

Patientsäkerhetsberättelse för
Kista vård och omsorgsboende
2025



Datum 2026-02-10
Ansvarig för innehållet
Verksamhetschef: Eva Ingstrand
Enhetschef: Igor Vasin

Järva stadsdelsförvaltning
Kista vård och omsorgsboende

Kista torg 7
16442 Kista
Telefon 08-50802496
igor.vasin@stockholm.se
start.stockholm



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.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
<i>Övergripande mål och strategier</i>	5
<i>Organisation och ansvar</i>	5
<i>Informationssäkerhet</i>	7
<i>Strålskydd</i>	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
<i>Synpunkter/klagomålshantering</i>	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och process	13
<i>Riskhantering</i>	13
<i>Avvikelse</i>	14
<i>Klagomål och synpunkter</i>	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15

SAMMANFATTNING

Under 2025 har förvaltningen fortsatt att arbeta med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra kommuninnevånare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar de haft för att öka patientsäkerheten under 2025. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter.

- Kista Vård och omsorgsboende har under året arbetat med att stärka HSL dokumentationen, med hjälp av erfaren frikopplad sjuksköterska.

Resultat i bl.a. egenkontroller visar på ett gott resultat utifrån av processledare och MAS/MAR, framtagna journal mallar. Stockholms stad står inför ett byte av journalsystem, vilket införs nästkommande år och befaras medföra ett stort arbete med avslut av befintligt journalsystem och uppstart av nytt journalsystem.

- Vi har under året arbetat med inom staden obligatoriska kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret, med relativt gott resultat. Ett mål för året är att bli ännu bättre på att dokumentera och använda kvalitetsregister.

Vi har under året låtit utbilda en sjuksköterska till att bli certifierad utbildare i BPSD, vilket också är ett kvalitetsregister. Vår certifierade utbildare kommer under 2026 att få viss tid frikopplad för att utbilda personal på nämndens båda vård och omsorgsboenden, i arbets sättet BPSD vilket vi hoppas på kommer att leda till en ytterligare kvalitetshöjning i våra verksamheter.

- Den största förändringen på Kista VOB är att vi tagit ett beslut att ta emot boende med mer komplexa sjukvårdsbehov. Det är något som ingår i stadens handlingsplan gällande God och nära vård.

Vi har under året specialistutbildat omsorgspersonal på en enhet samt all HSL personal på Kista VOB, inför mottagande av komplex patient med stora hjälpbehov vid andningsproblematik. Utbildningen har varit både teoretisk och praktisk.

Utbildningen har utförts av REMEO och Nationellt Respirationscentrum.

Kvalitetskontroller gjorda under året:

- Inspektion från livsmedelsverket
- Inspektion från miljöförvaltning.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering med tillhörande rapport/åtgärdsplan
- Kvalitetskontroll av medicintekniska produkter
- Verksamhetsuppföljning
- VEK (vårdhygienisk egenkontroll)

Fortsatt kvalitetssäkring

- Uppstart av QUSTA (kvalitetsmätning i särskild boendeform)
- Fortsatta läkemedelsdelegeringar med stöd av apotekets utbildningar, även för chefer

- Fortsatt arbete i det digitala signeringssystemet Appva
- Fortsatt användning av rondsystemet Collabodoc
- Då brist i följsamhet till Basala hygienrutiner noterats, har handlingsplan skrivits och Vårdhygien handleder hygienombud regelbundet
- Regelbundna, strukturerade team-möten som leds av sjuksköterska
- HSL möten regelbundet
- Strukturerade kvalitetsråd
- Fortsatt arbete med utbildning i vår metodlägenhet

Övrigt

- Ökad trygghet och nöjdhet hos våra boenden enligt egna brukare undersökning 2025.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

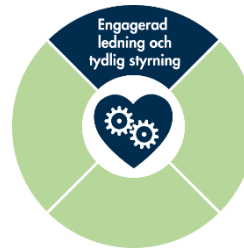
Övergripande mål och strategier

Kista vård och-omsorgsboende övergripande

3.1.1 Övergripande mål och strategier PSL
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 vård skada



kvalitetsmål:

2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
 - Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
 - Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelse, synpunkter och klagomål dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.

- Hälsa- 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 vård skada uppstår.

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

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

Legitimerad Hälsa- 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 vård skada.

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov. Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och förebyggande åtgärder planeras.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har HSL möten där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling.

Verksamhetschef, MAS, MAR och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Capio.

I regelbundna samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS, representanter från legitimerad personal och verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Ansvarig läkare har varje vecka rond med planerings ansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov. Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen och utbildning i läkemedelshantering. Verksamheten samverkar med tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

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

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

Hälso- och sjukvårdspersonal får skriftlig information om kontroll och uppföljning av logg samt undertecknar en bekräftelse på att hen tagit del av informationen. Information ges på HSL-möte under januari månad.

- Loggrapport dras ut från Gem i Vodok och jämförs mot tjänstgöringslista samt Logg över NPÖ
- Resultatet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen
- 5-8 journaler granskas varje månad på vård- och omsorgsboende
- Urval görs slumpmässigt. Varje granskad journal markeras på avsedd lista så att inte samma journal kontrolleras mer än 1 g/år
- Under april samt oktober månad granskas även HSL-personalen
- Granskningen dokumenteras och analyseras i Loggrapport

Parametrar som granskas är:

- Patients uppgifter
- Specifik anställd har utfört
- Skett många gånger avseende en viss patient
- Avvikande tider under dygnet

Under december månad skickas årets loggkontroller till MAS

HSL journaler har granskats två gånger av biträdande enhetschef/HSL-ansvarig chef

Enligt egenkontrolls mall visar det sig att 97% (96% år 2024) av insatserna är redovisade.

Även en granskning av slumpmässigt valda HSL journaler gjordes och då av 6 olika ordinarie sjuksköterskor där sjuksköterska inte hade ett eget omvårdnadsansvar.

Resultatet av den granskningen visar att dokumentationen är ett fortsatt utvecklingsområde för 2026

Åtgärderna som genomfördes:

- Togs upp individuellt med respektive PAS samt gemensamt på ssk-möte.
- PAS går igenom egen dokumentation/journaler och åtgärdar brister i dokumentationen.
- PAS rapporterar till ansvarig chef för HSL när bristerna i dokumentationen är åtgärdad.
- Dokumentationen är stående punkt på ssk-möte.
- Vi har regelbundet möte för återkoppling/undervisning med dokumentationsstödjare.
- Vi har en ssk som är dokumentationsstödjare (Vodok) i HSL-gruppen

3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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

3.2 En god säkerhetskultur

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

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vård skada i avvikelsemodulen i Vodok.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS eller MAR .

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid kvalitetsråd. Verksamheten behöver fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser. Verksamheten behöver även förbättra sin hantering så att samtliga avvikelser hanteras enligt fastställda rutiner och process i avsett system för avvikelshantering.

Informationsöverföring säkerhetsställs i och med samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, enhets möten och ledningsgruppsmöten

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

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

Vi arbetar under året enligt den utbildningsplan som finns formulerad utifrån de mål och utvecklingsområden som styr vår verksamhet. Det finns en utarbetad rutin för introduktion av nya medarbetare.

Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Under 2025 har vi haft utbildningar i lågaffektivt bemötande, fördjupning kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet. Vi har under året låtit utbilda en certifierad BPSD utbildare. Vård- och omsorgspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstöd, basala hygienrutiner, Dö-bra projekt, palliativa ombud, tidigt palliativt förhållningssätt inom äldreomsorg-hur gör man i praktiken? Sömn inom äldreomsorg, läkemedelsförrådshantering, sårutbildning, fortsatt att jobba säkert med läkemedel, webbutbildning i yrkessvenska speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg

Patienten som medskapare

Synpunkter/klagomålshantering

Synpunkter och inkomna klagomål ser verksamheten som ett viktigt led i att säkra och utveckla en verksamhet av hög kvalitet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.

Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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 §



Under år 2025 har vi inga händelser som ledde till vårdsskada.

Bakgrund och syfte

Trots förebyggande arbete sker ibland händelser som leder till skador eller riskerar att leda till skador. Det kan vara fel eller brister i mänskligt handlande, teknik, organisation, samverkan, medicinsk behandling eller andra insatser i vården som leder till detta. De kan vara av varierande grad och art. De som är av den allvarliga graden kan betrakta som **Lex Maria** händelser och är anmälningsskyldiga till Inspektion för vård och omsorg (**IVO**).

Syftet med bestämmelserna om rapportering av händelser och Lex Mariaanmälan är att kunskaper om risker och händelser i hälso- och sjukvården ska öka så att händelser kan minimeras, framförallt genom förebyggande åtgärder.

Ansvar

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för brukarens säkerhet till sin närmaste chef, vilken i sin tur är skyldig att rapportera till Enhetschef samt stadsdels MAS som har anmälningsskyldighet.

Genomförande

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Maria anmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av enhetschef.

Med allvarlig skada eller sjukdom menas att det som inträffat medfört eller kunde ha medfört att brukaren avlidit, fått livshotande tillstånd, svår kroppsskada, sjukdom eller betydande funktionsnedsättning. Liknande händelser som återkommit och som var för sig inte betraktas som allvarligt kan tillsammans bedömas som allvarligt.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och process

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

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt årshjul för hälso- och sjukvården enligt beslutade rutiner och följs vid behov upp med handlingsplaner.

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

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.

Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts.

Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner har genomförts av hygienombud enligt årshjul under året. Verksamheten har haft kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad. I samverkan med Capio har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

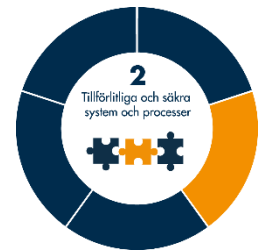
Inom området läkemedelshantering och delegering har egenkontroller och extern granskning av Apoteket AB genomförts enligt årshjul. För identifierade utvecklingsområden har handlingsplan upprättats och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare.

Chef och sjuksköterskor har haft utbildning i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

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

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



4.3 Säker vård här och nu

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

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på förändringar i närtid. Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. Verksamheten fortsatt haft hög beredskap för ett eskalerade läge av smittspridning och fortlöpande genomfört riskanalyser.

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

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

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Riskhantering

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

Väsentlighet- och riskanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs. Den process som analysen gäller beskrivs genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken. En internkontrollplan upprättas på enhetsnivå. Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Under året har det fortsatta arbetet med att minska smittspridningen i verksamheten haft högsta prioritet.



Rutiner och arbetssätt har hela tiden anpassats till nya eller ändrade rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm.

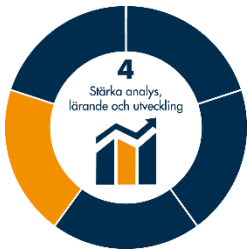
Information om vikten att följa hygienrutiner har ständigt betonats för personalen liksom att i övrigt följa de rekommendationer som lämnats av myndigheterna. Även de boende har fått information om hur de ska skydda sig och hur de kan undvika att föra smittan vidare.

Stor vikt har lagts vid att godkänd skyddsutrustning ska finnas tillgänglig för personalen.

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

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



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

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

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

Enhetens arbete med avvikelseprocessen

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

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat 2025(2024)	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2025	Föreläsning av sjuksköterska/hygienjuksköterska web.-utb.	Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner 2ggr/år	Verksamheten arbetar på ett bra sätt för god kunskap hos personalen
Läkemedelsavvikelse		Lokala rutiner ska följas upp. Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan	VoB 18 (34)	Kan det vara att personalen upplever vikten av att skriva avvikelse rapport samt sjuksköterskor

4.4.2

				bl.a. upplyser personal. Tack vara appva signeringssystem att antalet av avvikelser sjunkit.
Trycksår (uppkommit i egen verksamhet)		Undervisning av ssk	VoB 0 (2)	Uppdatera kunskaper hos personalen, utbildning
Fall		Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.	VoB Fall totalt – 109(82) Fall som lett till höftfraktur – 2 (1) Fall som lett till annan fraktur – 1(2)	All personal har gått förflyttningsteknik under 2025. Utveckla arbetet med förebyggande åtgärder samt riskanalyser, utbildning 4 undervisningar av Rehabteamet.
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Planerade kontroller är gjorda 2ggr/år	Goda rutiner finns

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det är ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.

Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling men senast inom 14 dagar.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

4.5.1 Svenska palliativregistret

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

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.

5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

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

It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och vi behöver ha rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med uppföljning av åtgärder och rutiner för kontinuitetsplanering. Arbetet fortsätter 2026.

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

Ett prioriterat område 2026 är att vidareutveckla enhetens arbetssätt med resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

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

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2026.

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

6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
1. Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</p> <p>Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer.</p> <p>Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande.</p> <p>Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT.</p>	<p>Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</p> <p>Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL.</p> <p>Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.</p>

kusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
-----------	-----	--------------------	--------------

<p>2. Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov</p>	<p>2.1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>Vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar hos patienter med demensdiagnos ska BPSD skattning genomföras.</p> <p>2.2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>2.3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<p>Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. Utbildad SNUD- sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen.</p> <p>Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. -Sjukgymnast/ fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. -BPSD skattning genomförs för patienter med demensdiagnos vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar vid demenssjukdom. Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan. - Fortsatt implementering av ViSam beslutsstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient.-</p>	<p>Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</p> <p>-Egenkontroll av utförda BPSD- skattningar och bemötandeplaner.</p> <p>Egenkontroll av ViSam användning .</p>
---	--	--	---

3.Informationssäkerhet	<p>3.1.Hälso- och sjukvårdsdokumentationen förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>3.2.Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs.</p>	<p>3.1. Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser. <p>3.2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</p>	<p>Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul.</p> <p>Uppföljning av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ.</p>
Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
4.Palliativ vård	<p>Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.</p>	<p>Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut. -Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande</p> <p>Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativa registret.</p> <p>-Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs.</p>	<p>Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad.</p> <p>Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar.</p>

<p>5. Avvikelsehantering</p>	<p>Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador Enheten ska arbeta för - Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder -Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad. - Ökad spridning av avvikelser.</p>	<p>-Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT. -Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras i avsett system för avvikelsehantering enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</p>	<p>Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser har hanterats och slutbedömts.</p>
<p>6. Utveckla arbetssätt för delegering, rehabiliteringsområdet</p>	<p>Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.</p>	<p>Verksamhetens rehabiliteringspersonal (en representant) deltar i arbetsgrupp för framtagande av rutin för delegering. MAR bjuder in. Rutin presenteras på chefs möte för godkännande. Rutin implementeras i verksamheten genom att den går igenom i olika personal forum.</p>	<p>-Följa upp antalet delegeringar 2025 jämfört med 2026 -Att det finns en ny rutin</p>