedelsgenomgång för alla patienter på Nytorgsgården görs minst en gång per år tillsammans med läkare och sjuksköterska.

Suicidriskbedömningar görs vid behov.

Extern läkemedelsgranskning från Apoteket utförs en gång per år.

Egenkontroll av aktuella delegeringar görs varje månad.

Följsamhet till att ordinerade läkemedel och signering av givna läkemedel görs i tid görs dagligen av sjuksköterskor på enheten och tas även upp på HSL-möten under året. Samt vid behov på APT och på planmöten.

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.



Följsamhet till att ordinerade läkemedel och signering av givna läkemedel görs i tid kontrolleras dagligen i APPVA av sjuksköterskor på enheten.

På vardagar har verksamheten daglig rapport på avdelningarna där sjuksköterska och undersköterskor medverkar. Där tas eventuella risker för patientsäkerheten som uppkommit under dagen upp.

Verksamheten har en känd krisrutin samt krisförråd med mat för en vecka. Verksamheten har förbrukningsmaterial och skyddsutrustning för oväntade händelser tex smitta.

Tillgång till system för samtlig HSL personal, t.ex. Vodok, Pascal, NPÖ

Rutiner för driftstopp i Pascal, APPVA, Vodok och Proceedo finns framtagna och är kända i verksamheten.

Riskhantering

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.



Medarbetarna uppmuntras att skriva avvikelser på tillbud och händelser som hade kunnat medföra risk för vårdskada. Avvikelser och tillbud tas upp på kvalitetsforum en gång per månad där kvalitetombud som är undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef är med. Avvikelser och tillbud tas även upp på APT-möten för hela verksamheten en gång per månad samt på planmöten en gång per månad för respektive våningsplan.

Genom att lära av tillbud och avvikelser tillsammans kan verksamheten utvecklas framåt och få en lärande kultur.

Avvikelser

År 2024 finns det totalt registrerade avvikelser i Vodok.

Av dessa är följande:

Fall: 34 st

Läkemedel: 17 st

Specifik omvårdnad: 1 st

7 läkemedelsavvikelser gäller läkemedelsskåp i boendelägenheter som under en period under hösten 2024 inte stängdes ordentligt efter användande. Detta är nu åtgärdat och läkemedelsskåpen fungerar bättre. Under 2025 planeras inköp av nya läkemedelsskåp till alla 37 lägenheter.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten dokumenteras systematiskt samt diarieförs. Enheten skickar ut närståendebrev en gång i månaden med information om vad som händer i verksamheten. Synpunkter och klagomålsblanketter finns vid entrén väl synliga för alla som kommer in i verksamheten. Ärenden utreds, återkopplas och följs upp.

Enhetschef arbetar med att hantera synpunkter och klagomål skyndsamt och skapa en god kontakt med närstående samt verka via personalen.

Klagomål- och synpunkter har under 2024 kommit till verksamheten antingen direkt från patienter som bor på Nytorpgården alt. från närstående till patienter som bor på Nytorpgården. Verksamheten har under 2024 inte fått några klagomål- eller synpunkter till sig från IVO eller Patientnämnden.

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande olika oväntade händelser och agerande. Verksamheten har ett kris förråd med mat för en vecka. Risk och konsekvensanalys finns för boendet hur vi ska agera vid oväntade händelser.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Ett mål för 2025 för att stärka patientsäkerheten är vidareutveckla arbetet med teammöte och skapa en röd tråd för de åtgärder som tas fram i samband med att riskbedömningar i Senior Alert görs. Det behöver säkerställas att information om vilka åtgärder som tas fram för att minska risk för ohälsa i mun, för fall, för undernäring och för trycksår behöver dokumenteras i genomförandeplanen för att komma all omvårdnadspersonal och övriga yrkeskategorier till godo.

Verksamheten behöver upprätta en Lokal rutin om ansvarsfördelning läkarorganisation där patienten väljer annan läkare än verksamhetens avtalade läkarorganisation.

Verksamheten planerar att ta ett omtag med implementering av verktyget för att säkerställa att alla yrkeskategorier har digital tillgång till verksamhetens rutiner.

Verksamheten har sedan 2023/2024 arbetat med modellen SBAR för att trygga en säker

kommunikation och för att stärka patientsäkerheten. Under 2025 behövs ett omtag med detta för att säkerställa att alla medarbetare i verksamheten har kunskap om SBAR och att modellen används.

Verksamheten har sedan 2023/2024 arbetat med att bedöma vitalparametrar med NEWS2 för att stärka patientsäkerheten. Under 2025 behövs ett omtag med detta för att säkerställa att alla medarbetare i verksamheten har kunskap om och hur man använder NEWS2.

Under 2025 planeras boenderåd en gång per kvartal för att göra patienter som bor på Nytorpgården mer delaktiga i vården. På boenderåden kan bland annat patientsäkerhet tas upp som en del.



Handläggare

Telefon:

Till

Hornskrokens vård- och
omsorgsboende (VoB-område 2)

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Hornskrokens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Förslag till beslut

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Diarienummer: SÖD 2025/239-7

Sammanfattning

Enheten har första februari 2024 gått över till Södermalms stadsdelsförvaltning Stockholm stad. Enheten har under året arbetat med att följa och aktivt arbeta med de riktlinjer och policys som finns i staden. Rutiner har reviderats, och enheten har arbetat med följsamhet till de basala hygien och klädkoderna. Under 2024 har enheten implementerat digital läkemedelssignering appva. Medarbetarna har också utbildats i läkemedelshantering och

delegering via apoteket.

Enheten har arbetat med att säkerställa en god och säker vård- och omsorg. Detta inkluderar förebyggande arbete, samverkan i team och med anhöriga.

Under år 2024 har enheten haft en uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Detta utfördes som en egenkontroll med kvalitetsinstrumentet QUSTA.

Egenkontrollen ska identifiera verksamhetens styrkor och utvecklingsområden med syfte att säkerställa att patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Egenkontrollen ska också genomsyra hur verksamheterna gör patienten och anhöriga delaktiga i vård och behandling.

Egenkontrollen är en del av det strukturerade patientsäkerhetsarbetet och ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Hornskroken är ett demensboende med stjärnmärkning från Svenskt Demenscentrum. Uppföljningen visar att verksamheten bedriver en välstrukturerad vård och omsorg.

Utmärkande är verksamhetens arbete med avvikelshantering och kvalitetsråd. Det finns en tydlig process och fokus på att systematiskt förbättra rutiner och arbetssätt.

Utvecklingsområden

Enheten behöver säkerställa följsamhet till rutinen att alltid kontakta legitimerad personal när patient hälso- tillstånd förändras.

Enheten behöver genomföra stickprov på följsamhet till rutin för läkemedelshantering, hos delegerad personal.

Enheten behöver arbeta med att avvikelser rapporteras och registreras.

Kompetensutveckling i psykisk hälsa är ett behov.

Omvårdnadspersonal behöver mer kunskap i att skriva en fallrapport.

Fokus på palliativvård som också är ett förbättringsområde under 2025 för Stjärnmärkt.

Grundläggande förutsättningar för säker 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 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 §

Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS, Äldreförvaltningen 2022

Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter, 2023

Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndernas verksamhet Vård- och omsorgsboende inom stadens valfrihetssystem, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor Äldreförvaltningen 2022

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och sjukvård styr verksamhetens arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och registrera avvikelser.
- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflytt samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och SveDem.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede" Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg.

En trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktionsbedömning och trycksår samt registrera i nationella kvalitetsregister.
- Teammöte hålls regelbundet där det tvärprofessionella teamet deltar.
- Egenkontroll av HSL dokumentation genomförs enligt mall två ggr per år samt analysera och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månatligen så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Uppdaterat rutin vid delegering, uppföljning av delegering samt egenkontroll månadsvis. Delegeringsunderlag och utbildningsfilm från Apoteket.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet med samtliga yrkeskategorier.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Narkotikakontroller varje månad.
- Resultat av egenkontroller samt avvikelser gällande hälso- och sjukvård analyseras och åtgärder vidtas enligt strukturerad modell i journalsystemet Vodok 2.0 samt följs upp på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Årlig uppföljning av hälso- och sjukvården görs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljning.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.
- Bevarar och utvecklar kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar, t.ex. dokumentation, handledning, SBAR och NEWS, mat och måltider.
- Infektionsregistrering kvartalsvis.
- Elektroniska kalendern "Att göra-listan" i journalsystemet Vodok 2.0.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Områdeschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I

ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

På Hornskrokens vård och omsorgsboende finns legitimerade sjuksköterskor dygnet runt.

Arbetsterapeut och fysioterapeut finns tillgängliga vardagar. Omvårdnadspersonal får hälso- och sjukvårdsuppgifter delegerade av sjuksköterska.

Omvårdnadspersonal som via delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* "Capio" har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Hornskrokens vård och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under vintern genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef

med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.

- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verksamma inom stadsdelens SÄBO.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.
- Samverkan för att förebygga vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. De enheter som drabbades på Södermalm var Bergsund VoB, Hornstulls servicehus, Katarinagården och Kulltorp. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts. Exempel på nya system som klassats är SveDem och ExorLive.

Varje enskild medarbetare i verksamheten genomför årligen webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

En god säkerhetskultur

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



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Alla medarbetare har kunskap om stadens riktlinjer och verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Vid risk för vårdskada utreder enhetschef och lämnar vidare till MAS och MAR. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan. Verksamheten har en ambition att arbeta med metoden händelseanalys där orsakområdena delas in i områdena Omgivning/Organisation, Kommunikation/Information, Utbildning/Kompetens, Procedurer/Rutiner/Riktlinjer, Teknik/Utrustning/Apparatur. Handlingsplanen med åtgärder följer dessa områden. På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Enhetschef samarbetar tillsammans med MAS och MAR och tar stöd för att utveckla patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Enhetschef tar del av avvikelser i VoDoK.

Kvalitetsråd en gång i månaden och genomgång av avvikelser samt åtgärd kortsiktigt och långsiktigt.

Arbetsmiljön är en viktig del i arbetet med patientsäkerheten. Arbetsmiljön följs regelbundet upp enligt årshjul samt vid APT och våningsmöten. Medarbetarna har också reflektion var fjärde till sjätte vecka enligt arbetsmodell Stjärnmärkt.

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.

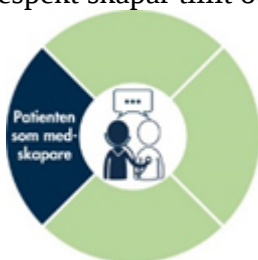


En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.

- *Införande av delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering .*
- *Palliativ kunskapseftermiddag.*
- *Webutbildning i basala hygienrutiner.*
- *Stjärnmärkt*
- *SBAR*
- *Vitala parametrar*
- *Dokumentationshandledarträff*
- *Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA)*

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

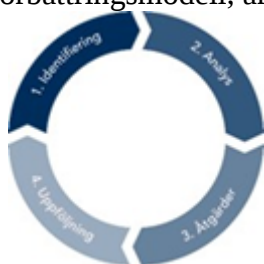
PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering

bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

- Välkomstsamtal
- Patient och närstående/anhörigas delaktighet i planering av vård och omsorg tex vid
- Riskbedömningar
- Hälsoplaner/Kartlagt hälsotillstånd
- Teammöte och checklista demens
- Boenderåd
- Läkemedelsgenomgång
- Palliativvård

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

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

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar också till kontroll av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens verksamhetssystem.

- BHKR-basala hygienrutiner och klädregler

- Delegering- granskning kontroll i Appva

Fjärde december gick verksamheten över till digital läkemedelssigntering appva.

- PPM-resultat och analys och åtgärder

Egenkontroll genomförs två gånger per år.

- Medicintekniska produkter-resultat kontroll

Funktionskontroller enligt rutin genomförs

- Narkotikakontroll-granskning

Egenkontroll av narkotikaklassade läkemedel en gång per månad.

- Loggkontroll Vodok

Loggkontroll en gång per månad enligt rutin

- Läkemedelshantering Appva

Sjuksköterskorna genomför daglig kontroll.

- Extern läkemedelsgranskning

Extern granskning sker av apoteket en gång per år. Granskningen 2024 visar på att enheten behöver bli bättre på att rengöra läkemedelsskåpen.

- Kvalitetsregister rapport

Enheten registrerar i palliativa registret, BPSD-registret, senior alert, och Svedem

- Dokumentation- granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



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 det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Två händelser har utretts under 2024. Vi har inte haft någon Lex Maria.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Vi har observationer i följsamheten till Basala hygien och klädregler två gånger per år. Resultatet informeras om på APT.

Verksamheten arbetar med digitala rondplattformen Collabodoc.

Enheten gör en årlig läkemedelsgenomgång för alla listade boende. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetens läkare som genomför detta.

Verksamheten har år 2024 installerat digitala läkemedelsskåp och även läkemedelsrum har digitalt lås för spårbarhet.

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.



- Vårdprevention
- rapportering av händelser och risker i det dagliga arbetet
- SBAR användning vid intern rapportering mellan samtliga professioner
- Säker delegeringsprocess, planering av bemanning
- Daglig uppföljning av Appva

Tillgång till system för samtlig HSL personal, t.ex. Vodok, Pascal, NPÖ

Riskhantering

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

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Verksamheten ska ha rutiner för hur rapportering och hantering av risker och avvikelser sker samt hur utredningar av vårdskador går till. Risker för vårdskador eller händelser som orsakat vårdskada ska alltid utredas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Av rutinerna ska även framgå hur samverkan sker med MAS/MAR vid risk eller misstanke om allvarlig vårdskada.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har struktur för att hantera avvikelser på en

övergripande nivå och sammanställa dessa inför kvalitetsråd, där samtliga yrkeskategorier deltar.

- En utmaning för verksamheten är att avvikelser inte alltid registreras avseende hälso-sjukvård, t.ex. finns det patienter som har hög fallfrekvens och då slutar avvikelser att skrivas. Vårdkedjeavvikelser behöver rapporteras, med dem som underlag kan samverkan utvecklas och vårdövergångar säkras. Verksamheten behöver ta fram åtgärder som leder till ökad risk- och händelserapportering.
- Verksamheten kan ta fram rutin för att ge information om inträffad vårdskada eller risk för vårdskada till berörd patient och närstående.
- Patienters och i många fall närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas.

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.



Utvecklingsområden:

- Omvårdnadspersonal behöver mer kunskap i att skriva texten i fallrapport.
- Socialstyrelsen har en ICF-utbildning som är gratis och tillgänglig via bank-id. Det rekommenderas att alla vikarier och ny HSL-personal går denna utbildning innan introduktion i Vodok.

Avvikelser

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

Under året har över 113 avvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok.

Läkemedelsavvikelser: 19

Specifik omvårdnad: 4

Specifik rehabilitering: 2

Fall: 74

Bedömd risk vårdskada: 6

Slutlig skada fraktur: 5

Enheten ser ett behov av att arbeta ytterligare kring avvikelseprocessen.

Omvårdnadspersonalen behöver fortsatt utbildning kring vad en avvikelse är och hur man skriver en avvikelse.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten har systematiskt diariefört synpunkter och klagomål som inkommit under år 2024.

Det har handlat om lokalfrågor exempelvis hiss ur funktion , belysning. Det har även inkommit klagomål och synpunkt avseende bemötande.

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 en känd krisrutin samt krisförråd med mat för en vecka. Verksamheten har förbrukningsmaterial för oväntade händelser tex smitta.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Mål för verksamheten 2025 är att utveckla arbetet med team möten. Att öka registrering i kvalitetsregister som senior alert och palliativa registret.

Sjuksköterskorna och rehab har fortsatt nätverk.

Se över samtliga ombudsroller, framförallt palliativa ombud.

Att vi ska vidareutveckla kvalitetsrådet på Hornskroken som genomförs en gång per månad.



Handläggare

Till

Kulltorps vård- och
omsorgsboende (VoB-område 1)

Telefon:

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Kulltorps vård- och omsorgsboende (VoB-område 1)

Förslag till beslut

Kulltorps vård- och
omsorgsboende (VoB-område 1)

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	10
Agera för säker vård	11
Egenkontroll	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	13
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter.....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Diarienummer: SÖD 2025/239-8

Sammanfattning

Under året som gått har man succesivt kunnat minska på de skyddsåtgärder som man anpassat sig till under pandemiåren. Försättningsvis arbetar enheten aktivt med de basala hygienrutinerna och följer de aktuella riktlinjer, samtidigt som vi nu kunnat fokusera på en ökad utveckling och kunskapshöjning inom enheten.

Enheten har under året arbetat med att identifiera prioriterade områden och aktivt arbeta med de rutiner och riktlinjer som vi förhåller oss till. Samtidigt har även samarbetet med de övriga vård- och omsorgsboendena i stadens regi varit viktigt och arbetet med att arbeta likställigt fortsätter kontinuerligt. Oberoende var du bor eller var du arbetar ska det vara samma rutiner, du ska få samma goda, säkra vård och omsorg samt erbjudas aktiviteter, utevistelse, måltider o.s.v.

Under 2024 har den digitala samlingsplattformen för våra rutiner, Verktyget, implementerats med våra uppdaterade lokala hälso- och sjukvårdsrutiner samt lokala omsorgsrutiner.

Verktyget ger möjlighet att alla ska ha möjlighet att enkelt och lättillgängligt kunna ta del av rutinerna. Vidare arbetar vi aktivt med det digitala signeringssystemet APPVA där man nu även kan registrera insatser ordinerade av rehab. ”Att göra listan” i Vodok har också tagits i bruk, för att öka säkerheten med kontinuitet och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser oberoende av vilken sjuksköterska som är i tjänst. För ökad säkerhet och spårbarhet gällande läkemedel har digitala läkemedelsskåp installerats i varje lägenhet samt till läkemedelsrum.

Tillsammans med förvaltningens utvecklingsenhet har enheten aktivt arbetat med att öka kunskap och kvalitet för samtliga personalkategorier för att förbättra patientsäkerheten.

Hösten 2024 påbörjade arbetet mot att Silviahemscertifiera verksamheten. Under hösten har samtliga yrkeskategorier deltagit i ett utbildningstillfälle under tre dagar. Verksamheten kommer under våren 2025 blir Silviahemscertifierad och därmed kommer vi aktivt arbeta med personcentrerad omvårdnad och reflektioner.

Grundläggande förutsättningar för säker 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 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 §

Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS, Äldreförvaltningen 2022

Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter, 2023

Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndernas verksamhet Vård- och omsorgsboende inom stadens valfrihetssystem, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor Äldreförvaltningen 2022

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och sjukvård styr verksamhetens arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och registrera avvikelser.
- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflytt samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska palliativregistret.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede". Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egen regi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* ”Familjeläkarna i Saltsjöbaden” har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende, Kulltorps vård- och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under vintern genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.

- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verka inom stadsdelens SÄBO.
- *Logoped:* kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.
- *Vårdkedja korttid-* primärvårds rehab. Samverkansmöte med hemrehab Södermalm. För att förbättra en sömlös övergång från korttidsboende.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts.

Varje enskild medarbetare i verksamheten genomför årligen webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

En god säkerhetskultur

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



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Alla medarbetare har kunskap om stadens riktlinjer och verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Vid risk för vårdskada utreder enhetschef och lämnar vidare till MAS och MAR. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan. Verksamheten har en ambition att arbeta med metoden händelseanalys där orsaksområdena delas in i områdena Omgivning/Organisation, Kommunikation/Information, Utbildning/Kompetens, Procedurer/Rutiner/Riktlinjer, Teknik/Utrustning/Apparatur. Handlingsplanen med åtgärder följer dessa områden. På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Verksamheten idag strävar efter ett öppet klimat gällande säkerhet och att vi aktivt ska reflektera över händelser i vardagen. Under hösten har verksamheten påbörjat arbetet med att bli Silviahemscertifierade, vilket innebär att varje medarbetare ska ges möjlighet till regelbunden reflektionsstund.

Arbetsmiljön är också en viktig del i arbetet med patientsäkerheten. Arbetsmiljön följs regelbundet upp enligt årshjul samt vid våningsmöten och APT samt vid behov. Enhetscheferna har en nära dialog med medarbetarna för att kunna se nyanser gällande förändringar i fysisk, psykisk och social arbetsmiljö.

Verksamheten har ett pågående arbete med att uppdatera medicintekniska produkter samt en långsiktig plan gällande installering av takskenor i lägenheterna för att möjliggöra användning av taklyft vid behov.

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.



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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram. Stadsdelen har under 2024 öppnat ett metodrum där kompetenshøjande aktiviteter äger rum under ledning av en AKA.

- *Införande av delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering och insulin under våren 2024.*
- *Palliativ kunskapseftermiddag där både sjuksköterskor och undersköterskor deltagit.*
- *Webutbildning i basala hygienrutiner, görs 1-2 ggr/år för både fastanställda och vikarier.*
- *Webutbildning demens ABC, demens ABC+ och nollvision görs 1 ggr/år av samtliga medarbetare.*
- *Dokumentationshandledarträff - verksamheten har 10 undersköterskor som är dokumentationshandledare samt två sjuksköterskor.*
- *MHFA - två undersköterskor gick utbildningen under våren.*
- *Silviahems-certifiering av verksamheten med start hösten 2024. Tre dagars grundutbildning för alla tillsvidareanställda, oberoende av yrkeskategori.*
- *Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal av Fot och Hälsa AB som enligt avtal ansvarar för medicinsk fotvård på Södermalm. Utbildning i verksamheten där både sjuksköterskor och undersköterskor deltar regelbundet.*
- *Via verksamhetsnära utbildningar av utvecklingsenhetens vårdpedagog har omvårdnadspersonal fått ta del av ökad kunskap kring basal hygien, demens, strukturerad rapport genom SBAR och vitala parametrar NEWS.*
- *HLR – instruktörsutbildning för att bli intern utbildare för Kulltorp.*
- *Utbildning kring munvård till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor av OralCare som enligt avtal ansvarar för munhalsbedömningar på Södermalm.*
- *Utvecklingsenhetens dietist har varit i verksamheten och handlett både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal kring nutritionsområdet.*
- *Utbildningstillfälle för sjuksköterskorna om behandlande madrasser.*
- *BPSD-administratörer har utbildats, både sjuksköterskor och undersköterskor.*
- *Nytt schema för omvårdnadspersonalen under våren 2024 där bibehållen kontinuitet har varit grundläggande samt att minimera vakanta pass som behöver ersättas med timanställda.*

- *Utveckling av resursteam, för att ytterligare höja kontinuiteten och ha kännedom om verksamheten.*
- *Verksamheten har sjuksköterska på plats dygnet runt.*

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig vårdplanering bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

- *Välkomstsamtal*
- *Levnadsberättelse*
- *Teammöte*
- *Patient och närstående/anhörigas delaktighet i planering av vård och omsorg tex vid. Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.*
- *Riskbedömningar*
- *Hälsoplaner/Kartlagt hälsotillstånd*
- *Utprovning av hjälpmedel*
- *Boenderåd*
- *Månadsbrev till patient och närstående*

- *Läkemedelsgenomgång*
- *Palliativ vård/vård i livets slut*
- *Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.*
- *Informationstillfällen för närstående ordnas i form av anhörigträffar.*

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

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

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar också till kontroll av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens verksamhetssystem.

Se bilaga 1 tabell egenkontroller Hälso-och sjukvård

- BHKR-basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner sker två gånger per år. Dels via självskattning och dels via observation. Resultatet visar på en god följsamhet till basala hygienrutiner. Vi ser dock att basala hygienrutiner och klädregler ständigt behöver uppmärksammas för att alla i vårdkedjan känner till detta och förståelsen för ämnet höjs. Verksamheten har uppdaterat rutin för cirkulationstvätt under året.

- Delegering- granskning kontroll i Appva

Kontroll av aktuella delegeringar i Appva sker kontinuerligt.

- PPM-resultat och analys och åtgärder

Egenkontroll enligt PPM sker två gånger per år. Åtgärder utgående från bedömning per våningsplan. Arbete med riskbedömningar och hälsoplaner fortlöpande arbete.

- Medicintekniska produkter-resultat kontroll

Funktionskontroll enligt rutin.

- Narkotikakontroll-granskning

Egenkontroll vad gäller av narkotikaklassade läkemedel sker en gång per månad. Under året har nya läkemedelsskåp köpts in till läkemedelsrummet för att öka spårbarheten gällande narkotikaklassade läkemedel.

- Loggkontroll Vodok

Utförs en gång per månad. Under året har en incident gällande behörighet till Att göra-listan uppmärksammats.

- Läkemedelshantering Appva

Sjuksköterska utför kontroller dagligen för att se att ordinerade läkemedel ges och signeras i tid.

- Extern läkemedelsgranskning

Från Apoteket sker 1 gång per år. Anmärkning gällande läkemedelsrum som inte höll lämplig temperatur. Detta åtgärdades under sommaren 2024 genom att ett helt nytt utrymme började användas som läkemedelsrum.

- Kvalitetsregister rapport

Enheten registrerar enligt den boendes samtycke i följande register: Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD-registret.

- Dokumentation- granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal - sker två gånger per år. Individuell återkoppling efter granskning med åtgärdsplan vid behov.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Under året har en händelse utretts som vårdskada. Händelsen visade sig senare inte ha varit en vårdskada, men att det däremot fanns risk för vårdskada. Efter händelsen vidtog verksamheten

ytterligare åtgärder kring rutin om hantering av fall, för att säkerställa att liknande händelser minimeras i verksamheten.

Under år 2024 har inga vårdskador eller allvarliga vårdskador förekommit i verksamheten.

Identifierade risker i verksamheten: vårdkedja, kommunikation och läkemedelsbehandling särskilt gällande korttidsboendet.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Verksamheten upplever att verksamhetsnära utbildningar och reflektioner ökar kunskap och förståelse för arbetsprocesser och system.

Basala hygienrutiner diskuteras på kvalitetsråd och våningsmöten samt följs upp med egenkontroll två gånger per år. Samtliga medarbetare genomför webbutbildning 1-2 gånger per år.

Under året har verksamhetens klädregler förbättras med cirkulationstvätt och uppdatering av omklädningsrum.

Verksamheten har en uppdaterad inventarieförteckning gällande medicintekniska produkter samt en plan för uppdatering av medicintekniska produkter.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetens läkare gör en årlig läkemedelsgenomgång för alla listade boende.

Under året har fler palliativa ombud utbildats och verksamheten har uppdaterade palliativa lådor på varje våningsplan.

Verksamheten arbetar med implementering av Silviahemscertifieringen, vilket medför ett ökat arbete kring teamarbete, kommunikation, anhörigstöd och symtomkontroll.

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.



Verksamheten har aktivt arbetat med att minska andelen inhyrd personal för att säkerställa kontinuitet och att personal både känner de boende samt verksamhetens rutiner.

Verksamheten har idag fler fastanställda sjuksköterskor samt flertalet timanställda sjuksköterskor som återkommande finns i verksamheten vid frånvaro, utbildning o.s.v. Detta medför även att verksamheten kan säkerställa att all legitimerad personal har tillgång till de system som används i verksamheten.

Händelser och risker i det dagliga arbetet rapporteras kontinuerligt. Ständigt arbete med ett öppet klimat kring händelserapportering.

Implementering av SBAR fortsätter. Sjuksköterska finns på plats dygnet runt, vilket medför en ökad trygghet för omvårdnadspersonal och de äldre.

Förnyad delegeringsprocess under året har gett samtliga medarbetare en ökad kunskap om läkemedelsbehandling. Samtidigt ökar detta både kunskaps- och språkkravet för att kunna ha en delegering kring läkemedelsbehandling.

Riskhantering

Begreppet och arbetssättet med riskanalyser är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser spelar en viktig roll i att förebygga avvikelser. Det finns en outnyttjad potential i att tillämpa riskanalyser i större utsträckning än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet behöver tas fram under 2025.

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.



Avvikelser

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan specifika händelser lyftas för dialog.

År 2024 finns det totalt 319 registrerade avvikelser i Vodok.

Av dessa är följande:

Fall: 182 st

Läkemedel: 71 st

Specifik rehabilitering: 16 st

Specifik omvårdnad: 38 st

Vårdkedjan: 10 st

Trycksår: 1 st

Vårdrelaterad infektion: 1 st

Under året har vi sett ett behov av en förbättrad genomgång av våra rutiner vid händelse kring fall hos våra äldre. Detta har bidragit till en ökad dialog mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal, vilket har lett till en ökad förståelse för de olika professionernas kunskaper.

Avvikelser kring läkemedel har lett till en ny rutin gällande fördelning av arbetsuppgifter vid skiftbyten.

Specifik omvårdnad har visat på ett ökat behov av kunskap kring skyddsåtgärder och palliation.

Händelser kring vårdkedjan har varit kopplad till svårigheter kring olika journalsystem.

Klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter hanteras omgående. Ärenden utreds, återkopplas och följs upp. Under året har vi sett att de flesta klagomål och synpunkter kunde undvikas genom förbättring av kommunikation.

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande diverse oväntade händelser och ageranden vid dessa. Uppdaterad krispärm finns på en känd plats. Alla lokala rutiner finns utskrivna i händelse av strömavbrott.

Verksamheten har ett krisförråd med mat för en vecka samt ett större läkemedelsförråd p.g.a. korttidsboendet. Vattendunkar finns på varje våningsplan i angivet förråd.

Krislådor med exempelvis extra lampor, radio finns i angivet utrymme.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Verksamheten kommer under år 2025 aktivt arbeta med det påbörjade arbetet med Silviahemscertifieringen. Detta innebär ett stort arbete kring teamarbete, kommunikation, anhörigstöd och symtomkontroll. Alla dessa delar är viktiga grunder i vår verksamhet.

Under året kommer ett ökat fokus riktas mot teammöten och anhörigstöd. En ny mall för teammöte kommer implementeras och med ett tydligt informationsmaterial och välkomstsamtal påbörjas arbetet med att anhöriga känner sig välkomna och sedda redan från dag 1.

Kommunikationen och symtomkontroll fortsätter vi arbetet med SBAR och NEWS som vår vårdpedagog har introducerat för omvårdnadspersonalen.



Handläggare

Telefon:

Till

Katarinagårdens vård- och
omsorgsboende (VoB-område 1)

Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Katarinagårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 1)

Förslag till beslut

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Diarienummer: SÖD 2025/239-9

Sammanfattning

Under året som gått har man succesivt kunnat minska på de skyddsåtgärder som man anpassat sig till under pandemiåren. Försättningsvis arbetar enheten aktivt med de basala hygienrutinerna och följer de aktuella riktlinjer, samtidigt som vi nu kunnat fokusera på en ökad utveckling och kunskapshöjning inom enheten. Samtliga medarbetare har genomgått Siviahemscertifiering, utbildnings olika steg: steg 1- En basutbildning under tre dagar. Steg 2-

En arbetsledarutbildning under en dag. Steg 3- en utbildning för de medarbetare som ska reflektionsstunder med sina kollegor.

Enheten har under året arbetat med att identifiera prioriterade områden och aktivt arbeta med de rutiner och riktlinjer som vi förhåller oss till. Samtidigt har även samarbetet med de övriga vård- och omsorgsboendena i stadens regi varit viktigt och arbetet med att arbeta likställigt fortsätter kontinuerligt. Oberoende var du bor eller var du arbetar ska det vara samma rutiner, boende ska få samma goda, säkra vård och omsorg samt erbjudas aktiviteter, utevistelse, måltider o.s.v.

Under 2024 har den digitala samlingsplattformen för våra rutiner, Verktyget, implementerats med våra uppdaterade lokala hälso- och sjukvårdsrutiner samt lokala omsorgsrutiner. Verktyget ger möjlighet att alla ska ha möjlighet att enkelt och lättillgängligt kunna ta del av rutinerna. Vidare arbetar vi aktivt med det digitala signeringssystemet APPVA där man nu även kan registrera insatser ordinerade av rehab. ”Att göra listan” i Vodok har också tagits i bruk, för att öka säkerheten med kontinuitet och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser oberoende av vilken sjuksköterska som är i tjänst. För ökad säkerhet och spårbarhet gällande läkemedel har digitala läkemedelsskåp installerats i varje lägenhet samt till läkemedelsrum.

Katarinagården har under 2024 genomfört en omfattande renovering i gemensamma utrymmen och möbler har bytts ut där det varit ett behov. Personalen har fått en bättre arbetsmiljö med nya uppfräschade arbetsrum samt uppehållsrum för rast och vila. Utveckling av mötesstruktur inom olika personalgrupper har påbörjats och implementering planerad med start 2025.

Enheten har också fått en bra kontinuitet med stadigvarande vikarier att anlita vid semestrar samt sjukfrånvaro. Ledningen kontaktar medarbetare på deras första sjukfrånvarodag, för att följa upp medarbetarens sjukfrånvaro och minimera sjukfrånvarodagar.

Tillsammans med förvaltningens utvecklingsenhet har enheten aktivt arbetat med att öka kunskap och kvalitet för samtliga personalkategorier för att förbättra patientsäkerheten.

Grundläggande förutsättningar för säker 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 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 §

Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS, Äldreförvaltningen 2022

Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och dagliga verksamheter, 2023

Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndernas verksamhet Vård- och omsorgsboende inom stadens valfrihetssystem, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor Äldreförvaltningen 2022

Stadens uppdragsbeskrivning för vård och omsorgsboende samt riktlinjer för hälso- och sjukvård styr verksamhetens arbete.

- Ansvara för att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera och registrera avvikelser.
- Ansvara för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation följs av legitimerad personal.
- Säkerställa att alla boende har en riskbedömning inom 14 dagar efter inflytt samt att uppföljning sker vid behov eller var 6:e månad. Ny riskbedömning görs varje år eller vid behov.

Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och

- Åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret.
- Verksamheten ska arbeta i enlighet med Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).
- Vård i livets slutskede ska bedrivas i enlighet med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livet slutskede" Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Verksamheten ska organiseras så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer.
- All personal ska arbeta personcentrerat utifrån varje enskilds behov, vilket förutsätter ett utvecklat samarbete i team mellan olika yrkesgrupper och kompetenser.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg

En trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktionsbedömning och trycksår samt registrera i nationella kvalitetsregister.
- Teammöte hålls regelbundet där det tvärprofessionella teamet deltar.
- Egenkontroll av HSL dokumentation genomförs enligt mall två ggr per år samt analysera och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månatligen så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Uppdaterat rutin vid delegering, uppföljning av delegering samt egenkontroll månadsvis. Delegeringsunderlag och utbildningsfilm från Apoteket.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet med samtliga yrkeskategorier, en gång/månad.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Narkotikakontroller varje månad.
- Resultat av egenkontroller samt avvikelser gällande hälso- och sjukvård analyseras och åtgärder vidtas enligt strukturerad modell i journalsystemet Vådor 2.0 samt följs upp på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Årlig uppföljning, QUSTAN av hälso- och sjukvården görs av MAS/mar i samband med verksamhetsuppföljning.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.
- Bevarar och utvecklar kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar, t.ex. dokumentation, handledning, SBAR och NEWS, mat och måltider.
- Infektionsregistrering kvartalsvis.
- Elektroniska kalendern ”Att göra-listan” i journalsystemet Vodok 2.0.

Organisation och ansvar

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Områdeschef har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

På Katarinagårdens vård- och omsorgsboende finns legitimerad sjuksköterska i verksamheten dagtid, klockan 7.00- 17.00 samtliga dagar i veckan. Klara Kompetens tar vid från klockan 17.00- 7.00 samtliga dagar, det finns möjlighet att få kontakt med en läkare/ sjuksköterska dygnet runt. Arbetsterapeut och fysioterapeut finns tillgängliga vardagar under kontorstid.

Omvårdnadspersonal som via delegeringar utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egen regi och entreprenad.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* "Familjeläkarna" har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef

med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.

- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på SÄBO enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verksamma inom stadsdelens SÄBO.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Under sommaren 2024 skedde en informationsuppgiftsincident gällande Att göra listan i journalsystemet Vodok. Legitimerad personal fick tillgång till andra verksamheters Att göra lista. Uppgifterna har endast blivit synliga för legitimerad personal med behörighet i systemet, i de verksamheter som använder Att göra listan. Händelsen omfattade hela Stockholm stad, där några av Södermalms särskilda boenden drabbades. Incidenten resulterade i att stadens rutin för loggkontroll förtydligades med att innefatta Att göra listan. Behörigheten till Att göra listan är nu begränsad till den egna enheten vid inloggning i journalsystemet. Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av de system som hälso- och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud och informationssäkerhetssamordnare. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts.

Verksamheten genomför informationssäkerhet genom att

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av enhetschef en gång / månad enligt riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbehörighet i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månatligen av MAS, som sammanställer och analyserar samt återkopplar till

verksamhet vid behov.

- Medarbetarna genomför årligen en informations- och datasäkerhetsutbildning.

En god säkerhetskultur

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



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Alla medarbetare har kunskap om stadens riktlinjer och verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Vid risk för vårdskada utreder enhetschef och lämnar vidare till MAS och MAR. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån orsaksanalysen skrivs handlingsplan. Verksamheten har en ambition att arbeta med metoden händelseanalys där orsaksområdena delas in i områdena Omgivning/Organisation, Kommunikation/Information, Utbildning/Kompetens, Procedurer/Rutiner/Riktlinjer, Teknik/Utrustning/Apparatur. Handlingsplanen med åtgärder följer dessa områden. På verksamhetens APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras vikten av att rapportera avvikelser och hur avvikelserna kan användas i förbättringsarbete. Återkoppling av det inträffande sker till medarbetare, patient, närstående och andra samverkansparter som varit involverade.

Verksamheten idag strävar efter ett öppet klimat gällande säkerhet och att vi aktivt ska reflektera över händelser i vardagen. Under hösten har verksamheten påbörjat arbetet med att bli Silviahemscertifierade, vilket innebär att varje medarbetare ska ges möjlighet till regelbunden reflektionsstund.

Arbetsmiljön är också en viktig del i arbetet med patientsäkerheten. Arbetsmiljön följs regelbundet upp enligt årshjul samt vid våningsmöten och APT samt vid behov. Enhetscheferna har en nära dialog med medarbetarna för att kunna se nyanser gällande förändringar i fysisk, psykisk och social arbetsmiljö.

Verksamheten har ett pågående arbete med att uppdatera medicintekniska produkter samt en långsiktig plan gällande installering av takskenor i lägenheterna för att möjliggöra användning av taklyft vid behov.

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.



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.

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. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.

- Införande av delegeringsutbildning och kunskapstest avseende läkemedelshantering och insulin.
- Öppnande och startande av ett metodrum. Syftet med metodrummet är att ge vård- och omsorgspersonal möjlighet att träna på olika kliniska färdigheter och moment.
- Eftermiddag med palliativ kunskap.
- Webutbildning i basala hygienrutiner.
- Utbildning via vårdhygien
- Silviacertifiering.
- SBAR
- Vitala parametrar
- Dokumentationshandledarträff
- MHFA
- Förflyttningskunskapsutbildning Rehab samt hur de arbetar med det i verksamheten
- Konceptet med måltider
- Schemat
- Bemanning
- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal av det företag som enligt avtal ansvarar för medicinsk fotvård på Södermalm.
- Via verksamhetsnära utbildningar av utvecklingsenhetens vårdpedagog har omvårdnadspersonal fått ta del av ökad kunskap kring basal hygien, demens, strukturerad rapport genom SBAR och vitala parametrar NEWS.
- Utbildning kring munvård till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor av det företag som enligt avtal ansvarar för munhälsobedömningar på Södermalm.
- Utvecklingsenhetens dietist har varit i verksamheten och handlett både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal kring nutritionsområdet.
- Kunskapskväll kring palliativ vård för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.
- Utbildningstillfälle för sjuksköterskorna om behandlande madrasser.

- BPSD-administratörer har utbildats, både sjuksköterskor och undersköterskor.
- Silviahems-certifiering av hela verksamheten.

Nytt schema för omvårdnadspersonalen under våren 2024 där bibehållen kontinuitet har varit grundläggande. Bibehålla kontaktmannaskap och personcentrerad vård.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

PSL 2010:659 3 kap. 4 § Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och närstående. Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering bjuds vårdtagare in och i många fall även närstående att delta. För att förebygga vård skador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Multiprofessionella team arbetar för att förbättra kvaliteten på personcentrerad vård och omsorg. Vid inflyttning till verksamheterna tilldelas boende ansvarig legitimerad personal, så som sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt kontaktperson.

Det hålls **välkomstsamtal** för att informera patienter och närstående om verksamheten och ge stöd. I samverkan med legitimerad personal planeras målen för patientens vård i enlighet med patientens önskemål.

Levnadsberättelser används för att främja individuellt bemötande. **Vårdplanering** och läkarbesök med **läkemedelsgenomgång** genomförs tillsammans med patienten, baspersonal och teamet. Närstående deltar vid samtycke och informeras vid behov.

Vid regelbundna **teammöten** diskuteras patienters behov och strategier för att utveckla personcentrerad vård.

Inför **ställningstagande av palliativ vård i livets slut** med tillhörande brytpunktssamtal erbjuds patienten och anhöriga att delta ihop med teamet samt läkaren. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.

Klagomål och synpunkter registreras och analyseras med chef, återkopplas till den som lämnat klagomålet efter att ärendet hanterats. Resultaten används för att utveckla verksamheten. Anhörig, närstående, patient bjuds in till enskilda möten med berörda. I samband med avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.

MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.

Borådsmöten hålls regelbundet och där bjuds boende in för att få framföra sina synpunkter, klagomål samt ge uttryck för behov. Mötena är utifrån olika teman till exempel mat, måltider samt måltidsmiljö.

Informationsbrev går ut till anhöriga en gång i månaden. Innehållet i breven kan vara praktiska påminnelser, information, att uppmuntra till att lämna in synpunkter och klagomål.

Vid **anhörigträffar**, som hålls regelbundet varje termin bjuds ibland föreläsare in utifrån efterfrågade specifika teman till exempel demenssjukdomar.

Resultat av **individuppföljningar och brukarundersökning** analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet och utveckling i verksamheterna.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

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

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontroll inhämtas information om verksamhetens resultat som analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontroll bidrar också till kontroll av att den egna verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens verksamhetssystem.

Se bilaga 1 tabell egenkontroller Hälso-och sjukvård

- BHKR-basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner sker två gånger per år. Dels via självskattning och dels via observation. Resultatet visar på en god följsamhet till basala hygienrutiner. Vi ser dock att basala hygienrutiner och klädregler ständigt behöver uppmärksammas för att alla i vårdkedjan känner till detta och förståelsen för ämnet höjs.

- Delegering- granskning kontroll i Appva

kontroll av aktuella delegeringar i Appva sker kontinuerligt.

- PPM-resultat och analys och åtgärder

Egenkontroll enligt PPM ske två gånger per år. Åtgärder utgående från bedömning per våningsplan.

- Medicintekniska produkter-resultat kontroll

Funktionskontroll enligt rutin.

- Narkotikakontroll-granskning

egenkontroll vad gäller av narkotikaklassade läkemedel sker en gång per månad. Under året har nya läkemedelsskåp köpts in till läkemedelsrummet för att öka spårbarheten gällande narkotikaklassade läkemedel.

- Loggkontroll Vodok

utförs en gång per månad. Under året har en incident gällande behörighet till Att göra-listan uppmärksamats.

- Läkemedelshantering Appva

ssk utför kontroller dagligen för att se att ordinerade läkemedel ges och signeras i tid.

- Extern läkemedelsgranskning

från Apoteket sker 1 gång per år. Anmärkning gällande läkemedelsrum som inte höll lämplig temperatur. Detta åtgärdades under sommaren 2024 genom att ett helt nytt utrymme började användas som läkemedelsrum.

- Kvalitetsregister rapport

Enheten registrerar enligt den boendes samtycke i följande register: Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD-registret.

- Dokumentation- granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal - sker två gånger per år

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Transparens och återkoppling gällande inträffade vårdskador eller risk för vårdskada är viktig för att undvika att dessa inträffar igen. Avvikelser redovisas och diskuteras på olika nivåer inom Katarinagården som APT-möten, professionsmöten, kvalitetsrådsmöten till olika lednings forum. På Katarinagården rapporteras händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i avvikelssystemet, Vodok och närmast berörd chef ansvarar för utredning, inom verksamheten i samverkan med MAS. Berörd personal och om möjligt Berörd personal och patient/närstående involveras i utredningen som ska ske skyndsamt. MAS ger besked om utrednings resultat och informationen ska återföras till verksamheten och användas som ett lärotillfälle till hela verksamheten för att minimera vårdskador. Verksamheten har gjort en fördjupad utredning angående en patients viktnedgång under en viss tid. Handlingsplaner har gjorts där relevanta rutiner och arbetssätt har tagits upp och utvecklats vidare.

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 patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Verksamheten upplever att verksamhetsnära utbildningar och reflektioner ökar kunskap och förståelse för arbetsprocesser och system.

Basala hygienrutiner diskuteras på kvalitetsråd och våningsmöten samt följs upp med egenkontroll två gånger per år. Samtliga medarbetare genomför webbutbildning 1-2 gånger per år.

Under året har verksamhetens klädregler förbättras med cirkulationstvätt och uppdatering av omklädningsrum.

Läkemedelsrummet har förbättras för en säkrare hantering av läkemedel. Handfat och arbetsyta har installerats och förråd av omlägningsmaterial och näringstillskott har flyttats.

Verksamheten har en uppdaterad inventarieförteckning gällande medicintekniska produkter samt en plan för uppdatering av medicintekniska produkter.

Inventering av medicintekniska produkter och dokumentation har utförts i avsedd Excel fil av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Detta har säkerställt en god översikt och information om produkterna samt dess underhåll och service.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetens läkare gör en årlig läkemedelsgenomgång för alla listade boende.

Under året har fler palliativa ombud utbildats och verksamheten har uppdaterade palliativa lådor på varje våningsplan.

Verksamheten arbetar med implementering av Silviahemscertifieringen, vilket medför ett ökat arbete kring teamarbete, kommunikation, anhörigstöd och symtomkontroll.

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.



Verksamheten har aktivt arbetat med att minska andelen inhyrd personal för att säkerställa kontinuitet och att personal både känner de boende samt verksamhetens rutiner.

Verksamheten har idag fler fastanställda sjuksköterskor samt flertalet timanställda sjuksköterskor som återkommande finns i verksamheten vid frånvaro, utbildning o.s.v. Detta medför även att verksamheten kan säkerställa att all legitimerad personal har tillgång till de

system som används i verksamheten.

Händelser och risker i det dagliga arbetet rapporteras kontinuerligt. Ständigt arbete med ett öppet klimat kring händelserapportering.

Implementering av SBAR fortsätter. Sjuksköterska finns på plats dygnet runt, vilket medför en ökad trygghet för omvårdnadspersonal och de äldre.

Förnyad delegeringsprocess under året har gett samtliga medarbetare en ökad kunskap om läkemedelsbehandling. Samtidigt ökar detta både kunskaps- och språkravet för att kunna ha en delegering kring läkemedelsbehandling.

Riskhantering

Begreppet och arbetssättet med riskanalyser är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser spelar en viktig roll i att förebygga avvikelser. Det finns en outnyttjad potential i att tillämpa riskanalyser i större utsträckning än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet behöver tas fram under 2025.

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.



Under 2024 har verksamheten utfört riskbedömningar på individnivå och till viss del satt in åtgärder utifrån detta. Kvalitetsregister har delvis fyllts i och resultaten har inte använts i analys eller för att upprätta handlingsplaner. Kvalitetsregisterarbetet har pågått under året och intensifierades under hösten tillsammans med HSL-verksamhetsutvecklare. Resultat från Senior Alert och Svenska Palliativregistret har kartlagts och flera utvecklingsområden har identifierats. Senior Alert behöver användas mer strukturerat för att uppnå en högre täckningsgrad. Genom Senior Alert sätts den äldres perspektiv och teamets roll i fokus, och alla identifierade risker som behöver följas upp.

Avvikelser

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår

igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan specifika händelser lyftas för dialog.

Antal avvikelser vid Katarinagården Vård- och Omsorgsboende, 2024

Under året 2024 har totalt **233** avvikelser registrerats i Vodok-systemet.

Av dessa är följande:

Fall: **131** st

Läkemedel: **71** st

Specifik rehabilitering: **0** st

Specifik omvårdnad: **14** st

Vårdkedjan: **15** st

Trycksår: **2**st

Vårdrelaterad infektion: **0**st

Under året har vi sett ett behov av en förbättrad genomgång av våra rutiner vid händelse kring fall hos våra äldre. Detta har bidragit till en ökad dialog mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal, vilket har lett till en ökad förståelse för de olika professionernas kunskaper.

Avvikelser kring läkemedel har lett till en ny rutin gällande fördelning av arbetsuppgifter vid skiftbyten.

Specifik omvårdnad har visat på ett ökat behov av kunskap kring skyddsåtgärder och palliation.

Händelser kring vårdkedjan har varit kopplad till svårigheter kring olika journalsystem.

Klagomål och synpunkter

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande diverse oväntade händelser och ageranden vid dessa. Uppdaterad krispärm finns på en känd plats. Alla lokala rutiner finns utskrivna i händelse av strömavbrott.

Verksamheten har ett krisförråd med mat för en vecka. Vattendunkar finns på varje våningsplan i angivet förråd.

Krislådor med exempelvis extra lampor, radio finns i angivet utrymme.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Uppfylla de mål värden som satts avseende vård- och omsorgsnämndens kvalitetsindikatorer inom området god hälso- och sjukvård för äldre. Fokus på att skapa en struktur för nytt gemensamt lärande utifrån inkomna avvikelser i avvikelshanteringssystem Vodok.

Förebyggande arbete och skapa livskvalitet för äldre och multipelsjuka och deras närstående.

Verksamheten ska få godkänt resultat i Apoteket AB:s kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och delegeringsprocessen.

Verksamheten kommer under år 2025 aktivt arbeta med det påbörjade arbetet med Silviahemscertifieringen. Uppföljande kunskapstest som är obligatoriskt som varje medarbetare måste klara, 80 % för att enheten som helhet ska kunna certifieras.

Katarinagården är godkända i testet. Detta innebär ett stort arbete kring teamarbete, kommunikation, anhörigstöd och symtomkontroll. Alla dessa delar är viktiga grunder i vår verksamhet.

Under året kommer ett ökat fokus riktas mot teammöten och anhörigstöd. En ny mall för teammöte kommer implementeras och med ett tydligt informationsmaterial och välkomstsamtal påbörjas arbetet med att anhöriga känner sig välkomna och sedda redan från dag 1.

Kommunikationen och symtomkontroll fortsätter vi arbetet med SBAR och NEWS som vår vårdpedagog har introducerat för omvårdnadspersonalen.