

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Axelsbergs vård- och omsorgsboende



Datum: 2025-02-20

Ansvarig för innehåll: Hossein Ahmadian, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Sammanfattning	3
3. Grundläggande förutsättningar för en god vård	4
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	6
3.2 En god säkerhetskultur	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	7
3.4 Patienten som medskapare	8
4. Agera för säker vård	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	13
4.3 Säker vård här och nu.....	14
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	14
4.4.1 Avvikelse.....	15
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	16
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år	19

1. Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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

2. Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna en god säker och förebyggande hälso- sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada. Samverkan med de boende och anhöriga är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Anhöriga erbjuds möjlighet i att medverka i patientsäkerhetsarbete via ankomstsamtal samt teammöte.

Under 2024 har fokus varit på fortlöpande riskanalyser och det förebyggande arbetet med att förhindra uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner, avvikelshanteringsprocessen samt att utveckla nutritionsvårdsprocessen och följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede.

Verksamheten har arbetat kontinuerligt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra smitta och smittspridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbets sätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i mycket hög grad.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten kommer fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

Omvårdnadspersonal har erhållit munvårdsutbildning under 2024. Samtliga måltidsombuden har erhållit utbildning till munvårdsambassadörer. Chefer och sjuksköterskor har utbildats i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB

Beslutsstödet ViSam används som stöd vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa informationsöverföring till annan vårdgivare.

Den palliativa vården i livets slutskede har stärks i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Arbetet med DöBra kortleken som påbörjades för samtliga medarbetare på Axelsbergs vård och omsorgsboende under hösten 2023. Arbetet med samtalsstödet fortsatte under 2024 och enheten visar bra resultat i antal genomförda samtal med boende. Vi ser att resultatet för flertalet av palliativ registrets kvalitetsindikatorer har förbättrats.

Framåtblick 2025

Fokus under 2025 blir att fortsätta arbeta med att utveckla rutiner och processer för kvalitetsarbete för att kunna erbjuda vård av hög kvalitet.

Palliativ vård kommer fortsättningsvis att vara ett fokusområde för förbättring i verksamheten. Resultat från palliativ registret ska användas i förbättringsarbetet.

Kvalitetsregister Senior alert ska användas i förbättrings arbete gällande patientsäkerhet.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov med fokus på analys, åtgärder och uppföljning. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt och viktigt förbättringsområde.

3. Grundläggande förutsättningar för en god vård

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att förebygga och minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



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

3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål

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

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa

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

3.1.2 Organisation och ansvar

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

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

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och *Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt för att följa för verksamheten upprättade riktlinjer, MAS regler, och lokala rutiner.

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

Verksamhetsutvecklare för hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår bland annat ett ansvar för att informera, utbilda och stödja äldreomsorgens verksamheter och utsedda dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

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

uppsökande verksamhet.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna. I samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS, verksamhetschef, enhetschef, verksamhetsutvecklare och representanter från legitimerad personal deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förebygga att vårdskador uppstår. Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov

Gemensamma nätverksträffar gällande bland annat palliativ vård genomförs med övriga verksamheter inom stadsdelen för att utbyta erfarenheter och dela goda exempel.

Verksamheten samarbetar med stadens dietist i frågor gällande mat och måltider. Dietisten stöttar verksamheten då behovet finns och deltar vid möte med verksamhetens måltidsombud.

Verksamheten har tillgång till övriga stödfunktioner som Vårdhygien Stockholm, OralCare, Palliativt kunskapscentrum (PKC), Hjälpmedel Stockholm och apoteket AB för rådgivning, stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst.

Loggkontroller, både användar- och patientperspektiv är genomförda under 2024. Inget obehörigt intrång har identifierats under året.

Kontroll av att icke aktuella användares behörigheter har skett regelbundet.

Egenkontroll av HSL dokumentationen har utförts enligt planeringen som finns i årshjul.

3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten använder ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. En god säkerhetskultur kännetecknas av ett gemensamt aktivt arbete där alla utifrån sin roll bidrar och agerar för att identifiera och minimera risker och skador och där patienten görs delaktig.

All personal är informerad och ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen under HSL möten för att vidare kommuniceras med omvårdnadspersonal på respektive avdelning.

Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS eller MAR. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Kompetensbaserat rekrytering används vid nyanställning. Introduktionsrutin vid nyanställning finns.

Verksamheten erhöll Silviahemmets certifiering under våren 2022 och fortsätter arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi. Uppföljning av Silviahemmets certifiering är inplanerad till våren 2025. Reflektionsstunder för personal är schemalagda.

Teambaserat arbetssätt tillämpas och inkluderar personen, närstående och personal. Tider för teammöte är schemalagda.

Kompetensutvecklingsplan upprättas utifrån verksamhetens behov för att säkerställa rätt kompetens i verksamheten.

Munvårdsutbildning: 10 personer har erhållit munvårdsutbildning under 2024. Samtliga kostombuden som samtidigt är munvårdsambassadörer har munvårdsutbildning.

Samtliga sjuksköterskor har utbildats i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam som används vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa optimal vårdnivå och informationsöverföring till annan vårdgivare. Omvårdnadspersonal erhöll utbildning i rapporteringsstöd och använder de nya kunskaperna med god resultat.

Chefer och sjuksköterskor har erhållit utbildning via apoteket AB i läkemedelshantering och delegering.

3.4 Patienten som medskapare



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en informationsbroschyr om verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående.

Boenderåd finns i verksamheten. Mötestiderna är inbokade för hela året, ett tillfälle per månad. Fler mötestillfällen erbjuds om behovet uppkommer.

Anhörigmöte erbjuds två gånger per år.

På Axelsbergs vård och omsorgsboende pågår ett utvecklingsarbete med personcentrerat förhållningssätt utifrån Silviahemmets vård filosofi. Syftet är att stödja personen till delaktighet och arbeta teambaserat.

4. Agera för säker vård

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



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: · Fall· Undernäring· Trycksår· Inkontinens· Munhälsobedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell ADL- bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation	8 gånger under året	Upprättade granskningsmallar
Basala hygienrutiner och klädregler	Punkt prevalens mätning 2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygieniskt standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll framtagen av svensk förening för vårdhygien(sfvh)
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Infektionsregistreringsblankett
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet. Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden1 gång per år1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet. Protokoll från egenkontroll. Extern kvalitetsgranskning av Apoteket.
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång under året	Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter
Loggkontroll av åtkomst till Vodok och NPÖ	6 gånger under året	Vodok och NPÖ
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger per år	Upprättade granskningsmallar
Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer/egen mall

Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	1. Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. 2. Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL. 3. Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL 4. Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.	1. Andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 84% 2. Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler överstiger 90 % 3. Egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul. 4. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.	1. Målet är uppfyllt Resultatet av egenkontroll visar att andel genomförda utbildningar är något lägre än förra året. Vi måste fortsätta arbetet och säkerställa att flera medarbetare ska genomgå utbildningen.
Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 93% -undernäring till 91% -trycksår till 93 % - ohälsa i munnen till 89% Andel boende med aktuell bedömning av: -ADL förmåga uppgår till 96 % -funktion- och förflyttningsförmåga till 98 %.	Målet är devis uppfyllt. Egenkontroll visar att riskbedömning för ohälsa i munnen ligger strax under accepterat målvärde på 90 %.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer	Andel upprättade Utifrån hälsoplaner vid identifierade risk för -fall uppgår till 84% -undernäring till 54% -trycksår till 63%	Målet ej uppfyllt. Andelen upprättade hälsoplaner för fall och trycksår har ökat i jämförelse med 2023 men når inte målnivån på 90 %.
Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.	Egenkontroll av ViSam användning våren och hösten 2024.	Egenkontroll av användningen av ViSam beslutstöd är utförd under våren 2024	Målet uppnått
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.	Egenkontroller är utförda enligt plan	Den samlade bedömningen är att målet är delvis uppfyllt där 50-90 % av de granskade processerna helt når ställda krav. verksamheten har en upprättad handlingsplan för 2025.
En god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	1.Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad 2.Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.	1. se resultat under avsnitt 4.5 2. Uppföljning av palliativa indikatorer visar bättre resultat jämfört med året innan avseende brytpunktsamtal, symtomlindring samt antal erbjudna efterlevande samtal.	Egenkontroller visar förbättrade resultat inom flertalet inrapporterade indikatorer i palliativregistret i jämförelse med tidigare år. Den samlade bedömningen är att målet devis uppnåtts
Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	Uppföljning av att: -Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelshantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp. -Information om rutiner för avvikelshantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.	Antal registrerade avvikelser har ökat. Återkoppling till teamet sker på avdelningsmöte, våningsvis där den aktuella avvikelserna har inträffat samt på APT.	Målet delvis uppfyllt Dokumentationen av avvikelser i avsett system för avvikelse hantering kvarstår som ett utvecklingsområde för verksamheten 2025. Framför allt gällande tidsramen för sluthantering.

Samlad analys

Den samlade bedömningen är att verksamhetens mål delvis uppnåtts. Egenkontroller visar på en hög följsamhet basala hygienrutiner och klädregler och ingen smittspridning har skett

under året. Verksamheten kommer se över sina arbetssätt för att säkerställa att samtliga medarbetare genomför och lämnar in kompetensbevis på genomförd årlig utbildning

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts i hög grad. Bedömningar av av ADL- förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga i mycket hög grad, vilket ger goda förutsättningar att sätta in kompenserande åtgärder.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Verksamheten har en upprättad handlingsplan för 2025. Att använda upprättade checklistor och mallar som stöd för dokumentationen är en åtgärd som verksamheten arbetar vidare med. Utvecklingsarbetet sker med stöd av verksamhetsutvecklare HSL och ombud.

Andelen dokumenterade utredningar vid bedömd risk för undernäring har förbättrats men blir fortsatt ett fokusområde för utveckling under kommande året.

Verksamheten har arbetat för att utveckla den palliativa vården i livets slutskede. Fler palliativa ombud har utbildats och samverkan med ansvarig läkarorganisation har stärks. Vi ser att resultaten för flertalet inrapporterade kvalitetsindikatorer i palliativ registret har ökat i jämförelse med föregående år. se redovisning under avsnitt 4.5. Vi fortsätter att utveckla arbetssätten 2025.

Andelen avvikelser som i avsett system för avvikelshantering har dokumenterats med utredning, analys och vidtagna åtgärder har ökat men är ett fortsatt förbättringsområde för verksamheten. Framförallt allt att i avsett system hantera avvikelser och korta ner tidsram för sluthantering. Ledningen kommer att arbeta mer med att öka kunskapsnivå kring avvikelshantering med stöd av MAS och MAR.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder. Sammanställning av avvikelser redovisas i avsnitt 4.4.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmäls enligt lex Maria
0	0	0

Ingen händelse som medfört vårdskada har utretts i verksamheten 2024

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen. Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt beslutad rutin och årshjul för hälso- och sjukvården.

Enheten har under året reviderat sina lokala rutiner för avvikelshantering och handlingsplan upprättas för att arbeta mer strukturerat med avvikelshandlingen utifrån nya rutiner.

För att identifiera risker för vårdskador genomförs bedömningar och riskbedömningar för bland annat fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen med validerade bedömningsinstrument enligt riktlinjer. Registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD-registret används för att bedöma risker och behov av insatser.

Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs. HSL-möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Personal genomför vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar. Egenkontroll av vårdhygienisk standard genomförs årligen. Infektionsregistrering sammanställs månatligen.

Verksamheten samverkar med ansvarig läkarorganisation sker regelbundet för att få samsyn och planera för gemensamma insatser. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede. För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret i syfte att använda resultatet för att kvalitetssäkra den palliativa vården.

Extern kvalitetsgranskning och egenkontroller har genomförts vad gäller läkemedelshandling och delegeringsförfarandet två gånger under 2024. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följts upp.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt regelbunden dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Ett systematiskt arbetssätt med fastställda processer och egenkontroller enligt årshjul och att utifrån resultat upprätta handlingsplaner och vid behov revidera rutiner och arbetssätt bidrar till det systematiska förbättringsarbetet.

4.3 Säker vård här och nu

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



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

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

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Riskanalyserna har omfattat områden som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, tillgång till och korrekt användning av skyddsutrustning, informationsöverföring och dokumentation, bemanning/ personalförsörjning. Riskanalyserna har följts upp kontinuerligt av verksamhetschef och medarbetare. Utifrån identifierade risker har en handlingsplan med åtgärder tagits fram.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, fysioterapeut och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet 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.

4.4.1. Avvikelser

Alla avvikande händelser som berör hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok.

För **fall** gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

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

Enhetens arbete med avvikelseprocessen

Patientsäkerhet och kvalitet finns med som en obligatorisk punkt på avdelningsmöten samt finns som stående punkt på APT agenda.

Alla medarbetare är delaktiga under avvikelseprocessen genom rapportering och gemensam diskussion kring det inträffade. Teammöten är schemalagda, skapar delaktighet och förståelse för processen och därmed en bättre patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	20	15	15 uteblivna doser, 2 utebliven signering, 1 dubbel dos, 1 berör att patienten avböjer, 1 berör att läkemedel saknas.
Specifik omvårdnad	0	0	
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	1	0	Brist i personlig omvårdnad- insats enligt SoL
Vårdrelaterad infektion	0	0	
totalt	21	15	

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård
131	11 varav 1 fraktur	0

Rapporterade fall med inträffade skada utan fraktur handlar om blåmärken, och mindre

sårskador.

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat i jämförelse med föregående år. Framförallt inom området fallavvikelser. Resultatet visar en ökning med ca 37 % (2023 83 st.) för rapporterade fallincidenter. En del av orsaken kan vara en tidigare underrapportering eller utebliven registrering i avvikelsemodulen.

Det kan vara svårt att helt förhindra fallincidenter helt med tanke på patienternas ålder och sjukdomsbild. Det är vanligt att ett fåtal personer under perioder står för en hög andel av inträffade fall. Verksamheten arbetar fortlöpande med fallpreventiva och skadepreventiva åtgärder och ofta finns ett behov av flera åtgärder. Miljöanpassningar, förskrivning av hjälpmedel, läkemedelsgenomgång, träning av styrka och balans är exempel på förbyggande åtgärder. Alla fallrapporter tas upp med patientansvarig läkare under ronden. Alla fall som lett till någon form av misstanke om skada rapporteras till läkare samma dag.

Övriga rapporterade avvikelser är få till antal och rör nästan uteslutande läkemedelsavvikelser. Det kan tyda på en underrapportering. Avvikelserna rör överlag utebliven dos. Verksamheten behöver fortsätta arbetet för hög säkerhetskultur med rapportering, utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

Verksamheten kommer att vidareutveckla processen kring klagomål och synpunkter.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

4.5.1 Svenska palliativregistret

I palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultaten används för att se områden som behöver utvecklas och förbättras.

I tabellen redovisas resultatet från registrerade dödsfall 2024.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100%	80%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	90%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	90%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	90%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	70%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	80%

Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	60%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	60%

Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

Enheten arbetar med att identifiera tidiga tecken som kan tyda på att patienten närmar sig livets slutskede. Andel patienter som fick erbjudande om samtal där samtalsstöd DöBra används ligger på 55%, en klar ökning sedan förra året. Resultat av samtalet bidrar till bättre kännedom om patienten och ett förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn.

Årsrapport från palliativregistret visar att antalet dokumenterade brytpunktssamtal har ökat i jämförelse med föregående år.

Användande av checklista vid vård i livets slutskede ska säkerställa omhändertagandet och dokumentation.

Vi har under hösten ytterligare stärkt vår samverkan med ansvarig läkarorganisation. Bland annat genom rutiner för gemensam reflektion efter dödsfall.

4.5.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att identifiera och registrera risker och bakomliggande orsaker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetssätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under 2024

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
59	96 %	98 %	70%

Det är en betydande ökning av antalet registrerade personer i kvalitetsregistret, från 33 under 2023 till 59 unika personer under 2024. Enheten arbetar systematiskt med vårdpreventiva åtgärder inom områden som nutrition, trycksår och ohälsa i munnen för att identifiera och förebygga och/eller minska risker för ohälsa. Nya rutiner är en bidragande faktor som har lett till ökad användning av kvalitetsregistret. Viktkontroll utförs på samtliga patienter vid inflyttning till enheten samt var tredje månad. Resultat av viktmätningen registreras först i Senior alert som i sin tur räknar BMI. Därefter utförs dokumentation i verksamhetens dokumentationssystem. Bättre kännedom om kvalitetssystem har bidragit till högre antal registreringar och med stöd av åtgärdsförslag från Senior alert har åtgärder vidtagits för att minska risk för uppkomst av vårdskador. Förändrade rutiner kring teamarbete är en annan faktor som har bidragit till högre användning av kvalitetsregistret. Ett nytt arbetssätt innebär att teammöte planeras vid två tillfällen per år och för var varje patient. Innan mötet uppdateras samtliga bedömningsinstrument och förslag på åtgärder diskuteras vid mötet. Även där har enheten sett nytta av alla åtgärdsplaner i vårdpreventivt arbete.

Samtliga sjuksköterskor som arbetar på enheten har behörighet att registrera i Senior alert.

5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och vi behöver ha rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med uppföljning av åtgärder och rutiner för kontinuitetsplanering. Arbetet fortsätter 2025.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2024 helt eller delvis har uppnåtts samtidigt som det visar att det återstår förbättringsarbete.

Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla avvikelshantering och dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser för att identifiera mönster och trender som kan bidra till förbättringsarbete och lärande. Verksamheten kommer att arbeta vidare med att utveckla avvikelshanteringsprocessen även under 2025 framför allt gällande tidsramen för sluthantering.

Egenkontroller kommer att genomföras med den omfattning och frekvens som behövs för att synliggöra behov och förbättringsåtgärder.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar på en klar förbättring men fortfarande tyder på att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Egenkontroll visar att arbete med nutritionsvårdsprocessen visar goda resultat men det blir ett fortsatt prioriterat område för utveckling även under kommande året.

Erfarenheter och resultat från registrering i palliativregistret ska användas i förbättringsarbete i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Rapport från palliativregistret visar flera områden förbättrats som t.ex. antal utförda erbjudna och utförda brytpunktssamtal som nu når 90 %. Dock fortsätter enheten med förebyggande arbetet avseende trycksår i livets slutskede, användning av bedömningsinstrument avseende smärta och dokumenterat munvård.

Erfarenheter från registreringar i kvalitetsregister Senior alert ska användas i patientsäkerhetsarbetet.

6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Smittförebyggande arbete.	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen. - Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer. - Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande. - Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler i samband med medarbetarsamtal. - Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL. - Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL - Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.
Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov	<p>1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.</p> <p>Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Utbildad SNUD/sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen. - Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Sjukgymnast/ fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan. - Fortsatt implementering av ViSam beslutsstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer. - Egenkontroll av ViSam användning enligt årshjul.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Informationssäkerhet	<p>1. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>2. Åtkomsten till patientuppgifter i journal säkerställs.</p>	<p>1.- Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser. <p>2. Översyn av enhetens rutiner och arbetsätt för loggkontroller ska genomföras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul under året. - Egenkontroll av genomförda loggkontroller och resultat av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ
Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut. - Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande. - Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret. - efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad. - Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.	<ul style="list-style-type: none"> - Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp. - Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT. 	Egenkontroll av sluthanterade avvikelser planeras att genomföras månadsvis.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Utveckla arbetssätt för delegering, rehabiliterings- området	Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.	Verksamhetens rehabiliteringspersonal (en representant) deltar i arbetsgrupp för framtagande av rutin för delegering. MAR bjuder in. Rutin presenteras på chefs möte för godkännande. Rutin implementeras i verksamheten genom att den går igenom i olika personal forum.	-Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025. -Att det finns en ny rutin.