

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Älvsjö servicehus



Datum: 2025-02-20

Ansvarig för innehåll: Enhetschef i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Sammanfattning	3
3. Grundläggande förutsättningar för en god vård	4
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	6
3.2 En god säkerhetskultur	6
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	7
3.4 Patienten som medskapare	8
4. Agera för säker vård	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	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
6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år	19

1. Inledning

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

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

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

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

2. Sammanfattning

Enheten arbetar kontinuerligt för att säkra följsamheten efter de basala hygienrutinerna genom regelbunden utbildning samt egenkontroller genom punktprevalensmätningar av följsamhet. Utsedda hygienombud stöttar medarbetare i hygienarbetet. Inga smittsamma sjukdomar och infektioner har spridits inom enheten under året.

Egenkontroller vad gäller basal hygien och klädregler som genomförts under året visar på en lägre följsamhet inom några av de observerade områdena. Kontinuerlig dialog om uppföljningsresultat är av vikt och genomförs. Områden som enheten arbetar vidare med att säkerställa följsamhet till är handdesinfektion före omvårdnadsarbete och användningen av korrekt arbetsdräkt.

Enheten har fortlöpande arbetat med individuella riskbedömningar av hälsa och vårdbehov i förebyggande syfte, vilket genomförts i hög grad. Hälsoplaner med planerade åtgärder, utförda åtgärder och uppföljningar har upprättats. Den samlade bedömningen utifrån genomförda utifrån genomförda egenkontroller är att hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsatt förbättrats.

Implementeringen av beslutsstöd för klinisk bedömning och SBAR kommunikationsmodell för en säker informationsöverföring har fortsatt. Enhetens sjuksköterskor använder Visam och SBAR, besluts- och rapporteringsstöd för att säkerställa informationsöverföring mellan vårdinstanser och för att säkerställa att patienten vårdas på rätt vårdnivå.

Enhetens SNUD (sjuksköterska med särskilt nutritionsuppdrag) arbetar tillsammans med ombuden för att förebygga risker för undernäring och förbättra de äldres nutritionsstatus.

Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Palliativa ombud har reflektionsmöten efter dödsfall. 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 ett strukturerat arbete vad gäller hanteringen av avvikelser och händelser som bidrar till att utveckla verksamheten och hjälper oss i att förbygga skador. Månatliga kvalitetsråd hålls för genomgång och analys av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Inga synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården har inkommit under året. Ingen vårdskada har heller rapporterats.

Ett prioriterat fokusområde även 2025 är att fortsätta utveckla enhetens arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer för att kunna använda resultaten i

förbättringsarbetet.

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 kontinuerlig 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 sker dagligen för att i team arbeta för att all spetskompetens de olika yrkeskategorierna besitter ska komma patienten till godo. Vi möts i strukturerade möten där

patienten har huvudrollen som teammöten, vårdplaneringar, rapporter. Samverkan sker med MAS, MAR, chef HSL och legitimerad personal.

Enheten har ett nära arbete med regionen, biståndshandläggare och köhantering för att säkra information mellan de olika enheterna när patienter flyttar mellan olika instanser. Även den läkarorganisation som enligt avtal ansvarar för läkarinsatserna i verksamheten är en viktig extern partner och samverkansöverenskommelse finns upprättad. Enheten har ett nära samarbete med apoteksverksamhet, tandvårdenhet och leverantör av medicintekniska produkter. Rutiner finns för samverkan liksom för kvalitetskontroller och utbildningar med dessa partners. Enheten har även samarbete med vårdhygien och smittskydd.

Vid brister i samverkan dokumenteras avvikelser som förmedlas till samverkanspart.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse. Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter. Endast behörig personal har tillgång till journalsystemet. Vid avslut av tjänst ska behörigheter i dokumentationssystem avslutas liksom i NPÖ för verksamheten. Patient som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas.

Verksamheten har under året inte utfört loggkontroller av åtkomst till Vodok eller NPÖ i enlighet med riktlinjer. Översyn av rutiner och arbetssätt loggkontroller kommer att vara ett fokusområde 2025

Intern granskning av omvårdnadsjournalerna sker enligt enligt årshjul för egenkontroll. Under 2024 har detta genomförts vid fastställda tillfällen utifrån olika vårdprocesser och framtagna mallar för granskning. Utifrån resultat och analys upprättas vid behov handlingsplan. Den samlade bedömningen utifrån genomförda egenkontroller är att Hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsatt utvecklats positivt utifrån gällande krav.

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. Baspersonal rapporterar avvikelse 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 chef, MAS och/eller MAR. Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras och diarieförs och är en del av verksamhetens avvikelshantering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet.

Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Enhetschef ansvarar för utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS och/eller MAR. Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskats får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs.

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS eller MAR.

Samtliga avvikelser samt inkomna klagomål och synpunkter går igenom månadsvis i verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat och analyseras med fokus på om händelsen skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Behovet av åtgärder på individnivå och enhetsnivå, för att minska risken för att händelsen sker igen, ses över.

Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Återkoppling till övrig personal sker på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

Verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal bedöms ha god kunskap om sina enheters hälso- och sjukvårdsavvikelser. Majoriteten av avvikelserna hanteras generellt sett inom en godkänd tidsram. Fortsatt utveckling kommer att ske inom utredning, analys och åtgärd.

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.

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

Den legitimerade personalen på enheten har mycket erfarenhet och god kompetens.

Sjuksköterskorna har under året genomfört ett flertal olika digitala utbildningar i palliativ vård som erbjudits via PKC. SBAR-utbildning och kompetensutveckling om psykisk ohälsa och LHBTQI har under året genomförts av all personal. Utbildning i SBAR har getts till baspersonalen om viktiga observationer och strukturerad kommunikation vid förändringar i äldres hälsotillstånd när kontakt tas med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Enheten har genomfört utbildning i läkemedelsdelegering via Apoteket AB.

Verksamhetsutvecklare och Vodok handledare har arbetat och stöttat legitimerad personal för att förbättra dokumentationen i Vodok.

Det har genomförts utbildningar i mat och måltider, samt basal hygien för all personal. Därtill har verksamhetens arbets- och fysioterapeut under 2024 genomfört halvdagsutbildning i förflyttningsteknik för sommar- och timvikarier och för baspersonal som inte gått förflyttnings-utbildning tidigare. En utbildning vilket kompletteras med individuell handledning vid behov.

Olika digitala och kortare utbildningar som värdegrund, kost och palliativa utbildningar erbjuds regelbundet. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbete för att fortsätta hålla en hög kvalitet.

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.

Patienten och närstående görs delaktig i utformningen av vården. Vid inflyttning möts all spetskompetens, patienten och ofta närstående för att delge information och önskemål vad gäller omvårdnad och hälso- och sjukvårds information. Verksamhetens uppdrag är att utföra patientens önskemål på allra bästa sätt.

Under 2024 har vi i syfte att öka patientens delaktighet och som medskapare i kvalitetsarbetet fortsatt arbetet med DöBra samtal, egna önskemål, närståendeenkäter och efterlevandesamtal med närstående efter dödsfall.

Patient tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring till andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas.

I verksamheten finns olika exempel på former för samverkan med patienter och deras anhöriga. Det kan vara anhörigträffar eller utskick med information om planerade och genomförda aktiviteter och förändringar i verksamheten. Via anhörigträffar finns möjlighet att

lämna synpunkter och ta del av information om verksamheten. Anhöriga informeras om aktiviteter som anordnas.

Mottagna synpunkter och klagomål registreras och analyseras av chef tillsammans med lämpliga berörda parter. Åtgärder återkopplas till den som lämnat klagomål efter att ärendet har hanterats.

Resultat av närståendeenkäter, efterlevandesamtal, individuppföljningar och brukarundersökning analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet.

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 andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån framtagna mallar för egenkontroll	8 gånger under året	Vodok
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll utifrån svensk förening för vårdhygien (SFVH) framtagna checklista

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Antibiotikaföreskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistreringsblankett
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet och rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
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 per år	Senior Alert.
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet. Protokoll från egenkontroll och Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna synpunkter och klagomål
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger under året	framtagen checklista
Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer	3 gånger under året	framtagen checklista

Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer vid Punktprevalensmätningar 2 gånger per år.</p> <p>2. Granskning av genomförda infektionsregistreringar månatligen.</p> <p>3. Granskning av andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst årligen.</p> <p>4. Årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt årshjul.</p>	<p>1. Andelen medarbetare som vid egenkontroll visar följsamhet till samtliga basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 75%.</p> <p>2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.</p> <p>3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 90%.</p> <p>4. egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul</p>	<p>Målet är uppnått. Ingen spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner har skett under året.</p> <p>Resultatet för enhetens egenkontroller visar ett delvis godkänt resultat.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 100 procent. -undernäring till 96 procent. -trycksår till 96 procent. - ohälsa i munnen till 91 procent. Andel boende med aktuell bedömning av: -ADL förmåga uppgår till 100 procent. -Funktion- och förflyttningsförmåga till 100 procent.	Målet är uppnått. Andelen genomförda riskbedömningar och bedömningar når över accepterad målvärde på 90%.
Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierade risk för -fall uppgår till 100% -undernäring till 100% -trycksår till 100%.	Målet är uppnått.
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 visar att ViSam beslutsstöd används av sjuksköterskorna som stöd för klinisk bedömning vid försämrat hälsotillstånd hos en patient.	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	En samlad bedömning är att målet trots fortsatt god utveckling inte helt uppnås i samtliga delar av granskade vårdprocesser.
En god palliativ vård i livets slutskede som är följksam till riktlinjer och rutiner.	1.Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad 2.Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.	1. se resultat under avsnitt 4.5 2. Uppföljning av palliativa indikatorer visar att reflektionssamtal och efterlevandesamtal har genomförts efter dödsfall på enheten.	Målet är uppnått.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	<p>Minst månatlig Uppföljning av att:</p> <p>-Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner.</p> <p>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelshantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</p> <p>-Information om rutiner för avvikelshantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</p>	<p>Rapporterade avvikelser har behandlats på enhetens månatliga kvalitetsråd där analyser har lett till handlingsplaner och förändrade arbetssätt för att minimera risker för återupprepning</p> <p>Återkoppling och information har skett till personal på enhetens APT.</p>	Målet är uppnått.

Samlad analys

Resultatet visar att flertalet verksamhetens prioriterade mål för 2024 har uppnåtts. Enheten har i syfte att arbeta förbyggande genomfört individuella riskbedömningar och bedömningar av risker och vårdbehov. Hälsoplaner har upprättats vid bedömda risker och behov.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med stöd av framtagna mallar och process för egenkontroll enligt fastställt årshjul har bidragit till systematik, lärande och utveckling. Den samlade bedömningen utifrån genomförda egenkontroller är att enhetens hälso- och sjukvårdsdokumentation utvecklats men inte fullt ut når ställda krav i samtliga granskade delar.

Egenkontroller visar att ViSam beslutstöd används av sjuksköterskorna som stöd för klinisk bedömning och val av rätt vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd hos patient.

Enheten arbetar kontinuerligt för att säkra följsamheten efter de basala hygienrutinerna genom regelbunden utbildning samt egenkontroller genom punktprevalensmätningar av följsamhet. Utsedda hygienombud stöttar medarbetare i hygienarbetet. Inga smittsamma sjukdomar och infektioner har spridits inom enheten under året.

Egenkontroller vad gäller basal hygien och klädregler som genomförts under året visar på en lägre följsamhet inom några av observerade områden. Områden som enheten framförallt arbetar vidare med att säkerställa följsamhet till är handdesinfektion före omvårdnadsarbete och korrekt arbetsdräkt i arbetet. Kontinuerlig dialog om uppföljningsresultat är av vikt och genomförs.

Webbaserad utbildningen i basal hygien och klädregler ska genomföras årligen av samtliga medarbetare. Rutinen är att diplom ska lämnas in vid årets medarbetarsamtal. Chef måste efterfråga dessa diplom från samtliga medarbetare så mål nås.

Det teambaserade palliativa arbetet är välfungerande och verksamheten kan i palliativregistret se förbättrade resultat där målnivån för kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede uppnås inom samtliga områden. Enhetens arbete med reflektionssamtal efter dödsfall, genomfört utvecklingsforum och samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation kring den palliativa vården ser vi har bidragit till den positiva utvecklingen. Arbetet utifrån

framtagna rutiner fortsätter 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 anmäls enligt lex Maria
0	0	0

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Under året har ingen händelse 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. Avvikelser synpunkter och klagomål följs upp i månatliga kvalitetsråd.

Smittförebyggande arbete- Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta är centralt på enheten. Personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning enligt fastställda rutiner. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygienisk standard har genomförts regelbundet enligt årshjul. Punktprevalensmätningar har genomförts, analyserats och handlingsplan upprättats för identifierade brister som följs upp. Infektionsregistreringar följs upp.

Läkemedelshantering och delegering- Egenkontroller och extern granskning genomförs årligen. Egenkontrollerna har haft goda resultat. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följs upp. Exempel på område som enheten arbetat med är att säkerställa signering av administrerade läkemedel. Chef och samtliga sjuksköterskor har via Apoteket AB utbildats i läkemedelshantering och delegering. Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare.

Evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov- Rutiner finns för strukturerade evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov som utgångspunkt för planering av åtgärder. Enheten har implementerat beslutsstödet ViSam vid försämrat hälsotillstånd hos en patient som stöd för sjuksköterskans kliniska bedömning av patientens behov av vårdnivå.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation- Dokumentationsgranskning av omvårdnadsjournalen sker genom egenkontroller enligt årshjul för Hälso- och sjukvården och dokumentationen granskas utifrån olika vårdprocesser. Handlingsplan upprättas vid identifierade brister.

Palliativ vård i livets slutskede- Arbetet med den palliativa vården i livets slut analyseras med hjälp av Svenska Palliativ registrets resultatrapporter. Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Samverkan med ansvarig läkarorganisation har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

Kompetensutveckling av medarbetare sker utifrån verksamhetens mål och identifierade behov i syfte att öka patientsäkerheten.

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.

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.

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

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar 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 genomför kvalitetsråd varje månad då representanter från de olika personalkategorierna deltar. Samtliga avvikelser gällande HSL och SoL från föregående månad analyseras. Bedömning görs om det är vårdskada eller ej. Även synpunkter och klagomål diskuteras i detta forum. Ombuden förmedlar resultat och eventuella ändringar av rutiner till sina kollegor på avdelningen. På APT lyfts även detta av ombuden. På samtliga APT lyfts vi vikten av att skriva avvikelser som ett led i enhetens utvecklingsarbete. Vi har

även förtydligt hur baspersonalen ska hantera muntliga klagomål som inkommer från patienter och närstående.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	48	46	Utebliven dos=35. Dubbel dos=2, Förväxling av tidpunkt=3. Utebliven signering av given dos=1. Felaktigt iordningställt läkemedel=1. Övrigt annat=6 st. (berör trasigt läkemedelskåp, att ssk inte informeras om utebliven dos, 2 st. att läkemedelsdos saknas. 1 stickskada kanyl, 1 st. att ssk glömt att dokumentera uttag av läkemedel.)
Specifik omvårdnad	3	1	1 utebliven nutritionsåtgärd, 1 utebliven såromläggning. 1 felaktigt utförd trycksårsprofylax
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	1	1	Brist i informationsöverföring
Vårdrelaterad infektion	0	0	
totalt	52	48	

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
132	22 varav 4 frakturer	0

Antalet avvikelser inom området läkemedel har minskat med ca 70% i jämförelse med 2023. En orsak ses vara att sjuksköterskorna under året arbetat med regelbunden uppföljning av signeringslistor för administrering av läkemedel samt att enheten har arbetat med att säkerställa kommunikation vid dagliga rapporter mellan arbetslagen.

Att ordinerade läkemedel inte ges kan bero på att baspersonal missar, att patienten inte vill ta läkemedel, eller inte är hemma vid administreringstillfället. Gällande avvikelser som rör specifik omvårdnad ses brister i kommunikation som orsak.

Fortsatt måste HSL-personal arbeta med att rätt patient får ordinerat läkemedel vid rätt tid och att det signeras. Kommunikationen måste säkerställas. Dagliga rapporter mellan olika

arbetslag är viktigt.

Antalet avvikelser inom området fallincidenter har ökat med 18% jämfört med 2023. Vid ytterligare analys bakåt i tiden observeras en gradvis ökning av antalet fall sedan 2021 till 2024. Verksamheten behöver se över och analysera orsak till ökningen. En trolig orsak kan vara en förbättrad hantering av avvikelser, med en ökad registrering av avvikelser i avvikelsemodul. Vad det gäller andelen skador har det skett en mindre ökning från 19 till 22, år 2024. Antalet frakturer är fyra och oförändrat jämfört med 2023.

Enheten arbetar systematiskt i team för att förebygga fall och analyser sker i samband med varje fall och varje månad på kvalitetsråd för att förebygga och förhindra fallskador. Ofta är det ett fåtal personer som faller. Detta kan vara kopplat till vissa diagnoser men också till oro hos patienten och kan vara svåra att helt förhindra."

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Enheten har inte tagit emot synpunkter och klagomål vad gäller HSL under året. Om synpunkter inkommer så hanteras de i kvalitetsråd på enheten där en analys genomförs, åtgärder upprättas och utförs varefter uppföljning sker.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

1.1.1.14.5.1 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%	100%
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%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	100%

Resultatet för 2024 visar att målen uppnås för samtliga indikatorer och visar på en god utveckling i jämförelse med tidigare år.

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
51	92%	94%	69%

Ca 88 procent av boende på servicehuset har registrerats i Senior Alert under 2024.

Verksamheten har i jämförelse med tidigare år ytterligare utvecklat arbetet med Senior Alert under året

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.

Vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till olika förhållanden men med bibehållen kvalitet och funktion.

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 kontinuitetsplanering. Arbetet fortsätter under 2025.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den utvecklats. Arbetet fortsätter med stöd av ombud och verksamhetsutvecklare under 2025. Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer genomföras enligt beslutat årshjul för egenkontroller 2025.

Enheten kommer arbeta vidare med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist.

Enheten kommer att arbeta vidare med att utveckla sina arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer och använda resultaten i det fortsatta förbättringsarbetet.

6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

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

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Informationssäkerhet	<p>1. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsätter att utvecklas 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 Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</p> <p>2. Översyn av enhetens rutiner och arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</p>	<p>- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul under året.</p> <p>- Egenkontroll av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ.</p>
Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följksam 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 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	<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"> - förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder - att samtliga avvikelser sluthanteras inom en godkänd tidsram på en månad - ökad spridning av avvikelser 	<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 hanteras och slutbedöms.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Utveckla arbetssätt för delegering inom rehabiliteringsområdet	Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeut.	Verksamhetens rehabiliteringspersonal (en representant) deltar i arbetsgrupp för framtagande av rutin för delegering. MAR bjuder in. Rutin presenteras på chefsmöte för godkännande. Rutin implementeras i verksamheten genom att presentation på olika personal forum.	-Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025. -Att det finns en uppdaterad rutin.