



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse

för Sätra vård- och omsorgsboende

År 2024



2025-02-29

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	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	7
Strålskydd.....	8
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
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.....	15
Klagomål och synpunkter.....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	16
BILAGA 1. Resultat av egenkontroll.	17

SAMMANFATTNING

Verksamhetsåret 2024 har i stort varit ett bra år och planerade aktiviteter har utförts enligt plan, vilket varit i linje med de prioriterade målen för året.

När det gäller de egenkontroller som utförts gällande hälso- och sjukvårdsdokumentationen så visar resultatet att andelen gjorda riskbedömningar försämrats sedan föregående år. Egenkontrollen visade även att andelen hälsoplaner där det föreligger risk måste förbättras avsevärt. När det gäller andelen fall så har dessa minskat i förhållande till tidigare år och sedan 2022 har andelen fall minskat med 56 %. Exakt vad det är som lett till att fallen minskat så drastiskt under en tvåårsperiod är dock svårt att säga. Under 2024 har verksamheten tyvärr konstaterat att risken för vårdskador ökat, främst i samband med fall, vilket är på grund av att riskbedömningarna och planerade åtgärder inte uppdaterats utifrån regeln för fallprevention.

Verksamheten behöver fortsättningsvis arbeta för att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen, vilket kommer att ske med stöd av en processhandledare. Därtill har enheten redan påbörjat utbildningsinsatser i form av genomgång av nutritionsvårdsprocessen med tillhörande workshops, samt en inplanerad utbildning gällande det fallpreventiva arbetet.

Personalresurserna inom verksamheten är fortsatt goda när det kommer till omvårdnadspersonal, men verksamheten har svårare att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal. Eftersom verksamheten behöver viss tillgång till personal så används bemanningsföretag för att täcka vissa vakanta tjänster. Något som är positivt är dock att det under 2025 kommer att börja en ny arbetsterapeut inom verksamheten.

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

Verksamheten kommer 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 2025 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 2024 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 2025

- Utveckling av arbetet med nutritionsvårdsprocessen.
- Utveckling av det fallpreventiva arbetet.
- Utveckling av avvikelshanteringen enligt tidigare upprättad handlingsplan, för att kunna följa vilka åtgärder som vidtagits och på vilket sätt dessa följts upp.
- Utbildning i vitala parametrar för omvårdnadspersonal.
- Utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR).

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 2025

- Utbildning för samtlig hälso- och sjukvårdspersonal av en processhandledare i Vodok för att förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att dokumentera, med särskilt fokus på upprättandet av hälsoplaner.
- Dokumentationsdagar för hälso- och sjukvårdspersonal.

- Månatlig uppföljning avseende andelen gjorda riskbedömningar, samt vidtagna åtgärder.
- Utbildning i nutritionsvårdsprocessen tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och dietist som arbetar inom stadsdelsförvaltningen med övergripande kvalitetsfrågor.
- Utbildning i fallpreventivt arbete tillsammans med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).
- Fallmöten avseende patienter som har hög risk för fall och som ramlat återkommande.
- Individuell utvecklingsplan som tagits fram utifrån verksamhetens och medarbetarens behov av fortbildning inom utvalda områden.
- Föreläsning för omvårdnadspersonal i vad olika mätvärden innebär och hur dessa kan påverka patientens välbefinnande. Omvårdnadspersonal kommer även att få praktisk utbildning.

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 avvikelshantering.

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. Verksamheten granskas även via verksamhetsuppföljning vartannat år enligt Stockholms stads riktlinjer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

För att avvikelshanteringen 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 avvikelser i Vodoks avvikelsemodul. Även rehabpersonal registrerar avvikelser i Vodok, samt åtgärder 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. Silviasystemen, 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 2025 kommer verksamheten fortsätta arbetet för att utveckla arbetet med hälsoplaner och att riskbedömningar uppdateras utifrån patienternas behov, samt att det finns en planering i teamet kring vilka åtgärder som är lämpliga att vidta, samt när och hur dessa ska följas upp. En handlingsplan är under upprättande och kommer att följas under 2025.

Målet är att avdelningarna 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. All hälso-och sjukvårdspersonal träffas dessutom minst tre gånger i veckan för avstämningar, utöver ordinarie överrapporteringar.

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. Under 2024 hade verksamheten och Familjeläkarna två samverkansmöten. På samverkansmötena ska frågor som leder till förbättrad hälso-och sjukvård för patienterna tas upp och eventuella avvikelser ska diskuteras. I december månad 2024 uppdaterades samverkansöverenskommelsen, som uppdaterats med bland annat ett förtydligande om kommunikationsvägar vid kris-och katastrofsituation. 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.

Verksamheten hade under 2024 två samverkansmöten tillsammans med Högdalens vård- och omsorgsboende och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Högdalens vård- och omsorgsboende är dem som tillhandahåller nattsjuksköterska utifrån avtal mellan klockan 21:00- 07:00 och även på dessa samverkansmöten ska frågor som leder till förbättrad hälso-och sjukvård och eventuella avvikelser diskuteras.

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 fortsatt gagnat boende som på ett smidigt sätt kunnat få påfyllnadsdoser av nämnda vaccin.

Verksamheten har även en samverkan med Röda korsets högskola och tillhandahåller verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter som går termin 2. Under året tar verksamheten emot fyra studenter som får gå bredvid omvårdnadspersonal och sjuksköterskor utifrån lärandemål och kursplan.

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, registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, samt Symfoni om patienterna samtycker till nödvändig tandvård i hemmet som Region Stockholm tillhandahåller. 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 egenkontrollen för 2024 visade att det saknas i 30 % av fallen där risk uppmärksammats via riskbedömning. Under året uppmärksammades totalt 106 risker, men i 31 av fallen saknades en aktuell hälsoplan. Egenkontrollen visade även att många hälsoplaner även måste utvecklas, där åtgärder och uppföljning tydligt framgår. Något som hälso-och sjukvårdspersonal måste planera och dokumentera är hur uppföljningen av hälsoplanerna går till. Riskbedömningar avseende ROAG måste även 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.

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, Lex Maria, 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.

En analys av hanteringen av inkomna avvikelser visar att det finns ett fortsatt behov av att följa avvikelseprocessen, vilket handlar om att det ska vara tydligt att se vilka åtgärder som vidtagits i dokumentationen och att det finns en följsamhet till Stockholms stads riktlinjer och lokala rutiner.

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 schemalaggningen 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. Under 2024 ansökte verksamheten även om medel via Äldreomsorgslyftet för att möjliggöra för en medarbetare att vidareutbilda sig till undersköterska. Verksamheten har även satsat på att utbilda palliativa ombud via Sophiahemmets högskola, vilket är en del i arbetet för att bidra till en god palliativ vård för patienter som befinner sig i livets slut. Därtill anpassas kompetensutvecklingen till viss del även utifrån vilken målgrupp medarbetarna 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 fortsatt 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 hade en vakant sjukskötersketjänst som tillsattes under april månad 2024. För att täcka behov under sommarperioder har verksamheten även behövt bemanna vakanta sjuksköterskepass och behovet ökade ytterligare i slutet av våren när Vårdförbundet tog ut Stockholms stad i en blockad. Verksamheten hade under året även en vakant sjukgymnasttjänst som tillsattes under maj månad. En tjänst som dock varit svår att tillsätta är en vakant arbetsterapeuttjänst, vilket inneburit att verksamheten behövt boka personal via bemanningsföretag under en längre period för att täcka behov. Den rekryteringsprocess som verksamheten hade i slutet av året har dock lett till att en arbetsterapeut börjar på 100 % från och med maj månad 2025. För att främja kontinuitet har verksamheten i den mån det varit möjligt försökt att boka samma bemanningskonsulter till de olika yrkeskategorierna.

Familjeläkarna är den läkarorganisation som är kopplad till verksamheten, vilka tillhandahåller läkarinsatser för patienterna som väljer att lista sig hos dem, patienter på socialpsykiatri 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 2024 hade verksamheten fokus på symtomkontroll som är en av de fyra hörnstenarna i den palliativa vårdfilosofin.

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. Ett projekt som initierats under 2024 är ett projekt om att införa nyttigare mellanmål, där recept tagits fram av kostrådet i samverkan med stadsdelens dietist. 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. Verksamheten har under 2024 arbetat för att implementera en samarbetsyta där rutiner och information ska vara lätt att tillgå för medarbetarna och samtliga rutiner har gått igenom för att säkerställa att dessa är aktuella och uppdaterade.

Förutom ovanstående har samtliga medarbetare även en utvecklingsplan som tydliggör vilka utbildningar som ska genomföras under året. Utbildningarna kan väljas ut antingen utifrån den enskilda medarbetarens behov, en analys av föregående års resultat, samt utifrån de mål som verksamheten ska arbeta för att uppnå under verksamhetsåret.

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. I samverkan med Familjeläkarna har verksamheten även betonat läkarorganisationens ansvar när det kommer till bland annat brytpunktsamtal och att läkaren är delaktig i planeringen av insatser för patienter som exempelvis har risk för undernäring, trycksår och fall. 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 utvecklades under 2023 och observation av hur överrapporteringar fungerar gjordes under 2024.

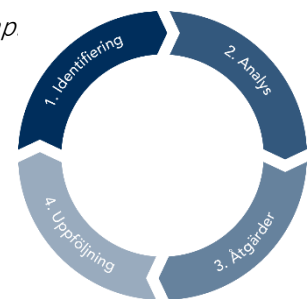
I samband med att patienten flyttar in erbjuds hen och närstående/god man även ett välkomstsamtal tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. Patienten och anhöriga/god man får bland annat få information om möjligheten att kontakta Patientnämnden om de upplever sig missnöjda med 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 överrapportering 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. Observationen utfördes på 11 av 13 avdelningar och resultatet visar att överrapporteringsrutinen efterlevs och att den används i högre omfattning, samt att viktig information dokumenteras. Under 2024 gjorde enheten även en egenkontroll avseende patienternas individuella riskbedömningar som berör exempelvis risk för självskadebeteende, hot och våld, risk för förtäring av kemikalier med mera och egenkontrollen visade att det är ett arbete som måste fortsätta undre 2025 då skattningarna inte alltid står i proportion till bedömd risk.

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. Under 2024 har verksamheten även gått igenom hälso-och sjukvårdspersonalens ansvar, samt vilka förväntningar som finns avseende arbetsinsatser, främst vad gäller det förebyggande arbetet och vikten informationshämtning, överrapportering, samt dokumentation.

Åtgärder

Under 2024 har samtal förts med hälso-och sjukvårdspersonal om vikten av att dokumentera i enlighet med lagstiftning och att anpassa insatser utifrån individens behov, vilket bland annat kräver individuellt anpassade hälsoplaner. 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.

Verksamhetschef har även förtydligat sjuksköterskans ansvarsområde i olika forum, bland annat tillsammans med MAS. Verksamheten har förtydligat lokala rutiner, samt haft återkommande samtal med hälso-och sjukvårdspersonal gällande ansvarsfördelning, samt vikten av att dokumentera information av relevans och att det finns en spårbarhet gällande insatser.

Verksamhetschef har haft samtal med hälso-och sjukvårdspersonal i syfte att förtydliga vad som ingår i sjuksköterskans och rehabpersonalens ansvarsområden, samt vikten av att ställa frågor i samband med informationsinhämtning vad gäller exempelvis patienternas behov av medicinteknisk utrustning i samband med exempelvis inflyttning.

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 vad gäller exempelvis andelen gjorda riskbedömningar och upprättandet av hälsoplaner så finns det en risk för att vårdskador kan inträffa.



Ett förebyggande arbete är essentiellt för att förebygga att vårdskador inträffar och en systematisk uppföljning av inträffade händelser är avgörande för att insatser ska kunna sättas in i tid. Verksamheten kan exempelvis inte begränsa patienters möjlighet att röra sig för att förhindra fall, men om dessa personers hälsotillstånd och behov följs upp kontinuerligt i teamet så kan adekvata åtgärder sättas in. Detsamma gäller det förebyggande arbetet avseende risk för undernäring, där teamets gemensamma målsättning med hänsyn taget till patientens egna önskemål kan leda till att rätt åtgärder sätts in såsom exempelvis rätt konsistens på maten, ett korrekt beräknat energibehov, samt hur och på vilka tider patienten får i sig regelbundna måltider under dygnet.

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, vilka i sin tur har läkarorganisationen att konsultera 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 en eftermiddag 2024 fick samtliga medarbetare svara på olika frågor som handlar om basala hygienrutiner, samt testa att scanna sina händer i handscanningsmaskinerna som verksamheten köpt in i syfte att synliggöra hur bra medarbetaren är på att desinfektera sina händer utifrån Vårdhygiens riktlinjer.

Ibland kan enskilda medarbetare behöva förtydliganden för att budskapet kring vikten av följsamhet gällande basala hygienrutiner 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 tidigare 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

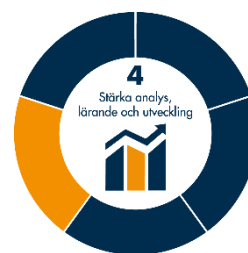
Verksamheten arbetar aktivt med risk- och sårbarhetsanalyser sedan 2022 och har under 2023 och 2024 kommit ännu längre i detta arbete, vilket är positivt då det ger verksamheten en indikation och en föreställning gällande olika typer av scenarier som skulle kunna inträffa. Arbetet med riskanalyser i 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 exempelvis virus, värmebölja och dylikt.

Under 2024 har verksamheten fortsatt varit beroende av bemanningspersonal, främst vad gäller rehab, för att täcka vakanta pass. En målsättning har dock alltid varit att försöka boka samma bemanningskonsulter i den mån det är möjligt för att skapa en kontinuitet i arbetsgruppen, där inhyrda personal har god kännedom om verksamheten och patienterna. Men ett intag av bemanningskonsulter innebär alltid en risk, varav verksamheten i bokningar informerar om EU´s direktiv gällande dygnsvila och ser till att bokningar görs utifrån detta. Däremot har verksamheten inte kännedom om hur mycket bemanningskonsulten ifråga arbetar och hinner vila innan hen tar sig an ett uppdrag.



Stärka analys, lärande och utveckling

Verksamheten anpassar arbets sätt 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 arbets sätt, 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.

Avvikelse

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 2024 gjorde verksamheten en lex Maria utredning, vilket ledde till en anmälan enligt Lex Maria som skickades in till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). I samband med händelsen vidtog verksamheten åtgärder och hade återkommande samtal med hälso-och sjukvårdspersonal för att förhindra att liknade inträffar igen. IVO avslutade ärendet i slutet av 2024, med hänvisning till att vidtagna åtgärder ansågs tillräckliga.

Utifrån att det fortfarande finns brister i hälso-och sjukvårdsdokumentationen vad gäller exempelvis andelen gjorda riskbedömningar och upprättandet av hälsoplaner så är bedömningen att det under 2024 funnits risk för vårdskada för ett antal personer som haft återkommande fallolyckor. Patienterna ifråga har dock haft en riskbedömning för fall

och det har funnits en målsättning med vården, men åtgärder måste kontinuerligt följas upp och det ska tydligt framgå om åtgärderna är aktuella utifrån patientens behov. Anledningen till att verksamheten dock gör bedömningen om att det funnits en risk för vårdskada är bland annat på grund av att riskbedömningen Downton ska uppdateras för personer som ramlar återkommande och åtgärder för att förhindra dess fall ska tydligt framgå i en hälsplan. I regeln för fallprevention framgår att riskbedömningen ska uppdateras ” inom en vecka när en patient har fallit två gånger inom tidsramen fyra veckor”. I ett fall ledde fallolyckan till en fraktur vilket kan anses vara en vårdskada eftersom personen inte hade en uppdaterad riskbedömning, med tillhörande hälsoplan. Några av de berörda personerna har även ådragit sig lättare sårskador och blåmärken i samband med fallolyckorna. En avvikelse handlar även om att en person fått i sig fel läkemedel, vilket dock uppmärksammades och åtgärder kunde snabbt vidtas. Verksamheten kan dock konstatera att de flesta, förutom personen som ådrog sig en fraktur som behandlats konservativt, inte har ådragit sig någon allvarlig skada eller avlidit till följd av vård- och behandling.

Under 2023 uppdaterades bland annat avvikelseblanketterna 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 2024 inkom det två klagomål som inkom till verksamheten via Patientnämnden, som efter svar från verksamheten avslutade ärendet. Ett annat klagomål som kom till verksamheten handlade om läkarorganisationen, varav den anhöriga inte ville att klagomålet skulle skickas vidare till dem, vilket innebär att klagomålet inte kunde bemötas.

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 2024 var delvist bra och delvist mindre bra. Det som var positivt är att verksamheten fortfarande varit förskonad från smittspridning av olika virus, vilket troligtvis beror på att patienterna har en hög vaccinationstäckning.

Sett till verksamhetens behov så har medarbetarna bra förutsättningar att kunna ge en god vård och omsorg, då verksamheten satsar på kompetenshöjande 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 avvikelshanteringen och att hälso-och sjukvårdsdokumentationen uppnår ställda krav. 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 avvikelshanteringen 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 avvikelshanteringen.
- 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 utföras enligt gällande lagstiftning.

Bilaga 1.

Resultat av egenkontroller 2024

Under 2024 granskades 95 patientjournaler under perioden 1 januari-31 december 2024. Totalt visade utförda riskbedömningar att det förelåg 106 risker, vad gäller risk för

undernäring, trycksår och fall. Av dessa 106 bedömda risker fanns det varierade hälsoplaner på 75 stycken. I 31 fall saknades en hälsoplan kopplad till bedömd risk, vilket motsvarar cirka 30 %, vilket inte kan anses vara ett godkänt resultat. Andelen riskbedömningar behöver även förbättras, då dessa ska göras minst 1 gång/år, samt vid behov för att kunna anses vara aktuell.

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 sker enligt mall för egenkontroll, där journaler granskas månadsvis.	Andelen aktuella riskbedömningar för fall uppgår till 87 procent, för undernäring till 81 procent och trycksår till 83 procent.	Resultatet är ej godkänt, då det förebyggande arbetet är en grund för de insatser som ges. I förhållande till 2023 har resultatet försämrats. Något som är värt att notera att en annan mall för egenkontroll använts under 2024.
Alla patienter ska ha en aktuell munhälsobedömning.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG på de patienter som samtycker till bedömningen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska samverkar med Oral Care gällande patienter som är drabbad av ohälsa i munhålan.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG sker enligt mall för egenkontroll, där journaler granskas månadsvis.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 72 procent	Resultatet är ej godkänt. Bedömning av munhälsan är en viktig del i det förebyggande arbetet där patienter har konstaterad undernäring alternativt risk för undernäring. Under 2024 hade 27 patienter inte en aktuell munhälsobedömning vilket är ett resultat som måste förbättras under 2025.
Alla patienter ska ha en aktuell ADL-bedömning.	Arbetsterapeut gör en ADL-bedömning minst 1 gång/år.	Granskning av andelen patienter med en aktuell ADL-bedömning sker enligt mall för egenkontroll, där journaler granskas månadsvis.	Andelen aktuella ADL-bedömningar uppgår till 95 %.	Resultatet är delvist godkänt. ADL-bedömningen är en viktig del för att säkerställa att patienterna egna förmågor tas tillvara. Underlaget som ADL-bedömningen utgör kan, om de används på ett korrekt sätt, bidra till

				utveckling av genomförandeplanerna..
Inga trycksår uppkomna i verksamheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar en hälsoplan med åtgärder för patienter med risk förtrycksår eller med trycksår.	Granskning av andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen patienter med uppkomna trycksår uppgår till 1 person under året. Verksamheten har som målsättning att inga trycksår ska uppkomma.	Delvist godkänt. För att minska risken för trycksår krävs att individuell plan upprättas där risk föreligger
Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner.	Under höstens självskattning svarade 100 medarbetare på esmakerenkäten som skickades ut.	Resultatet visade att de 99% av de svarande vet hur händer ska desinfekteras. Dock uppgav 8 % att de inte alltid använder förkläde i samband med exempelvis bäddning, vilket är något som verksamheten måste arbeta med.
		Observation av följsamhet till basala hygienrutiner.	Genomfördes under våren och hösten 2024.	Resultatet under våren var ofullständigt vilket innebär att resultatet inte gick att analysera. Under hösten så ökade andelen observationer. Verksamheten använder Vårdhygiens blankett "observation av följsamhet till basala hygienrutiner". Något som dock skulle kunna utvecklas är att även sjuksköterskornas följsamhet ska observeras och inte enbart omvårdnadspersonalens. Överlag visar resultatet utifrån mallen att

				följsamheten är god, men andelen personer som observeras behöver utökas inför nästkommande år.
	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 pneumoni, urinvägar, sårinfektioner och andra hud- och mjukdelsinfektioner.	Godkänt resultat. Under 2024 har det inte registrerats något fall av covid-19 eller influensa. En anledning till detta skulle kunna vara att verksamhetens har en hög vaccinationsgrad bland patienterna, samt att smittspårning inte genomförs för att hitta eventuellt asymtomatiskt sjuka patienter.
	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 2024 till cirka 95 procent. Svarsfrekvensen är fortsatt 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	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.	Under 2024 har 17 individuella patienter registrerats i Senior Alert. Antalet registrerade bedömningar enligt nedan:	Resultatet är ej godkänt. I de allra flesta fall så har patienterna samtyckt till att registrering får göras i Senior Alert, vilket innebär att andelen

Senior Alert för alla patienter som samtycker till registreringen	kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.		9 riskbedömningar avseende risk för trycksår. 13 riskbedömningar avseende risk för undernäring. 14 riskbedömningar avseende risk för fall. 1 riskbedömning avseende munhälsa.	registreringar borde ha varit fler.
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 uppgår till 23 individer av totalt 25 individer som avlidit på plats inom verksamheten.	Resultatet är godkänt och har förbättrats från ett resultat på 0 % under 2023 till ett resultat på 92 % under 2024. Det framgår även av statistiken att brytpunktsamtal ägt rum i 65 % av fallen, vilket dock inte speglar resultatet av egenkontrollen av dokumentationen i Vodok, där resultatet måste förbättras avsevärt.

Avvikelser

Under 2024 har totala antalet avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell

Typ av avvikelse	Antal
Fall	177
Läkemedel	59
Vårdkedjan	7

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 2023 har antalet fall i verksamheten minskat drastiskt då antalet fall föregående år uppgick till 214 och sett till 2022 då 314 fall registrerades. 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. 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. Under 2024 har cirka åtta personer ramlat mer återkommande och dessa står för majoriteten av inrapporterade fallolyckor.

Antalet läkemedelsavvikelser har även de minskat i förhållande till 2023 då 71 läkemedelsavvikelser rapporterades in, vilket är 12 fler än för 2024. När det gäller andelen läkemedelsavvikelser så är det väldigt få avvikelser i förhållande till antalet doser som ges ut varje dag året om och om det speglar verkligheten är svårt att avgöra, men troligtvis finns det ett visst mörkertal. Under 2024 har läkemedelsavvikelseerna främst handlat om uteblivna doser och signering.

Avvikelser i vårdkedjan avser avvikelser mellan olika vårdgivare. Vid granskning av de inrapporterade avvikelserna som registrerats som avvikelser i vårdkedjan så är bedömningen dock felaktig, förutom i ett fall då blodprov inte hämtats upp enligt rutin. De övriga avvikelserna som registrerats som avvikelser i vårdkedjan handlar exempelvis om sådant som patienterna gjort, vilket inte är en avvikelse.

Analysen av egenkontrollen för 2024 visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte uppfyller kraven gällande vad en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Egenkontrollen visade att det finns en bristande följsamhet till när och på vilket sätt olika mätvärden ska tas, när riskbedömningar utförs och på vilket sätt hälsoplaner upprättas. Det framgår sällan i journal hur brytpunktsamtal som läkaren är ansvarig för genomförts, förutom att läkaren tagit ställning till EJ HLR. Därtill saknas palliativa vårdplaner, där patientens eller anhörigas önskemål framgår.

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 2025.