

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Kista Servicehus Dagverksamhet Violen och Minnesträffens dagverksamhet



Upprättad av:
Marianne Ankersjö,
Medicinskt ledningsansvarig Kista Servicehus och dagverksamheter
Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering
Godkänd av:
Maria Venderlöf, Områdeschef
Eva Ingstrand, Verksamhetschef

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är skriven utifrån den nationella mallen, utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet redovisa strategier, mål och resultat av arbetet för att förbättra patientsäkerheten.

Berättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det är möjligt att bedöma hur det systematiska och fortlöpande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits inom verksamhetens olika delar samt tillgodose externa intressenters informationsbehov.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdigställd senast den 1 mars varje år, hållas tillgänglig för allmänheten och vara utformad så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Agera för säker vård	11
1. Rätt patient – rätt insats	11
2. Läkemedelssäkerhet	12
3. Trygg och säker vårdmiljö	12
4. Infektionsförebyggande arbete	13
5. Informationsöverföring och kommunikation	13
Fortlöpande förbättringsarbete	14
Egenkontroller	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter.....	19
Ökad robusthet och resiliens i ett totalförsvarsperspektiv.....	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026.....	20
Kvarstående mål från 2025 års patientsäkerhetsberättelse för Servicehuset.....	21
Identifierade tillkomna utvecklingsområden 2026 för servicehus och dagverksamhet ..	22

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen är skriven för Kista servicehus och dagverksamheterna Violen och Minnesträffen och beskriver verksamheternas systematiska patientsäkerhetsarbete 2025.

Kista Servicehus hälso- och sjukvårdspersonal ombesörjer de eventuella vårdbehov som uppkommer under vistelsen på dagverksamheten. Under 2025 har insatserna på Violen och Minnesträffen i huvudsak bestått i inskrivning och utskrivning.

Den kommunala primärvården på Kista servicehus, Violen och Minnesträffen har under året bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med rutiner i verksamhetens ledningssystem. Hälso- och sjukvården på Minnesträffen har under årets 3:e kvartal återgått från att ombesörjas av underleverantör Klara T till kommunalt ansvar och kommer, liksom Violen, ombesörjas av servicehusets hälso- och sjukvårdspersonal 2026. Verksamheten har aktivt arbetat för att förbättra patientsäkerheten, med målet att förebygga uppkomst av vårdskador och tillvarata lärdomar från inträffade händelser.

Ett förbättringsarbete har genomförts på Servicehuset inom området läkemedelshantering, med särskilt fokus på delegeringar, säker hantering och korrekt signering av läkemedel.

Årlig besiktning och översyn av verksamheternas medicintekniska produkters tekniska livslängd har genomförts, vilket resulterat i att äldre vårdsängar bytts ut mot nya.

För att öka medarbetarnas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet har kvalitetsråden på Servicehuset omstrukturerats så att all personal i tjänst deltar. Avvikelserna bereds så långt som möjligt och sammanfattas på kvalitetsmötet, där såväl avvikelser utifrån hälso- och sjukvård och socialtjänst hanteras.

Kvalitets- och egenkontrollverktyget Qusta (bilaga 2) har introducerats. Kapitlet avseende läkemedelshantering har bearbetats och övriga delar planeras under 2026.

Under året har ingen avvikelse lett till vidare utredning av misstänkt allvarlig vårdskada och därmed har ingen anmälan enligt Lex Maria varit aktuell.

Inför 2026 kvarstår samma utvecklingsområden som för 2025, som är fokusområden i patientsäkerhetsarbetet, samtidigt som fler områden tillkommit. En prioritering kommer att behöva göras i verksamheten för vilka av dessa mål som är möjliga att genomföra.

På Kista Servicehus och dagverksamheter, bedrivs idag en hälso- och sjukvård som uppfyller kraven för en god patientsäkerhet, där utvecklingsområden finns som kan öka kvaliteten.

Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659).

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Den nationella handlingsplanen lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård, som är centrala för patientsäkerhetsarbetet.

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



Engagerad ledning och tydlig styrning

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

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



Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet för Kista servicehus och dagverksamheterna Violen och Minnesträffen är att säkerställa en god, säker och jämlik vård och omsorg där patienten och eventuella anhöriga känner sig delaktiga och trygga. En stark, öppen och transparent patientsäkerhetskultur ska prägla hela organisationen.

Ledningens aktiva engagemang ska vara tydligt, genomsyra samtliga verksamhetsnivåer och skapa förutsättningar för att bedriva en vård av god kvalitet där risker identifieras i tid och där patienten inte drabbas av undvikbara vårdskador. Ledarskapet ska vara tillitsbaserat vilket förutsätter en kompetent och kommunikativ ledning och kompetent hälso- och sjukvårdspersonal tillika omvårdnadspersonal.

Ur verksamhetens ledningssystem framgår det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom rutiner, egenkontroll och avvikelsehantering som syftar till att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Organisation och ansvar

Kista Servicehus och dagverksamheterna Violen och Minnesträffen är organiserade under samma områdeschef vars område omfattar servicehuset och de förebyggande verksamheterna. För servicehuset finns också en enhetschef. Driftsansvaret inkluderat personalansvar för servicehuset åligger enhetschef och ytterst områdeschef, och för dagverksamheterna åligger drifts- och personalansvaret områdeschef. Verksamhetschefsuppdraget enligt 4kap 2 § HSL, är övergripande organiserat över äldreomsorgens alla utförarenheter.

Till sin hjälp har områdeschefen och enhetschefen på servicehuset en medicinskt ledningsansvarig (MLA), för att säkerställa medicinsk kompetens i servicehusets ledningsgrupp. Medicinskt ledningsansvarigs uppdrag är att säkerställa att processer och egenkontroller genomförs i enlighet med ledningssystemet för hälso- och sjukvård och att återkoppla detta till enhetschef, områdeschef och verksamhetschef.

I stadsdelen finns en Medicinskt Ansvarig sjuksköterska, MAS, och en Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens 11kap 4 §. MAS och MARs funktion är att stötta och följa upp verksamheten och säkerställa att en god och säker vård bedrivs i enlighet med rutiner och rådande lagstiftning

Andra exempel på stödfunktioner för hög patientsäkerhet är vårdhygien - för att säkerställa en vård med god hygienisk standard, apoteket - för säker hantering av läkemedel och delegeringar, smittskydd för det smittförebyggande arbetet och palliativt kunskapscenter – för en god vård i livets slut.

Den kommunala primärvården på Kista Servicehus och dagverksamheter består av 3 sjukskötersketjänster, en fysioterapeut och en arbetsterapeut på dagtid måndag till fredag, samt tillgång till konsulterande dietist. Kvällar och helger finns tillgång till journalsjuksköterska med inställetid på 30 minuter via företaget Klara Team.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En välfungerande samverkan är en förutsättning för att kunna erbjuda en god, säker och sömlös hälso- och sjukvård utan försvårande gränser mellan huvudmän och verksamheter. Informationen ska följa patienten genom hela vårdkedjan i syfte att säkerställa hög patientsäkerhet och kontinuitet.

På länsövergripande nivå regleras samverkan genom Huvudöverenskommelse (HÖK) om hälsa, vård och omsorg mellan kommunerna och Storsthlm. Överenskommelsen konkretiseras i riktlinjer och lokala samverkansöverenskommelser mellan berörda huvudmän och verksamheter.

Samverkan enligt omställningen till God och Nära Vård syftar till att vård och omsorg ska samordnas bättre, särskilt för personer med långvariga eller komplexa behov. Genom tidiga insatser, förebyggande arbete och ökad kontinuitet ska vårdskador och onödigt vårdbehov förebyggas. Patientens delaktighet ska stärkas och vården ska, när det är möjligt, ges i hemmet för att skapa en mer personcentrerad, effektiv och sammanhållen vård där rätt insats ges på rätt vårdnivå.

Servicehusets hälso- och sjukvårdspersonal arbetar kontinuerligt med förebyggande insatser och systematisk uppföljning för att minska risken för vårdskador. Genom kontinuitet, god planering och tillämpning av kvarboendepincipen eftersträvas rätt vårdnivå och onödiga besök på akutmottagning förebyggs.

Inom dagverksamheten finns möjlighet att vid behov vidareutveckla samverkan med den regionala primärvården, exempelvis kring träningsprogram, uppföljning av läkemedelsbiverkningar, blodsockerkurvor och andra medicinska åtgärder, i syfte att säkerställa en samordnad och trygg vård för den enskilde

Enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska nödvändig information till verksamheterna ske samma dag som patienten skrivs ut, så att den fortsatta vården och omsorgen ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt. Vid inskick medföljer en såkallad transportjournal med väsentliga uppgifter om patienten och kontaktuppgifter till servicehuset. Under 2025 har tre avvikelser skickats till S:t Görans sjukhus akutmottagning, då information inte medföljt

patienten åter. I samtliga fall har bristen bekräftats och en översyn av rutiner genomförts.

Läkarresurserna ansvaras av regionen och tillhandahålls via Capiro (läkare i SÄBO). Samverkan regleras genom en överenskommelse för att säkerställa ett strukturerat och effektivt samarbete. Den digitala rondplattformen Collabodoc används för hantering av enklare patientärenden och kommunikation som inte kräver rond. Detta effektiviserar rondtiden, möjliggör ökat fokus på komplexa ärenden och patientkontakt, samt stärker patientsäkerheten genom systematisk uppföljning och avslut av ärenden.

Under året har flera läkarbyten förekommit, vilket har påverkat kontinuiteten i patientkontakter och samverkan med hälso- och sjukvårdspersonal. Den bristande kontinuiteten har medfört risk för fördröjning av vissa medicinska åtgärder, exempelvis minnesutredningar, vilket kan påverka patientsäkerheten.

Läkarorganisationen har därför vidtagit åtgärder och Kista Servicehus har tilldelats en läkare med geriatrisk specialistkompetens, vilket är mycket uppskattat.

Tillgången till medicinteknisk utrustning och förbrukningsvaror regleras genom en kostnadsöverenskommelse mellan kommun och region, där respektive part ansvarar för olika produkter. Kommunens kostnadsansvar och tillgång säkerställs genom ramavtal för upphandlat sortiment och beställs i inköpssystemet Agresso. Produkter inom regionens kostnadsansvar beställs genom förtroendeförskrivning, där personliga hjälpmedel hanteras via Sodexo och förbrukningsvaror via läkarorganisationen.

Under året har leveransproblem förekommit från Sodexo, avseende såväl hyrprodukter enligt kommunens avtal som regionfinansierade hjälpmedel samt underhåll och besiktning. Avtalsförvaltare inom region och kommun arbetar långsiktigt med åtgärder.

Bristande leveranser medför patientsäkerhetsrisker när rätt hjälpmedel inte finns tillgängliga eller när fel och brister inte åtgärdas i tid, vilket kan kräva tillfälliga alternativa lösningar i väntan på leverans.

Enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska nödvändig information överföras samma dag som patienten skrivs ut, så att fortsatt vård och omsorg kan ges tryggt och säkert. Vid inskick följer en transportjournal med väsentliga patientuppgifter och kontaktuppgifter till servicehuset. Under 2025 har tre avvikelser rapporterats till S:t Görans sjukhus akutmottagning då information inte följt med patienten tillbaka. Bristerna har bekräftats och rutinerna har setts över.

Kvalitetsgranskningar avseende läkemedelshantering utförs av Apotek AB och är samtidigt ett lärande. Servicehuset hade några få mindre förbättringsområden, vilka snabbt kunde åtgärdas.

För Munhälsobedömning sker samverkan med avtalad leverantör Oral Care, som återkopplar resultaten till sjuksköterskan.

Fotsjukvård för patienter på servicehuset som erhållit remiss via läkare ombesörjs av det upphandlade företaget Fot & Hälsagruppen och bekostas av Servicehuset. I samverkan meddelar företaget vilka personer och vilken dag som besöken planeras, samt återkopplar till sjuksköterskan vid behov.

Samverkan kring logopedinsatser och dysfagi har identifierats som ett utvecklingsområde för 2026 och ett utvecklingssamarbete har påbörjats.

Logopedverksamhet är regionens ansvar och bedrivs inom vårdval enligt lagen om valfrihetssystem, vilket innebär att olika logopedaktörer möter olika patienter på servicehuset. Antal patienter med logopedkontakt på servicehuset avseende sväljproblematik är förhållandevis få. Kontakter initieras ofta från slutenvården och sker ibland utan samverkan med servicehusets hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan påverka patientsäkerheten särskilt som avsaknaden av en samordnad individuell plan (SIP) i dessa ärenden är vanlig.

För en god dysfagivård behövs en god samverkan mellan patienten, nutritionsansvarig sjuksköterska, logoped och vid behov dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut. På servicehuset är patienten själv ansvarig för sin mathållning och köksutrustning, vilket kan innebära utmaningar avseende möjlighet till konsistensanpassning av mat. Vid behov beviljas måltidsinsatser och matinköp via socialtjänstlagen.

SBAR som standardiserad kommunikationsmodell har introducerats på Servicehuset så att överföring av information blir säker och tydlig. SBAR används dels av hälso- och sjukvårdspersonal emellan, men framförallt mellan omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal och i samverkan med sjuksköterskejouren Klara T. Under 2025 har hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal genomgått utbildning.

En välfungerande samverkan mellan beställarenhetens biståndshandläggare, god man/förvaltare, boendestöd samt servicehusets samtliga funktioner – i dialog med patient och närstående – är en förutsättning för att nödvändiga hemtjänstinsatser ska beviljas och genomföras så att en patientsäker vård med god kvalitet kan säkerställas.

Detta omfattar bland annat adekvat stöd vid måltider (med målsättning om högst 11 timmars nattfasta), tillräcklig tid för omvårdnad och förflyttningar, stöd vid assisterad egenvård samt resurser vid palliativ vård.

En särskild utmaning uppstår när patient av kostnadsmedvetenhet avstår från beviljade insatser enligt SoL, vilket kan begränsa förutsättningarna att upprätthålla en god och säker hälso- och sjukvård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i journalsystemet VODOK. Omvårdnadspersonal har inte läsbehörighet till patientjournalen, däremot kan hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera och läsa i SoL-dokumentationen. I SoL-dokumentationen dokumenterar hälso-och sjukvårdspersonal information av särskild vikt.

Patientinformation i form av pappersdokument för arkivering liksom journalanteckningar som förs i enlighet med rutin vid driftstopp, förvaras i ett inlåst och brandsäkerhetsklassat dokumentskåp med lås.

Samtycke från patienten avseende närståendekontakt, tillgång till NPÖ och information om kvalitetsregister dokumenteras i journal.

Loggkontroller av Vodok har gjorts i enlighet med rutin och inga avvikelser har noterats. Loggkontroll NPÖ har inte utförts under 2025 och är ett utvecklingsområde för 2026.

Egenkontroll av dokumentation och stickprov har visat att dokumentationen är god.

Inför eventuella akuta inskick till sjukhus finns en förberedd transportjournal med patientuppgifter samt id-band utskrivna, som förvaras hemma hos patienten i dennes läkemedelsskåp.

Ett särskilt sökord i journalen finns avseende intolerans och överkänslighet som kan innebära allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Även 0-HLR dokumenteras. 0-HLR finns också som en fysisk markör hemma hos patienten så informationen är tydligt för all personal i en akut situation.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundförutsättning för säker vård.

Verksamheten arbetar aktivt för att skapa organisatoriska förutsättningar som främjar öppenhet, delaktighet och lärande.

Tydligt och närvarande ledarskap, gemensamt ansvarstagande och systematisk uppföljning är centrala delar i detta arbete.

Enhetschefen leder dagliga morgon- och eftermiddagsrapporter där all tjänstgörande personal deltar. Eftermiddagsrapporten ger utrymme för dialog om komplexa patientärenden, inträffade händelser, uppföljning av insatser samt kortare kvalitetshöjande genomgångar. Detta skapar samsyn, tydlighet och säkerställer att insatser, inklusive delegerade uppgifter, utförs korrekt. Dagverksamheterna har egna planeringsmöten inför dagens start.

Rapportering och dialog kring händelser, risker och tillbud är en central del av det förebyggande arbetet. En hög rapporteringsgrad ses som ett tecken på en mogen och öppen säkerhetskultur. Vårdavvikelse rapporteras när en boende skadats eller riskerat



skada, dokumenteras i avvikelsemodulen i Vodok och följs upp av berörd profession eller team. Regelbundna reflektionsgrupper stärker det gemensamma lärandet.

Också transparens är centralt vid avvikelser. Avvikelserna återkopplas vid kvalitetsråd, professionsmöten och APT, och allvarliga eller återkommande händelser analyseras för att åtgärder ska följas upp systematiskt. Medarbetare involveras i avvikelshantering, riskbedömningar och uppföljning av kvalitetsresultat, vilket stärker systemförståelse och kunskap om förbättringsarbete – en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Vid risk för allvarlig vårdskada informeras MAS och MAR omgående och intern utredning initieras, där den enskilde och vid behov anhöriga involveras. Analysen fokuserar på bakomliggande systemfaktorer, och inte i huvudsak på individ, i syfte att förebygga återupprepning och utgör underlag för eventuell anmälan enligt Lex Maria. Under 2025 har ingen händelse föranlett sådan anmälan.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö är ömsesidigt beroende. Vid längre vakanser har bemanningspersonal och timanställd personal satts in. Omvårdnadspersonalens arbetsfördelning och arbetskort analyseras och justeras löpande utifrån kontaktmannaskap, kompetens och arbetsbelastning, ofta på initiativ av medarbetare. Basala hygienrutiner följs samtidigt som verksamheten under 2025 bedrivit ett arbete för att minska plastanvändning och säkerställa korrekt användning av engångsprodukter.

Genom ett strukturerat, transparent och lärande arbetssätt skapas en hållbar säkerhetskultur där både patienter och medarbetare kan känna trygghet

Adekvat kunskap och kompetens

En förutsättning för en säker vård är att verksamheten har tillräcklig bemanning med medarbetare som har rätt utbildning, erfarenhet och kompetens för uppdraget. Kompetensförsörjning planeras långsiktigt och följs upp kontinuerligt av enhetschef i samverkan med områdeschef, verksamhetschef och legitimerad personal.



Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens säkerställs dels genom strukturerad introduktion för nyanställda med bredvidgång och handledning och dels när ökat behov

av kompetens lyfts av medarbetare utifrån patientarbetet. Också i medarbetarsamtalet lyfts kompetens upp och individuella utvecklingsplaner upprättas vid behov. Pågående är en sammanfattning av årets behov av kompetensutveckling hos hälso- och sjukvårdspersonal inkluderat chefer.

Under 2026 ska revidering av introduktionsmaterialet göras, då det framkommit synpunkter på introduktionen från tidigare medarbetare och nya arbetssätt tillkommit såsom Collabodoc rondplattform och smarta lås.

Återkommande utbildningsinsatser genomförs inom områden som basala hygienrutiner, förflyttningsteknik, hjälpmedel, läkemedelshantering och delegering. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter föregås sedan 2025 av Apotekets digitala utbildning och prov, samt praktisk genomgång samt kunskapskontroll som följs upp årligen av sjuksköterska. Övriga delegeringsområden föregås av utbildning inom respektive område. Utbildning i SBAR som kommunikationsverktyg har genomförts under 2025

Legitimerad personal handleder och stödjer omsorgspersonal i det dagliga arbetet för att stärka klinisk bedömning och riskmedvetenhet. Omvårdnadspersonalens bemanning och arbetsfördelning planeras utifrån boendes aktuella behov, vårdtyngd och kompetens och erfarenhet. Kontinuitet eftersträvas genom kontaktmannaskap och genom att erfaren personal fördelas över arbetspassen och tillgänglig hälso- och sjukvårdspersonal. Den legitimerade personalens närvaro under dagtid möjliggör teamarbete, gemensamma bedömningar och tidiga insatser, vilket stärker patientsäkerheten.

Patienten som medskapare

På servicehuset sker i huvudsak patientens delaktighet i vårdmötet med den legitimerade personalen, där boende ges möjlighet att uttrycka åsikter, önskemål och frågor om sin vård. Det kommer också frågor från anhöriga direkt till hälso- och sjukvårdspersonal men vanligen kommer många av patienters och anhörigas frågor hälso- och sjukvårdspersonalen tillhanda via omvårdnadspersonalen. Patientens delaktighet i sin vård och omsorg tydliggörs också vid biståndsbedömarens besök. All hälso- och sjukvård är frivillig och samtycket är centralt.



Synpunkter och klagomål tas emot direkt i dialog med hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, via administrativ personal eller direkt till chef. Svar på synpunkter och klagomål återkopplas till patient och i förekommande fall till närstående. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig utanför kontor och biläggs inflyttningsinformationen. Synpunkter och klagomål används för att identifiera förbättringsområden och utveckla rutiner. Under 2025 har tre klagomål avseende hälso- och sjukvård förekommit och åtgärdats. I huvudsak har det handlat om händelser av mindre allvarlig karaktär, men väl så viktiga för patienten. Bristerna orsakats av missförstånd baserat på otydlig kommunikation. Inga klagomål har inkommit via patientnämnd eller IVO.

Journalgranskningar har visat att dokumentationen av patientens delaktighet i åtgärder kan förbättras. Detta är ett identifierat utvecklingsområde för 2026, och åtgärder planeras för att stärka dokumentationen av hur patienten medverkar i sin vård, vilket är centralt för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

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.

Agera för säker vård

Verksamheten arbetar systematiskt för att säkerställa patientsäkerheten utifrån de fem nationella fokusområdena. Egenkontroll och uppföljning genomförs kontinuerligt för att säkra kvaliteten och förbättra vården. Under hösten 2025 har en årsklocka för hälso- och sjukvårdens egenkontroller och uppgifter påbörjats och utvecklas löpande. Årsklockan tas upp på varje HSL-möte som sker månadsvis.

1. Rätt patient – rätt insats

God samverkan med patient, teamarbete, individuella hälsoplaner och samverkan med läkarorganisation, säkerställer att varje boende får rätt insats vid rätt tidpunkt. Den digitala rondplattformen Collabodoc ger möjlighet till snabb hantering av enklare ärenden, vilket frigör tid till mer komplexa ärenden under ronn dagen. Under året har genomgång av journaler genomförts som egenkontroll, vilket visade att dokumentationen var god och att vården kunde följas. Ett problem som identifierats är att information om kallelser till undersökningar via post till patienten eller företrädare, inte alltid kommer sjuksköterskorna tillhanda för planering och besöket uteblir.

Som boende på servicehuset hanterar alla sin egen post antingen själv, med beviljad assistens via biståndsbeslut eller via företrädare. Vid kognitiv svikt eller annan problematik kan posten bli liggandes och viktiga undersökningar missas. När detta uppmärksammas av hälso- och sjukvårdspersonal lyfts frågan till enhetschef för ansökan om stöd via socialtjänsten.

2. Läkemedelssäkerhet

Sjuksköterskor följer rutiner för ordination, hantering och administrering av läkemedel. Årligen sker en apoteksgranskning för att säkerhetsställa följsamhet till gällande rutiner och lagstiftning. Sjuksköterskan dokumenterar de läkemedelsövertag som görs där sjuksköterskan tar över läkemedelsansvaret från patienten.

Administrering av läkemedel till patient delegeras av sjuksköterskan till omvårdnadspersonal efter genomgången digital apoteksutbildning samt teoretiskt och praktisk prov. Delegeringen följs upp enligt rutin.

Avvikelse upprättas vid fel. Vanligaste felet är osignerade läkemedel följt av missad dos. Signering görs manuellt och en egenkontroll av signeringslistorna görs månadsvis. Missad dos hanteras i samband med upptäckt, och avvikelse upprättas.

Under året har en läkemedelsavvikelse av mer allvarlig karaktär relaterat till osignerat läkemedel inträffat. Patienten till följd av utebliven signering ytterligare dos av sömnläkemedel, vilket upptäcktes strax efter att den dubbla dosen hade givits. Patient hölls under övervakning och fick inga men av händelsen.

Under 2025 har stort fokus lagts på att åtgärda brister avseende uteblivna signeringar. Åtgärderna har inte givit önskad effekt och verksamheten har beslutat att under 2026 se över möjligheterna att införa APPVA - ett digitalt system för signering.

Qustas egenkontrollsverktygs kapitel om läkemedelshantering har bearbetats där vissa mindre behov av uppdatering av lokal rutin har noterats.

3. Trygg och säker vårdmiljö

Riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och munhälsa erbjuds löpande, minst 1 gång per år och vid förändrat hälsotillstånd liksom också förflyttningsstatus och ADL-bedömning. Övriga status och frekvens av dessa görs utefter individuella behov såsom exempelvis smärta, oro och rörlighet, dock minst 1 ggr/år. Senior Alert registreras för 80% av patienterna, övriga 20% har tackat nej till registrering i kvalitetsregistret. Egenkontroll av riskbedömningar görs i samband med egenkontroll av dokumentation. Egenkontrollen påvisade att riskbedömningar inte alltid erbjuds och genomförs inom 14 dagar efter inflytt, vilket är ett utvecklingsområde 2026

Utbildning inför erhållandet av delegering har under året övergått till Apotekets digitala utbildning och kunskapstest, innan den praktiska delen genomförs tillsammans med sjuksköterska. Utfärdad delegering följs upp av sjuksköterska. Egenkontroll görs via Vodok, där det framgår när delegeringen löper ut. Också den som mottagit delegering ansvarar för att påtala när det är dags att förnya.

För basala hygienrutiner finns två hygienombud utsedda bland omvårdnadspersonalen som särskilt lyfter frågor avseende basala hygienrutiner och användning av förbrukningsmaterial. Ämnet har återkommande lyfts på rapport. I samband med morgonrapporten är omvårdnadspersonalen aktiv och påminner varandra om någon glömt att ta av smycken etc. Egenkontroll av basala hygienrutiner genomfördes senast i september 2025 med gott resultat.

Besiktning av sängar och personlyftar görs årligen av behörig fackman och funktionskontroller av övriga produkter utan krav på fackman, utförs av leg. personal. Egenkontroll över genomförda funktionskontroller görs årligen av leg. personal, genom kontroll av excelfil. En analys och egenkontroll lämnas till chef.

Utbildning i förflyttningsteknik och hjälpmedelskunskap har genomförts för sommarvikarier, timvikarier och ordinarie personal.

Inkontinenshjälpmedel. Under 2025 har sjuksköterskorna påbörjat arbetet med att följa upp samtliga patienters individuellt förskrivna hjälpmedel vilket kommer att fortsätta under 2026. Möjligheten att använda förskrivarstödet "Guide" ses över. Två inkontinensombud finns bland omvårdnadspersonalen.

Palliativ vård. Under 2025 har totalt 7 patienter avlidit varav 4 på sjukhus. En god samverkan mellan dagsjuksköterskor och patrullsjuksköterskor har skett. Egenkontroll görs via palliativregistret, men inget av de tre dödsfallen har registrerats. Registrering i palliativregistret är ett utvecklingsområde 2026.

Egenkontroll av avvikelser sker månadsvis inför kvalitetsråd. Genom att jämföra statistik fångas trender upp, dels på individnivå, men dels för hela verksamheten i stort.

4. Infektionsförebyggande arbete

Under året har dialog och utbildning kring basala hygienrutiner utifrån en minskad plastanvändning och korrekt användning av engångsprodukter i samband med omvårdnad hållits. Dialoger har förts avseende vilka omvårdnadsmoment som plasthandskar och förkläden ska användas.

Avseende egenkontroll basala hygienrutiner, se punkt 3 ovan.

Verksamheten följer smittskydds rutiner vid smittutbrott och avtal finns med smittskydd/vårdhygien som regelbundet följer upp verksamheten.

Genom goda rutiner och en snabbt mobiliserad kohortvård har smittspridning framgångsrikt kunnat förebyggas och enstaka covid- och influensautbrott isolerats. Smittskydds riktlinjer följs.

Erbjudande om vaccination av säsongsinfluensa, covid och pneumokock har erbjudits alla patienter. Alla givna doser finns registrerade i Vaccinera. Våren 2025 var 63% vaccinerade och Hösten 2025 var 78% vaccinerade med minst 1 dos.

En ny PPM-mätning kommer att introduceras via äldreförvaltningen för 2026. Mätningen sker 2 ggr/år

5. Informationsöverföring och kommunikation

Överrapportering vid morgon- och eftermiddagsrapporter samt dokumentation i Vodok och till viss del ParaSol säkerställer att information följer patienten. En överrapporteringspärm till kvälls och nattpersonal, där instruktioner vid behov framgår, lämnas omvårdnadspersonalen. Avvikelse och risker diskuteras vid kvalitetsråd och professionsmöten, vilket bidrar till transparens och lärande.

Ur dokumentationen ska erhållen och utförd informationsöverföring framgå. Den pågående vården ska vara tydlig och baserat på dokumentationen tas över av kollegor.

Vid akuta inskick medföljer en transportjournal patienten med väsentliga uppgifter, däribland kontaktuppgifter till verksamheten.

Tre avvikelser har förekommit där patienter som kommit åter efter sjukhusbesök/akutbesök, utan att servicehuset har meddelats hemgång och där skriftlig information saknats vid ankomst till servicehuset. Avvikelse har skickats.

Avvikelse har också förekommit där patienter kommit åter till servicehuset jourtid där omvårdnadspersonalen inte har informerat journalsjuksköterskan om att patienten är åter, vilket är av yttersta vikt ur patientsäkerhetsperspektiv. Information om skyldighet att kontakta sjuksköterska när patient kommer åter från sjukhus har gjorts och enskilda samtal med berörd omvårdnadspersonal har förts. Vidtagna åtgärder har fallit väl ut.

Informationen från signeringslistor för läkemedel ska vara överskådlig och tydlig. En översyn påbörjades under senhösten 2025 där utvecklingsområden identifierats. Inga ändringar kommer att göras förrän beslut om eventuellt införande av digital signering gjorts.

Genom Rondplattformen Collabodoc har kommunikationen mellan Servicehusets hälso- och sjukvårdspersonal och läkarorganisationen samt jourpatrullsjuksköterskorna underlättats. Arbetet med rondplattformen har minskat risken för missförstånd och informationsbortfall.

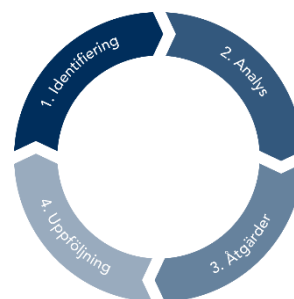
Ett utvecklingsområde 2026 är fortsatt förbättrad av dokumentation kring patientens delaktighet i vård och behandlingsbeslut tillika åtgärder och uppföljningen av dessa.

Fortlöpande förbättringsarbete

Verksamheten använder reflektionsgrupper, kvalitetsråd och systematisk egenkontroll som grund för förbättringsarbetet.

Erfarenheter från avvikelser, kvalitetsregister och egenkontroller analyseras och används för att utveckla rutiner och förbättra

arbetssätt. Målet är ett lärande och hållbart patientsäkerhetsarbete där både boende och medarbetare känner trygghet.



Egenkontroller

	Egenkontroll	frekvens	Analys	Åtgärd
1. Rätt patient – rätt insats	Dokumentation kollegialgranskning och stickprov.	2ggr/år	Inga	
	Collabodoc – egenkontroll genom stickprov MAS/MAR	1ggr/år	Nytt under 2025. En första analys har visat på förbättrat informationsflöde, minskat informationsbortfall och frigörande av tid för mer komplexa ärenden och patientmöten.	Görs 2026
2. Läkemedelssäkerhet	Apoteksgranskning	1ggr/år	Små brister som omgående justerades	
	Läkemedelsavvikelser, kvalitetsråd	1ggr/mån	Flera avvikelser avser utebliven signering. Flera åtgärder vidtagna utan nämnvärd förbättring	Se över möjligheten att använda APPVA digital signering 2026

3. Trygg och säker vårdmiljö	Riskbedömningar fall, nutrition, trycksår och munhälsa.	2ggr/år	Dokumentation vid inflytt enligt rutin dag 1-3-14	
	Kvalitetsregister: Senior Alert	2ggr/år	Senior Alert 80%. 20% tackat nej. Överföring till SoL är otydlig	Resultatet tas på teammöte.
	ADL och förflyttningsbedömning Övriga status utifrån behov.	2ggr/år		
	Palliativ vård. Dokumentationsgransking, Två palliativa ombud	2ggr/år	Dokumentationen är god och vården kan följas.	
	Palliativregistret	1ggr/år	Palliativregistret: 0%. Tre patienter avlidna i hemmet.	Registrering ska göras 2026
	Delegering	1ggr/år	Apotekets digitala utbildning och prov tillsammans med praktiskt prov. Svårt att hinna med när flera delegeringar löper ut samtidigt, samt inför sommaren	Om möjligt fördela löptid jämt över året september till april. I maj och juni fokus på sommarvikarier. Läggs i årshjul
	Medicintekniska produkter. Egenkontroll av genomförd besiktning, funktionskontroller samt analys av teknisk livslängd och investeringsbehov.	1ggr/år	Egenkontroll utförd 2024, men saknas för 2025. Under 2025 har funktionskontroller och besiktning av hjälpmedel utförts,	Görs våren 2026

			men har inte sammanfattats i analys.	
	Förflyttningsteknik och ergonomi. Egenkontroll för att säkerställa att all personal genomgått utbildning.	1ggr/år	Ny rutin sedan hösten 2025, ännu inte utvärderat.	Görs hösten 2026
	QUSTA-egenkontrollsvärtyg med 17 fokusområden	1ggr/år	Under hösten 2025 har användningen av verktuget Qusta påbörjats. Fokusområdet för läkemedelshandtering har prioriterats. Resultatet är gott, men delar av läkemedelsrutinen behöver uppdateras	Slutföras och sammanfattas 2026 Uppdatera lokal rutin för läkemedelshandtering.
	Inkontinenshjälpmedel. Förskrivning och egenkontroll genom Qusta 2026	1ggr/år	Guide som förskrivarstöd	Påbörjas 2026
4. Infektionsförebyggande arbete	Basala hygienrutiner kollegialobservation	2ggr/år	September visade på gott resultat, viss överanvändning av handskar.	Återkoppling av resultat på APT gjord. Film om minskad plastanvändning har visats.
	Vaccination. Samverkan med läkarorganisationen	1ggr/år	Täckningsgrad hösten 2025, 78% vaccinerade med minst 1 dos.	

	Hygienrond. Vårdhygien	Löpande	Ingen genomförd 2025.	Planera för hösten 2026
	PPM	2ggr/år	Mallen stängdes 2024	Ny mall 2026
5. Informations- överföring och kommunikation	Dokumentationsgranskning	2ggr/år	Dokumentationen uppfyller ställda krav.	
	Se Collabodoc punkt 1.			
	Överföring av väsentlig hälso- och sjukvårdsinformation till dokumentationen enl. SoL	1 ggr/år		

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 vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Under 2025 har ingen allvarlig händelse med misstanke om vårdskada inträffat som föranlett anmälan till IVO utifrån patientsäkerhetslagen 2010:659 3kap.5 §, Lex Maria.

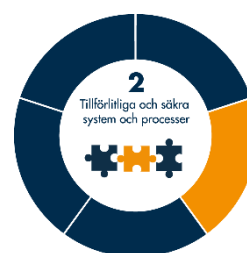
Händelser diskuteras löpande med god transparens vid rapporter, kvalitetsråd, reflektion och APT.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Enhetschef mottar hälso- och sjukvårdsavvikelse som påbörjar bearbetning och därefter överlämnas till hälso- och sjukvårdspersonal för registrering i avvikelsemodul. En särskild blankett för fallavvikelse används och statistik över utebliven signering av läkemedel registreras separat för god överblick. Avvikelse bearbetas och återkopplas på kvalitetsråd och vid behov ex. vid rutinändringar på APT.

När brister med behov av utbildning har upptäckts, har behovet av utbildning kunnat ombesörjas av verksamhetens egen hälso- och sjukvårdspersonal.



Tillgängligt i Servicehuset finns en utrustad utbildningslägenhet med möjlighet till bland annat utbildning, förflyttning, hjälpmedel, vitala parametrar, konsistensanpassning av mat, HLR med mera kan göras. I utbildningslägenheten finns träningsdockan Anne.

En noterad brist i avvikelseprocessen är den fördröjning som sker från det att händelsen registreras på papper och bearbetning påbörjas tills händelsen registreras i avvikelsemodulen. Ett arbete har påbörjats för att se över processen och vilka delar som med små ändringar kan effektiviseras. Ett nytt verksamhetssystem inkluderat ett helt digitalt avvikelssystem är under upphandling med målet att det ska introduceras under hösten 2028.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården kännetecknas av komplexa samspel mellan människor, teknik och organisation. Förändringar i verksamheten kan snabbt påverka förutsättningarna för en säker vård och ställer krav på skyndsamt, tryggt och samordnat agerande från såväl ledning som medarbetare.



Under början av 2025 tillsattes en vakant sjukskötersketjänst, vilken avslutades under hösten samma år. Detta sammanföll med längre sjukskrivningar i hälso- och sjukvårdsgruppen samt semesterperioder. Behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser har säkerställts genom inhyrd och timanställd personal. Kontinuiteten för patienterna har delvis påverkats. Patientsäkerheten bedöms ha bibehållits tack vare ordinarie personals goda kompetens tillika inhyrd och timanställd personal med lång erfarenhet och adekvat kompetens. Verksamhetens prioritering har varit att upprätthålla en god och säker vård, vilket inneburit att visst utvecklingsarbete och vissa administrativa rutiner tillfälligt har nedprioriterats. Parallellt har även läkarbyten skett.

Ny sjuksköterska har rekryterats och under våren 2026 beräknas hälso- och sjukvårdsorganisationen vara fulltalig med personal med lång erfarenhet och hög kompetens inom äldreomsorg. Läkarorganisationen har samtidigt sett över bemanningen och tilldelat servicehuset en läkare med geriatrisk kompetens.

Riskhantering

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

Genom att metodiskt använda riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår och munhälsa samt status för ADL och förflyttning, upprättas vid identifierade risker

hälsoplaner för att förebygga skada. Det förebyggande arbetet är teambaserat. Om händelse inträffar trots förebyggande åtgärder görs en individuell riskanalys i avvikelserna. Analys görs av hur hög sannolikheten är för att händelsen ska återupprepas samt graden av negativa konsekvenser för patienten, som händelsen kunnat medföra.

Riskbedömningar visar att

- 5% av alla patienter har ingen fallrisk. 95% har fallrisk.
- 77% av alla patienter har en normal nutrition. 23% har eller har risk för undernäring.
- 81% av alla patienter har ingen trycksårsrisk. 19% har en trycksårsrisk.
- 95% av alla patienter har en bra munhälsa. 5% har en dålig munhälsa.

Utförda Riskbedömningar:

2025	Antal personer	Risk	
Fallrisk Downton fallriskindex	66	1-2p låg risk	3 personer
		3p ökad risk	15 personer
		4p-5p hög risk	31 personer
		6p < mycket hög risk	18 personer
Undernäring MNA initial	65	12-14p normalt	50 personer
		8-11p risk för undernäring	13 personer
		0-7p undernärd	2 personer
Trycksårsrisk Norton	65	21p < låg risk	55 personer
		20p > ökad risk	11 personer
Munhälsa ROAG	59	0-9p god munhälsa	56 personer
		10-18p lindrig förändring	3 personer
		19-27p tydlig förändring som kräver åtgärd	0 personer

Stärka analys, lärande och utveckling

Genom analys av avvikelser på individnivå identifieras patientens specifika riskområden och relevanta åtgärder vidtas och följs upp.

På aggregerad nivå möjliggör avvikelseanalys, tillsammans med resultat från kvalitetsregister, identifiering av systembrister och behov av förändrade rutiner eller processer. Effekten av vidtagna åtgärder utvärderas genom systematisk uppföljning. Jämförelser med föregående år försvåras då patientunderlaget 2023–2024 var betydligt lägre.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Enhetschef mottar hälso- och sjukvårdsavvikelser som påbörjar bearbetning och därefter överlämnas till hälso- och sjukvårdspersonal för registrering i avvikelsemodul. En särskild blankett för fallavvikelser används och statistik över utebliven signering av läkemedel registreras separat för god överblick. Avvikelserna bearbetas och återkopplas på kvalitetsråd och vid behov ex. vid rutinändringar på APT.

Under 2025 noterades att det fanns en viss fördröjning mellan att pappersavvikelsen börjar bearbetas och registrering sker i avvikelsemodulen, framförallt avseende läkemedelsavvikelser. Fördröjningen kan innebära en försenad utredning om risk för allvarlig vårdskada initialt bedöms, där berörda vid fördjupad utredning inte längre har händelsen färskt i minnet och viktig information går förlorad. En översyn av processen har gjorts och fortsätta under 2026.

Avvikelser för trycksår ska registreras om de uppkommit i verksamheten. Servicehuset har inga registrerade avvikelser men vid journalgranskning framkommer att trycksår förekommer och att några av dessa uppkommit i verksamheten. Registrering av trycksår är ett utvecklingsområde 2026.

Fallavvikelser:

- Majoriteten av fallavvikelserna har skett vid egen förflyttning.
- 28% av fallolyckorna har skett nattetid (21-07)
- Ingen skillnad i fallfrekvens mellan vardag eller helg.
- 8 patienter har fallit mer än 5 gånger under 2025, av dessa har 3 fallit mer än 10 gånger.
- 6 frakturer varav en (1) höftfraktur
- Majoriteten av fallolyckorna sker inomhus och är signifikant högre under oktober–mars, i jmf med april–september.

Läkemedelsavvikelser:

- Vanligen vardagar
- 67% (28st) av avvikelserna avser utebliven dos

- 5% (2st) läkemedel har saknats i patientens läkemedelsskåp
- 2% (1st). Förväxling av tidpunkt
- 2% (1st). Fel administrerat läkemedel

Specifik omvårdnad:

- Brist i munvård, informationsöverföring mellan SoL och HSL samt brist i egenvård

Vårdkedjan:

- Utebliven informationsöverföring från omvårdnadspersonal till patrullsjuksköterska
- Utebliven information. Behandlingsmeddelande inte medföljt patienten åter från sjukhus.

Trycksår:

- Under året har inga trycksår i verksamheten avvikelserapporterats.
- Trycksår är vanligtvis underrapporterat som avvikelse
- Vid journalgranskning finns ca 10 trycksår kategori 1-2, ett kategori 3 som är läkt.
- Avvikelsehantering vid trycksår är ett utvecklingsområde 2026

Avvikelse	2025	Konsekvens	2024
Fall	98	6 frakturer varav en(1) höftfraktur. 8 övriga skador såsom sår, bula, blåmärke	79
Läkemedelsavvikelser	42	Ingen allvarlig konsekvens	16
Specifik omvårdnad	4		1
Vårdkedjan	6	Brister i informationsöverföring	1
Trycksår	0?		2
Totalt	147		99

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål och synpunkter inkommer vanligtvis muntligen till verksamheten från patient eller anhörig. Mottagare är administrativ personal och chefer, omvårdnadspersonal, händelsevis skriftligen via mejl och mycket sällan via blanketten för synpunkter och klagomål. Blanketten är bilagd inflyttningsinformationen samt finns lättillgänglig utanför chefsexpeditionen.

Klagomål och synpunkter hanteras skyndsamt i verksamheten i enlighet med rutin för Klagomål och synpunkter.

Under 2025 har tre klagomål inkommit servicehuset avseende hälso- och sjukvård. Inga klagomål avseende hälso- och sjukvård har inkommit dagverksamheterna. Klagomålen på servicehuset har varit av varierande innehåll. Samtliga klagomål har lösts och återkoppling givits den som framfört klagomålet. Inget av klagomålen har föranlett anmälan enligt Lex Maria.

Att utreda klagomål, synpunkter och avvikelser är ett lärande och ett kvalitetshöjande arbete där lärdomar finns att hämta och spridas.

Inget klagomål har inkommit via patientnämnden eller IVO.

Ökad robusthet och resiliens i ett totalförsvarsperspektiv

Verksamheten har under året varit del av stadsdelens arbete med att stärka organisationens robusthet och resiliens, även utifrån ett försvars- och höjd beredskapsperspektiv. Förmågan att upprätthålla en patientsäker vård vid såväl kortvariga störningar som mer långvariga samhällspåverkande händelser har delvis analyserats.



Väsentlighets- och riskanalyser har sedan tidigare genomförts med fokus på el- och IT-bortfall, brand, störningar i läkemedelsförsörjning, personalbortfall samt brister i externa leveranser. En särskild prioriteringsordning för hälso- och sjukvård finns upprättad men inte anpassad till höjd beredskap bör ses över. Särskild uppmärksamhet har riktats mot tillgång till mat och vatten, läkemedelsbehandling och förbrukningsvaror.

Frågor som behöver bearbetas vidare är hur vård prioriteras vid resursbrist och hur resurser kan omdisponeras samt etiska överväganden. Även vilken samverkan som kan göras med regionens hälso- och sjukvård och en tydlig ansvarsfördelning i och mellan

olika huvudmän behöver säkras. Försörjningen av medicintekniska produkter och eventuellt nya behov av produkter ur ett beredskapsperspektiv är ett område som inte diskuterats lokalt och inte heller på nationell nivå.

I dagsläget inväntas socialstyrelsens kommande vägledning och rekommendationer, inför fortsatt arbete med kontinuitetsplaner.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026

Mål för 2025 års patientsäkerhetsarbete för att nå en säkrare vård har varit:

- Minska antalet fall på enheterna jämfört med 2024.
- Minska antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2024.
- Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.
- Målet är även att förbättra HSL-dokumentationen.
- Systematiskt arbete med kvalitetsregister såsom Senior Alert, Palliativa registret.

Jämförelser med föregående år försvåras då patientunderlaget 2023–2024 var betydligt lägre.

Sammanfattningsvis kan ses att antalet incidenter inom respektive område inte ser ut att ha ökat, men inte heller ser ut att ha minskat. Ny statistikföring av osignerade läkemedelsdoser påbörjades 2025, och därmed inga jämförbara data. Antalet rapporterade avvikelser kan dels relatera till ett visst ökat patientunderlag, men också till en tendens till förbättrad följsamhet till rapportering.

Dokumentationen är god men synliggörandet av den enskildes delaktighet i sin vård kan förtydligas. Följsamhet till kvalitetsregistret Senior Alert är god, emedan Palliativregistret kvarstår som ett utvecklingsområde.

Utifrån analys av 2025 års arbete, kvarstår samma mål även för 2026 då dessa områden är centrala delar i patientsäkerhetsarbetet. En prioritering mellan de olika utvecklingsområdena kommer att behöva göras.

De områden som vid analys av 2025 framträder som särskilda utvecklingsområden för servicehuset under 2026 är:

- signering av läkemedel ska ske korrekt
- trycksår, förebyggande och avvikelserregistrering
- palliativa vård – registrering i palliativregistret
- avvikelserrapportering och dess hantering – effektivare flöde
- individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.

Utöver dessa finns utvecklingsområden såsom

- 11timmars nattfasta där det är möjligt
- Beredskapsstrategier för resiliens i verksamheten.

Projekt

- Dysfagiscreening i samarbete med logopedi Västra.

De områden som vid analys framträder som särskilda utvecklingsområden för dagverksamheten 2026 är översyn och utveckling av kvalitetsråd/avvikelsehantering för hälso- och sjukvård.

Fortsatt arbete med egenkontroller och implementering av det nyintroducerade egenkontrollsverktyget Qusta för hälso- och sjukvård. Årshjulet ska fortsätta justeras och vara ett levande verktyg i verksamheten.

Under 2026 ska Servicehusets hälso- och sjukvårdspersonal också ombesörja insatserna på Minnesträffens dagverksamhet på samma sätt som för Violens dagverksamhet och planering för det behöver inledas.

Kvarstående mål från 2025 års patientsäkerhetsberättelse för Servicehuset.

Område	Mål 2026	Planerade åtgärder 2026	Ansvarig	Uppföljning
Fall	Minska antalet fall	<ol style="list-style-type: none"> 1. Särskild fallrond för personer med många fall. 2. Tränings och studiecirkel riktad till personer med många fall och hög fallrisk, utifrån Open-konceptet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fysioterapeut ansvarar med stöd av MLA och enhetschef för utformning och sammankallande till fallrond. 2. Fysioterapeut ansvarar med stöd av MLA för upplägg tillsammans med dietist, arbetsterapeut och sjuksköterska 	<p>4ggr/år MLA</p> <p>Qusta egenkontroll</p>

Läkemedel	Minska antalet avvikelser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se över möjligheten att införa digital signering APPVA 2. Se över lokal rutin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huvudansvarig är områdeschef. Projektansvarig: MAS tillsammans med enhetschef 2. SSK tillsammans med MLA 	Qusta egenkontroll
Trycksår	Minska antalet trycksår. Avvikelse-rapportera trycksår	<ol style="list-style-type: none"> 1. Webutbildning trycksår i maj via CoS samt APC. 2. Utbildning USK 3. PPM-mätning v.10 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MLA och enhetschef 2. Enhetschef 3. SSK tillsammans med MLA 	4ggr/år MLA HSLmöte
Dokumentation	Patientens delaktighet ska framgå	<ol style="list-style-type: none"> 1. Öka medvetenhet 2. Återföring egenkontroll dokumentation 3. Ta upp på HSL-möte. Bjuda in dokumentations-resurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alla som dokumenterar 2. MLA 3. MLA 	2ggr/år MLA egenkontroll dokumentation Qusta egenkontroll
Palliativregistret	100% registrering	Utbildning via PKC vid behov	PAS	2ggr/år MLA Qusta egenkontroll

Identifierade tillkomna utvecklingsområden 2026 för servicehus och dagverksamhet

Område	Mål 2026	Planerade åtgärder 2026	Ansvarig	Uppföljning
Inkontinens-hjälpmedel (SH)	Alla hjälpmedel ska vara individuellt förskrivna	<ol style="list-style-type: none"> 1. påbörja arbete med översyn av förskrivning 2. Se över möjligheten att använda förskrivar-stödet "Guide" 	PAS	2 ggr/år PAS och MLA

Avvikelse- rapportering (SH)	Hög rapporteringsg rad i rätt tid	Översyn av handläggningsprocess en	Gemensamt ansvar; hälso- och sjukvårdspersonal och leding	Månadsvis vid kvalitetsråd. MLA och enhetschef
Nattfasta (SH)	Erbjuda alla patienter där 11 timmars nattfasta underskrids en plan för att minska nattfastan.	1. Identifiera patienter där 11tim nattfasta underskrids. 2. Samverka med biståndshandlägg are vid behov 3. Punkt på teammöte	PAS med stöd av dietist Enhetschef	på teammöte
Dysfagi (SH)	Erbjuda alla patienter en dysfagiscreeni ng	1. Bedriva i projektform 2. Genomföra screening 3. Samarbete med logopedi Västra 4. Samarbete med dietist	PAS tillsammans med MLA	4 ggr/år
Kvalitetsråd dagverksamhet (Dv)	En gott systematiskt kvalitetsarbet e	1. Översyn av struktur för kvalitetsråds- möten där hälso- och sjukvårdspersonal ingår.	Områdeschef tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal ansvariga på dagverksamhet	1 ggr/år
Beredskap (SH och Dv)	En god beredskap utifrån socialstyrelse ns rekommendati oner	1. Avvaktar socialstyrelsens nya kunskapsstöd och rekommendatione r.	Områdeschef	1 ggr/år