



Stockholms  
stad

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Sätra vård- och omsorgsboende

### År 2023



2024-02-29

Emilie Engbo, verksamhetschef/enhetschef Sätra vård- och omsorgsboende  
Diarienummer



## Inledning

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

Enligt patientsäkerhetslagen 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.



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.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	8
Strålskydd.....	9
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelse .....	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	15
BILAGA 1. Resultat av egenkontroll. ....	17



## **SAMMANFATTNING**

Verksamhetsåret 2023 har i stort varit ett bra år för verksamheten som kunnat satsa på kompetensutveckling för medarbetarna. Smittspridningen av covid-19 har varit fortsatt låg, men eftersom provtagningsrutinerna förändrades för medarbetarna så är det svårt att dra några kopplingar till eventuell frånvaro. Vaccinationstäckningen bland boende är dock fortsatt hög, vilket är positivt då ökad kunskap och åtgärder som sätts in snabbt innebär förbättrad prognos för dem som eventuellt insjuknar.

När det gäller egenkontroller som utförts gällande hälso- och sjukvårdsdokumentationen så visar resultatet att andelen gjorda riskbedömningar förbättrats sedan föregående år, vilket är positivt. När det gäller andelen fall så har även dessa minskat i förhållande till tidigare år, även om risken för fall var högre totalt sätt under 2023 bland de boende.

Verksamheten behöver fortsättningsvis arbeta med hälso- och sjukvårdsdokumentationen, men även den sociala dokumentationen vilket är ett fortsatt prioriterat område för 2024. Verksamheten kommer även att satsa på mer praktisk utbildning i basala hygienrutiner och har med anledning av detta köpt in handscanners vilket kommer att ge medarbetarna en indikation på hur väl de efterlever följsamheten gällande en god handhygien.

Personalresurserna inom verksamheten är fortsatt goda när det kommer till omvårdnadspersonal, men verksamheten har svårare att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal vilket är i linje med hur det ser ut i övriga landet. Eftersom verksamheten behöver viss tillgång till personal så används bemanningsföretag för att täcka vissa vakanta tjänster, främst när det kommer till rehabpersonal men verksamheten har som målsättning att försöka tillsätta tjänsterna i början av 2024.

Men även om det finns vissa brister så är Sättra vård- och omsorgsboende en verksamhet där det finns möjlighet för patienterna att få en god omsorg, med livskvalitet och möjlighet till social samvaro och aktiviteter.

Verksamheten kommer således att fortsätta arbeta för att komma tillrätta med brister och för att ge patienterna en jämlik vård- och omsorg utifrån deras individuella behov och ser fram emot 2024 och de möjligheter som året kommer att ge.

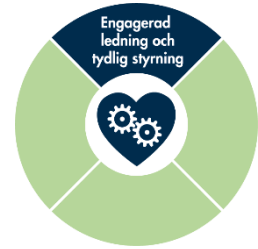
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

### Övergripande mål och strategier

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

Under 2023 hade verksamheten följande mål och strategier för att uppnå en säkrare vård- och omsorg för patienter som bor på Sätra vård- och omsorgsboende.



### Prioriterade mål för 2023

- Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån de brister som IVO lyfter upp i sitt tillsynsbeslut. Handlingsplanen kommer innefatta upprättandet av hälsoplaner, dokumentering av den palliativa vården, brytpunktsamtal inkluderat, läkemedelshantering och dokumentation gällande planerade och utförda läkemedelsgenomgångar. Därtill ska samtliga insatser dokumenteras enligt lagstiftning för att det ska finnas en spårbarhet bakåt i tiden och en möjlighet att kunna följa patienternas vårdresa.
- Utveckling av avvikelshantering enligt upprättad handlingsplan, för att kunna följa vilka åtgärder som vidtagits och på vilket sätt dessa följts upp.

Förutom prioriterade mål ska verksamheten verka för att patienterna får en jämlik vård och behandling utifrån behov oavsett ålder, kön/könsidentitet, funktionsnedsättning, etnicitet, eller sexuell läggning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska även arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, samt säkerställa att vård ges utifrån lagstiftning, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner.

### Strategier för att uppnå målen under 2023

- Utbildning av en processhandledare i Vodok för att förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att dokumentera, då de uttryckt att de upplever dokumentationssystemet som svårnavigerat.
- Dokumentationsdagar för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Regelbunden egenkontroll och uppföljning av dokumentationen och avvikelshantering.

### Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

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 att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)* 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 och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

*Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa lagar föreskrifter, förordningar, riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda ansvariga sjuksköterskor inom områdena basal hygien, läkemedelshantering, palliativ vård, BPSD, inkontinens- och kostfrågor, samt kvalitetsfrågor inklusive avvikelsehantering.

Egenkontroller och observationer av arbetssätt är något som tillämpas för att säkerställa att medarbetarna arbetar utifrån exempelvis basala hygienrutiner. Genom att använda sig av egenkontroller, eller observationer kan verksamheten uppmärksamma inom vilka områden som medarbetarna behöver kompetenshöjning.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

#### **Intern samverkan**

För att avvikelsehanteringen ska fungera krävs det att samtliga medarbetare har kännedom om vilka händelser som ska rapporteras och vilken person som då initialt ska kontaktas.

När det gäller avvikelser som rör hälso- och sjukvården ska baspersonal kontakta sjuksköterska i samband med att en händelse inträffar eller uppmärksammas. Sjuksköterskan är den som gör bedömningen om vilka åtgärder som ska vidtas och som registrerar avvikelsen i Vodoks avvikelsemodul. Även rehabpersonal registrerar avvikelser i Vodok, samt åtgärdar sådant som exempelvis rör medicintekniska hjälpmedel, eller sätter in åtgärder vid fall. Vid allvarliga händelser ska verksamhetschef/enhetschef och MAS kontaktas omgående.



På kvalitetsrådet, som äger rum en gång per månad, träffas representanter från omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut och enhetschefer samt Silviasyster med uttalat ansvar för kvalitetsfrågor för att gå igenom avvikelser och inkomna klagomål/synpunkter från föregående månad, men avvikelserna lyfts självfallet även inom teamet på berörd avdelning. Syftet med kvalitetsrådet är att uppmärksamma vilken typ av avvikelser, klagomål och synpunkter som inkommit och diskutera förslag som kan leda till verksamhetsförbättringar, exempelvis gällande läkemedelshantering, förebyggande åtgärder och intern samverkan. Representanterna har ett ansvar att diskutera det som tas upp på kvalitetsrådet med sina kollegor på enheterna. Silviasystemet, som sammankallar rådet, ansvarar även för att föra statistik på antalet inkomna avvikelser, vilket presenteras i en årlig sammanställning. På arbetsplatsträffar (APT) tas även punkter från bland annat kvalitetsrådet upp för att synliggöra vilka förbättringsområden som finns inom verksamheten.

Under 2024 kommer verksamheten fortsätta arbetet för att utveckla avvikelshantering och analysen av inträffade avvikelser, då det är en del i det förebyggande arbetet. En handlingsplan gällande hur avvikelshantering kan förbättras upprättades under 2023 som verksamheten arbetar med, då själva registreringen och uppföljningen av avvikelser i Vodok behöver förbättras.

Målet är att enheterna ska ha tio inplanerade teammöten per år. På dessa träffas omvårdnadspersonal, omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt arbetsterapeut/fysioterapeut för att gemensamt gå igenom patienternas behov av hälso- och sjukvård, omsorg och hjälpmedel. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehabpersonal ska även mellan teammötena regelbundet följa upp patienternas status samt uppmärksamma baspersonalens behov av förtydligande information.

Verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal har även regelbundna avstämningar inplanerade i syfte att diskutera hälso- och sjukvårdsfrågor och eventuella brister.

I verksamheten finns det olika ombud som arbetar med olika typer av frågeställningar, exempelvis anhörigombud, hygienombud och palliativa ombud. Inom verksamheten arbetar även 12 Silviasystrar och två Silviasjuksköterskor. Verksamheten strävar efter att vara en lärandeorganisation där kunskap och evidensbaserade arbetssätt ska förmedlas till samtliga medarbetare

### **Extern samverkan**

I enlighet med den lokala samverkansöverenskommelsen med Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som ansvarar för läkarinsatserna i särskilt boende, ska samverkan mellan verksamhetschef, MAS samt läkarorganisationen äga rum minst en gång per år. På samverkansmötena ska frågor som leder till förbättrad hälso- och sjukvård för patienterna

tas upp och eventuella avvikelser ska diskuteras. I december månad 2023 uppdaterades samverkansöverenskommelsen.

Samverkansöverenskommelsen beskriver ansvarsfördelningen mellan läkarorganisationen och det kommunala hälso-och sjukvårdsansvaret i form av sjuksköterskeinsatser på särskilt boende.

Ansvarig läkare ska samverka med sjuksköterskorna och tillsammans arbeta för att patienterna ska få en god hälso- och sjukvård och insatser utifrån behov och evidens.

Med anledning av pandemin har verksamheten även utvecklat en nära samverkan med Vårdhygien Stockholm och Smittskydd Stockholm. Verksamheten samverkar även med apotekare/farmaceut från Apoteket AB vid extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enligt avtal.

Därtill ska verksamheten följa övriga överenskommelser som finns mellan region och kommun, samt följa Stockholms stads uppdragsbeskrivning som gäller för särskild boendeform för äldre.

Även om samverkan med läkarorganisationen som är kopplad till särskilt boende fungerar bra, finns det vissa utmaningar som är kopplad till att det ibland är svårt att få kontakt med läkare för de patienter som väljer att vara fortsatt listade på den vårdcentral de hade innan de flyttade in på boendet. Under pandemin upparbetade verksamheten en samverkan med Familjeläkarna som kvarstår vilket innebär att patienter kunnat få vaccin mot covid-19, såväl som mot den årliga influensan, på boendet utan att de behövt lista om sig, vilket gagnat boende som på ett smidigt sätt kunnat få påfyllnadsdoser av nämnda vaccin.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Verksamhetschefen är ansvarig för behörig hälso-och sjukvårdspersonal har behörighet till de olika digitala systemen för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. De datasystem som används är de som Stockholms stad tillhandahåller, samt registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Utifrån bedömning tilldelas behörighet till Vodok och Nationell patientöversikt (NPÖ). Därtill ska ansvarig läkarorganisation förse sjuksköterskorna med nödvändig information gällande patienterna.

Samtliga medarbetare genomgår Stockholms stads grundkurs i dataskydd samt informationssäkerhet för medarbetare i staden. Hälso- och sjukvårdspersonal ska även säkerställa att ingen utomstående har tillgång till access till journalsystem eller andra system genom att inte låta SITHS-kortet sitta kvar i datorn, eller genom att låta kollegor dokumentera på deras inloggning. Under 2024 har ingen olovlig åtkomst till datornätverk eller informationssystem uppmärksammats.

Utifrån riskbedömning att längre oförutsedda driftstopp kan inträffa finns även pappersjournal utskrivna för varje enskild patient, som regelbunden ska uppdateras i syfte att tillgängliggöra viktig information om patientens hälsotillstånd.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att det fortfarande finns brister i dokumentationen utifrån rådande lagstiftning och föreskrifter för vad en journal bör innehålla. Bland annat måste hälsoplaner upprättas i de fall risker uppmärksammas och riskbedömningar avseende ROAG och NIKOLA måste göras högre omfattning. Det ska till exempel vara lätt att förstå patientens behov och vilka åtgärder som vidtagits i samband med exempelvis nedsatt hälsotillstånd eller fall. Arbetet med hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer fortsättningsvis att vara ett prioriterat område, vilket även framgår av verksamhetens verksamhetsplan för 2024.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Denna typ av utrustning används inte inom verksamheten och således finns det inget behov gällande upprättandet av riskbedömning eller lokala rutiner.

### **En god säkerhetskultur**

Verksamheten strävar efter att bidra till ett arbetsklimat där medarbetarna vågar lyfta upp brister, avvikelser och tillbud. Varje månad har verksamheten ett kvalitetsråd i syfte att uppmärksamma inkomna avvikelser, med möjlighet till diskussion och förslag på förbättringsområden. Det kan till exempel handla om att rutiner behöver förtydligas, eller att dela med sig om goda exempel på hur en avdelning tänkt kring det förebyggande arbetet för att minska risken för att avvikelser ska inträffa. En god säkerhetskultur handlar om mer än att skapa goda förutsättningar för att patienterna ska få en god vård- och omsorg, då även en god arbetsmiljö för medarbetarna är betydelsefullt. Det kan handla om att medarbetarna ska ha tillgång till rätt hjälpmedel anpassade utifrån patienternas behov vid till exempel förflyttningar, att det finns tillräckligt med personal för att kunna tillämpa dubbelbemanning vid omvårdnadsmoment, eller att ingen medarbetare ska känna sig tvingad att ta emot eller ge delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser om detta inte är förenat med en god och säker vård för den äldre. Att nyanställda får en introduktion som är anpassad utifrån individuella behov, eller att medarbetare regelbundet får möjlighet att genomgå en förflyttningsutbildning är även av vikt för att skapa goda förutsättningar för medarbetarna att kunna utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt. Varje år får även medarbetarna en utbildning i Lex Sarah, samt en brandutbildning för att de ska känna sig trygga i att veta vad de ska göra, eller till vem de ska vända sig om problem uppstår. Under 2023 har



verksamheten sett ett behov kring att förtydliga själva avvikelseprocessen, vilket handlar om att det ska vara tydligt att se vilka åtgärder som vidtagits i dokumentationen. En handlingsplan upprättades i syfte att förbättra arbetet gällande hur avvikelser ska analyseras och avvikelseblanketterna har även uppdaterats där det bland annat finns en ruta som ska kryssas i om omvårdnadspersonal misstänker att den boende slagit i huvudet i samband med fall.

## Adekvat kunskap och kompetens

Verksamheten är Silviahems-certifierad sedan 2013 och arbetar för att patienterna ska få en personcentrerad vård med utgångspunkt från de fyra hörnstenarna vilka utgörs av symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till anhöriga. Målsättningen vid anställning av omvårdnadspersonal är att de ska ha en undersköterskeutbildning, vilket är i enlighet med Stockholms stads uppdragsbeskrivning. Generellt sätt har verksamheten en hög personaltäthet, där schemalaggningsen anpassas utifrån avdelningarnas inriktning och patienternas behov. Under 2023 infördes scheman enligt EU´s direktiv och verksamheten har även erbjudit samtliga medarbetare att gå upp till 100 procent, vilket innebär att det finns en överkapacitet av resurser som ytterligare kan bidra till en god omsorg. Verksamheten arbetar även för att undersköterskor ska vidareutbilda sig till Silviasystrar och väljer årligen ut ett antal medarbetare som får möjligheten till en utbildning som sker under en tvåårsperiod. Därtill anpassas kompetensutvecklingen till viss del även utifrån vilken målgrupp personalen arbetar mot, för att på ett bättre sätt kunna möta de boendes behov av stöd och hjälp.



I samband med exempelvis sommarvikariat får de sökande genomgå språktest, för att säkerställa att den sökande uppfyller vissa språkkrav för att exempelvis kunna ta till sig olika instruktioner och rutiner som verksamheten har. Verksamheten har även satsat på ytterligare språkutbildning för medarbetare som behöver utveckla sig inom det svenska språket, vilken kommer fortsätta även under 2024.

Kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå, varav verksamheten har sjuksköterska på plats 07-21.15 veckans alla dagar, samt tillgång till sjuksköterska jourtid mellan 21.15-07.00. Sjuksköterskorna är omvårdnadsansvariga för cirka 18-22 patienter vardera. Enheten har en vakant sjukskötersketjänst som väntar på tillsättning och i väntan på detta har en sjuksköterska som numera är pensionär arbetat extra vilket gagnar verksamheten då hen har god kännedom om rutiner och riktlinjer. För att kunna täcka behov under exempelvis sommaren och för att det inte ska bli brist på personal under jul och nyår har enheten till viss mån anlitat bemanningsföretag, men

under 2023 har enheten arbetat för att ytterligare minimera intaget. När det gäller rehabpersonal har dock bemanningspersonal anlåtats som får stöd av enhetens seniora arbetsterapeut för att uppdraget ska kunna genomföras på ett så bra sätt som möjligt. Rehabpersonal via bemanningsföretag går på schemarad för att främja kontinuitet.

Familjeläkarna är den läkarorganisation som är kopplad till verksamheten, vilka tillhandahåller läkarinsatser för patienterna som väljer att lista sig hos dem, patienter på socialpsykiatrin undantaget då dessa är listade inom primärvården om patienten överhuvudtaget valt att lista sig någonstans.

Verksamheten satsar mycket på observationer och uppföljningar under året där syftet är att säkerställa att patienterna får den hjälp som de är berättigade. Genom observationer av exempelvis arbetssätt kan verksamheten få en indikation på områden där medarbetarna behöver kompetensutveckling, vilket kan leda till specifika inriktningar på temaveckor som verksamheten infört. Under 2023 var fokus på anhörigstöd då anhöriga är en viktig part i omsorgen av de boende.

Implementering av arbetssätt är något som tar tid, även om pandemin visat att det i vissa fall kan gå snabbt gällande exempelvis användning av skyddsutrustning och åtgärder för att minska smittspridning. Men även om det i perioder går snabbare, så gäller det att hålla arbetssätt levande inom organisationen och för att göra detta möjligt har verksamheten under åren infört olika typer av råd. Bland annat har verksamheten råd där det finns medarbetare representerade från samtliga avdelningar, där syftet är att skapa bästa möjliga kvalitet gällande exempelvis palliativ vård, hygien, kost, anhörigstöd eller inkontinens. Även om råden diskuterar sådant som fungerar bra eller dåligt, måste samtliga medarbetare visa engagemang för att rutiner gällande exempelvis hur hygienrutiner ska efterlevas. Ledningen arbetar utifrån en resultatbaserad styrningsmodell, där medarbetarna får återkoppling på hur verksamheten ligger till i förhållande till olika mål, samt områden där det finns förbättringsmöjligheter.

Utgångspunkten för verksamheten är att alla arbetssätt ska utgå från evidens och att medarbetarna följer lagstiftning, förordningar, författningar, riktlinjer, lokala regler och rutiner. Verksamheten har ett ansvar för att rutinerna ska vara lätta att förstå, för att medarbetarna ska kunna göra ett så bra arbete som möjligt. Med anledning av att många medarbetare inte har svenska som modersmål behöver rutinerna således skrivas på ett sätt som gör att det är lätt för medarbetarna att förstå rutinerna.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienten, men även anhöriga, ska även inkluderas i sin egen vård och omsorg, då delaktighet är något som är högt prioriterat oavsett insats för att utfallet ska bli så bra som möjligt. Som tidigare nämnts arbetar verksamheten för att främja en personcentrerad vård- och omsorg och samtliga medarbetare som är fast anställd får genomgå Silviahemmets tredagars utbildning där de bland annat får lära sig om demenssjukdomar och hur dessa kan påverka patienterna beroende på vilken diagnos de har. Eftersom verksamheten främst är inriktad mot personer som har en demensdiagnos, där vissa patienter ibland har svårt att uttrycka behov så krävs det är att medarbetarna är lyhörda och uppmärksamma på förändrat hälsotillstånd.



Verksamheten arbetar för att patienternas önskemål gällande vård- och omsorg ska beaktas och att vården ska utformas på ett sätt där patienten upplever största möjliga välbefinnande. Därtill ska vården vara jämlik och insatser ska följas upp regelbundet. Många av patienterna avlider inom verksamheten och därför är det viktigt med ett brytpunktsamtal för att fånga upp patienternas/anhörigas tankar och önskemål. Med anledning av den kritik som riktats mot verksamheten från IVO till följd av att de inte anser att brytpunktsamtal är dokumenterat enligt lagstiftning så har enheten tagit upp detta med Familjeläkarna för att arbetet med brytpunktsamtal och palliativa vården ska bli så bra som möjligt. Förutom att inkludera patienterna i sin egen vård, ska medarbetarna föra journal oavsett om det handlar om dokumentation enligt socialtjänstlagen eller hälso-och sjukvårdslagen då patienterna har rätt att följa sin egen resa inom vården och kunna förstå vilka insatser hen fått och varför. Eftersom överföring av information är viktigt för att säkerställa en god och säker vård betonas överrapporteringar mellan arbetsgrupper som särskilt viktigt, oavsett yrkeskategori. Rutinen för överrapportering har således utvecklats för att tydliggöra vad som är viktigt att dokumentera och att även sådant som är av vikt dokumenteras i det sociala dokumentationssystemet.

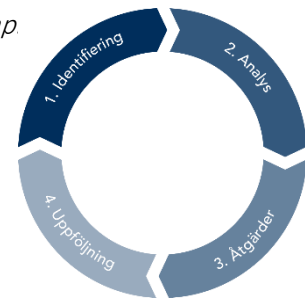
I samband med att patienten flyttar in erbjuds hen och närstående/god man även ett ankomstsamtal tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. Patienten och anhöriga/god man får bland annat få information om möjligheten att kontakta Patientnämnden om de upplever sig missnöjda med verksamhetens vård. Information om patientskadeförsäkringen lämnas också. Patient och närstående/god man uppmanas att komma in med synpunkter och klagomål om eller när de uppmärksammar brister i verksamheten.

Verksamheten har en utsedd Silviasyster som ska kontakta anhöriga och erbjuda enskilda samtal eller gruppsamtal. Syftet är bland annat att fånga upp eventuella frågor gällande verksamhetens insatser eller att utifrån önskemål öka närståendes kunskaper om demens.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Att verka för en säker vård innebär att samtliga medarbetare, oavsett funktion måste arbeta för att få till ett fungerande teamarbete där kommunikation och informationsöverföring är av stor betydelse, särskilt mellan passbyten. Patienter och anhöriga ska även inkluderas, då delaktighet är essentiellt för en god vård och omsorg. Samtliga medarbetare måste även arbeta för en god patientsäkerhet, genom bland annat följsamhet till lagstiftning och rutiner. Verksamheten har upparbetade arbetssätt vilket innebär att teammöten ska ske regelbundet, utifrån patienternas olika behov, samt att reflektion ska ske regelbundet för personalgrupperna där medarbetare som gått en reflektionsledarutbildning har till uppgift att driva samtalen framåt. Varje medarbetare ska utgå från en personcentrerad vård, vilket innebär att ledningen satsat på att samtliga medarbetare som är fast anställda får genomgå en tre dagars utbildning via Silviahemmet. Därefter tillkommer en individuell utvecklingsplan för varje enskild medarbetare, utifrån medarbetarens erfarenhet och hur verksamhetens uppdrag är formulerat utifrån bland annat uppdragsbeskrivningen.



Verksamhetens ledning ser regelbundet även över medarbetarnas behov av kompetensutveckling och beroende på vilka patienter som flyttar in, kan behoven se olika ut för olika avdelningar. Medarbetarnas förutsättningar att möta patienternas behov är bra ur ett organisatoriskt perspektiv. Däremot finns det ett fortsatt behov av att utveckla dokumentationen för samtliga yrkesgrupper, för att det ska vara tydligt vilka insatser som den enskilde patienten är i behov utav men även vilka önskemål som hen har gällande omvårdnad och hälso-och sjukvårdsinsatser. Skulle det flytta in en patient som har stora behov rent medicinskt, finns det i dag möjlighet för sjuksköterskorna att få utbildning via ASIH, för att de sjuksköterskor som normalt sätt inte är vana vid att hantera exempelvis PICC-line ska känna sig trygga med hanteringen av en sådan infart.

Verksamheten arbetar med uppföljning via avvikelserapportering, granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler och den sociala dokumentationen, upprättande av riskanalyser på organisatorisk nivå och individnivå, samt med rutiner för att säkerställa att arbetsmoment utförs på ett så säkert sätt som möjligt. Varje år väljer verksamheten även ut olika områden som ska observeras. Den kollegiala observationen som genomfördes vid

översäpportering mellan arbetsgrupper visade att det finns saker som fungerar bra och att det finns sådant som behöver förbättras, varav möjlighet till förbättring tagits upp med respektive enhet.

Vissa patienter har mer omfattande behov av insatser än andra, varav det är viktigt att hälso-och sjukvårdspersonal med stöd av teamet på avdelningen och den enskilde patienten ser vilka risker som föreligger genom användningen av olika riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens eller munhälsa. Genom upprättandet av hälsoplaner där risker finns eller föreligger, så kan teamet lättare möta och förebygga dessa. Förutom riskbedömningar och hälsoplaner, vilket är ett område som måste förbättras, registrerar hälso-och sjukvårdspersonal statistik i hälso-och sjukvårdsindikatorer, samt infektionsregistrering månadsvis vilket ger verksamheten en indikation på om det finns risker för spridning av vårdrelaterade infektioner.

### **1. Identifiering**

Verksamheten har granskat hälso-och sjukvårdsdokumentationen och uppmärksammat att det finns brister i dokumentationen. Bland annat ska hälsoplaner upprättas i de fall risker föreligger för att teamet kring den boende ska ha en samsyn kring vilka åtgärder som ska vidtas. Se resultat av egenkontroll i bilaga 1.

Utöver dokumentationen följer verksamheten även andelen statistik som sjuksköterskor och rehabpersonal skriver in i hälso- och sjukvårdsindikatorer och infektionsregistrering.

### **2. Analys**

Analys av dokumentationen visar att det finns ett stort behov av att komma tillrätta med brister i hälso-och sjukvårdsdokumentationen.

## **Åtgärder**

Under 2023 har samtal förts med hälso-och sjukvårdspersonal, samt omvårdnadspersonal om vikten av att dokumentera i enlighet med lagstiftning och att anpassa insatser utifrån individens behov, vilket bland annat kräver individuellt anpassade hälsoplaner. Med anledning av brister gällande bland annat avvikelshanteringen upprättades en handlingsplan och frågan om avvikelser har varit en stående punkt på dagordningen. Under året har även avvikelseblanketterna uppdaterats, samt vissa rutiner som bland annat avser översäpportering. För att den enskilde ska få en så god vård- och omsorg som möjligt krävs ett fungerande teamarbete, vilket innebär att



samtliga yrkesgrupper måste få information om den boendes status och aktuella behov för att adekvata åtgärder ska kunna sättas in i ett så tidigt skede som möjligt.

### 3. Uppföljning av åtgärd

Att hälso- och sjukvårdsdokumentationen följer lagstiftning och riktlinjer är av betydelse insatsernas utfall. Teamarbetet behöver således fungera för att omvårdnadspersonalen som arbetar närmast patienterna i den dagliga omvårdnaden ska veta vad de behöver vara observanta på och på vilket sätt insatserna ska utföras. Det är viktigt att insatserna är individuellt anpassade för att på bästa sätt kunna möta patientens behov, samt att insatserna är rimliga utifrån allmänna tillstånd. Eftersom dokumentationen är ett utvecklingsområde, den sociala såväl som hälso- och sjukvårdsdokumentationen är det svårt att avgöra om det under året blivit några signifikanta skillnader för den enskilde patienten.

### 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 §*

Utifrån att det fortfarande finns brister i hälso- och sjukvårdsdokumentationen är det svårt att skönja om det funnits risker för vårdskador. Dock kan verksamheten konstatera att ingen skadats allvarligt, eller avlidit till följd av vård- och behandling. .

Samtliga medarbetare uppmuntras regelbundet till att vara observanta på förändrat tillstånd hos patienterna och att omgående kontakta sjuksköterska i tjänst. En tydlig ansvarsfördelning där bedömningar görs av personal med adekvat kompetens är även något som ledningen framhåller i samtal med medarbetarna, oavsett om det är samtal med omvårdnadspersonal eller legitimerad personal eftersom läkaren är den som är ytterst ansvarig för medicinska bedömningar och ordinationer.

### Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten satsar aktivt på att kompetenshöja medarbetarna inom olika områden för att bidra till en god och säker vård- och omsorg för patienterna. Utifrån observationer av arbetssätt fokuserar verksamheten exempelvis på temaveckor där medarbetarna får arbeta aktivt med specifika ämnen. Ett öppet arbetsklimat där medarbetarna även kan påminna varandra om följsamhet till olika rutiner är även av vikt, då det kan göra stor skillnad gällande huruvida medarbetarna exempelvis använder handskar på rätt sätt eller inte. Under APT, "dagens mail", eller på teammöten kan medarbetarna även bli uppmanade till att följa basala hygienrutiner, med en motivering till varför det är viktigt



Under APT arbetade enheten med bland annat "finn fem fel" för att synliggöra hur medarbetare inte ska vara klädd under arbetspass, samt med genomgång av resultatet från den självskattning avseende följsamhet till basala hygienrutiner presenterades. Ibland kan enskilda medarbetare behöva förtydliganden för att budskapet kring vikten av följsamhet ska kunna tas emot på ett så bra sätt som möjligt. Även om medarbetarna redan i dagsläget genomgår en webbutbildning och får praktiskt handledning av sjuksköterskor så kommer den praktiska utbildningen att behöva genomföras på ett mer systematiskt sätt utifrån lagkrav. Pandemin har visat att medarbetare har förmågan att kunna förändra arbetssätt relativt snabbt, vilket är positivt.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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

Verksamheten arbetar aktivt med risk- och sårbarhetsanalyser sedan 2022 och har under 2023 kommit ännu längre i detta arbete, vilket är positivt då det ger verksamheten en indikation och en föreställning gällande olika typer av scenarier som skulle kunna inträffa. Arbetet med riskanalyser i det dagliga arbetet är något som måste vara levande i verksamheten och beroende på vilket område risken berör kan skyddsombuden ibland behöva involveras. Verksamheten har bland annat riskanalyser som avser eventuella bortfall i bemanningen, leveranser och sådant som kan kopplas till covid.-19 eller annat virus.

Under 2023 har verksamheten även varit beroende av bemanningspersonal, främst vad gäller rehab, för att täcka vakanta pass. En målsättning har dock alltid varit att försöka boka samma personer i den mån det är möjligt för att skapa en kontinuitet i arbetsgruppen, där inhyrda personal har god kännedom om verksamheten och patienterna.

### Stärka analys, lärande och utveckling

Verksamheten anpassar arbetssätt utifrån lagstiftning och riktlinjer och utgångspunkten är att allt som medarbetarna gör ska baseras på evidens. Rutiner är anpassade utifrån exempelvis riktlinjer från Stockholms stad och Region Stockholm och kontinuerliga samtal förs med medarbetare för att skapa en djupare förståelse inom personalgrupperna. Att skapa en trygg vård där patienter och anhöriga känner att de kan lita på medarbetarnas förmåga att möta behov är något som verksamheten arbetar för. Utveckling av arbetssätt, för att kunna möta mål från politik och lagkrav genomsyrar hela verksamheten. Hälso-och sjukvården och den sociala omsorgen är väl sammankopplade, där alla parter inklusive ledning måste vara överens om riktningen för verksamheten, där



säkerheten för patienterna är något som alltid ligger högt prioriterat, oavsett insats. Verksamheten är väldigt styrd av lagkrav och att det finns rutiner som främjar en säker vård, varav rutiner ständigt ses över för att säkerställa att dessa är uppdaterade utifrån exempelvis nya föreskrifter eller riktlinjer. Att kvalitetssäkra rutiner, för att de ska hållas levande inom organisationen är även ett ständigt pågående arbete, som aldrig kan anses vara "klart".

### **Avvikelser**

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

Hur verksamheten hanterar avvikelser framgår under rubriken *Intern samverkan*. Hanteringen av avvikelser är något som verksamheten regelbundet pratar om med medarbetarna för att säkerställa att dessa skrivs och rapporteras in. Eftersom enhetschefer är ansvariga för verksamheten tar cheferna även del av rapporterade avvikelser och diskuterar vid behov dessa med sjuksköterskor, rehabpersonal eller omvårdnadspersonal. Verksamhetschef har som stående punkt på dagordningen med hälso- och sjukvårdspersonal att avvikelser ska tas upp i syfte att kunna få stöd och hjälp med eventuellt avvikelser av svårare karaktär. Under 2023 resulterat ingen avvikelse i en anmälan om vårdskada och de främsta avvikelserna som rapporterades under 2023 som avser hälso- och sjukvård har varit fall bland patienter, samt läkemedelsavvikelser. Medarbetare skulle däremot kunna bli bättre på att rapportera in avvikelser gällande sådant som inte enbart handlar om läkemedel och fall, varav tillbud är ett område. Det verksamheten uppmärksammat är att det i högre utsträckning flyttar in personer som har en utåtagerande problematik vilket lett till att verksamheten sätter in BPSD som en åtgärd för att skönja vad det är som triggar patienten i syfte att kunna sätta in adekvata åtgärder. Som tidigare nämnts har bland annat avvikelseblanketterna uppdaterats i syfte att lättare kunna följa vad som skett och om det finns något som bland annat hälso- och sjukvårdspersonal måste vara observanta på, vad gäller exempelvis fallolyckor där det finns risk för att personen ifråga slagit i huvudet.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma antingen skriftligt eller muntligt och ska hanteras skyndsamt. Tillsammans med berörda medarbetare utreds och analyseras ärendet av enhets- eller verksamhetschef som avgör om åtgärder behöver vidtas. Personen som lämnat in klagomålet/synpunkten bör informeras om åtgärder om sekretessen tillåter detta. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten för klagomål/synpunkter och diarieförs. Verksamheten har tillgång till en processkarta som synliggör hur klagomål/synpunkter hanteras och utgår även från Skärholmens stadsdelsförvaltnings blankett gällande klagomål och synpunkter.

Verksamhetschef ansvarar för att alltid starta en utredning när klagomål och synpunkter inkommer från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller Patientnämnden. Vid upplevt behov kan detta ske i samråd med MAS.

Att systematiskt arbeta med klagomål och synpunkter kan leda till en förbättrad vård och omsorg för individen. Utredning av klagomålet/synpunkten kan leda till att problem i verksamheten identifieras/synliggörs. En verksamhet som är öppen för, och kommunicerar kring, eventuella brister som påtalas utifrån förstärks i sin kvalitetsutveckling.

Under 2023 inkom det ett klagomål som inkom till verksamheten via Patientnämnden, som efter svar från verksamheten avslutade ärendet. Anhöriga var dock inte nöjda med det svar som verksamheten gett och i början av 2024 skickade anhöriga in samma klagomål till Inspektionen för vård. I övrigt har det inkommit två klagomål som mer berörde frågeställningar kring vården från en anhörig till en boende som skickade in klagomålen via stadsdelens registrator. Ytterligare ett klagomål inkom från en anhörig som uttryckte missnöjde med en boende på den avdelning som hens anhörig bor på. Förutom nämnda klagomålsynpunkter inkom två till under 2023 som berörde frågor om omsorgen, varpå dessa frågor bemöttes på ett sätt som gjorde anhöriga till de boende nöjda.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Som tidigare nämnts har pandemin visat att verksamheten snabbt måste kunna ställa om och arbeta utifrån riktlinjer som förändras i takt med ny kunskap. Verksamheten arbetar även med risk- och sårbarhetsanalyser för att kunna vara så väl förberedda som det går för att kunna ta hand om de patienter som verksamheten riktar sig till, men även att för att kunna möta medarbetarnas behov, vilket är den absolut viktigast resursen som verksamheten har att tillgå. Högst prioriterat är alltid en god vård- och omsorg av patienterna, vilket i stunder av eventuellt framtida kriser kanske kommer ha inverkan på andra områden, vilka är minst lika viktiga för en god livskvalitet. Pandemin har redan visat prov på att besöksförbud och andra restriktioner såsom isolering, smittspårning med mera kan ha inverkan på patienter och anhörigas upplevelse av hur nöjda de är med den vård- och omsorg som bedrivs, varav detta ofta framkommer anonymt via Socialstyrelsens brukarundersökningar. De förutsättningar som kommer att finnas i samhället för att möta framtida kriser kommer såklart att ha inverkan på verksamhetens



möjligheter att tillgodose patienternas behov, oavsett hur väl verksamheten försöker att förbereda sig på olika typer av scenarier.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Verksamhetsåret 2023 var delvist bra och delvist mindre bra. Det som var positivt är att verksamheten fortfarande var relativt förskonad från smittspridning av covid-19 och att de som insjuknade under året har en hög vaccinationstäckning i kombination med insättning av förebyggande läkemedel bidragit till ett bättre sjukdomsförlopp.

Verksamheten har goda förutsättningar och medarbetarna har bra förutsättningar att kunna ge en god vård och omsorg, då verksamheten satsar på kompetensutvecklande insatser. Fysiska utbildningsinsatser och workshops är positivt ur ett kompetenshöjande perspektiv då dialog och interaktion bidrar till ökat lärande. Något som är mindre bra är att det varit och är fortsatt svårt att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal och sedan mitten av 2023 har det främst varit svårt att tillsätta vakanta tjänster avseende rehabpersonal. Därtill måste verksamheten fortsättningsvis även arbeta med avvikelshantering och att dokumentationen, oavsett om det handlar om dokumentation enligt SoL eller HSL måste förbättras. Inte bara för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna förstå patienternas behov, men även för att patienten själv har rätt till insyn i sin egen vårdresa och vilka insatser hen har fått och varför.

### **Prioriterade mål för 2024**

- Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, främst vad gäller hälsoplaner kopplat till riskbedömningar men även dokumentation avseende av den palliativa vården, brytpunktsamtal inkluderat. Därtill ska samtliga insatser dokumenteras enligt lagstiftning för att det ska finnas en spårbarhet bakåt i tiden och en möjlighet att kunna följa patienternas vårdresa.
- Utveckling av avvikelshantering enligt upprättad handlingsplan, för att kunna följa vilka åtgärder som vidtagits och på vilket sätt dessa följts upp.
- Praktisk utbildning i basala hygienrutiner i enlighet med Socialstyrelsen föreskrift.

Förutom prioriterade mål ska verksamheten verka för att patienterna får en jämlik vård och behandling utifrån behov oavsett ålder, kön/könsidentitet, funktionsnedsättning, etnicitet, eller sexuell läggning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska även arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, samt säkerställa att vård ges utifrån lagstiftning, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner.

### **Strategier för att kunna uppnå målen för 2024**

- Utbildning av en processhandledare i Vodok för att förbättra hälso-och sjukvårdspersonalens möjligheter att dokumentera, då de uttryckt att de upplever dokumentationssystemet som svårnavigerat.
- Dokumentationsdagar för hälso-och sjukvårdspersonal.
- Regelbunden egenkontroll och uppföljning av dokumentationen och avvikelshantering.
- Användning av handscanner i syfte att medvetandegöra personalens förmåga att hålla en god handhygien.

## Utmaningar

En utmaning är förbättringen av dokumentationen inte är något som sker i en handvändning utan något som kräver tid, ansträngning och aktiv handling från hälso-och sjukvårdspersonal för att dokumentationen ska ske enligt lagstiftning. En del av den kritik som IVO riktade till verksamheten under 2022 handlade om brytpunktsamtal och om läkemedelsgenomgångar, vilket är något som läkarorganisationen är huvudansvarig för och något som verksamheten tagit upp och diskuterat i samband med samverkansmöten.

### Bilaga 1.

#### Resultat av egenkontroller 2023

Av totala antalet boende som uppgick till 96 personer den 31 december 2023 så blev resultatet följande.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Granskning av andelen patienter med aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	Andelen aktuella riskbedömningar för fall uppgår till 99 procent, för undernäring till 92 procent och trycksår till 94 procent.  Av dem som hade en riskbedömning för fall hade 93 procent risk för fall, 41 procent risk för undernäring och 20 procent risk för trycksår.	Resultatet är godkänt utifrån målsättning att minst 90 procent skulle ha en aktuell riskbedömning. I förhållande till 2022 har andelen gjorda riskbedömningar förbättrats. Resultatet visar dock att risken för fall utmärker sig för dem som bor inom verksamheten, vilket kräver förebyggande insatser.

Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 83 procent	Resultatet är godkänt. I jämförelse med förra års resultat på 59 % har resultatet förbättrats avsevärt.
Inga trycksår uppkomna i verksamheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar en hälsoplan med åtgärder för patienter med risk för trycksår eller med trycksår.	Granskning av andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen patienter med uppkomna trycksår uppgår till 3 personer under året.  Verksamheten har som målsättning att inga trycksår ska uppkomma.	Delvist godkänt.  För att minska risken för trycksår krävs individuella planer där det föreligger risker.
Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner.	68 personer besvarade enkäten gällande självskattning.	Resultatet visar att vissa frågor är svåra att förstå, samt att man svarar hur man skulle agerat vid en viss situation även om instruktionerna i enkäten är att man ska svara på hur man agerade vid ett visst tillfälle.  Resultatet är godkänt och förtydliganden skickades ut till samtliga medarbetare, samt togs upp på kvalitetsråd och APT.

		Observation av följsamhet till basala hygienrutiner.	Genomfördes på 6 av 15 avdelningar.	Resultatet är inte godkänt och verksamheten behöver öka andelen observationer under 2024.
	All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen och HSL- indikatorer månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.  Infektionsregistreringen visar att enstaka infektioner kopplat till urinvägar, sårinfektioner och andra hud- och mjukdelsinfektioner.	Godkänt resultat
	All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgick även under 2023 till cirka 95 procent.  Svarsfrekvensen är hög bland de medarbetare som är i tjänst. Anledningen till att diplom inte lämnas in är på grund av föräldraledigheter, längre sjukfrånvaro.	Godkänt resultat Verksamhetens egen uppskattning utifrån inlämnade diplom.
Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för alla patienter som samtycker till registreringen	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.	Andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert uppgår till 0 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle minst 40 procent av riskbedömningarna registrerats.



För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret en gång per år	Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativregistret. Resultatet är inte fullständigt och går därför inte att analysera.	Resultatet är inte godkänt
---	--	---	---	----------------------------

### Avvikelser

Under 2023 har totala antalet avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b>	<b>214</b>
<b>Läkemedel</b>	<b>71</b>
<b>Specifik rehabilitering</b>	<b>1</b>
<b>Trycksår</b>	<b>1</b>

### Samlad analys av egenkontrollen

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och en kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

I förhållande till 2022 har antalet fall i verksamheten minskat drastiskt då antalet fall föregående år uppgick till 314 fall. Antalet läkemedelsavvikelser har dock ökat från 52 inrapporterade läkemedelsavvikelser under 2022, men det är positivt att avvikelser gällande läkemedel rapporteras in då det varit relativt få avvikelser rapporterade sett bakåt i tiden. En anledning till att fall ökar vissa år kan vara direkt kopplat till att det är enskilda personer som faller oftare, trots förebyggande åtgärder, eftersom verksamheten inte kan begränsa personers rörelsefrihet. När det gäller läkemedelsavvikelser är majoriteten av avvikelserna kopplade till utebliven signering av läkemedel. Verksamheten uppmantrar samtliga medarbetare att skriva avvikelser i syfte att kunna förebygga att

dessa inträffar, vilket kan leda till fler utbildningsinsatser inom områden där brister uppmärksammas.

Analysen av egenkontrollen för 2023 visar att hälso-och sjukvårdsdokumentationen inte till fullo uppfyller kraven gällande vad en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer.

Att endast 0 procent av samtliga riskbedömningar har registrerats i Senior Alert är även det en stor brist då målet har varit att öka andelen registreringar. Syftet med registreringen är bland annat är att bidra till ökad kunskap, jämlik vård och förbättrad hälso-och sjukvård för personer som är i behov av vård i Sverige.

Sammanfattningsvis behöver verksamheten förbättra sina resultat inom flera områden för att säkerställa en hälso- och sjukvård som lever upp till bland annat de förväntningar som finns. Bland annat måste hälsoplaner göras enligt gällande riktlinjer då det är verktyg som ska användas för att kunna sätta in adekvata åtgärder för patienter som ligger i riskzonen för exempelvis undernäring, trycksår eller fall. Upprättandet av hälsoplaner som följs upp regelbundet av teamet är något som kommer att vara fortsatt prioriterat under 2024.