

# Patientsäkerhetsberättelse 2024

---

Fruängsgårdens servicehus



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.....	4
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.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	7
3.2 En god säkerhetskultur .....	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	7
3.4 Patienten som medskapare .....	8
<b>4. Agera för säker vård .....</b>	<b>8</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 Avvikelser.....	15
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	16
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 genomförts och utifrån resultatet har vi haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Under året har verksamheten enbart haft få enstaka fall av utbrotsbenägna virusinfektioner.

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 t.e.x. risk för fall, trycksår, undernäring identifierats. Under året har individuella riskbedömningar i hög grad genomförts.

Andelen uppkomna trycksår under året är ca 1 % vilket indikerar att verksamheten har ett bra förebyggande arbetssätt. Antalet fallincidenter har legat högre än förväntat och i jämförelse med föregående år.

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att fördjupa kunskaper i vården av boende med kognitiva sjukdomar. Vi har haft Silvia-grundutbildning och utbildning/handledning i lågaffektivt bemötande för samtliga medarbetare.

Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av bitr. enhetschef och enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten kommer fortsätta att vidareutveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

## 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 utveckla enhetens arbetssätt för resultatuppföljning/analys

och beslut om åtgärder.

Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler för att förhindra smitta och smittspridning.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelshanteringen som ska följa processen i avsett system för avvikelshantering och genomföra strukturerade 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 med stöd av enhetens sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar.(SNUD)

Enheten kommer också att särskilt fokusera på fallprevention eftersom antal fall ligger högre än förväntat.

Arbetet med att utveckla arbetet med inriktning kognitiva sjukdomar fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande.

Verksamheten ska genom att fortsätta med framtagna arbetsätt och rutiner och 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.
- Avvikelse, 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 förebygga att vårdskador uppstår och vid behov beslutas om gemensamma insatser. 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. Verksamheten samverkar med regionens 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 genomförs genom loggning av åtkomst.

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

## **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 i kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet. Chef och sjuksköterskor har haft utbildning i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

En 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, under inflyttningsprocessen samt 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
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 månad 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet. Protokoll från egenkontroll. Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gång 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	12 gånger under året	Vodok och NPÖ
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger enligt årshjul	framtagen checklista
Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer	Vid palliativa ombudsträffar	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 är uppfyllt.
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 96% - undernäring till 100% - trycksår till 100 % - ohälsa i munnen till 100%.</li> <li>Andel boende med aktuell bedömning av: -ADL förmåga uppgår till 100 % -funktion- och förflyttningsförmåga till 100 %.</li> </ol>	.Målet är uppfyllt.  Riskbedömningar och bedömningar har genomförts i mycket hög grad.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
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 100% - undernäring till 75% - trycksår till 100%.  Bemötandeplaner utifrån BPSD.-skattning har upprättats för 0 person eftersom inget behov har förelegat	2. Målet är delvis uppfyllt. Andelen upprättade hälsoplaner vid bedömd risk för undernäring ligger under accepterad målnivå 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 2024.	Egenkontroll av användningen av ViSam beslutsstöd vid försämrat hälsotillstånd hos patient visar att det används fullt ut.	Målet är 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. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har utvecklats men når inte målen fullt ut i samtliga granskade vårdprocesser.
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 reflektionsamtal och efterlevandesamtal och vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.	1. se resultat under avsnitt 4.5  2. Uppföljning visar att reflektionssamtal genomförts tillsammans med läkare efter dödsfall. Efterlevandesamtal har erbjudits.	Målet delvis uppnått.  Den palliativa vården i livets slutskede har utvecklats. Resultatet för samtliga kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret har förbättrats men når inte helt målvärden.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	Minst månatlig 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, rapporteringskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.	Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av bitr. enhetschef och enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.	Målet är delvis uppfyllt.  Verksamheten behöver 2025 fortsatt arbeta vidare med avvikelshantering, och för samtliga inträffade avvikelser följa upprättade rutiner för dokumentation och process i avsett system för avvikelshantering.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2024 delvis har uppnåtts.

Riskbedömningar inom områden för fall, undernäring och trycksår har genomförts i mycket hög grad. Samtliga vårdtagare har en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) och andelen patienter med en aktuell bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga är 100 procent.

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg vilket indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförebyggande arbetssätt.

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något jämfört med föregående år. Analysen är att avvikelshantering har förbättrats och verksamheten kommer fortsätta att vidareutveckla arbetet med analysen av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser. Verksamheten behöver även förbättra sin hantering så att samtliga avvikelser hanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett system för avvikelshantering.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genom utbildningsinsatser utvecklats visar genomförda egenkontroller av olika vårdprocesser men kontinuerliga uppföljningar av arbetet enligt fastställda rutiner är fortsatt i fokus. Vi har ökat andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker men det är ett fortsatt förbättringsområde vid identifierad risk för undernäring.

Genomförda loggkontroller visar inget obehörigt intrång i systemen.

Verksamheten registrerar i Senior Alert och Svenska Palliativregistret och kommer fortsätta utveckla detta arbete som stöd för ett systematiskt arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats, samt för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

Ingen spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar har skett under 2024.

Egenkontroller visar att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men behöver regelbundet följas upp med internkontroller.

## 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 2024 har ingen händelse inträffat som har lett till fördjupad utredning

## 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 sker enligt fastställt årshjul för häls- och sjukvården och följs vid behov upp med handlingsplaner.

För att identifiera risker för vårdskador genomförs riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov enligt riktlinjer med validerade bedömnings instrument. Enheten har teammöten 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 är 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 gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar och vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul. Verksamheten har haft kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd och handledning för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt dokumentation av avvikelser. Baspersonal har fått utbildning i rapporteringsstödet SBAR.

Läkemedelshantering och delegering- Egenkontroller och extern granskning av Apoteket AB har genomförts enligt årshjul. För identifierade utvecklingsområden har handlingsplan upprättats och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan.

Det förebyggande arbetet med nutritionsvårdsprocessen utifrån fastställda rutiner och resultat från genomförd egenkontroll har fortsatt i samarbete med dietist.

För att säkerställa ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede finns fastställda regler och rutiner och verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och använder resultaten i förbättringsarbete. Samverkan med ansvarig läkare har stärks och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall samt för att utveckla systematiken kring efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall har använts.

### **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 har fortsatt haft hög beredskap för ett eskalerande läge med 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/fysioterapeut och arbetsterapeut riskbedömningar och bedömningar av patientens häls och vårdbehov vid inflyttning 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 avvikelser i Hälso- och sjukvårdsforum/kvalitetsforum, teammöten 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	9	8	8 avvikelser berör uteblivna doser. 1 avvikelse berör förväxling av tidpunkt
Specifik omvårdnad	0		
Specifik rehabilitering	0		
Trycksår	0		
Vårdkedjan	0		
Vårdrelaterad infektion	0		
<b>totalt</b>	9	8	

Läkemedelsavvikelser ligger fortsatt på en mycket låg nivå. I sammanställningen över avvikelser noteras att det inom flera områden inte rapporterats avvikelser. Verksamheten behöver kommande år synliggöra för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som skulle kunna vara avvikelser inom dessa områden för att säkerställa att det inte handlar om en underrapportering.

### 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
157	21 varav 2 frakturer	0 (0)

Under året har 157 fall inträffat vilket är en ökning från föregående år (142 st. fallincidenter 2023). Det är ett mindre antal boende som stod för en hög andel av fallen. I dessa fall har man inte lyckats arbeta bort risken för fall med insatta förebyggande åtgärder eller förslag på åtgärder. 2 stycken fallincidenter har lett till har lett till fraktur vilket ändå tyder på att verksamheten lyckats arbeta med skadepreventiva åtgärder som har haft effekt. Verksamheten behöver analysera bakomliggande orsaker ökningen av fallincidenter så att rätt åtgärder vidtas.

#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Synpunkter/klagomål bidrar till att vi kan förbättra verksamheten. 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. Vi har inte haft några klagomål och synpunkter som rör Hälso- och sjukvård under året.

#### 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%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	66,7%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	100%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	100%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	100%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	66,7%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	66,7%

Analys av resultaten visar att vi har förbättrat måluppfyllelsen från föregående år inom samtliga kvalitetsindikatorer. Samarbetet med läkarorganisationen fortsätter för att bli tydligare vad gäller genomförda brytpunktssamtal liksom kartläggning av behov av mänsklig närvaro i dödsögonblicket genom tex DÖBRA-samtal.

Andelen trycksår är totalt sett låg på enheten men kan vara svårt att helt förbygga vid vård i livets slutskede. Enheten behöver kontinuerligt analysera arbetet för att säkerställa att samtliga möjliga förbyggande åtgärder vidtas.

### 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
36	79 %	97%	71 %

Resultatet visar att ca 100 procent av boende registrerats under 2024. Resultatet visar att utvecklingsområden finns framförallt vad gäller registrering av utförda åtgärder. Arbeta med att öka sjuksköterskornas kunskap om det stöd registret ger för ett systematiskt arbetssätt och evidensbaserade åtgärder behöver fortsätta.

## 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.

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

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 utveckla enhetens arbetssätt för resultatuppföljning/analys och beslut om åtgärder.

Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler för att förhindra smitta och smittspridning.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelsehanteringen och att genomföra strukturerade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov med fokus på att utveckla dokumentation av analys, åtgärder och uppföljning.

Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist och med stöd av enhetens sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar.(SNUD)

Arbetet med att utveckla arbetet med inriktning kognitiva sjukdomar fortsätter genom att vid behov använda BPSD-instrumentet för utredning och lågaffektivt bemötande.

Verksamheten ska fortsätta med framtagna arbetssätt och rutiner och i den stärkta 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 och i samverkan tillse att brytpunktssamtal genomförs.

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

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>- Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</p> <p>- 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.</p> <p>- Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT.</p>	<p>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</p> <p>Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL.</p> <p>- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.</p>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
<p>Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov</p>	<p>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. Vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar hos patienter med demensdiagnos ska BPSD skattning genomföras.</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>	<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>Informationssäkerhet</p>	<p>1. Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer</p> <p>2. Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs.</p>	<p>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 Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</p> <p>2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</p>	<p>- Egenkontroller av hälsa- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul.</p> <p>- Uppföljning genom egenkontroll av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ.</p>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<p>- Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut.</p> <p>-Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande.</p> <p>- Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret.</p> <p>-Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs.</p>	<p>- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad.</p> <p>- Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.</p>
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.	<p>-Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</p> <p>-Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras i avsett system för avvikelsehantering enligt riktlinjer och rutiner.</p> <p>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</p>	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömts.
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.