

# Patientsäkerhetsberättelse 2025

---

Åsengården

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2 Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>3 Grundläggande förutsättningar för säker vård</b>	<b>7</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	7
3.1.1 Övergripande mål och strategier	8
3.1.2 Organisation och ansvar	9
3.2 En god säkerhetskultur	10
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	11
3.4 Patienten som medskapare	13
<b>4 Agera för säker vård</b>	<b>14</b>
4.1 Egenkontroll	14
4.1.1 Egenkontroll - Personcentrerad social dokumentation	14
4.1.2 Egen kontroll - Samverkan och informationsöverföring	14
4.1.3 Egen kontroll - Läkemedelshantering	14
4.1.4 Egen Kontroll - Delegering	14
4.1.5 Egen kontroll - Inkontinens	14
4.1.6 Egen kontroll - Vårdhygien	15
4.1.7 Egenvård	15
4.1.8 Vårdhygien	15
4.1.9 Nutrition	15
4.1.10 Fall och fallprevention	15
4.1.11 Psykisk hälsa	15
4.1.12 Munhälsa	15
4.1.13 Medicintekniska produkter HS ansvar	15
4.1.14 Rehabilitering	15
4.1.15 Egenkontroll - Hälsosjukvårdsdokumentation	15
4.1.16 Sårvård och trycksår	16
4.1.17 Egenkontroll Kognitiv sjukdom	16
4.1.18 Vård i livets slut	16
4.1.19 Patientsäkerhetsarbete	16
4.1.20 Egen kontroll - Loggkontroll	16
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer	17
4.4 Säker vård här och nu	18
4.4.1 Riskhantering	19

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling.....	20
4.5.1 Avvikelse.....	22
4.5.2 Klagomål och synpunkter.....	24
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	24
<b>5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>26</b>

## 1 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”

## 2 Sammanfattning

### Sammanfattning och analys

Under verksamhetsåret 2025 har Åsengårdens patientsäkerhetsarbete präglats av systematik, kompetenshöjning och en tydlig förflyttning mot ett än mer personcentrerat arbetssätt. En central milstolpe har varit recertifieringen av Silviahemmet, vilket utgör fundamentet för vår demensvård och vår förmåga att möta boende med komplexa behov på ett säkert och värdigt sätt.

**Systematik som trygghet** Genom att integrera egenkontroller och riskanalyser i det dagliga arbetet via ledningssystemet Parus har vi skapat en hög efterlevnad av lagstadgade krav. Den externa avtalsuppföljningen från Stockholm stad, som genomfördes utan anmärkningar, bekräftar att våra rutiner för läkemedelshantering, dokumentation och medicinsk säkerhet håller en mycket solid nivå.

**Lärande av avvikelser** Vårt proaktiva arbete med avvikelshantering har under året lett till en ökad transparens. Genom att utreda händelser skyndsamt och analysera dem i vårt månatliga kvalitetsråd har vi kunnat omsätta enskilda incidenter till kollektiv kunskap. Ett konkret exempel på detta är införandet av ”bäddkort”, som minimerat risken för missade säkerhetsåtgärder vid sänggående. De två Lex Sarah-rapporter som upprättats har lett till fördjupade analyser av miljöfaktorer och ett stärkt fokus på lågaffektivt bemötande.

**Fokusområden och medicinsk kvalitet** Modellen med fokusmånader, där legitimerad personal utbildar omsorgspersonalen, har visat sig vara framgångsrik för att höja den kliniska kompetensen i vardagen. Detta syns särskilt i vårt arbete med fallprevention och nutrition, där vi bibehåller en hög säkerhet trots de boendes progressiva sjukdomsbilder. Inom den palliativa vården har vi stärkt kvaliteten genom 100-procentig registrering i Svenska Palliativregistret och systematiska eftervalsanalyser i teamet.

**Framåtblick** Inför 2026 ligger fokus på att ytterligare digitalisera våra säkerhetsrutiner genom digital signering av HSL-insatser, samt att genomföra en bred utbildningssatsning inom lågaffektivt bemötande (LAB). Målet är att fortsätta minska incidenter och skapa en miljö där de boendes självbestämmande och fysiska trygghet alltid går hand i hand.

#### 1. Övergripande kvalitet och myndighetstillsyn

Verksamheten har under året genomgått inspektioner från Stockholm stad (verksamhets- och avtalsuppföljning) utan betydande anmärkningar. Myndighetens bedömning är att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och avtalskrav, vilket resulterat i förlängt förtroende att driva verksamheten till 2028.

#### 2. Kompetens och utbildningsinsatser

För att säkerställa en hög medicinsk kompetens och trygg vård har följande genomförts:

**Certifiering:** Recertifiering av Silviahemmet (specialiserad demensvård).

**Medicinsk utbildning:** Fokusmånader ledda av HSL-personal inom områdena trycksår, nutrition, fallprevention, palliativ vård och smittskydd.

**Livsuppehållande åtgärder:** Samtlig ordinarie personal har genomfört teoretisk och praktisk HLR-utbildning.

**Specialistroller:** Utbildning av BPSD-administratörer och palliativa ombud via Palliativt kunskapscentrum (PKC).

**Digitalisering:** Påbörjat införande av digital signering av HSL-delegeringar för att

minimera signeringsmissar.

### 3. Systematiskt kvalitetsarbete (Egenkontroller)

Genom ledningssystemet Parus har systematiska egenkontroller utförts enligt årshjul:

**Läkemedel & Delegering:** Kontroll av läkemedelshantering och aktualitet i delegeringar.

**Vårdhygien:** Dubbla årliga kontroller av basala hygienrutiner (PPM-mätningar) samt särskild fokusmånad inför influensasäsong.

**Medicintekniska produkter (MTP):** En omfattande revidering av inventarieförteckningen har genomförts för att säkerställa spårbarhet och funktionskontroll.

**Dokumentation:** Regelbunden granskning av HSL-journaler och social dokumentation för att säkra informationsöverföring.

### 4. Avvikelsehantering och Lex Sarah

Verksamheten tillämpar en strikt process för avvikelsehantering som verktyg för lärande:

**Granskning:** VC granskar samtliga avvikelser inom 24 timmar; HSL-personal involveras vid medicinska händelser.

**Analys:** Månatliga genomgångar i kvalitetsråd för att identifiera trender och bakomliggande orsaker.

**Rapporterade händelser:** Under året har två (2) Lex Sarah-rapporter upprättats, båda rörande incidenter av hot och våld mellan boende.

**Åtgärder:** Utredningarna har lett till reviderade placeringsscheman i gemensamma utrymmen och fördjupad utbildning i lågaffektivt bemötande (LAB).

### 5. Fallprevention och Riskanalyser

**Individnivå:** Individuella lyftinstruktioner har säkerställts för alla boende som kräver förflyttningshjälpmedel. Riskanalyser upprättas vid införande av nya tekniska hjälpmedel.

**BPSD:** Systematiskt arbete med BPSD-registret används proaktivt för att identifiera "triggers" och upprätta handlingsplaner för att förebygga oro och utåtagerande beteende.

**Miljö:** Beredskapsplaner för värmebölja har implementerats för att säkra nutrition och vätsketillförsel för sköra boende.

### 6. Palliativ vård och vård i livets slutskede

Ett strukturerat arbetssätt för att säkra god vård i livets slut:

**Eftervårdssamtal:** Varje dödsfall följs upp med en reflektion i teamet (eftervälsanalys).

**Kvalitetsregister:** 100 % konsekvent registrering i Svenska Palliativregistret för att mäta och säkra vårdkvaliteten mot nationella mål.

### 7. Planerade förbättringsarbeten 2026

**Lågaffektivt bemötande (LAB):** 100 % av personalen ska utbildas i metoden för att minska incidenter och etisk stress.

**Självbestämmande:** Systematisk genomgång av levnadsberättelser vid omvårdnadsmöten för att öka graden av personcentrerad vård.

**Digital säkerhet:** Slutföra införandet av digitala signeringslistor för HSL-insatse

### 3 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.

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Organisationen innehåller nedanstående funktioner:

Regionchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Verksamhetschef

Gruppledare

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska; 2 st

Arbetssterapeut

Fysioterapeut

#### Schema

Arbetssterapeut och Fysioterapeut har lagt sitt schema så att alltid någon av dem är på plats vardagar. SSK är på plats vardagar och någon av sköterskorna är alltid på plats mellan 07:30- 16:15. Någon slutar alltid 16:15 för att kunna lämna över rapport till jourorganisationen Klara T.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, en ssk, fysioterapeut samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder

- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Verksamhetschef leder kvalitetsrådet och säkerställer att den agenda följs som innehåller ovanstående delar. Viktig information som rör patientsäkerheten tar verksamhetschef även vidare till APT för vidare lärande för samtlig personal. Vid allvarligare HSL-avvikelser blir även verksamhetschef involverad.

Verksamhetschef sitter i samverkansmöten på regelbunden basis med journalsjuksköterskeföretaget Klara T som vi samarbetar med. Verksamhetschef har även regelbundna samverkansmöten med vår läkarorganisation Familjeläkarna.

Sjuksköterskor har arbetsledande funktion när det kommer till att leda omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har ledande funktioner när det kommer till att utreda de HSL-avvikelser som inrapporteras.

Ledningsgruppen består av följande professioner på Åsengården; arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, gruppleddare och verksamhetschef. Ledningsgruppen har ledningsmöte en gång per månad där systematiska förbättringsfrågor tas upp samt samarbetet och planeringen framåt med omsorgspersonalen.

På daglig basis säkerställs att informationsöverföring kring de boende och patientsäkerheten uppnås genom att hela HSL-gruppen (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska) går runt för en liten avstämning på samtliga avdelningar.

### *3.1.1 Övergripande mål och strategier*

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

Teamarbete är viktigt på Åsengården och riskbedömningar görs i team där alla yrkesroller finns representerade i syfte att säkerställa bästa möjliga kvalitet för boende och verksamheten. Utöver detta arbete säkerställs en god och säker vård genom en stabil och kontinuerlig kontakt mellan SOL-personal och HSL-personal. Varje morgon går samtlig HSL-personal runt på en avstämning och rapport med SOL-personal på samtliga avdelningar. Varje vecka sker även ett omvårdnadsmöte per plan där HSL- och SOL-personal går igenom samtliga boenden i syfte att snabbt identifiera avvikelser eller förändringar i de boendes mående. Genom att ha täta avstämningar kring de boendes hälsotillstånd identifieras eventuella tidiga tecken på början till vårdskador och kan förhindras att utvecklas till allvarligare skador. Patientsäkerheten är även ett genomgående tema på de måntaliga APT-mötena och kvalitetsråden då HSL-avvikelser



gås igenom och en diskussion förs kring vilka lärdomar vi tar med oss framåt.

Genom våra omvårdnads- och teammöten utbildas omvårdnadspersonal av HSL-personal i i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet. Detta är ett ständigt pågående arbete. Vi har även fokusmånader där omsorgspersonal utbildas av HSL-personal under teman såsom delegering, trycksår, fallprevention och palliation.

Verksamhetschef har det yttersta ansvaret att se till att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheten, detta görs genom att följa Humanas årshjul där samtliga egenkontroller finns fördelade över året.

Riktlinjer inom hälso- och sjukvård uppdateras och förtydligas efter behov; här samarbetar HSL-personal och verksamhetschef.

På varje APT har vi som en stående punkt systematiskt förbättringsarbete. Här går VC igenom rutiner som behöver påminnas om eller nyttillkomna sådana. Här lyfts även punkter inom ämnet som behöver informeras om, såsom exempelvis larmhantering, riskanalyser, dokumentation och den dagliga planeringen. Det kan även röra sig om att vi under denna punkt arbetar mer ingående med ett tema, exempelvis arbetade vi i november med vad som gäller vid Skydds- och begränsningsåtgärder. Detta med anledning av inrapporterad avvikelse i ämnet.

Läkemedelshanteringen granskas en gång per år då en kvalitetsgranskning görs av Apoteket. Denna gjordes i oktober 2024. I samband med detta uppdaterades och reviderades vår lokala rutin kring läkemedelshanteringen.

### *3.1.2 Organisation och ansvar*

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Familjeläkarna och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker en gång per vecka på onsdag förmiddag. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nå måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Familjeläkarnas bakjour.

En situation kan uppstå när en boende behöver skickas in akut eller för planerad inläggning till sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal med anhörigkontakt och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista.

Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad avdelningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD-administratörer.

Sjuksköterska är på plats 07:30-16:15, övrig tid finns jourorganisationen Klara T tillgängliga. Samarbetet flyter på väl och samverkansmöten hålls fortlöpande.

Multiprofessionella omvårdnadsmöten sker en gång per vecka på varje avdelning där samtliga boendes status följs upp. Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad där Senior alert och BPSD följs upp. Det multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. En ssk och flera undersköterskor per plan är utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Gabriellas Fotvård.

### **3.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Familjeläkarna och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker en gång per vecka på onsdag förmiddag. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nå måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Familjeläkarnas bakjour.

En situation kan uppstå när en boende behöver skickas in akut eller för planerad inläggning till sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal med anhörigkontakt och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista.

Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad avdelningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD-administratörer.

Sjuksköterska är på plats 07:30-16:15, övrig tid finns jourorganisationen Klara T tillgängliga. Samarbetet flyter på väl och samverkansmöten hålls fortlöpande.

Multiprofessionella omvårdnadsmöten sker en gång per vecka på varje avdelning där samtliga boendes status följs upp. Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad där Senior alert och BPSD följs upp. Det multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. En ssk och flera undersköterskor per plan är utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Gabriellas Fotvård.

### **3.1.2.2 Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen kommer att införas. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

## **3.2 En god säkerhetskultur**

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



Humana ledningssystem PARUS finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa. Samtlig personal rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelse i Humanas avvikelssystem. Aktuell avvikelse ID-journalförs i journalsystemet Voodoo. Är ärendet av allvarlig karaktär utifrån riskmatris kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i Humanas kvalitetsledningssystem PARUS.

Handlingsplaner upprättas när risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd hålls en gång i månaden med representant från varje avdelning, en ssk, arbetsterapeut/fysioterapeut och verksamhetschef. På mötet tas föregående månads avvikelser upp och diskuteras för framtida lärande.

Under 2025 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador.

Multiprofessionella möten hålls en gång i månaden avdelningsvis där alla professioner möts och gör riskbedömningar och registreringar i aktuella register. I samband med det uppdateras vårdplaner och genomförandeplaner går igenom för eventuell revidering.

De nationella register vi på Åsengården registrerar i är:

- Senior alert
- BSPD
- Svenska Palliativregistret

På teammöten riskbedöms den boende i Senior alert. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BSPD-registret registreras samtliga boende efter samtycke av BSPD-administratörer i syfte att tillgodose en god personcentrerad demensvård.

### **3.3 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.



På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut, och arbetsterapeut i team.

På Åsengården har vi en god bemanning dygnet runt av omvårdnadspersonal.

Överrapporteringstid finns inplanerad i schemat och schemat ser likadant ut på alla avledningar. Det finns tid för möten och överrapportering mellan varje pass.

2 st sjuksköterskor finns på plats måndag- fredag 07:30- 16:15 0,75 st arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag 0,75 st sjukgymnast finns på plats måndag- fredag.

På Åsengården är samtliga fast anställda i omvårdnadspersonalen undersköterskor förutom två stycken vårdbiträden.

Ett av årets stora framsteg är den förnyade **recertifieringen av Silviahemmet**, vilket bekräftar verksamhetens höga standard inom demensvård. Kompetensen har fördjupats ytterligare genom att:

Sjuksköterskor har fullföljt **Silviautbildning steg 2**.

Arbetsterapeut har genomgått **Silviahemmets steg 1-utbildning**.

En sjuksköterska har genomfört specialutbildning kring **Lewy body-demens**.

En undersköterska har utbildats till **BPSD-administratör**, vilket stärker arbetet med att bemöta beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

### **Medicinsk kompetens och klinisk färdighet**

För att säkerställa hög medicinsk kvalitet och patientsäkerhet har följande genomförts:

**Sårvård:** Sjuksköterskorna har deltagit i en tvådagars nationell sårkonferens i Malmö och kommer att sprida kunskapen vidare till övriga kollegor under maj månad.

**Vårdhygien:** Utbildning i smittförebyggande arbete via Vårdhygien Stockholm.

**HLR:** Samtlig ordinarie personal har genomgått både teoretisk och praktisk HLR-utbildning.

**Kost:** Utbildning på plats har genomförts av dietist för att optimera nutritionen för de boende.

### **Praktiska moment och empatihöjande insatser**

Verksamheten har satsat på att öka förståelsen för de äldres vardag och förbättra det fysiska arbetet:

**Äldredräkten:** Genom besök på KTC i Högdalen har personalen (usk, ssk, rehab) fått testa en simuleringsdräkt för att skapa en djupare empatisk förståelse för åldrandets fysiska begränsningar.

**Förflyttningsteknik:** Rehab har slutfört en serie utbildningar i förflyttningsteknik för all ordinarie personal samt de timanställda som arbetar mer frekvent.

**Hjälpmedel:** Rehab har hållit sig uppdaterade kring den senaste tekniken via besök på hjälpmedelsmässan.

### **Ledarskap och arbetsmiljö**

Strategiska insatser har gjorts för att stärka organisationen och den psykosociala hälsan:

**Ledarskap:** Verksamhetschefen (VC) har avslutat utbildning i MI (Motiverande samtal) för ledare samt genomgått arbetsmiljöutbildning.

**Psykosocial arbetsmiljö:** Ett aktivt samarbete med HR har inletts i form av en arbetsgrupp för att förbättra och säkra en god arbetsmiljö.

Samtlig personal har genomgått digitala utbildningar i Humanas lärportal; Rapporteringsskyldigheten vid Lex Sarah och Skydds- och begränsningsåtgärder. Vi har

under året haft fortlöpande lärande och reflektion genom våra Silviareflektoner som hålls av en utbildad reflektionsledare en gång per månad. Vi har även handledning för all personal, vilken bedrivs av en extern utbildad handledare.

### **3.4 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.



Anhöriga informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om kontakt önskas dygnet runt. Detta dokumenteras i den boendes journal.

På Åsengården uppmuntras närstående till delaktighet i den boendes vård. Närstående och boende uppmuntras att skriva en levnadsberättelse. Vi arbetar med personcentrerad vård vilket innebär att vi har den enskilda individen i fokus och att vården utgår från den boendes egna berättelse, förutsättningar och resurser och där hänsyn tas till den boendes hinder. Det innebär även att vården genomsyras av värdighet, ömsesidighet och vilja. Detta innebär att vi både har den boende och den närstående i fokus.

Vid inflyttning upprättas en genomförandeplan inom två veckors tid. Inom en månad erbjuds vårdplanering där kontaktperson, närstående, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar.

Kontaktpersonen ansvarar för kontakten med närstående och kommer tillsammans med dem överens om hur den ska se ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att fortlöpande informera om den boendes hälsostatus.

Närstående och boende bjuds in att vara delaktiga i planeringen av aktiviteter och kost. Under 2025 har Åsengården fortsatt det redan påbörjade arbetet med Instagram där vi visar upp vardagen hos oss, delar matsedlar och kommande och genomförda aktiviteter. Anhörigråd och närståendemöten har hållits under året och närståendebrev skickas ut på regelbunden basis.

## 4 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.



### 4.1 Egenkontroll

Egenkontrollerna utförs enligt beskrivning nedan enligt årshjulet i vårt kvalitetssystem Parus. Egenkontrollerna utförs av Verksamhetschef i samråd med HSL-personal. Egenkontrollerna och de eventuella åtgärder som följer tas sedan upp på kvalitetsråd och APT.

#### 4.1.1 Egenkontroll - Personcentrerad social dokumentation

##### Kommentar

Utförd med en anmärkning. Åtgärd; ska tas upp frekvent på APT kring dokumentationsskyldigheten.

#### 4.1.2 Egen kontroll - Samverkan och informationsöverföring

##### Kommentar

Utförd utan anmärkning.

#### 4.1.3 Egen kontroll - Läkemedelshantering

##### Kommentar

Utförd utan anmärkning.

#### 4.1.4 Egen Kontroll - Delegering

##### Kommentar

Utförd utan anmärkning.

#### 4.1.5 Egen kontroll - Inkontinens

##### Kommentar

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.6 Egen kontroll - Vårdhygien*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.7 Egenvård*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.8 Vårdhygien*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.9 Nutrition*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.10 Fall och fallprevention*

#### *4.1.11 Psykisk hälsa*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.12 Munhälsa*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.13 Medicintekniska produkter HS ansvar*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.14 Rehabilitering*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.15 Egenkontroll - Hälsosjukvårdsdokumentation*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.16 Sårvård och trycksår*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.17 Egenkontroll Kognitiv sjukdom*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.18 Vård i livets slut*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.19 Patientsäkerhetsarbete*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

#### *4.1.20 Egen kontroll - Loggkontroll*

##### **Kommentar**

Utförd utan anmärkning.

### **4.2 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.



Här kommer en komplett sammanställning där vi väver ihop statistiken, analysen och de organisatoriska åtgärderna till ett färdigt kapitel för din patientsäkerhetsberättelse.

#### Analys och utvärdering av patientsäkerhetsåret 2025

##### **Sammanfattande bedömning**

Under verksamhetsåret 2025 har inga allvarliga vårdskador inträffat på Åsengården. Verksamhetens samlade bedömning är att de boende har erhållit en mycket säker vård och omsorg. Genom ett stärkt systematiskt arbete har vi lyckats reducera antalet händelser inom de mest kritiska områdena samtidigt som vi har fördjupat vår analys av risker.



## Avvikelser och trender: Jämförelse 2024–2025

Under 2025 ser vi en tydlig trendförbättring där antalet avvikelser inom de största kategorierna har minskat jämfört med föregående år:

**Fallolyckor:** Har minskat från 131 händelser under 2024 till 57 händelser under 2025. Detta visar att våra preventiva insatser och det multiprofessionella teamarbetet har gett resultat.

**Läkemedelshantering:** Redovisade en minskning från 81 till 56 händelser. Särskilt positiva resultat syns gällande administrativa rutiner och signering, vilket var ett fokusområde från föregående år.

**Vård och behandling:** Avvikelserna i denna kategori har mer än halverats, från 15 till 7 händelser.

**Medicinteknik och hjälpmedel:** Här ses en ökning från 7 till 12 händelser. Detta härleds till en proaktiv revidering av MTP-förteckningen och en stärkt rapporteringskultur där tekniska brister identifieras tidigt.

**Informationsöverföring:** Har minskat från 6 till **3 rapporter**.

**Lex Sarah:** 2 st i jämförelse med 2024 då vi hade en rapport. Aktivt arbete att fortätta dialogen kring vikten av att vi skriver Lex Sarah-rapporter.

### Metoder för att förebygga vårdskador

Åsengårdens säkerhetsarbete vilar på en struktur av regelbunden uppföljning och kollektivt lärande:

**Systematisk uppföljning:** Alla avvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem och analyseras månatligen vid kvalitetsråd och arbetsplatsträffar (APT). För att säkerställa att lärandet når hela vägen till omvårdnadsarbetet tas enhetsspecifika händelser upp vid lokala omvårdnadsmöten som ligger på veckobasis, på detta sätt kan vi på ett mycket tidigt stadie uppmärksamma avvikelser och snabbt nå ut med information kring åtgärder.

**Ledningssystem och egenkontroll:** Verksamheten följs upp regelbundet av ledningen genom egenkontroller och årshjulet i PARUS. Detta säkerställer att vi följer gällande lagkrav och interna rutiner.

**Riskbedömning i team:** Riskbedömningar och handlingsplaner upprättas i teamet kring den boende. Genom att integrera olika yrkeskategoriers kompetens skapas en robust skyddsnivå.

**Samverkan och delaktighet:** Riskidentifiering sker i nära samverkan med externa vårdgivare samt genom dialog med de boende och deras närstående. Synpunkter från dessa parter utgör en viktig del av underlaget för våra kvalitetsförbättringar.

Det gångna året har präglats av en god säkerhetskultur. Genom att systematiskt använda avvikelser som ett verktyg för lärande har vi skapat en tryggare miljö för våra boende. Fokus för kommande år blir att bibehålla den låga nivån av fallolyckor samt att fortsätta utveckla arbetet kring trycksårsprevention.

## 4.3 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 följer systematiskt upp och utvärderar kvaliteten inom verksamheten med egenkontroller. Syftet med egenkontroller är att de ger en granskning av verksamheten; om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

På Åsengården rapporterar alla medarbetare i Humanas avvikelssystem Gurufield. HSL-personal registrerar och är även utredare av fall- och läkemedelsavvikelser. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande för om det ska ske en anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Dessa analyseras fortlöpande av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras och rapporteras.

Läkemedelsgenomgångar sker minst en gång per år per boende. Då går omvårdnadsansvarig sjuksköterska ihop med PAL igenom den enskilde boendes blodprovsvär, vitalparametrar och aktuell medicinlista. Inför detta har sjuksköterska ihop med kontaktperson gått igenom skattningsskalan Phase Proxy utifrån den boendes mående. Den skalan belyser läkemedelsrelaterade besvär hos personer med demenssjukdom. Den utgör därefter även en del av läkemedelsgenomgången.

All nyanställd personal måste genomgå utbildning i Basala hygienrutiner innan påbörjat första arbetspasset.

#### **4.4 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.



Nyinflyttad boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör även ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunens journalsystem Vodok och i kvalitetsregistret Senior alert.; Fall- Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och stämma av den aktuella medicinlistan och ta ställning till om några läkemedel behöver sättas ut eller dosändras. Kontroller av vitala parametrar görs också. Provtagningar ordinerar och följs upp. Vikt tas minst var tredje månad eller oftare om behov föreligger.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta med anledning av att personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare. Covid-vaccin erbjuds boende enligt rekommendation från Folkhälsomyndigheten och enligt ordination från patientansvarig läkare.

Kunskapsnivån hos personalen kring avvikelserapportering är mycket stor. Personal i ledande funktioner; HSL och Verksamhetschef, påtalar ständigt vikten av att avvikelser skrivs när något avvikande sker. Vikten av att rapportera avvikelser är ett frekvent tema på APT. VC påtalar på regelbunden basis att det är en obligatorisk arbetsuppgift att rapportera avvikelser.

I introduktionen ingår det för samtlig personal en genomgång av avvikelssystemet och vikten av att avvikelser rapporteras in. Samtlig personal har även genomgått digital utbildning i Lex Sarah-rapportering.

#### *4.4.1 Riskhantering*

##### **Riskhantering och förebyggande av vårdskador**

Vårt arbete med att identifiera, analysera och åtgärda risker för vårdskador vilar på en struktur av täta avstämningar, korta beslutsvägar och ett tvärprofessionellt samarbete. Genom att integrera riskhanteringen i det dagliga arbetet skapar vi en levande säkerhetskultur.

##### **Systematisk riskidentifiering**

Identifiering av risker sker på flera nivåer för att säkerställa att inga avvikelser faller mellan stolarna:

**Dagliga avstämningar:** Varje avdelning genomför dagliga möten i det multiprofessionella teamet. Här fångas dagsaktuella risker upp direkt, vilket möjliggör omedelbara anpassningar i vården.

**Veckovisa omvårdnadsmöten:** En mer fördjupad genomgång sker varje vecka där vi specifikt fokuserar på att identifiera och fånga upp risker för vårdskador på grupp- och individnivå.

**Fokusmånader:** Genom tematiskt arbete (t.ex. fallprevention, trycksår, nutrition) lyfts specifika riskområden fram. Detta skapar en djupare förståelse och ett proaktivt förhållningssätt hos all personal.

##### **Handläggning av avvikelser och korta beslutsvägar**

När en avvikelse väl inträffat eller en risk rapporterats, tillämpar vi en snabb handläggningskedja:

**Skyndsam hantering:** Avvikelser hanteras ofta inom ett par dagar av HSL-personal eller verksamhetschef.

**Prioritering:** Åtgärdstakten styrs av allvarlighetsgraden, men det täta samarbetet mellan ledning och HSL-personal garanterar att kritiska åtgärder kan sättas in omgående.

**Korta beslutsvägar:** Den fysiska och organisatoriska närheten mellan professionerna gör att beslut om resursfördelning eller rutinändringar inte fördröjs.

### **Analys och lärande: Från avvikelse till APT**

För att säkerställa att vi lär oss av händelser och inte bara "släcker bränder", har vi en fastställd struktur för analys:

**Kvalitetsrådet:** Varje månad möts HSL-personal, verksamhetschef och representanter från undersköterskegruppen. Här analyseras månadens avvikelser och aktuella riskbedömningar.

**Kunskapsspridning:** Protokoll sprids till samtlig personal för transparens. Genom att lyfta utvalda delar till arbetsplatsträffar (APT) säkerställer vi att lärdomarna når hela personalgruppen och leder till förändrat beteende i praktiken.

### **Samlad analys och viktiga lärdomar**

En analys av vår metodik visar att styrkan ligger i **reaktionstiden** och **delaktigheten**. Genom att involvera undersköterskor i kvalitetsrådet överbryggas glappet mellan ledningens visioner och det praktiska arbetet vid sängen.

#### **Viktiga lärdomar:**

**Snabb feedback ökar rapporteringsviljan:** När personalen ser att en avvikelse leder till åtgärd inom några dagar, ökar motivationen att fortsätta rapportera risker.

**Multiprofessionell samverkan är avgörande:** Risker som upptäcks av en yrkeskategori (t.ex. usk) åtgärdas bäst när en annan (t.ex. fysioterapeut eller ssk) involveras direkt vid de dagliga avstämningarna.

**Förebyggande fokus lönar sig:** Genom att kombinera reaktiv hantering (avvikelser) med proaktivt arbete (fokusmånader och riskbedömningar), skapar vi en helhetsbild som minskar antalet faktiska vårdskador över tid.

## **4.5 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.



Vi gör ny riskbedömning på samtliga boende i Senior alert var sjätte månad och uppföljning av dessa sker var tredje månad. Detta ligger till grund för ställningstagandet till eventuella åtgärder som bör sättas in som exempelvis näringsdryck vid undernäring eller halksockor vid konstaterad fallrisk.

Registreringen i Senior alert på Åsengården för 2025 såg ut som nedan:

Uppåt	Unika personer	Risikobedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Älgendepian vid risk	Ulförda älgänder vid risk	Trycksår	BMI-Q2	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per risknivå
Humana Åsengården	34	100% 80 av 80	92% 55 av 60	97% 55 av 57	90% 44 av 49	2 personer	9 personer	0 personer	15 personer	
Trycksår		33% 22 av 66	100% 30 av 30	100% 30 av 30	87% 13 av 15					
Undernäring		60% 35 av 58	97% 35 av 36	97% 35 av 36	89% 24 av 27					
Fall		92% 55 av 60	100% 55 av 55	98% 54 av 55	93% 42 av 45					
Munhälsa		44% 25 av 56	85% 32 av 38	96% 28 av 29	85% 17 av 20					
Plan 1	44	100% 44 av 44	85% 37 av 44	100% 44 av 44	80% 35 av 44	1 personer	1 personer	0 personer	6 personer	

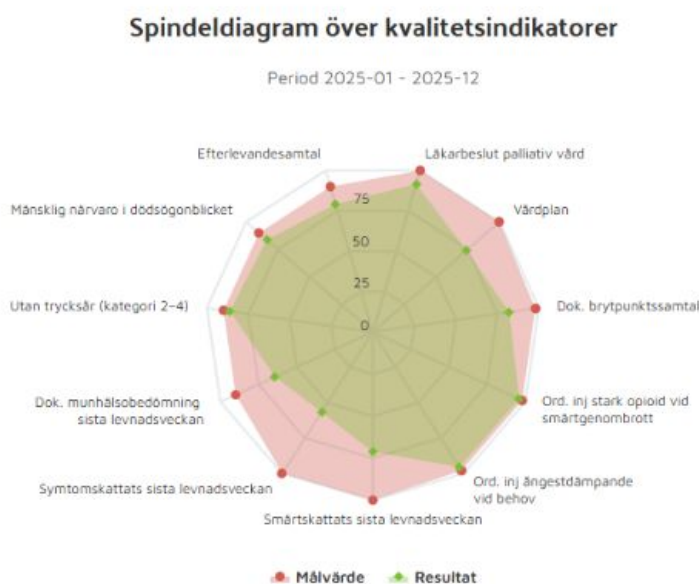
Vi har under året ej haft någon Lex Maria-händelse.

Egenkontroller görs utifrån årshjulet i PARUS i syfte att öka patientsäkerheten.

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. På Åsengården arbetar vi systematiskt med identifierade områden som är relevanta för oss. Resultat från nationella register ligger till grund för våra analyser och förbättringsarbeten.

Som ett led i det palliativa arbetet arbetar vi i det Svenska palliativregistret. Samtliga dödsfall som sker på boendet registrerar här och ligger till grund för att utveckla vårt palliativa arbete framåt. Efter registreringen i registret tar vi upp ärendet på kvalitetsrådet och stämmer av hur nöjda vi är i teamet kring hela skeendet; var personen i fråga smärt -och ångestfri? Hade personen mänsklig närvaro i dödsögonblicket och hade personen ej utvecklat något trycksår? Vi stämmer av alla de punkter som behöver registreras i spindeldiagrammet. Om någon punkt bedöms behöva lyftas vidare i syfte att ta som lärande för hela personalgruppen tas detta på efterföljande APT.

Diagram från Svenska palliativregistret över hur vårt palliativa arbete har bedrivits under 2025:



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret.



Vi hade läkemedelsgranskning från Apoteket under hösten; med ett resultat utan större anmärkningar. Vi har dock förbättrat signeringslistorna så att det tydligare framgår vilka läkemedel som är synonympreparat. En lathund har även satts upp inne i de boendes

medicinskåp med tydliga steg för vad som gäller vid läkemedelsadministration.

#### 4.5.1 Avvikelser

##### Avvikelser

Avvikelser under året som rör **Hälso- och sjukvård (HSL)** är den största kategorin:

**Läkemedelshantering:** 56 rapporter.

**Fall:** 57 rapporter.

**Övriga HSL-avvikelser:** 10 rapporter.

**Utförande av vård och behandling:** 7 rapporter.

**Trycksår:** 6 rapporter.

**Medicinteknik och hjälpmedel:** 12 rapporter (inkluderar revideringen av MTP-förteckningen som nämndes tidigare).

**Informationsöverföring:** 3 rapporter.

##### **Arbetsmiljö och Personal**

**Tillbud/Risk (Arbetsmiljö):** 11 rapporter.

**Arbetsskada:** 7 rapporter.

**Lex Sarah:** 2 rapporter (båda relaterade till hot och våld mellan boende).

##### Drift, Miljö och Kost

**Miljöavvikelser:** 3 rapporter.

**Livsmedelsavvikelser:** 2 rapporter.

**Klagomål:** 1 st rapporter (viktiga för närståendedialogen).

Nedan följer en kategorisering och sammanställning av de **Korrigerande åtgärder** som vidtagits under året på Åsengården kopplade till de avvikelser som inkommit.

Åtgärderna speglar en verksamhet som arbetar aktivt med lärande och säkerhet på flera nivåer: individ, personal och teknik.

#### **1. Patientsäkerhet och HSL-insatser**

Detta är den största kategorin där åtgärderna fokuserar på att förhindra skador och optimera vården för de boende.

**Fallprevention:** En omfattande mängd åtgärder har satts in efter fallincidenter. Det rör allt från fysiska hjälpmedel (rörelselarm, höftskyddsbyxor, antihalksockor, fallskyddsmattor) till uppföljning av gångförmåga och miljööversyn på rummen.

**Läkemedelshantering:** Åtgärderna inkluderar tydligare uppmärkning av kuvert i kassaskåp, samtal med medarbetare om rutiner vid utdelning, samt medicinjusteringar som resulterat i minskade BPSD-symtom. Vikten av att i arbetsgruppen göra en dagplanering och därefter följa den har även varit ett återkommande tema på arbetsplatsträffar.

**Hantering av Narkotika:** Efter avvikelser under en begränsad period infördes strikta kontrollrutiner med dubbelsignering, daglig kontrollräkning av ssk under vissa perioder samt polisanmälan i samråd med MAR.

**Medicintekniska produkter:** Översyn av sängar och vändhandtag samt anmälningar till tillverkare (t.ex. gällande kuddar som orsakat risk).

## 2. Arbetsmiljö och Säkerhet (Personal & Lokaler)

Åtgärder vidtagna för att främja personalens arbetsmiljö och skydda dem;

**Arbetsmiljö i vardagen:** Inköp av ergonomisk utrustning (ny sopvagn), åtgärdsplaner för trasiga hissar samt påminnelser till personalen om att ta det försiktigt vid halka på väg till jobbet.

**Hantering av utåtagerande:** Vid händelser med hot och våld har extra personal satts in temporärt och individuella riskanalyser med tillhörande handlingsplaner och bemötandeplaner har upprättats i teamet.

## 3. Utbildning och Ledarskap

Här kategoriseras åtgärder som rör kompetensöverföring och ledningens styrning.

**Samtal och coaching:** VC har genomfört ett flertal individuella samtal med medarbetare kring vikten av att följa ordinationer (t.ex. sänggrindar) och rutiner.

**Information på APT/Kvalitetsråd:** Viktiga lärdomar, som t.ex. hantering av ögondroppsfaskor eller vikten av vändscheman, har lyfts i grupp för att sprida kunskap till hela personalstyrkan.

**Delegering:** Vid allvarliga fel har delegeringar dragits in under en testperiod för att säkerställa framtida patientsäkerhet.

## 4. Tekniska system och Larm

Åtgärder kopplade till boendets infrastruktur.

**Larmsystemet:** En kritisk genomgång av larmsystemet genomfördes efter att larmen slutat fungera. Detta innebar kontakt med externa leverantörer (Tunstall) och Stockholms stad, vilket ledde till att felaktiga telefoninställningar hittades och korrigerades.

**Fastighet:** Utbyte av batterier i trapphuslarm och kontroll av plombering på branddörrar.

### Analys av åtgärdernas effektivitet:

Det är noterbart att i många fall har åtgärderna haft **god effekt**, särskilt läkemedelsjusteringar som lett till minskad oro hos boende. Att VC och teamet använder **Bäddkorten** som en central punkt för påminnelser visar att detta hjälpmedel är integrerat i det systematiska arbetet.

### Lex Sarah

Under det gångna året har vi lagt stort fokus på att stärka kunskapen och rutinerna kring Lex Sarah. Syftet har varit att säkerställa att missförhållanden, eller påtagliga risker för missförhållanden, alltid identifieras, rapporteras och åtgärdas. Verksamhetschefen har systematiskt lyft Lex Sarah på arbetsplatsträffar (APT) för att skapa en trygghet i rapporteringskulturen.

### Jämförelse av Avvikelser 2024 vc 2025:

Analys och jämförelse av avvikelser 2024–2025

Vid en sammanställning av patientsäkerhetsåret 2025 ser vi en positiv utveckling där antalet avvikelser inom de mest kritiska områdena har minskat avsevärt jämfört med 2024. Den mest framträdande förbättringen återfinns inom fallolyckor, som har minskat från 131 händelser under 2024 till 57 händelser under 2025. Tolkar det som att det systematiska arbetet med multiprofessionella team, Senior Alert och de veckovisa kvalitetsråden har gett önskad effekt.

Även inom läkemedelshantering syns en tydlig trendförbättring. Under 2024 rapporterades 81 händelser, där majoriteten rörde missad signering. Under 2025 har detta sjunkit till 56 rapporter. Denna förbättring tyder på att de korrigerande åtgärderna och det ökade fokuset på administrativa rutiner vid administration av läkemedel har stärkt säkerheten för de boende.

När det gäller utförande av vård och behandling har antalet avvikelser mer än halverats, från 15 händelser 2024 till 7 händelser 2025. Likaså har avvikelser rörande informationsöverföring och samverkan minskat från 6 till 3 rapporter. En kategori som däremot uppvisar en ökning är medicinteknik och hjälpmedel, som gått från 7 till 12 rapporter. Denna ökning är dock ett resultat av en medveten revidering av MTP-förteckningen och ses som en positiv utveckling av rapporteringskulturen, där personalen blivit bättre på att identifiera tekniska brister innan de leder till skada. Slutligen har 2 Lex Sarah-rapporter upprättats under året, båda relaterade till hot och våld mellan boende, vilket understryker vikten av en öppen och transparent rapporteringskultur även inom socialtjänstens område.

#### 4.5.2 Klagomål och synpunkter

##### Klagomål

Under året inkom ett klagomål från en närstående gällande misstänkta brister i hygienrutiner i samband med en såromläggning.

Vidtagna åtgärder relaterat till detta klagomål blev:

**Individuell uppföljning:** Verksamhetschefen har genomfört samtal med berörd personal för att utreda händelseförloppet och påminna om gällande rutiner för basal hygien och specifika sårvårdsinstruktioner.

**Kunskapsspridning i grupp:** Ärendet har lyfts anonymiserat på arbetsplatsträff (APT). Syftet var att genom kollektiv reflektion påminna hela personalgruppen om vikten av att aldrig tumma på hygienmomenten, även i stressade situationer.

Att få in fler klagomål och synpunkter i Gurufield är ett kartlagt förbättringsområde sedan tidigare. Åtgärder kopplade till detta har varit att verksamhetschef har skickat ut information i de månatliga mail de får, vart de kan vända sig med klagomål och synpunkter samt att dessa välkomnas. Informationsfilm från Humanas kvalitetsavdelning har visats på APT där det tydligt instrueras hur personal när de tar emot synpunkter från ex närstående ska lägga in det i Gurufield.

#### 4.6 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.





Under 2025 fortsätter arbetet med Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar vi på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost. HSL-gruppen ansvarar för planeringen och utförandet av dessa temamånader. Fokusmånadens tema tas upp som en röd tråd under månaden på omvårdnadsmöten veckovis, kvalitetsråd och APT. Vid behov hålls också extra utbildningsinsatser. Ytterligare ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontrollerna är att de utgör en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Vi har under det gångna året exempelvis arbetat med skydds- och begränsningsåtgärder vad detta innebär och hur vi bör agera och dokumentera korrekt kring det. Vi har även lärt oss att på ett tidigt stadium vid trycksår informera läkare och vikten av att agera snabbt när det kommer till just sår.

## 5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

### Implementering av Lågaaffektivt bemötande (LAB)

**Mål:** Implementera LAB för att skapa en tryggare arbets- och vårdmiljö. Minska etisk stress och incidenter vid utmanande beteende.

**Åtgärd:** Genomföra grundutbildning i lågaaffektivt bemötande för samtlig personal. Tillämpa LAB-metodiken i det dagliga arbetet genom reflektion och nya bemötandeplaner.,

**Målvärde/Deadline:** 100 % av personalen utbildad senast sista november 2026. 25 % minskning av incidentrapporter rörande utmanande beteende vid årets slut.

### Digital signering av HSL-delegeringar

**Mål:** Säkra och digitalisera signeringsrutiner. Minska risken för utebliven signering.

**Åtgärd:** Övergång från papperssignering till digital signering för alla delegerade uppgifter. Systematisk uppföljning av signeringsstatistik.

**Målvärde/Deadline:** Sista november 2026: (100 % implementering). 30 % minskade signeringsmissar i jämförelse med föregående år.

### Kvalitetsarbete och Lex Sarah

**Mål:** Att säkerställa en hög rättssäkerhet och ett systematiskt lärande genom Lex Sarah-rapporteringen.

**Åtgärd:** Samtliga rapporterade incidenter ska följas upp med en skriftlig handlingsplan och genomgång med återspeglning i arbetslaget efter avslutad utredning.

**Målvärde/Deadline:** 100 % uppföljning inom 14 dagar efter avslutad utredning under hela 2026.

### Förebyggande av incidenter genom BPSD

**Mål:** Att minska antalet allvarliga incidenter mellan boende genom att proaktivt förutse och förebygga oro och utåtagerande beteende.

**Åtgärd:** Systematiskt arbete med BPSD-skattningar för att identifiera triggers och anpassa omvårdnaden.

**Målvärde/Deadline:** 100 % av de boende ska skattas minst en gång per år under 2026 och NPI-poängen ska i slutet av 2026 ha sjunkit med 20 % på sammantagen basis.

### Ökad delaktighet och självbestämmande

**Mål:** Att öka de äldres inflytande över sin egen vardag och vård.

**Åtgärd:** Genomförande av boenderåd där de boende aktivt deltar i planeringen av verksamhetens aktivitetsschema.

**Målvärde/Deadline:** Start i januari 2026 med en frekvens om ett boenderåd per månad.

### Stärkt personcentrerad vård

**Mål:** Att fördjupa personalens kännedom om den boendes livshistoria för att ytterligare individualisera vården.

**Åtgärd:** Schemalagd läsning och reflektion kring samtliga boendes Levnadsberättelser.

**Målvärde/Deadline:** Genomgång under omvårdnadsmöten av samtliga berättelser två gånger per år under 2026.

### Fortbildning och fokusmånader

**Mål:** Att kontinuerligt öka kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen inom kritiska kliniska områden.

**Åtgärd:** Fortsätta med fokusmånader där HSL-personal utbildar i fallprevention, nutrition, trycksårsprevention och BPSD.

**Målvärde/Deadline:** Genomförande sker löpande enligt utbildningsplanen under hela 2026.

### **Silviacertifiering och reflektion**

**Mål:** Att upprätthålla och förankra Silviatraditionen i hela personalgruppen.

**Åtgärd:** Säkerställa att nyanställda genomgår grundutbildning samt bibehålla de viktiga reflektionsstunderna.

**Målvärde/Deadline:** 100 % av nyanställda ska ha gått steg 1, och Silviarefleksion ska hållas månatligen under 2026.

### **Stimulans för boende med svår demens**

**Mål:** Att erbjuda meningsfulla aktiviteter och taktil stimulans även för de boende som befinner sig i ett sent skede av sin demenssjukdom.

**Åtgärd:** Införande av taktil massage på aktivitetsschemat samt utbildningsinsatser för både HSL- och omvårdnadspersonal i metoden.

**Målvärde/Deadline:** Taktil massage blir en stående punkt veckovis från januari 2026, och utbildningen genomförs under våren 2026.

### **Kompetensutveckling för ledarskapet**

**Mål:** Att stärka den personcentrerade ledningen och förmågan att hantera personalgrupper i utmanande miljöer.

**Åtgärd:** Verksamhetschefen (VC) genomgår och slutför ledarskapsutbildningen YGL (Utvecklande Grupp och Ledare).

**Målvärde/Deadline:** Utbildningen ska vara helt genomförd och dokumenterad med kursintyg senast vid utgången av 2026.

### **Resultat på Brukarundersökningen**

**Mål: Bevara 100 % nöjdhet gällande bemötande och förtroende** genom hela 2026.

**Åtgärd:** Fortsätta arbeta med reflektion i form av schemalagd handledning och Silviarefleksion samt som en stående punkt på APT. Här ska "månadens goda exempel" lyftas från arbetet med de boende. Detta gör att den tysta kunskapen blir synlig för alla.

**Målvärde/Deadline:** för att uppnå bibehållet resultat är nästa brukarundersökning i december 2026.

**Mål: Bevara 100 % nöjdhet när det kommer till den språklig och yrkesmässig kompetensen.**

**Åtgärd:** Under anställningsprocessen hålla högt ställda krav när det kommer till språkkompetens och yrkesmässig kompetens

**Målvärde/Deadline:** för att uppnå bibehållet resultat är nästa brukarundersökning i december 2026.

**Mål: Öka den upplevda trivseln i de gemensamma lokalerna med minst 20 procentenheter.**

**Åtgärd:** Verksamhetschef skapar en "trivselgrupp" med representanter från personal

från alla plan som tillsammans ser över möblering, textilier, växter och belysning.

**Målvärde/Deadline:** Ska vara åtgärdat senast den 1 maj 2026, med målet att se en tydlig förbättring i nästa stora mätning med minst 15 % ökad nöjdhet.