Patientsäkerhetsberättelse Attendo för 1453 Attendo Fresta Södra Allé År 2025

Datum: 2026-03-01
Skriven av: Jeanette Danielsen

Innehållsförteckning

Inledning **3**

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 8
Informationssäkerhet 9

En god säkerhetskultur **9**

Adekvat kunskap och kompetens **11**

Patienten som medskapare **12**

Agera för säker vård **13**

Egenkontroll **13**

Öka kunskap om inträffade vårdskador **14**

Tillförlitliga och säkra system och processer **15**

Säker vård här och nu **15**

Riskhantering 16

Stärka analys, lärande och utveckling **20**

Avvikelser 21
Klagomål och synpunkter 21
Kvalitetsregister 22

Öka riskmedvetenhet och beredskap **24**

Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år **26**

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 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. Adaption gjord för Attendo 21-11-22

Sammanfattning

På Attendo fresta södra allé har vi under 2025 arbetat systematiskt med våra övergripande mål och strategier, i syfte att upprätthålla hög patientsäkerhet och ständigt förbättra och förfina våra arbetssätt.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har inkommit har hanterats enligt gällande rutiner. Rapportering sker en gång per år till Upplands Väsby kommun.

Verksamheten har haft ett fortsatt arbete med ett väl utarbetat årshjul som ett led i kvalitetssäkring.

Verksamheten har arbetat aktivt med riskanalyser i Senior Alert under året (trycksår, undernäring, fall och munhälsa).

Verksamheten har arbetat med registreringar och åtgärder i BPSD registret. Dessa har sedan implementerats till arbetsgruppen vid teammöten veckovis. Verksamheten har ökat antal registreringar sedan 2024 men behöver ta ett omtag med utbildning av personal nästkommande år.

Gällande Palliativa registret så ligger Fresta inom målvärdet i största delen.
Totalt avled 22 patienter under 2025, varav 3 avled på sjukhus. Verksamheten har registrerar 7 av de väntade dödsfallen och behöver säkerställa att alla dödsfall registreras nästkommande år.

Granskning av HSL dokumentationen utfördes vid ett tillfälle men vi hade inte godkänt resultat. Vi återinför kollegial granskning nästkommande år.

Extern apoteksgranskning utfördes under hösten 2025 där vi har en del anmärkningar som rör bland annat läkemedelshantering och förvaring av läkemedel. Fortsatt arbete med åtgärder under 2026.

Via stimulansmedel från Upplands Väsby kommun har vi stärkt upp sjuksköterskebemanningen med en extra sjuksköterska under året.

Delegeringar har följts upp systematiskt.

Under året har 98% av alla läkemedel blivit signerad varav 88% är i tid. Vi använder det digitala systemet Appva MCSS för planering och uppföljning läkemedelsinsatser. Fortsatt arbete med att alla insatser ska signeras i tid.

Samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång.

Verksamheten har sedan tidigare implementerat arbetssätt med Collabodoc som är ett digitalt rondplaneringssystem mellan sjuksköterskorna och läkarorganisationen. Detta har lett till en tydligare struktur vid läkarrond samt ökad effektivitet men efter läkarbyte som skett tidigare under 2024 har arbetssättet inte utförts fullt ut då läkare inte arbetat aktivt i Collabodoc.

Natt och dygnsfasta har mätts två gånger på samtliga patienter under 2025.

Vi har ökat nöjdheten för tillgänglighet för både sjuksköterska och läkare enligt Socialstyrelsen brukarundersökning 2025.

Medarbetarna rapporterar risker, tillbud och negativa händelser via digitalt avvikelsesystem ADD. Kvalitetsrådet har träffats, analyser och sammanställt händelser löpande under året. Att en sjuksköterska är kvalitetssamordnare har ökat detaljkännedomen vid avvikelsesammanställningarna och fördjupat analyserna med goda resultat.

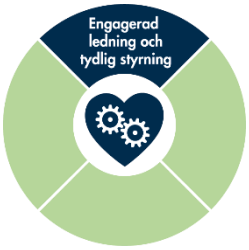
Under året har verksamhetens förbättringsarbete utgått ifrån undersökningar, observationer, händelser, resultat av egenkontroller och granskningar. Handlingsplaner upprättas och implementeras till medarbetare, patienter och närstående och det är dessa vi sedan arbetar utifrån. Även förbättringsarbetet under 2026 kommer att baseras utifrån denna grund.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning



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

Övergripande mål och strategier

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

På Attendo fresta södra allé arbetar vi med övergripande mål och strategier, utifrån förgående års resultat och händelser identifierar vi delmål som vi sedan systematiskt arbetar med.

De övergripande målen är;

- Att vi arbetar patientsäkert genom tydlig och god kommunikation och noggrann och korrekt dokumentation. Målet delvis uppnått.
- Ger patienten delaktighet och inflytande. Målet går ej att utvärdera.
- Arbeta med fallprevention och implementera hälsoplanen för fall på teammöten. Målet är uppfyllt.
- Att säkerställa säker läkemedelshanteringen. Målet går ej att utvärdera.
- Att arbeta förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada inte uppstår. Målet uppfyllt då vi arbetar med riskbedömningar och förebyggande på teammöte.
- Att säkerställa att information och överrapportering sker. Målet uppfyllt.
- Att säkerställa att alla medarbetare har behörigheter och kommer in i IT-system för att kunna dokumentera, beställa och händelserapportera. Målet är uppfyllt.
- Att dokumentationsgranskningen för HSL blir Godkänd. Målet ej uppfyllt.
- Kontinuerligt genomföra stickkontroller av basala hygienrutiner genom Hygienronder. Målet delvis uppnått då vi utfört 3 av 4 hygienronder.
- Alla känner trygghet med att rapportera avvikelser och är införstådda med att inrapporteringar är en viktig del i att öka patientsäkerheten. Målet uppfyllt.
- Att sjuksköterskorna ska arbete enligt TIME. Målet är uppnått.
- Att delegering följs upp regelbundet. Målet ej uppfyllt.

Organisation och ansvar

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

Patientsäkerhetsarbetet som bedrivs på Attendo fresta södra allé är enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo och i samverkan med kommunens MAS. Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

• Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

• Förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

• Följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

• Planera arbetet utifrån boendes behov och önskan.

• Samverka med närstående.

Verksamhetschef
Ny verksamhetschef började på boendet under augusti. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalité och uppfyller kraven för gällande lagstiftning, riktlinjer och de krav företagets MAS ställer för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen är på plats på verksamheten måndag till fredag.

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att rutinerna är väl kända och följs av samtliga medarbetare.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras i samarbete med medarbetarna och för att dessa nås.
- Inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.
- Ansvarar för att avvikelser samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker och händelser utreds.
- Ansvarar för att uppföljning och analys av verksamheten sker, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Utföra lokal egenkontroll.
- Dokumentera arbetet i en verksamhetsplan, kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

Gruppchef
Verksamheten har gruppchefer på respektive avdelning. Gruppcheferna leder omvårdnadsarbetet på sin avdelning och har ett nära samarbete med hälso- och sjukvårdspersonal.

Gruppchefer ska:

- Stå för ett nära ledarskap.
- Verka som ett föredöme för omvårdnadspersonalen i sin yrkesutövning.
- Ha en detaljkännedom kring patienter och deras närstående samt vara tillgänglig för frågor.
- Planera och prioritera arbetet på planet.
- Ansvara för att bemanning av personal finns utifrån enhetens tjänstgöringsscheman.

- Ansvarar för att tillräcklig bemanning finns utifrån beläggning och upphandlingsavtal.
- Ansvarar för att i samarbete med sjuksköterskor tillgodo se att det finns tillräcklig bemanning utifrån vårdbehov.
- Ansvarar för att i samarbete med sjuksköterskor planera in hälso- och sjukvårdsuppgifter till delegerad personal i planeringssystemet Wefare.
- Vara en central person för den dagliga logistiken gällande leveranser, besök, ledsagning, felanmälningar till fastighet etc.

Hälso- och sjukvårdspersonal
På verksamheten finns tre tillsvidareanställda sjuksköterskor som arbetar mellan 8.00 -16.00 veckans alla dagar. 2 dagar i veckan kommer även fysioterapeut och arbetsterapeut till boendet.
Under 2025 har verksamheten haft en extra sjuksköterska som stöttat upp på avdelningarna, via stimulansmedel från Upplands Väsby kommun.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska;

- Ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet
- Ansvara för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna.
- Följa riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.
- Ansvara för att aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder samt påtala nya behov av sådana.
- Följa upp risker och avvikelser som omvårdnadspersonal rapporterat som berör hälso- och sjukvården.
- Ansvara för att följa riktlinjer och krav vid delegation av hälso- och sjukvårdsuppgifter, samt följa upp, utvärdera och förnya delegationer årligen.
- Vara delaktiga vid uppföljning av mål, resultat och utvärdering.
- Vara delaktiga i kvalitetsmöten.
- Tillsammans med gruppchef planera bemanning utifrån patientsäkerhetsperspektiv.
- Se till att delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter läggs in i enhetens planeringssystem Welfare.
- Samtliga patienter har en namngiven patientansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Omvårdnadspersonal
Omvårdnadspersonal består av undersköterskor och vårdbiträden.

Omvårdnadspersonalen ska;

- Arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna.
- Aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder.
- Påtala behov av nya rutiner och metoder.
- Rapportera risker och avvikelser.
- Rapportera allvarliga händelser enligt rutin.

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera och dokumentera händelser som har betydelse för säkerheten i verksamheten. Vidare ska alla medarbetare veta vad som räknas som en avvikelse i den egna verksamheten, vem man ska rapportera till och hur rapporteringen går till.

Kvalitetssamordnare
Kvalitetssamordnare har ett skriftligt uppdrag från verksamhetschefen som har huvudansvaret.

- Ansvarar för att samla in alla händelser under månaden samt kalla till verksamhetens kvalitetsmöte en gång i månaden.
- Förbereder ärenden och skriver protokoll i det digitala avvikelsesystemet ADD.
- Ansvarar för att leda den lokala kvalitetsgruppen samt samordna det löpande kvalitetsarbetet i verksamheten. Deltar alltid i den årliga egenkontrollen.

Kvalitetsombud
På verksamheten finns ett kvalitetsombud på respektive avdelning som ingår i kvalitetsmötet. Kvalitetsombuden ansvara för:

- Deltar i analys och förslag till förbättringsförslag.
- Ansvarar för att informera personal på sin avdelning om vad som framkommit på kvalitetsmöten samt att inhämta information från personal från sin avdelning som ska föras fram på kvalitetsmöten.

Läkarorganisationen
Sköts av Capio Legevisitten. Läkaren har ett patientansvar. Arbetet ska ske i samarbete med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Samtliga boenden har en namngiven läkare.

Övriga viktiga funktioner i kvalitetsorganisationen
MAS och kvalitetsutvecklare är regionens kvalitetsutvecklare tillika MAS. Hen leder regionens kvalitetsavdelning och ansvarar för att Attendos centrala kvalitetsledningssystem tillämpas och följs. I ansvaret ingår att tillsammans med verksamhetschef se till att författningsbeskrivningar och andra regler och riktlinjer är kända och följs.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten samverkar internt och externt för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Samverkan kan identifieras inom flertal processer och områden, samverkan för att förebygga vårdskada sker vid följande processer;

- In- och utflyttning – samverkan med sjukhusen, primärvården, andra SÄBO och kommuner
- Daglig informationsöverföring - intern samverkan mellan yrkesgrupper
- Individuell vårdplanering
- Kontakt med läkare – samverkan med Legevisitten
- Informationsöverföring vid akut eller planerat besök på sjukhus eller tandläkare
- Vid kontakt med tvärprofessionella team – internt mellan sjuksköterska, rehab, undersköterskor och mobila teamet
- Vid kontakt med övriga aktörer
- Samverkan med patienten själv samt dess närstående.

Verksamhetens interna informationsöverföring bygger på muntliga och skriftliga rapporter och alla medarbetares skyldighet att föra och ta del av aktuella journalanteckningar. Rapporterna från

omvårdnadspersonal mellan arbetspassen sker på respektive avdelning. Samtlig personal uppdaterar sig om patienterna efter en längre ledighet.

Daglig överrapportering mellan sjuksköterskor och Mobila teamets sjuksköterska, vid 8:00 samt 15:30 . Sjuksköterska ansvarar för att kontakta ansvarig läkare vid förändring av patients hälsotillstånd.

Teammöten med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal genomförs regelbundet. Gruppchef deltar vid behov. Detta är ett forum för samverkan mellan yrkesgrupper gällande vården av patienten. Varje avdelning har en inplanerat dag i veckan för detta.

Under detta möte arbetas det bland annat med förebyggande åtgärder såsom riskbedömningar och skyddsåtgärder.

Extern samverkan

- Rond sker en dag per vecka med patientansvarig läkare (PAL) från Legevisitten. PAL finns tillgänglig för kontakt alla vardagar samt en jourhavande läkare kvällar, nätter och helger.
- Attendos mobila sjukskötersketeam utför både planerade och akuta HSL-insatser på verksamheten samt finns tillgängliga för telefonrådgivning kvällar och nätter mellan 16.00-08.00.
- Samverkansmöten tillsammans med Upplands Väsby kommun
- Samverkan med kommunens MAS.
- Samverkansmöten med läkarorganisationen Capio Legevisitten Säbo.
- Samverkan med Oral Care för planering av besök rörande tandvård.
- Samverkan med Fotvårdsgruppen för planering av besök rörande fotvårdssjukvård.
- Samverkande med kommunerna vi har LOV-avtal med, - avtalsuppföljningar, verksamhetsuppföljningar.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten har lokala rutiner gällande informationssäkerhet, det är verksamhetschefens ansvar att dessa följs och efterlevs. De lokala rutinerna innefattar rutin gällande tystnadsplikt, rutin för utlämnande av journalhandling, rutin för loggkontroll i digitala system, rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister, för sändning och mottagande av sekretesshandling, arkivering samt rutin för skyddande av personuppgifter.

Det är verksamhetschefens ansvar att göra en behovs- och riskanalys inför behörighetsgivning till respektive medarbetare innan tillgång till dokumentationssystem delges medarbetaren.

Varje kvartal och vid misstanke om obehörigas åtkomst till journaler ska loggningskontroll omedelbart ske. Ett protokoll som dokumenterar att granskning har skett ska föras på en särskild blankett och arkiveras på enheten. All loggningskontroll dokumenteras, loggningskontroll 2025 utfördes utan anmärkning.

En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

För att kunna skapa en hög patientsäkerhet är en god säkerhetskultur med tydliga kommunikations- och uppföljningsvägar samt tydlig och välkänd mötesstruktur nödvändig. Arbete med förebyggande riskhantering och möjlighet att rapportera avvikelser är en av grundpelarna i att adressera förbättringsområden.

Säkerhetskulturen på arbetsplatsen arbetas framför allt med i olika typer av mötesforum: arbetsplatsträffar, kvalitetsmöten, avdelningsmöten, teammöten, sjuksköterskemöten, ledningsgruppsmöten och morgonmöten. Utöver det främjas säkerhetskulturen genom närvaro på avdelningen där HSL-personal, kvalitetssamordnare och verksamhetschef uppmärksammar eventuella risker och händelser i mötet och diskuterar det med kollegor direkt. Under 2025 har verksamheten lånat in en sjuksköterska från Attendos mobila sjukskötersketeam för att stärka upp sjuksköterskegruppen. I verksamheten rapporteras negativa händelser i det digitala avvikelsesystemet. Vid introduktion av nya medarbetare ges en genomgång i hur systemet fungerar, vad en avvikelse kan vara och hur den rapporteras. Personalen rapporterar in kontinuerligt avvikelser och det lyfts i olika forum hur viktigt arbetet är med avvikelser och vikten av att dom rapporteras.

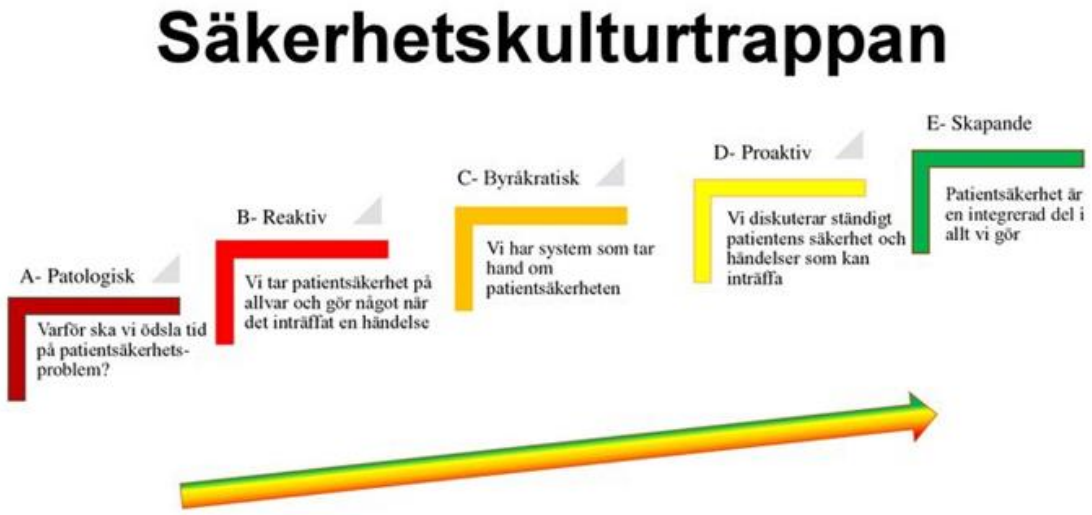
Kvalitetsmöte och arbetsplatsträffar
Kvalitetsmötet är ett forum där sammanställda avvikelser, synpunkter/klagomål och genomförda åtgärder från föregående månad gås igenom och resultat följs upp. Det är ett lärande forum där halva mötet ägnas åt en övergripande genomgång som ofta handlar om avvikelser som sker på samtliga avdelningar som en del i att lära oss av varandra. Resterande tid av mötet sker dialog kring brister/risker och förbättringsområden, vad fungerar bra i verksamheten och goda exempel lyfts, allt för att stärka patientsäkerheten. På kvalitetsmötet lyfts avvikelserna ur ett övergripande perspektiv, avvikelser och brister som skett utan att prata om specifika medarbetare eller patienter, vilket bidrar till att man som medarbetare ska känna en trygghet i att rapportera brister som kan påverka patientsäkerheten. På arbetsplatsträffen görs en sammanfattning av kvalitetsmötet för att sedan ha en kortare dialog utifrån vad som framkommit på kvalitetsmötet. I båda forumen diskuteras vikten av att rapportera avvikelser och att syftet inte är att peka på att någon medarbetare har gjort något fel utan syftet är att öka patientsäkerheten och många gånger även påverkar arbetsmiljön i en positiv riktning.

Morgonmöten
Måndag till fredag samlas en representant från varje avdelning, sjuksköterska, arbetsterapeut/fysioterapeut, gruppchef och verksamhetschef. Stående punkt är senast inrapporterade avvikelser samt eventuella risker som har identifierats. Här lyfts frågor och det förs kortare dialoger och möjliggör snabb information och lärande för att minska risken att avvikelsen ska upprepas.

Avdelningsmöten
Här diskuteras avdelningsspecifika förbättringsområden utifrån händelser och gruppens förutsättningar. Stort fokus på hur gruppen fungerar och trivs med varandra för att främja en öppen och lärande kultur, om det finns saker som behöver diskuteras som eventuellt står i vägen för ett bra samarbete. Gruppchef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och tjänstgörande omvårdnadspersonal deltar, lediga medarbetare har möjlighet att delta i mötet.

Teammöten
Varje vecka hålls teammöte för respektive avdelning där arbetsterapeut/fysioterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt omvårdnadspersonal deltar. Mötet är till för att lyfta olika frågeställningar när hela teamet är på plats med sina olika kompetenser och erfarenhet. Vidare är teammötet ett utmärkt tillfälle för uppföljning av skyddsåtgärder och åtgärder i hälsoplaner/genomförandeplaner som tagits fram utifrån en risk eller ett behov hos patienten.

Sjuksköterskemöten
Dialog kring förbättringsområden och brister i verksamheten utifrån rutiner och årshjul. Mötet bokas i största möjliga mång in när samtliga sjuksköterskor är i tjänst för att kunna ge samtliga möjlighet att föra en dialog kring patientsäkerhetsarbetet.



Adekvat kunskap och kompetens



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

På verksamheten är större delen av omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor. Samtlig

personal uppfyller de grundläggande behörighet för arbetet med äldre. Kraven utifrån SOSFS 2011:12 bedöms av verksamhetschef innan anställning. De vårdbiträden som finns i verksamheten har flerårig erfarenhet. Upplands Väsby kommun har ett krav på 80% av all tillsvidareanställd personal ska vara undersköterskor, ett mål som verksamheten hittills inte riktigt uppnått. Verksamheten eftersträvar att alla nyanställda är undersköterskor.

Samtliga yrkeskategorier på Attendo fresta södra allé får en gedigen och väl utarbetad introduktion, en allmän del om Attendos visioner och värderingar samt en riktad del för varje yrkeskategori.

Via utbildningsportalen Attendo Talents får samtlig personal, utbildning i nationella värdegrunden, hygien och klädregler, basala hygienrutiner, kost och livsmedelshygien, dokumentation, patientsäkerhetsarbete och mycket mer. Belastningsergonomi utförs en gång per år via Attendo centralt.

Bemanning styrs utifrån vårdtyngd och patientens behov. Vi arbetar med skallkrav på sjuksköterskor. Sjuksköterska finns på plats på verksamheten 8–16 måndag till söndag.

Omvårdnadspersonal arbetar på verksamheten över hela dygnet och vi säkerställer bemanningen utifrån vårdtyngd, kompetens och erfarenhet.

Förbättringsarbete och implementeringsarbete av nya arbetssätt sker genom planering och strukturering av ämnet/området.

Information om implementeringen sker via Attendos medarbetarapp Appendo och på arbetsplatsträff. Därefter tas det upp på avdelningsmöten. Gruppchef på respektive avdelning håller i implementeringen och uppföljning av nya arbetssätt med medarbetargruppen.

Sjuksköterskorna följer upp läkemedel och hälso- och sjukvårdsinsatser kontinuerligt i digitalt signeringssystem APPVA och återkopplar till avdelning och medarbetare om något avviker.

Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

När en ny patient flyttar in sker ett första samtal med patienten, närstående och sjuksköterska samma dag, och så långt det är möjligt även med fysioterapeut och arbetsterapeut. Patienten svarar på det den kan, närstående bidrar ofta till historik kring patienten, till exempel om fallhistorik, sömn och kostintag. Samtycken samlas in gällande frågor som rör patientsäkerhet, till exempel till olika kvalitetsregister, informationsöverföring och sammanhållen journalföring.

14 dagar efter inflytt bjuder sjuksköterska och kontaktman in patient och närstående till en första

vårdplanering, ett så kallat välkomstsamtal. Under välkomstsamtalet går de tillsammans igenom den första tiden, nuvarande hälsotillstånd, bedömningar, önskemål från patient och närstående, rutiner kring kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, m.m.

Sjuksköterska informerar om vikten att patient och närstående förmedlar eventuella synpunkter och frågor för att vården ska bli så individanpassad och säker som möjligt. Sjuksköterska ansvarar för att bjuda in till en årlig vårdplanering om inte behov föreligger tidigare, för uppföljning av vården och omsorgen. Sjuksköterska ansvarar för att informera patient och i många fall närstående vid förändring av hälsotillstånd. I de fall där inte patienten kan ta emot informationen informeras närstående främst. Patienter och närstående informeras i samband med inflytt muntligt och skriftligt i välkomstpärm om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål.

På välkomstsamtalet och den årliga vårdplaneringen informeras patienter och ofta närstående igen, verksamhetschef informerar även i närståendebrev som mejlas ut och anslås i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående, åtgärdsplan ska upprättas och åtgärderna ska vara relevanta för att komma till rätta med de identifierade bristerna.

Samtliga medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar och avdelningsmöten. På månadsvisa kvalitetsmöten dokumenteras alla synpunkter och klagomål i ett protokoll. Verksamhetschef informerar kontinuerligt beställare om inkomna synpunkter och klagomål. Årligen görs en sammanställning av händelser och de som rör hälso- och sjukvården dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen. En gång per termin hålls närståendeträffar där närstående har möjligheter att komma med frågor, förbättringsförslag och synpunkter, vilket är ett forum med möjlighet att påverka patientsäkerhetsarbetet.

Agera för säker vård



Egenkontroll

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Dokumentationsgranskning
Dokumentationsgranskning utfördes under 2025 internt av Attendo och vi fick 75,3% som inte är godkänt. För godkänt ska vi ha 90%. Åtgärden blev att återigen sätta in kollegial granskning som togs bort under 2025 samt att granska all dokumentation för ett av planen som vi såg att det brister pga avsaknad av patientansvarig sjuksköterska.

Det vi kunde se var att det saknas uppgifter om samtycke, aktuella varningar, uppföljning av hälsoplaner samt dokumenterad riskanalys för skyddsåtgärd.

Apoteksgranskning
Extern apoteksgranskning utfördes under oktober 2025 och det som framkom var att läkemedel inte alltid signerades direkt efter administrering. Vi förtydligar och går igenom rutin för läkemedelshantering och att man måste gå igenom läkemedelslistan vid varje tillfälle när man ger medicin samt att det ska signeras direkt efter. Vi kommer även ha en utbildning i läkemedel för delegerad personal via Apoteket under 2026.

Vidare såg vi att det fanns vid behovsläkemedel i det digitala signeringsverktyget APPVA och i patientskåp men saknades på läkemedelslista. Vi rensade bort läkemedel som inte var aktuella samt uppdaterade i APPVA.

HSL granskning
HSL-granskning utfördes internt av Attendo under 2025 med resultat 75%. Godkänt resultat ska vara 95%. Rutiner behöver revideras. Sjuksköterskan kan beskriva sitt arbete väl och gör en hel del extra kontroller vad gäller t.ex. delegering, men det återfinns inte i rutin för delegering. Egenkontroll som städlistor för läkemedelsrum saknas samt temperaturmätning enligt rutin efterlevs inte. Alla åtgärder påbörjas och genomförs även under 2026 då granskning genomfördes under november 2025.

Hygienrond
Vi har utfört tre hygienronder under 2025. För godkänt ska vi utföra fyra stycken samt uppnå 95% för godkänt. Under året har vi gått från 64% till 89%. Det vi kan se vid granskningarna är att det saknas förkläden, pappershanddukar, tvål samt att förpackningar förvaras på golv. Vi kan även se att det brister i följsamheten i basala hygienrutiner hos personal till viss del. En del brister har inte åtgärdats sedan tidigare så därmed är de återkommande. Dock har hållare för pappershanddukar återmonterats i patienternas lägenheter för att se till att det ska finnas pappershanddukar tillgängliga men rutin för påfyllnad behöver säkerställas.

Narkotikaräkning
Narkotikaräkning utförs enligt rutin varje månad och vid kontroll har det varit utan anmärkning.

Öka kunskap om inträffade vårdskador



SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

- Alla händelser rapporteras i Attendos avvikelsesystem ADD.
- Händelserapporten skickas per automatik vidare till verksamhetschef. Verksamhetschefen tar upp händelsen med kvalitetssamordnaren.
- Rapport som gäller fall eller hjälpmedel tas upp på våra team-möten eller direkt med rehabpersonal om behov finns.
- Vid fall gör fysioterapeut en bedömning och fallanalys, arbetsterapeuten gör ADL bedömning och åtgärder utförs.
- En gång i månaden genomförs kvalitetsmöte där verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, gruppchefer och omvårdnadspersonal går igenom alla händelserapporter för att hitta mönster och trender samt vidtar lämpliga åtgärder.
- Kvalitetssamordnaren skriver ett kvalitetsprotokoll i ADD.
- Föregående månads kvalitetsprotokoll gås igenom på arbetsplatsträff varje månad.
- Verksamhetschefen informerar om eventuella akuta åtgärder/händelser dagligen på morgonmöten.
- Vid nyanställning får medarbetaren information om skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada både muntligt och skriftligt som signeras av medarbetaren. En gång per år tas rutin för Lex Maria upp på arbetsplatsträff.
- Verksamhetschef ansvarar för att alla medarbetare, praktikanter och konsulter informeras om sin anmälningsskyldighet.
- Alla som arbetar i verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för patientsäkerheten till närmaste chef.

- Allvarliga händelser inrapporteras omedelbart av verksamhetschef eller sjuksköterska. Regionchef och Attendos MAS får information om händelsen. En utredning om allvarlig händelse påbörjas och en utredare utses. Händelsen utreds enligt Lex Maria. Om händelserna bedöms av utredare som allvarliga skickas de in till IVO. Resultatet/åtgärden återförs till personalen vid arbetsplatsträff. Återkoppling av Attendos MAS till kommunens MAS.

Under 2025 har verksamheten ingen händelse som utreddes enligt Lex Maria.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

- Hygienrond utförs fyra gånger per år.
- Självskattning enligt blankett ”Självskattning – följsamhet till basala hygienrutiner” utförs fyra gånger per år.
- Attendo utför årlig central egenkontroll, verifiering att verksamheten följer riktlinjer, rutiner och egenkontroller.
- Sjuksköterska och läkare utför läkemedelsgenomgång hos samtliga patienter under året.
- Sjuksköterska utför inventering av skyddsåtgärder fyra gånger per år.
- Sjuksköterskan registrerar i Senior Alert, BPSD registret och Palliativa registret.
- Samtliga patienter, där risk finns har hälsoplaner avseende; fall, trycksår, undernäring, munhälsa samt inkontinens.
- Bemötandeplaner samt plan vid utmanande beteende vid demens finns för de patienter de berör.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar via läkare från Legevisitten att remiss skrivs för fotvårdssjukvård när det är aktuellt.
- Nattfastemätning utförs hos samtliga patienter två gånger per år.
- Samtliga patienter erbjuds att följa upp sin vikt genom vägning varje månad, tätare vid behov.
- Screeningsverktygen ”tre frågor” utförs två gånger per år för att upptäcka samt förebygga undernäring hos patient.
- Lokal rutin för bedömning av självmordsrisk följs av sjuksköterska.

Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en patient skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker. Tack vare riskanalyserna och arbetet med dessa så har VC och medarbetare kunnat arbeta preventivt och därmed undvikit problem med bemanning, uteblivna insatser, läkemedelshantering samt smittspridning på verksamheten. Vidare har riskanalyserna bidragit till säkrare läkemedelshantering och säkrare hantering av kemtekniska produkter. Genom arbetet med riskanalyser kan vi belysa ett problemområde och minska riskerna omkring dom.
Verksamheten gör riskanalyser vid fyra tillfällen per år samt vid behov.

På individnivå görs riskbedömningar inför insättandet av skyddsåtgärder. Riskbedömning görs tillsammans av det tvärprofessionella teamet innan insättandet.
Riskbedömningar på individnivå görs även vid ovanligare typer av delegeringar, tex snabbverkande insulin.

Säkerhetsrutiner vid driftstörningar
Verksamheten har utarbetade rutiner driftstörningar.

- Dokumentation i IT baserade system
- Driftstopp gällande trygghetslarm

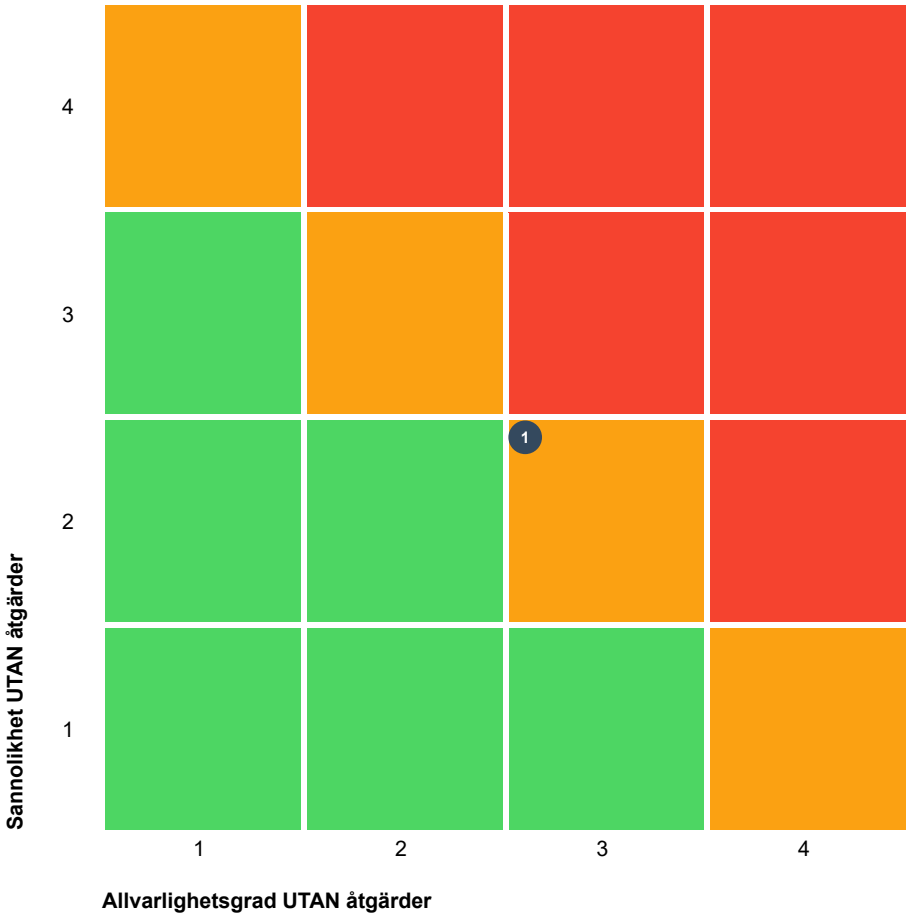
Gällande strömbaserade MTP såsom sängar, lyftar och tryckavlastande luftmadrasser finns det backup för detta vid strömavbrott. Alla sängar kan manuellt höjas och sänkas via en portabel manövreringsbox. Luftmadrasser har ett inbyggt batteri som håller madrassen luftfylld vid strömavbrott. Taklyftarna kan alltid sänkas vid strömavbrott via en nödsänkning. Mobil lyft med inbyggt batteri finns att tillgå i verksamheten. Övriga MTP som t.ex. blodtrycksmätare och blodsockermätare finns alltid i dubbel uppsättning.

Vidare följer verksamheten åtgärder i de riskanalyser som upprättas, som t.ex. vid risk för strömavbrott.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.



1 Medium | Totalt: 1

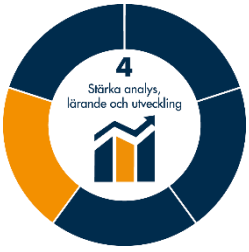
Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
4	Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning
3	Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö
2	Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid
1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund

Nr.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
2	**Förhöjd temperatur i läkemedelsskåp r/t värmebölja** **Beskrivning** Bland de läkemedel vi hanterar finns läkemedel med en maximal förvaringstemperatur under sommarmånaderna när risken för värmebölja ökar blir det därför extra viktigt att hålla koll på temperaturen där läkemedel förvaras. **Vilka konsekvenser kan risken leda till?** Risk för försämrad verkan hos de läkemedel som förvarats över sin max-temperatur.	**Temp i läkemedelsrum samt kylskåp i läkemedelsrum kontrolleras dagligen och dokumenteras (veckovis)** Säker lm hantering	2024-07-01
		Kontrollera temperatur i boendes läkemedelsskåp inne i lägenhet. Sker i slumpvis valda lägenheter 1 ggr/mån samt dagligen jun- sep. Signeras på papperssigneringslista. säkerställa att läkemedel förvaras i rätt temperatur	2025-06-30
3	**Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja** **Beskrivning** Ihållande perioder av värme under sommaren kan orsaka både hälsoproblem och ökad dödlighet. Det gäller särskilt under de perioder när värmen är hög under hela dygnet. När nätterna är varma hinner kroppen inte återhämta sig och det kan vara svårt att få ned temperaturen inomhus. Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom värmeslag och hjärtinfarkt. De negativa hälsoeffekterna av värme uppstår ofta redan samma dag eller efter en till två dagar efter att höga temperaturer noterats. **Vilka konsekvenser kan risken leda till?** Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.	**Installerat AC i vardagsrummet på samtliga avdelningar för att skapa en sval plats att gå till** Hög tillgänglighet för samtliga äldre att vistas på en sval/normaltempererad plats.	2025-10-01
		Närstående inhandlar fläkt/AC att ha inne i boendes lägenhet Minska risken för negativa hälsoeffekter till följd av värme	2025-10-01
		Ssk säkerställer tillgång till vätskeersättning så det finns tillgängligt Mildra symtom/ förebygga negativa symtom till följd av överhettning och vätskeförlust	2025-10-01
		Ssk är närvarande på avdelning samt tät dialog med OVP för att tidigt identifiera boende med symtom I tidigt skede kunna åtgärda/ förebygga försämrat AT till följd av hög temperatur.	2025-10-01

Nr.		Risker	Åtgärder	Slutdatum
1		**Bristande palliativ omvårdnad till följd av kunskapsbrist hos omvårdnadspersonalen.** **Beskrivning** Enskilda individer i omvårdnadsbemanningen uppvisar kunskapsluckor gällande utförande av palliativ omvårdnad. För långa intervaller mellan tillsyner, Bristande munvård, erbjuder inte alltid mat och vatten. Prioriterar att titta till boende som larmat före boende i palliativs skede som inte larmar. **Vilka konsekvenser kan risken leda till?** Boende i livets slut kan uppleva otrygghet, ensamhet, smärta, oro, törst, hunger.	Personal har genomgått utbildning i palliativ vård under 2025 samt arbete pågår med att under 2026 genomföra ytterligare utbildning intern i företaget.	2026-12-31

Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

På Attendo fresta södra allé analyserar vi resultat och åtgärder för att öka kvalitén och minska risken för vårdskador genom;

- Nortonskalan för trycksårsbedömning- Hjälper att tidigt identifiera risk för tryckskada så förebyggande insatser kan sättas in.
- Downton fallindex för fallriskbedömning- Hjälper att tidigt identifiera risk för fall så förebyggande insatser kan sättas in.
- MNA för bedömning av nutritionsstatus-Hjälper att tidigt identifiera risk för undernäring så förebyggande insatser kan sättas in.
- ROAG för bedömning av munhälsa- Hjälper att tidigt identifiera risk för nedsatt munhälsa så förebyggande insatser kan sättas in.

- Medicinsk fotvård- Kvalificerad fotvård för att bibehålla hela, friska fötter samt tidigt identifiera tidiga försämringar perifert.
- Delegeringar- omvårdnadspersonal får årligen praktisk samt teoretisk utbildning samt genomför praktiskt och teoretiskt prov för att erhålla delegering. Detta medför en utökad och patientnära kompetens rörande de delegerade momenten.
- Palliativa registret- Följer upp varje enskild bortgång och synliggör kvaliteten gällande palliativ vård.
- Senior Alert- Identifierar behov av vårdplaner samt synliggör vårt utförande jämfört med övriga aktörer
- ADL-status- Identifierar behov och förmåga hos individen så rätt stöd erbjuds
- Läkemedelsgenomgångar- Säkerställer att läkemedelsordinationer är korrekta utifrån aktuellt status.
- Inkontinensutredningar- Säkerställer individanpassad förskrivning av inkontinenshjälpmedel för att möjliggöra en så aktiv vardag som möjligt, samt god sömn.
- Lex Maria utredningar- Utreder händelse, konsekvens, samt identifierar behov av åtgärder för att säkra patientsäkerheten
- Dokumentationsgranskning- Säkerställer att dokumentation förs på ett patientsäkert sätt
- Riskanalyser- Identifierar risker samt planerar åtgärder för att stärka patientsäkerheten
- Brukarundersökning- Ger ett utfall på flertalet parametrar. Tydliggör styrkor och svagheter i verksamheten. Identifierar områden som behöver ökat fokus för att lyftas.
- Närståendeundersökning- Ger ett utfall på flertalet parametrar. Tydliggör styrkor och svagheter i verksamheten. Identifierar områden som behöver ökat fokus för att lyftas. Involverar närstående så de är en aktiv del i att forma vården för våra äldre.
- Egenkontroller- Säkerställer att verksamheten följer satta riktlinjer.
- Löpande analys av inkomna avvikelser- Identifiera mönster samt, åtgärda och förebygga

Avvikelser

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

KATEGORI	Q1	Q2	Q3	Q4	TOTALT	%
Fall	19	13	21	12	**65**	**55%**
Läkemedel	19	10	8	7	**44**	**37%**
Larm	1	4	1	2	**8**	**7%**
Medicintekniska produkter		2			**2**	**2%**
Trycksår						**0%**
TOTALT	**39**	**29**	**30**	**21**	**119**	

För att säkerställa en hög inrapportering lyfter verksamhetschef syftet med att rapportera avvikelser på arbetsplatsträff. Verksamhetschef, gruppchefer och sjuksköterskor arbetar kontinuerligt med att föra dialoger där det är högt i tak och där hela arbetsgruppen kan ta lärdom av händelser och skapa åtgärder för att gemensamt bygga en trygg plats för patienterna och medarbetarna. Gruppchef återkopplar till medarbetaren som har skrivit avvikelsen om det skett några omedelbara åtgärder.

Största delen av rapporterade avvikelser gäller fall och läkemedel. Jämfört med 2024 kan vi se att fallavvikelser har minskat med 34% och troligen har vårt nya larmsystem med digital tillsyn nattetid

haft en stor påverkan. Även läkemedelsavvikelser har minskat med 37% jämfört med 2024 och det kan vi se beror på att vi har bättre uppföljning av läkemedelssigneringar efter införande av digitalt signeringssystem Appva.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamhetens ledning är öppna och lyhörda för synpunkter och klagomål från patienter, närstående och medarbetare. Det ger oss ett underlag att utvecklas och alltid se till patientsäkerheten på verksamheten. Vi lämnar muntlig och skriftlig information om patientnämnden, IVO, och patientförsäkring. Vi uppmanar alltid patienter och närstående att kontakta verksamhetschef eller sjuksköterska vid synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården.

- Verksamheten har under året fått in en del synpunkter och klagomål. Inga synpunkter och klagomål har rört patientsäkerheten.
- Synpunkter och klagomål mottas av verksamhetschef, gruppchef eller sjuksköterska om det rör sig om HSL via mail eller telefon.
- Återkoppling sker inom 48 timmar av verksamhetschef, gruppchef eller sjuksköterska till den som lämnat synpunkt eller klagomål.
- Verksamhetschef går kontinuerligt igenom alla inkomna synpunkter och klagomål på morgonmöten och arbetsplatsträffar med medarbetarna.
- Sammanställning skickas till kommunen en gång per år.

Sammanställning av synpunkter och klagomål HSL
Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Under 2025 har vi inte tagit emot några synpunkter eller klagomål gällande hälso- och sjukvård.

Kvalitetsregister

Registrering i kvalitetsregister
Verksamheten registrerar i Seniort Alert, BPSD registret samt Palliativa registret.

Seniort Alert
Under 2025 har verksamheten gjort 108 stycken riskbedömningar varav 107 stycken hade minst en risk. 91% av åtgärderna vid risk var registrerade som utförda vilket är över snittet för kommunen som var 86 %. Dock var det en minskning från föregående år med 4%.
Information inhämtas via kvalitetsregistret.

Statistik, riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Tabellen visar en jämförelse mellan de särskilda boendena i Upplands Väsby kommun.

		Vårdprevention				Utfall			
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Upplands Väsby kommun	487	94% 747 av 795	90% 674 av 747	99% 737 av 747	86% 615 av 713	56 43 personer	208 personer	106 52 personer	249 personer
Attendo Fresta Södra Allé Attendo Sverige AB	69	99% 107 av 108	97% 104 av 107	96% 103 av 107	91% 97 av 107	2 1 personer	30 personer	7 4 personer	63 personer
Brobacken	78	99% 131 av 132	70% 92 av 131	99% 130 av 131	82% 102 av 125	10 9 personer	30 personer	7 5 personer	39 personer
Edsby Slott Ambea	55	83% 66 av 80	97% 64 av 66	100% 66 av 66	68% 38 av 56	5 5 personer	21 personer	13 6 personer	25 personer
Frösunda Upplands-Väsby Frösunda Omsorg AB	1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	0% 0 av 0	0 0 personer	1 personer	0 0 personer	1 personer
Guldvivan	66	95% 120 av 126	98% 118 av 120	100% 120 av 120	88% 111 av 126	14 10 personer	24 personer	13 7 personer	48 personer
Hammarby Slott They Care AB They Care AB	53	78% 68 av 87	91% 62 av 68	99% 67 av 68	98% 58 av 59	7 7 personer	21 personer	3 3 personer	18 personer
Hedvigsgården	44	96% 72 av 75	99% 71 av 72	100% 72 av 72	93% 64 av 69	7 6 personer	20 personer	17 6 personer	22 personer
LSS	18	83% 15 av 18	80% 12 av 15	100% 15 av 15	0% 0 av 5	3 1 personer	4 personer	3 1 personer	7 personer
Nyckelharpan Stiftelsen Stockholms sjukhem	58	99% 82 av 83	84% 69 av 82	96% 79 av 82	90% 84 av 93	4 2 personer	38 personer	43 20 personer	17 personer
Smedbyhov Kavat Vård AB	48	100% 85 av 85	95% 81 av 85	99% 84 av 85	84% 61 av 73	4 3 personer	21 personer	0 0 personer	9 personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

BPSD registret
Verksamheten arbetar aktivt i registret. Under året har 186 registreringar gjorts och arbetats med. Registreringarna med åtgärder har sedan implementerats till arbetsgruppen vid teammöten/planmöten (multiprofessionellt) veckovis. Analyserna görs tvärprofessionellt i mötesform med utgång från BPSD registreringen. Det är 5 fler registreringar än 2024.

Palliativa registret
Under 2025 avled 22 patienter på verksamheten, 3 av dessa avled på sjukhus. De 19 som avled på verksamheten har 7 registrerats. Information inhämtas via palliativa registret samt utfallet analyseras gemensamt med sjuksköterska och verksamhetschef på sjuksköterskemöten, löpande under året.

<u>Verksamheten ligger på målen eller över målet för:</u>
Läkarbeslut palliativ vård

Vårdplan

Dok. brytpunktssamtal

Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott

Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan

Utan trycksår (kategori 2-4)

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket

Efterlevandesamtal

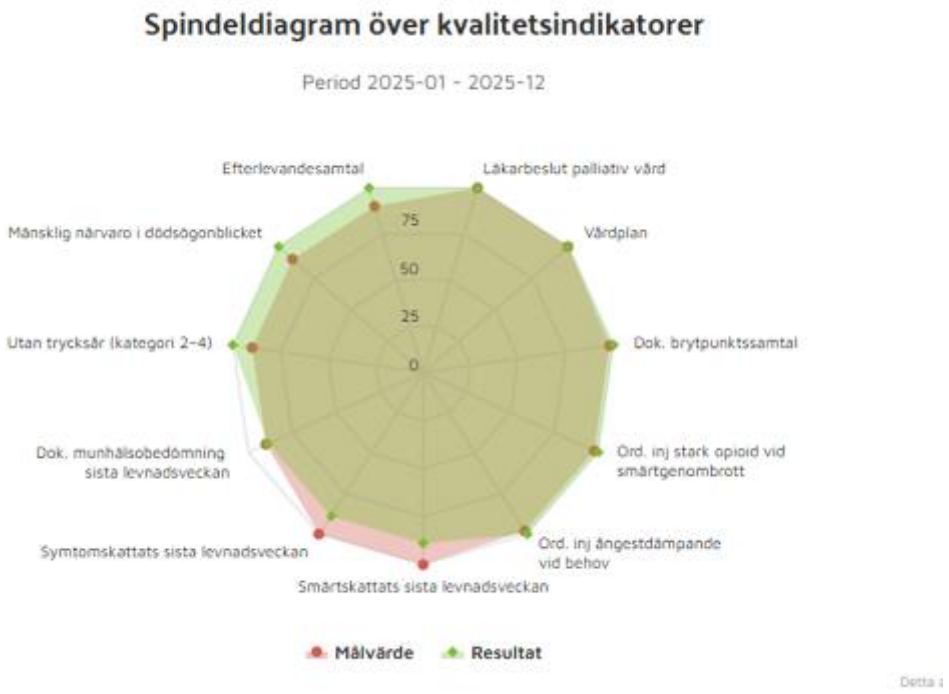
Verksamheten ligger strax under målet för:

Smärtskattas sista levnadsveckan

Symtomskattas sista levnadsveckan

Analys: Symtomskattning och smärtskattning görs men dokumenteras inte korrekt. Vidare kan vi se att alla väntade dödsfall inte blivit registrerade. Fokusområde framöver att registrera alla väntade dödsfall och att dokumentationen utförs korrekt.

Spindeldiagram Fresta Södra Allé



Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

På verksamheten har vi en kontinuitetsplan samt ett krisförråd med material för att vara bättre rustade för oförutsägbara händelser. Kontinuitetsplanen finns tillgänglig för samtliga medarbetare, innehållandes arbetsordning vid:

- Smittspridning

- Arbetsplatsolycka
- Hot
- El-avbrott
- It-störning
- Vattenbrist
- Brist på medarbetare
- Inställd varuleverans

Inskaffat material till verksamheten är bland annat dunkar med dricksvatten, engångsmaterial ifall vatten skulle bli otjänligt att diska med, Powerbanks, ficklampor, värmefiltar, batterier och vattenkokare.

För att tidigt identifiera risker hos patienter samt säkra trygg och säker vård, arbetar vi löpande med följande verktyg och kontroller:

- Journalgranskning HSL en gång per år
- BPSD – registrering.
- Senior Alert – munhälsa, fall, nutrition, trycksår och inkontinens, kontrollera var 3e månad och vid behov.
- Mätning av nattfasta minst två gånger per år.
- Hygienronder minst fyra gånger per år – utifrån hygienprotokoll som är utfärdat av Attendo kvalitetsavdelning som ett led i att kvalitetssäkra verksamheten.
- Registrera i palliativa registret.
- Genomgång av resultat i palliativa registret.
- Loggningskontroll i digitala system varje kvartal
- Uppföljningar av riskanalyser var 3:e månad.
- Antalet trycksår, följa upp och utvärdera.
- Delegeringar inom given tidsram, kontroll var 6:e månad.
- Hantering av läkemedelsförråd var 6:e månad.
- Kontrollräkning av narkotika en gång per månad.
- Rapportering och uppföljning av VRI.
- Säkerställa processer och lokala rutiner 1 ggr/år.

Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år

Godkänd HSL-dokumentation 90%. Ska uppnås genom kollegial granskning varje kvartal av sjuksköterska. Följs upp genom den årliga HSL-granskningen som utförs av MAS.

Minska läkemedelsavvikelser med 15% under året. Ska uppnås genom kontinuerlig kontroll av signerade läkemedel i Appva samt utbildning i läkemedelshantering för omvårdnadspersonal. Uppföljning varje månad av kvalitetssamordnare på kvalitetsmöte. En årlig sammanställning för 2026 görs av verksamhetschef.

Minst 90% följsamhet vid hygienobservationer under året. Ska uppnås genom att observationer genomförs varje kvartal och samtlig omvårdnadspersonal genomför utbildning i basala hygienrutiner senast 30 juni 2026. Uppföljning varje kvartal av verksamhetschef.

100% av avlidna patienter ska vara registrerade i Palliativa registret inom 4 veckor efter dödsfall. Ska uppnås genom utbildning av sjuksköterska i Palliativa registret. Uppföljning av spindeldiagram i Palliativa registret varje månad av sjuksköterska på kvalitetsmöte.

100% av patienterna på verksamhetens demensavdelningar ska vara registrerade i BPSD registret samt följas upp i bemötandeplan varje kvartal av sjuksköterska. Ska uppnås genom utbildning av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i BPSD. Uppföljning varje kvartal av verksamhetschef.

All personal ska genomgå utbildning internt via Attendos Palliativa koncept.