

# Patientsäkerhetsberättelse 2024

---

Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende



Datum: 2025-02-20

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

## Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inledning .....</b>                                      | <b>3</b>  |
| <b>2. Sammanfattning .....</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>3. Grundläggande förutsättningar för en god vård .....</b>  | <b>4</b>  |
| 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....                 | 5         |
| 3.1.1 Övergripande mål och strategier .....                    | 5         |
| 3.1.2 Organisation och ansvar.....                             | 5         |
| 3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....              | 6         |
| 3.1.4 Informationssäkerhet.....                                | 7         |
| 3.1.5 Strålskydd.....  | 7         |
| 3.2 En god säkerhetskultur .....                               | 7         |
| 3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....                        | 8         |
| 3.4 Patienten som medskapare .....                             | 8         |
| <b>4. Agera för säker vård .....</b>                           | <b>9</b>  |
| 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....                  | 13        |
| 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....        | 13        |
| 4.3 Säker vård här och nu.....                                 | 14        |
| 4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....                | 15        |
| 4.4.1 Avvikelse.....   | 15        |
| 4.5 Kvalitetsregisterarbete.....                               | 17        |
| 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.....                      | 18        |
| <b>6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b> | <b>19</b> |

## 1. Inledning

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

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

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

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

## 2. Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och 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.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna. Egenkontroller gällande följsamhet av basala hygienrutiner samt klädregler har genomförts och utifrån resultatet har vi haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Infektionsregistrering har följts varje månad. Endast enstaka fall av utbrotsbenägna infektioner har förekommit under 2024.

Andra viktiga åtgärder för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifierats. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i hög grad men når inte helt målnivån.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten är ca 2% procent vilket indikerar att verksamheten har ett bra förebyggande arbetssätt.

Antalet inträffade fallincidenter ligger i nivå med föregående år

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att fördjupa kunskaper i vården av boende med kognitiva sjukdomar. Vi har köpt in Silvia-grundutbildning för de medarbetare som inte gått tidigare och haft utbildning/handledning i lågaffektivt bemötande samt BPSD-instrumentet.

Implementering av ViSam beslutsstöd i klinisk bedömning för sjuksköterskor har pågått under året. Flertalet av baspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstödet SBAR. Chefer och sjuksköterskor har fått Apotekets utbildning i chef och sjuksköterskas ansvar vid delegering av läkemedel. Del av baspersonal har gjort Apotekets webbutbildning inför delegering. Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare.

Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras 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 samt förbättra sin hantering så att avvikelser hanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett

system för avvikelshantering.

Enheten har ett teambaserat arbetssätt med riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov. Dokumentationen av hälsoplaner utifrån identifierade vårdbehov med planerade åtgärder, utförda åtgärder och uppföljningar har utvecklats. Framtaget stödmaterial och systematisk uppföljning har bidragit till lärande. Vi når inte riktigt våra mål inom samtliga områden. Vi fortsätter med framtaget arbetssätt.

Den palliativa vården i livets slutskede har varit ett av fokusområdena. Palliativa ombud har reflektionsmöten efter dödsfall liksom ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig läkare. Utvecklingsforum och samverkan med ansvarig läkarorganisation har lett till förbättrade arbetssätt och bidragit till förbättrade resultat utifrån kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slut. Enheten har arbetat med så kallade "DÖ BRA" samtal där vi erbjuder samtal där den äldre får uttrycka vad som är viktigt under vistelsen här och hur man vill ha det vid livets slut.

### Framåtblick 2025

Organisationsförändringen som sker under första kvartalet kommer att innebära en del utmaningar och möjligheter. Hälso- och sjukvårdspersonalen får en gemensam chef för samtliga utförarenheter i stadsdelens äldreomsorg, 1,0 enhetschef för sjuksköterskor och 0,5 enhetschef för rehabiliteringspersonal. Övergripande ansvar har områdeschef som tillika är verksamhetschef enligt HSL. Organisationsförändringen ger möjlighet till förbättringar och utveckling men kommer också att ställa krav på samarbete med övriga enhetschefer för verksamhetsområde SOL.

Ett prioriterat område 2025 är att fortsatt vidareutveckla enhetens arbetssätt för resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler. Vi kommer arbeta vidare med avvikelshantering och individuella riskbedömningar med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist. En av enhetens sjuksköterskor utbildas nu till SNUD- sjuksköterska med speciellt nutritionsansvar.

Enheten kommer också att särskilt fokusera på fallprevention eftersom antal fall ligger högre än förväntat. Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och stöd och fortbildning i lågaffektivt bemötande.

Implementering av ViSam beslutstöd för sjuksköterskor kommer att pågå samt av rapporteringsstödet SBAR för baspersonalen.

Verksamheten ska genom stärkt samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede. Arbetet med att erbjuda samtal inför livets slut s.k. DöBra samtal kommer att fortsätta för att tydliggöra vad som är viktigt för den boende när livet går mot sitt slut.

## **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.

#### **Intern samverkan**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov. Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och förebyggande åtgärder planeras. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har HSL möten där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Verksamhetschef, MAS, MAR och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

#### **Extern samverkan**

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation,

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

Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen och utbildning i läkemedelshantering. Verksamheten samverkar med tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

### **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.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker enligt fastställt årshjul och omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker

### **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 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 i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS eller MAR

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

Verksamheten behöver fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser. Verksamheten behöver även förbättra sin hantering så att samtliga avvikelser hanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett system för avvikelshantering.

### **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.

Vi arbetar under året enligt den utbildningsplan som finns formulerad utifrån de mål och utvecklingsområden som styr vår verksamhet.

Det finns en utarbetad rutin för introduktion för nya medarbetare. Vi har utbildade reflektionsledare som har regelbundna reflektionsmöten med personalgrupper.

Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Under 2024 har vi haft utbildningar i lågaffektivt bemötande, fördjupning kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet. Vård- och omsorgspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstöd.

En utmaning är att rekrytera sjuksköterskor. En annan utmaning är språknivån. Den kan vara ett hinder för kompetensutvecklingen. Vi har under 2024 satsat på språkutveckling.

### **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 kontaktman. 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.

Den årliga brukarenkätens och individuppföljningens resultat finns med som grund i förbättringsarbetet likväl som inkomna synpunkter och klagomål.

Under året har vi haft fysiska möten med anhöriga på respektive avdelning, i inflyttningsprocessen och spontana möten.

#### 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 per månad  | 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 samt ytterligare 7 ggr för interngranskning | Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. |

| Typ av egenkontroll   | Omfattning                        | Källa   |
|---|-----------------------------------|---|
| Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning   | 1 gång per år                     | Utbildningsbevis på genomförd utbildning  |
| Vårdhygieniskt standard   | 1 gång per år                     | Protokoll framtagen av svensk förening för vårdhygien(sfvh)   |
| Antibiotikaförskrivning<br>Vårdrelaterade infektioner   | 1 gång per år                     | Infektionsregistreringsblankett   |
| Trycksår uppkomna i verksamheten  | 1 gång i månaden                  | Avvikelsehanteringssystemet<br>Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer                        |
| Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering           | 1 gång per månad<br>1 gång per år | Avvikelsehanteringssystemet.<br>Protokoll från egenkontroll. Extern kvalitetsgranskning av Apoteket |
| Avvikelser  | 1 gång per månad                  | Avvikelsehanteringssystemet   |
| 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  | 5 gånger under året               | Vodok och NPÖ   |
| Egenkontroll av ViSam användning  | 2 gånger enligt årshjul           | Framtagen checklista  |
| Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer   | Vid palliativa ombudsträffat      | Framtagen checklista  |

## Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

| Mål   | Egenkontroll  | Resultat  | Måluppfyllelse |
|---|---|---|----------------|
| Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer vid Punktprevalensmätningar 2 gånger per år.</li> <li>2. Granskning av genomförda infektionsregistreringar månatligen.</li> <li>3. Granskning av andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst årligen</li> <li>4. Årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt årshjul.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100%.</li> <li>2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.</li> <li>3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100%.</li> <li>4. egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul.</li> </ol> | Målet uppnått. |

| Mål  | Egenkontroll   | Resultat  | Måluppfyllelse   |
|--|--|---|--|
| 1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs. | 1. Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.   | 1. Andel boende med aktuell riskbedömning för:<br>-fall uppgår till 89%<br>-undernäring till 87%<br>-trycksår till 87%<br>- ohälsa i munnen till 86%.<br>Andel boende med aktuell bedömning av:<br>-ADL förmåga uppgår till 100 %.<br>-funktion- och förflyttningsförmåga till 94%.<br><br>Bemötandeplaner utifrån BPSD.-skattning har upprättats för 14 boende | 1. Den samlade bedömningen är att målen delvis uppnåtts.<br><br>Riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i hög grad men når inte för samtliga områden accepterat målvärde på 90 %.     |
| 2.Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.   | 2. Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer. Uppföljning av utförda BPSD skattningar och bemötandeplaner.  | 2.Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierade risk för -fall uppgår till 64%<br>-undernäring till 90%<br>-trycksår till 86%  | 2. Målet delvis uppnått. Andelen dokumenterade hälsoplaner vid risk för fall och trycksår når inte målnivån 90%.   |
| 3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.   | 3. Egenkontroll av ViSam användning våren 2024.  | 3.Egenkontroll av användningen av ViSam beslutstöd vid försämrat hälsotillstånd hos patient visar att det används fullt ut.   | 3. 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 har genomförts enligt årshjul.   | Den samlade bedömningen av egenkontroller är att målet är delvis uppfyllt. Granskade vårdprocesser visar att det finns fortsatta utvecklingsbehov framförallt gällande dokumenterad utredning och i upprättade av hälsoplaner. |
| 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.<br><br>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<br><br>2. Uppföljning visar att DöBra samtal, reflektionssamtal tillsammans med läkare efter dödsfall och efterlevandesamtal har erbjudits i hög grad under året.  | Målet är delvis uppnått.<br><br>Arbetsätt för den palliativa vården i livets slutskede har utvecklats, men resultaten för kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret når inte helt satta målvärden.                     |

| Mål   | Egenkontroll  | Resultat  | Måluppfyllelse   |
|---|---|---|--|
| Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador | <p>Minst månatlig Uppföljning av att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner.</li> <li>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelshantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</li> <li>-Information om rutiner för avvikelshantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</li> </ul> | <p>Verksamheten behöver fortsätta att vidareutveckla arbetet med analysen av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.</p> <p>Verksamheten behöver även förbättra sin hantering så att samtliga avvikelser hanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett system för avvikelshantering.</p> | <p>Målet delvis uppnått.</p> <p>Dokumentationen av inträffade avvikelser med händelseförlopp och utredning har förbättrats. Verksamheten behöver förbättra sin hantering så att samtliga avvikelser sluthanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett system för avvikelshantering.</p> |

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2024 delvis uppnått.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 100 procent och andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av funktion och förflyttningsförmåga är 94 procent. Det ger verksamheten goda förutsättningar att identifiera risker och planera för förebyggande åtgärder på individnivå

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning.

Endast enstaka fall av utbrotsbenägna infektioner har skett under året. Med god följsamhet till hygienrutiner har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning kunnat upprätthållas.

Antalet inrapporterade avvikelser ligger på samma nivå som föregående år. Verksamheten ska fortsätta att vidareutveckla arbetet med utredning och att analysera bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser. Fokus är också att utveckla dokumentationen och slutbedömningen i avsett verksamhetssystem för avvikelserapportering.

Täta egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån olika vårdprocesser genomförs under året. Resultatet visar förbättringar men är ett fortsatt utvecklingsområde framåt. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring. Utifrån identifierade brister har handlingsplaner upprättats och följts upp.

Verksamheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede.

Antalet genomförda loggkontroller av Vodok och NPÖ har inte genomförts i så hög grad som planerat endast för 5 månader med orsak att enheten hade vakans i chefsgruppen såväl som i

sjuksköterskegruppen. Genomförda loggkontroller visar inget obehörigt intrång i systemen.

Våra genomförda egenkontroller och identifierade förbättringsområden har genererat åtgärder/handlingsplaner som följts upp på möten med hälso- och sjukvårdspersonal i utvecklingsforum, arbetsplatsmöten, Vodokmöten, hygienmöten, Palliativa möten och i ledningsgruppen.

Antalet genomförda BPSD-utredningar är lågt endast 14 vilket motsvarar ca 17% vilket enheten kommer att arbeta med att utveckla under 2025.

#### **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 anmälts enligt lex Maria |
|---------------------------------------|---|--|
| 0                                     | 0   | 0  |

Under året har inga händelser som medfört vårdskada utretts i verksamheten.

#### **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 årshjul för hälso- och sjukvården enligt beslutade rutiner och följs vid behov upp med handlingsplaner.

För att identifiera risker för vårdskador har individuella riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen genomförts enligt riktlinjer med validerade bedömningsinstrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs och åtgärder planeras.

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.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner har genomförts av hygienombud enligt årshjul under året. Verksamheten har haft kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Inom området läkemedelshantering och delegering har egenkontroller och extern granskning av Apoteket AB genomförts enligt årshjul. För identifierade utvecklingsområden har handlingsplan upprättats och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare. Chef och sjuksköterskor har haft utbildning i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd och handledning för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt dokumentation av avvikelser. Det förebyggande arbetet med nutritionsvårdsprocessen utifrån fastställda rutiner har fortsatt i samarbete med dietist.

För att säkerställa ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede finns fastställda rutiner och verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och använder resultaten i förbättringsarbetet. Samverkan med ansvarig läkare har stärks och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall, efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall följs.

### **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. Verksamheten fortsatt haft hög beredskap för ett eskalerade läge av smittspridning och fortlöpande genomfört riskanalyser.

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 och används i förbättringsarbete.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, sjukgymnast 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

Enheten har arbetat med att lyfta avvikelser i Hälso- och sjukvårdsforum samt APT-möten för att lyfta vikten av att arbeta med avvikelser för att förbättra verksamheten.

### Hälso- och sjukvårdsavvikelser

| Område                  | Antal registrerade avvikelser inom respektive område | Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård | Kommentar   |
|-------------------------|--|---|---|
| Läkemedel               | 71   | 69  | Utebliven dos=57,<br>Utebliven signering=13,<br>Läkemedel saknas/utebliven signering av uttag=1 |
| Specifik omvårdnad      | 1  | 1   | Brist i utförd specifik omvårdnad för elimination   |
| Specifik rehabilitering | 0  | 0   |   |
| Trycksår                | 0  | 0   |   |
| Vårdkedjan              | 1  | 0   | Utebliven information till ssk  |
| Vårdrelaterad infektion | 0  | 0   |   |
| <b>totalt</b>           | 73   | 70  |   |

Antalet avvikelser gällande läkemedel har ökat marginellt i jämförelse med 2024 (69 st.) och de flesta, rör utebliven dos. Efter analys av orsak kan man se att en bidragande orsak är personalbyte i arbetslaget och ej specificerat ansvar vid bytet. Det saknas också signaturer i en del. 1 avvikelse rör specifik omvårdnad/elimination samt 1 rör vårdkedjan med utebliven information till sjuksköterska från annan vårdgivare.

### 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 |
|--|---|---|
| 260  | 52 varav 5 frakturer  | 0   |

Antalet fallrapporteringar ligger på samma nivå som föregående år 260(261) varav 5 resulterat i frakturer vilket är en ökning från föregående år (4). Det kan indikera att det fallförebyggande arbetet långtgående har fungerat. Övriga skador har varit sårskador, bulor och blåmärken. Nära nog samtliga fall inträffar på demensavdelningarna där många boende är rörliga och uppegående. Det kan vara svårt att helt förhindra fall men antalet fall ligger procentuellt för högt vilket gör att arbetet med orsaksanalys för att minska antalet fall fortsätter under 2025.

#### 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 eller



MAR. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

## 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%     | 71,4%    |
| Dokumenterat brytpunktssamtal                      | 98%      | 57,1%    |
| Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott         | 98%      | 76,2%    |
| Ord. inj. ångestdämpande vid behov                 | 98%      | 76,2%    |
| Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan    | 100%     | 61,9%    |
| Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan | 90%      | 57,1%    |
| Utan trycksår (kategori 2-4)                       | 90%      | 90,5%    |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket                 | 90%      | 76,2%    |

Analys av resultaten visar att verksamheten behöver utveckla arbetet för att uppnå målvärden. Insatser som utbildning/uppföljning i att identifiera tidiga tecken på övergång till vård i livets slutskede är en faktor till att förbättra arbetet framåt liksom samarbetet med läkarorganisationen.

### 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 |
|----------------|---|----------------------------------|--|
| 72             | 92 %  | 90 %                             | 54%                                    |

Resultatet visar att en tydligt större andel personer registrerats i Senior Alert under året. För de registreringar som gjorts finns registrerad bakomliggande orsak samt åtgärdsplaner men registrering av utförda åtgärder saknas i hög utsträckning. En bakomliggande orsak kan vara att registreringen innebär ett visst som dubbelarbete då riskbedömningar, åtgärder och

uppföljning även ska tillföras patientjournalen.

Att öka sjuksköterskornas kunskap om det stöd registret ger för ett systematiskt arbetssätt och evidensbaserade åtgärder är ett utvecklingsområde.

## 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.

Kontinuerliga riskanalyser är en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget.

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.

Verksamhetens riskhantering sker genom analys och åtgärder på individnivå och på verksamhetsnivå i samband med riskbedömningar avvikelsehantering och egenkontroller.

Ett prioriterat område 2025 är att vidareutveckla enhetens arbetssätt med resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelsehanteringen och individuella riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist och utsedd sjuksköterska med särskilt ansvar för nutrition (SNUD) i syfte att minska risker för undernäring.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2025.

Arbetet med implementering av ViSam beslutstöd för sjuksköterskor fortsätter samt rapporteringsstöd för vård- och omsorgspersonal.

Verksamheten ska i samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede samt fortsatt erbjuda samtal inför livets slut s.k. DöBra samtal. Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs och kommer att användas i förbättringsarbete.

## 6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

| Fokusområde                 | Mål   | Planerade åtgärder  | Egenkontroll  |
|-----------------------------|---|---|---|
| 1. Smittförebyggande arbete | Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</li> <li>- Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer.</li> <li>- Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande.</li> <li>- Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</li> <li>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</li> <li>- Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL.</li> <li>- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.</li> </ul> |

| Fokusområde   | Mål  | Planerade åtgärder  | Egenkontroll   |
|---|--|---|--|
| <p>2. Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov</p> | <p>2.1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>Vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar hos patienter med demensdiagnos ska BPSD skattning genomföras.</p> <p>2.2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>2.3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p> | <p>- Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</p> <p>- Utbildad SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen.</p> <p>- Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</p> <p>-Sjukgymnast/fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</p> <p>-BPSD skattning genomförs för patienter med demensdiagnos vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar vid demenssjukdom.</p> <p>- Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan.</p> <p>- Fortsatt implementering av ViSam beslutsstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient.-</p> | <p>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</p> <p>-Egenkontroll av utförda BPSD- skattningar och bemötandeplaner.</p> <p>- Egenkontroll av ViSam användning .</p>  |
| <p>3.Informationssäkerhet</p>   | <p>3.1.Hälso- och sjukvårdsdokumentationen förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>3.2.Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs.</p>   | <p>3.1. Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</p> <p>- Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</p> <p>3.2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</p>  | <p>- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul.</p> <p>- Uppföljning av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ.</p> |

| Fokusområde   | Mål  | Planerade åtgärder  | Egenkontroll   |
|---|--|---|--|
| 4. 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"> <li>- Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut.</li> <li>-Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande</li> <li>- Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret.</li> <li>-Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad.</li> <li>- Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar.</li> </ul> |
| 5. Avvikelsehantering   | <p>Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador</p> <p>Enheten ska arbeta för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder</li> <li>-Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad.</li> <li>- Ökad spridning av avvikelser.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</li> <li>-Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras i avsett system för avvikelsehantering enligt riktlinjer och rutiner.</li> <li>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</li> </ul>  | Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser har hanterats och slutbedömts.   |
| 6. 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.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Följ upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025</li> <li>-Att det finns en ny rutin</li> </ul>   |