

# **Patientsäkerhetsberättelse 2025**

---

## **Hägersten- Älvsjö stadsdelsförvaltning**

Äldreomsorgens särskilda boendeformer i egen regi

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Grundläggande förutsättningar för en god vård.....</b>	<b>4</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	5
3.1.2 Organisation och ansvar .....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
3.1.4 Informationssäkerhet.....	7
3.1.5 Strålskydd.....	8
3.2 En god säkerhetskultur .....	8
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	9
3.4 Patienten som medskapare .....	10
<b>4. Agera för säker vård .....</b>	<b>11</b>
Resultat av egenkontroll och måluppfyllelse utifrån prioriterade mål för 2025.....	11
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	15
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	17
Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning.....	17
<i>Riskbedömningar och bedömningar av hälsa och vårdbehov.....</i>	<i>17</i>
<i>Vård- och omsorgsboende.....</i>	<i>18</i>
<i>Servicehus.....</i>	<i>19</i>
<i>Smittförebyggande arbete och basala hygienrutiner .....</i>	<i>23</i>
<i>Läkemedelshantering och delegering.....</i>	<i>24</i>
<i>Avvikelsehantering .....</i>	<i>25</i>
<i>Hälso- och sjukvårdsdokumentation .....</i>	<i>25</i>
<i>Palliativ vård.....</i>	<i>25</i>
<i>Medicintekniska produkter (MTP) .....</i>	<i>26</i>
4.3 Säker vård här och nu.....	26
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	27
4.4.1. <i>Avvikelser .....</i>	<i>28</i>
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	30
<b>5. Öka riskmedvetenhet och beredskap .....</b>	<b>32</b>
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>33</b>

## 1. Inledning

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 vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Mallen för att skriva patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2025 redovisas samlat för äldreomsorgens område särskilda boenden i egen regi och omfattar:

Vård och omsorgsboende:

- Karolinagården - Elingården - Fredrikagården, tidigare Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende,
- Axcgården,
- Solgården och Rosengården, tidigare Axelsbergs vård- och omsorgsboende, samt
- Älvsjögården.

Servicehus:

- Fruängsgårdens servicehus,
- Älvsjö servicehus, samt
- Trekanten servicehus

Resultat på enhetsnivå med koppling till mål och genomförda egenkontroller redovisas i bilagor till patientsäkerhetsberättelsen. För Karolinagården, Elingården samt Fredrikagården, tidigare Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende redovisas ett samlat resultat. Likaså för enheterna Solgården och Rosengården, tidigare Axelsberg vård- och omsorgsboende.

## 2. Sammanfattning

Under 2025 har patientsäkerhetsarbetet präglats av att utifrån ny organisationsstruktur med hälso- och sjukvårdsenheter och enhetschefer både för sjuksköterske- och rehabiliteringsområdet skapa en sammanhållen hälso- och sjukvårdsorganisation som kan möta de krav som ställs på den kommunala primärvården. Fokus har varit på att stärka centrala vårdprocesser i syfte att säkerställa en patientsäker och personcentrerad vård och omsorg. Enheterna bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete där samverkan sker på olika nivåer inom organisationen, mellan verksamheter samt med externa samverkanspartners och ansvarig läkarorganisation som ett viktigt verktyg i arbetet för att motverka vårdskador.

Året har också inneburit ett fortsatt arbete med att säkerställa rätt kompetens på rätt plats genom kompetensutveckling för medarbetare och tydliga introduktionsrutiner. Interna och externa utbildningar har erbjudits och teambaserade arbetssätt bidrar till erfarenhetsdelning och lärande. Exempel på kompetenshöjande insatser för sjuksköterskegruppen under året är utbildning i klinisk bedömning och utbildningar inom vårdhygien och smittskydd i samverkan med Vårdhygien Stockholm. Ett annat exempel är ett pilotprojekt med kompetensutveckling för baspersonal i funktionskontroll av hjälpmedel som genomförts.

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Patient och om samtycke finns närstående erbjuds att delta i regelbundna vårdplaneringar där den enskilda individen diskuteras. Resultat från

efterlevandesamtal, inkomna synpunkter och klagomål har kontinuerligt använts i kvalitetsarbetet.

Under 2025 har ett nytt kvalitetsledningssystem, 2c8, implementerats i verksamheten med syftet att säkerställa att medarbetare har enkel tillgång till aktuella rutiner, checklistor, riktlinjer och styrdokument som stödjer ett säkert arbetssätt.

För att säkra verksamhetens kvalitet har externa granskningar och egenkontroller genomförts av samtliga enheter enligt årshjul. Resultatet visar att enheterna arbetat strukturerat med uppföljning och åtgärdsarbete inom det smittförebyggande arbetet. Uppföljningar visar också att enheterna arbetat förebyggande genom att identifiera och hantera risker för till exempel fall, undernäring och trycksår. Antalet fallincidenter har minskat jämfört med 2024 och andelen frakturer är fortsatt förhållandevis låg. Andelen uppkomna trycksår på enheterna är fortsatt på en låg nivå.

Inom den palliativa vården i livets slutskede ses stärkta arbetssätt i samverkan med ansvarig läkarorganisation och en ökad registrering i palliativregistret vilket ger goda underlag till förbättringsarbetet. Arbetet med DöBra har fortsatt, vilket möjliggör tidiga samtal om boendes önskemål kring den sista tiden i livet och bidrar till individanpassad vård. Skörhetsskattning har införts på vissa enheter för att tydligare identifiera vårdbehov, där implementeringen planeras på alla enheter under 2026.

#### *Framåtblick*

Uppföljningar visar överlag goda resultat och en hög grad av genomförda planerade aktiviteter under året, men där flertalet mål är delvis uppfyllda. Det bidrar till att sätta riktningen för fortsatt förbättringsarbete och utveckling för 2026.

Avvikelsehanteringen visar på en generellt förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder och tidsramen för slutbedömning har kortats ner under året, men visar också på utvecklingspotential. Verksamheten kommer arbeta vidare med att befästa en hög säkerhetskultur och öka medarbetarnas kompetens inom området under 2026.

Utbildningsinsatser och lokalt stöd för att vidareutveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsätter med framtagna arbetssätt. För att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet med ökad systematik i riskbedömningar, hälsoplaner, och uppföljning kommer en ökad användning av kvalitetsregistret Senior Alert och BPSD-registret vara prioriterat målområde för 2026.

Ett fokusområde för 2026 är även implementering av digitalt verktyg för förbättrad patientsäker hantering och inventering av medicintekniska produkter, med ökad följsamhet till MDR lagstiftningen. Planering pågår även för att implementera ett digitalt beslutstöd, OneWound, för val av behandling och sårvårdsprodukter i syfte förebygga svårläkta sår.

### **3. Grundläggande förutsättningar för en god vård**

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 god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

### 3.1 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.

#### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamens samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelse, synpunkter och klagomål dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

#### 3.1.2 Organisation och ansvar

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

*Stadsdelsnämnden* har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

### *Avdelningschef äldreomsorg*

Avdelningschef planerar, styr, leder, följer upp och utvecklar den egna verksamheten inom avdelningen i samverkan med förvaltningsledningen. Detta sker utifrån nämndens mål, förvaltningens och enheternas verksamhetsplaner.

### *Områdeschef SÄBO/verksamhetschef HSL enligt 4 kap. §2 hälso- och sjukvårdslagen.*

Områdeschef ansvarar för verksamhet, medarbetare och ekonomi inom sitt ansvarsområde samt för att leda verksamheten mot uppsatta mål med ändamålsenliga och förankrade processer. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för patientsäkerhet, kontinuitet och bemanning samt att kompetensen är tillräcklig. Inom ledningssystemet ska verksamhetschef fastställa rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet och samverka med MAS och MAR i patientsäkerhetsfrågor.

### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).*

MAS och MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. MAS och MAR ansvarar för att anmälan enligt Lex Maria görs till IVO för verksamheter i egen regi och rapportera till ansvarig nämnd.

### *Enhetschefer HSL.*

Enhetschefer HSL ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef för hälso-och sjukvård och MAS/MAR fastställt är kända och tillämpas i verksamheten och att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Enhetscheferna ansvarar för att bemanningen är anpassad efter verksamhetens krav och patienternas behov samt att kompetensen är tillräcklig.

### *Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*

Hälso- och sjukvårdspersonal är den personal inom kommunal primärvård som har legitimation för sitt arbete. Hälso- och sjukvårdspersonal har eget ansvar för hur de utför sitt arbete. Grunden i yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. Ansvaret innebär också att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och rapportera samt utreda vårdskador och risker för vårdskador.

### *Övriga stödfunktioner*

Inom staben för äldreomsorg finns dietist som stödjer verksamheterna. I uppdraget ingår bland annat ett ansvar för att handleda, utbilda och instruera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal inom nutritionsområdet. Verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård har i uppdrag att utbilda och stödja verksamheternas. Bland annat ingår ett ansvar för att stödja utsedda ombud i deras ombudroller. Till exempel utsedda palliativa ombud och lokala dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

### *Undersköterskor och omsorgspersonal*

Baspersonal medverkar aktivt i och bidrar till utveckling av det systematiska kvalitets-och patientsäkerhetsarbetet. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikande händelser, förändringar och/eller försämringar i brukarens hälsotillstånd. Personal som utför delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av legitimerad personal är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför den delegerade uppgiften.

### 3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samtliga enheter bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete där olika former av samverkan är ett viktigt verktyg i arbetet för att motverka vårdskador. Samverkan sker på olika nivåer inom organisationen, mellan verksamheter samt med externa samverkanspartners.

#### *Intern samverkan*

Internt sker samverkan bland annat i lokala ledningsgrupper där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling av verksamheten och vid tvärprofessionella team-möten och kvalitetforum där syftet är att gemensamt identifiera risker, följa upp avvikelser och stärka det organisatoriska lärandet. På daglig basis samverkar sjuksköterskor med omsorgspersonalen. Informationsöverföring och uppföljningar sker utifrån enskilda patienters behov. Arbets- och fysioterapeuter samverkar löpande med baspersonal utifrån behov.

Efter organisationsförändringen med hälso- och sjukvårdsenheter och en ny chefstruktur har samtliga enheters olika mötesforum setts över. Nya former för kvalitets- och teammöten har påbörjats, för att säkerställa gott internt samarbete och likställda arbetssätt, samt att kunna arbeta med övergripande kvalitetsarbete på ett strukturerat och säkert sätt.

#### *Extern samverkan*

Extern samverkan sker utifrån samverkansöverenskommelser och avtal med ansvarig läkarorganisation, Apoteket AB, Vårdhygien Stockholm och regionens tandvårdsenhet med MAS som kontaktperson. MAR har kontinuerlig samverkan med externa leverantörer av medicintekniska produkter och produkter för vård och behandling, samt serviceleverantörer för dessa.

I lokala samverkansmöten två gånger per år träffas ansvariga för läkarorganisation, MAS, stadsdelens verksamhetsutvecklare HSL samt ansvariga chefer för hälso- och sjukvården. Syftet är att på övergripande nivå diskutera områden som rör patientsäkerheten för att förbygga att vårdskador uppstår. Patientansvariga läkare har varje vecka rond med planeringsansvariga sjuksköterskor för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Samverkan sker med Apoteket AB för årlig extern kvalitetsgranskning av enheternas läkemedelshantering och för utbildning i läkemedelshantering inför delegering. Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm för rådgivning och utbildning till personal. Verksamheten samverkar med regionens tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

I syfte att stärka vårdkedjan deltar MAS i regionala och lokala nätverk där bland annat Södersjukhuset, Dalen-geriatriken, ambulanssjukvården och primärvården finns representerade. MAS, MAR och stadsdelens samordningsansvariga funktion (KSA) medverkar regelbundet i geografiska samverkansmöten med regionens primärvårdsenheter vilket är en del av insatser för att främja samverkan mellan huvudmän i stadsdelen för en God och Nära vård.

Vid vårdens övergångar sker strukturerad informationsöverföring enligt SBAR mellan verksamheten och andra vårdgivare eller boenden.

### 3.1.4 Informationssäkerhet

Verksamhetens informationssäkerhetsarbete utgår från gällande lagstiftning och stadens styrdokument, och omfattar områden som sekretess, behörighetsstyrning, loggkontroller och personuppgiftshantering. Verksamheten har rutiner för hur informationsöverföring sker intern

och externt för skydda personuppgifter. All personal genomgår årligen utbildning i informationssäkerhet och GDPR.

Legitimerade medarbetare skriver i samband med anställning på en sekretessförbindelse och får muntlig och skriftlig information om sekretesskrav samt om att åtkomst till patientuppgifter kontrolleras regelbundet via loggning. Patienter som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring till andra vårdgivare och närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan när som helst återkallas.

Behörigheter till journalsystem och övriga system tilldelas av chef utifrån arbetsuppgifter och följs upp vid förändrad eller avslutad anställning. Kontroller av behörigheter genomförs för att säkerställa att endast personal med behov av åtkomst har tillgång till patientuppgifter.

Loggkontroller i journalsystem och nationell patientöversikt (NPÖ) som genomförts under 2025 har inte visat några avvikande fynd avseende obehörig åtkomst till patientuppgifter.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdens dokumentation har genomförts enligt fastställt års-hjul och omfattar att journaler upprättas i enlighet med lag och riktlinjer. Utifrån resultat från egenkontroller har handlingsplaner upprättats.

Under 2025 har arbetet med informationssäkerhet utvecklats ytterligare genom:

- Upprättande av gemensam rutin för logghantering och åtkomstkontroll i Vodok och NPÖ utifrån ny organisation med HSL-enheter.
- Inledande arbete har påbörjats gällande registreringar i GDPR-verktyget Draftit för att stärka systematisk kontroll och spårbarhet.
- Informationssäkerhetsklassning av nya digitala system inom hälso- och sjukvård, vilket säkerställer att alla nya verktyg klassas enligt stadens anvisningar innan införande.

### **3.1.5 Strålskydd**

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

## **3.2 En god säkerhetskultur**



Verksamheternas arbete med patientsäkerhet tar sin utgångspunkt i Stockholms stads värdegrund, där fokus ligger på respekt, delaktighet, likvärdighet och ett professionellt förhållningssätt.

Verksamheterna främjar en öppen kommunikation genom att regelbundet lyfta avvikande händelser och patientsäkerhetsfrågor i det dagliga arbetet i gemensamma forum. Medarbetare



uppmuntras att uppmärksamma och rapportera både risker och avvikelser utan rädsla för skuld eller repressalier. Fokus ligger på lärande och förbättring snarare än på individ.

För att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen används avvikelssystemet som ett centralt verktyg. Utöver avvikelser kan verksamheten också tillvarata lärdomar från synpunkter, klagomål, egenkontroller, och externa granskningar som får utgöra underlag för förbättringsåtgärder. Återkoppling till medarbetare sker vid APT, hälso- och sjukvårdsmöten och i andra relevanta forum. På så sätt skapas transparens, delaktighet och ett gemensamt ansvar för patientsäkerheten.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö ses som nära sammankopplade och ömsesidigt påverkande. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete bidrar till trygga medarbetare, vilket i sin tur stärker förutsättningarna för en god säkerhetskultur.

Genomförd omorganisation med en samlad sjuksköterskeorganisation och en samlad rehab-organisation, har tydliggjort ansvar och ledning inom HSL-området. Målet är att detta kan bidra till ett ökat fokus i uppdraget för legitimerad personal och en mer likvärdig hantering av patientsäkerhetsfrågor på samtliga enheter.

Medarbetarna har fått utbildning som berör både patientsäkerhet och säkerhetskultur. Nyanställd personal får introduktion i verksamhetens arbetssätt kring patientsäkerhet och kunskap hålls levande genom återkommande dialog, erfarenhetsutbyte och gemensamma forum.

### **3.3 Adekvat kunskap och kompetens**



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att verksamheterna har tillräcklig bemanning med medarbetare som besitter adekvat kompetens och har goda förutsättningar att utföra sitt arbete utifrån patienternas aktuella vårdbehov.

Under 2025 har arbetet fortsatt med att säkerställa rätt kompetens på rätt plats genom anpassad bemanning, kompetensutveckling och tydliga introduktionsrutiner.

Kompetensbaserad rekrytering tillämpas vid nyanställning för att säkerställa att medarbetare har rätt utbildning, erfarenhet och personliga förutsättningar för uppdraget. För nyanställda finns fastställda introduktionsrutiner, och inom rehab-organisationen har en gemensam introduktionspärm för nya fysioterapeuter och arbetsterapeuter tagits fram under hösten 2025. Detta säkerställer likvärdiga och goda förutsättningar vid introduktion oavsett enhet samt tydliggör rutiner, ansvar och arbetssätt inom hälso- och sjukvården.

Enheten arbetar under året enligt den kompetensutvecklingsplan som finns formulerad utifrån de mål och utvecklingsområden som styr vår verksamhet. Interna och externa utbildningar erbjuds både digitalt och fysiskt. Teambaserade arbetssätt och ombudsroller bidrar till erfarenhetsdelning och lärande.

Exempel på kompetenshöjande insatser under året för sjuksköterskegruppen är utbildning i klinisk bedömning och beslutsstödet ViSam, medan omvårdnadspersonal utbildats i rapporteringsstöd SBAR. Delar av rehab- och sjuksköterskegruppen har även utbildats i Clinical Frailty Scale (CFS) vilket är ett instrument för skörhetsskattning. Instrumentet kan ge stöd i att identifiera palliativa vårdbehov och ge ett tydligare underlag för behov av vårdinsatser. Andra utbildningar och aktiviteter som genomförts för sjuksköterskor är utbildningar inom vårdhygien och smittskydd i samverkan med Vårdhygien Stockholm.

Under 2025 genomförde en avdelning på Fruängsgården ett pilotprojekt där baspersonal ansvarade för funktionskontroll av individuellt förskrivna hjälpmedel. Projektgruppen bestod av representanter från samtliga professioner, med syftet att utveckla ett hållbart arbetssätt som är väl förankrat och kompatibelt med verksamhetens rutiner. Under hösten övergick projektet till en breddningsfas med införande på samtliga enheter på Fruängsgården, Axcgården samt Fruängsgårdens servicehus. Implementering på övriga enheter inom Hägersten-Älvsjö planeras under våren 2026. Beslut har också fattats om anskaffning av det digitala systemet Alisa för inventering av medicintekniska produkter, med informations klassning påbörjad under hösten 2025 och planerad implementering 2026.

Den omorganisation som genomförts under året med enhetschefer med relevant kompetens för både rehab- och sjuksköterskeorganisationen förväntas bidra till att öka förutsättningarna för medarbetarna att få god handledning och stöd, samt att behov av kompetensutveckling identifieras.

### **3.4 Patienten som medskapare**



Patienten har stor inverkan på den egna vården och rehabiliteringen. Insatserna anpassas till patientens behov och förutsättningar och där anhörigperspektivet är närvarande. Anhöriga erbjuds efter inhämtat samtycke delaktighet i vård- och omsorgen.

I samband med att patienten flyttar in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. Vid mötet inhämtas information om patientens önskemål, vanor, behov och mål avseende omvårdnad, rehabilitering och hälso- och sjukvård.

Patienter tillfrågas om samtycke till sammanhållen journalföring, informationsöverföring till andra vårdgivare, informationsdelning med närstående samt registrering i aktuella kvalitetsregister. Informationen ligger till grund för planering av vård och insatser och följs upp kontinuerligt i dialog med patient och närstående.

Patient och närstående erbjuds att delta i regelbundna vårdplaneringar där den enskilda individens behov diskuteras. Årligen erbjuds en medicinsk hälsogenomgång som inkluderar läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.

Anhörigträffar ger möjlighet till dialog, att ställa frågor, lämna synpunkter och ta del av

information om verksamhetens arbetssätt och utvecklingsarbete kopplat till patientsäkerhet.

Resultat från närståendeenkäter och efterlevandesamtal utifrån arbetet med att stärka den palliativa vården och omsorgen samt den årliga brukarenkätens och individuppföljningens resultat finns med som grund i förbättringsarbetet likväl som inkomna synpunkter och klagomål och eventuella ärenden från patientnämnden eller inspektionen för vård och omsorg.

#### 4. Agera för säker vård



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller genomförs av enheterna enligt fastställt årshjul för hälso- och sjukvården och omfattar centrala vårdprocesser.

#### Resultat av egenkontroll och måluppfyllelse utifrån prioriterade mål för 2025

Mål:	Resultat:	Måluppfyllelse:
Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>Uppföljning visar att ca 97% av medarbetarna har erhållit årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och samtliga enheter har genomfört mätningar av följsamhet till rutinerna 2 ggr/år.</p> <p>Totalt 211 observationer har genomförts med överlag goda resultat.</p> <p>Följsamheten till hygiensteg var 93,1% och klädregler 95,3% vid egenkontroll v.40–41. För identifierade brister har enheterna arbetat med riktade åtgärder, dialog och information till personal.</p> <p>Egenkontroller av enheternas vårdhygieniska standard genomfördes under v.40–41 och visade överlag goda resultat, men också på utmaningar. Framförallt för servicehusen avseende att säkerställa förutsättningar och material för handhygien för medarbetare i samtliga utrymmen där vård- och omsorg utförs. Handlingsplaner upprättades.</p>	<p>Målet bedöms uppfyllt.</p> <p><b>Analys:</b> Bedömningen grundar sig på att enheterna i hög grad genomfört planerade aktiviteter i syfte att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.</p> <p>Mätningar visar sammantaget på en hög följsamhet över 90% till basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>Att bibehålla och stärka kunskapen inom hygienområdet är ett arbete som pågår kontinuerligt inom enheterna.</p> <p>För identifierade brister har enheterna vidtagit riktade åtgärder enligt handlingsplan.</p> <p>Uppföljningar sker enligt årshjul 2026.</p>

	<p>Månatlig infektionsregistrering har utförts av enheterna med mycket hög täckningsgrad.</p> <p>Resultatet visar att av utbrottsbenägna virusinfektioner såsom covid och säsongsinfluensa endast förekommit i enstaka fall under året. En verksamhet drabbades av ett utbrott av Calici (vinterkräksjuka) i januari 2025.</p> <p>Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier är fortsatt på en låg nivå inom enheterna och ingen smittspridning har skett.</p>	
<p><b>Mål</b></p> <p>Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Uppföljningen visar att såväl servicehus som vård- och omsorgsboende fortsatt har en hög täckningsgrad gällande individuella bedömningar av hälsa och vårdbehov (85%-97%).</p> <p>Gemensamt för båda boendeformer finns även ett behov av att stabilisera genomförande av riskbedömningar av munhälsa, vilket är det målområde som totalt sett inte helt når accepterad nivå på 90%.</p>	<p><b>Måluppfyllelse:</b> Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p><b>Analys:</b> Bedömningen grundar sig på att riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt bedömningar inom området för rehabilitering sammantaget genomförts över accepterad målnivå på 90%. För området munhälsa har riskbedömningar genomförts i hög grad men uppnår inte helt accepterat målvärde på 90 %.</p>
<p><b>Mål</b></p> <p>Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Egenkontroll visar att andelen upprättade hälsoplaner totalt sett vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fall uppgår till ca 79%</li> <li>-Undernäring till ca 69%</li> <li>-Trycksår till ca 86%.</li> </ul>	<p><b>Måluppfyllelse:</b> Målet bedöms delvis uppnått</p> <p><b>Analys:</b> Bedömningen grundar sig på att flertalet enheter delvis uppnår accepterad målnivå på 90% för andelen upprättade hälsoplaner inom uppföljda riskområden.</p> <p>Successiv förbättring ses i såväl omfattning som kvalitet på dokumentationen. Viss variation kan ses på enhetsnivå.</p>
<p><b>Mål:</b></p> <p>Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Implementeringen av ViSam beslutstöd pågår instruktörer har utbildats och en intern applikation planeras vara på plats från 1 april 2026.</p> <p>En första uppföljning av användning är planerad till hösten 2026.</p>	<p><b>Måluppfyllelse:</b></p> <p>Målet bedöms delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att Implementering pågår men att egenkontroll av användningen inte genomförts 2025.</p>

<p><b>Mål:</b></p> <p>Hälso- och sjukvårds-dokumentationen fortsätter att utvecklas för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Egenkontroller av journalföringen utifrån olika vårdprocesser har genomförts av samtliga enheter vid 5 tillfällen under året. Resultatet visar att dokumentationen fortsatt har förbättrats. Utifrån de högt ställda krav som finns visar resultatet även på förbättringsområden inom delar av olika vårdprocesser, till exempel i dokumentationen av hälsoplaner.</p>	<p><b>Måluppfyllelse:</b></p> <p>Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p><b>Analys:</b> Den samlade bedömningen grundar sig på att kvalitén på hälso- och sjukvårds-dokumentationen successivt förbättrats men att den inte helt uppfyller samtliga krav på omfattning utifrån genomförda egenkontroller.</p> <p>Bedömningen är att framtagna mallar, checklistor och egenkontroller med stöd av lokala dokumentationshandledare bidragit till lärande och utveckling.</p> <p>Framtagna arbetssätt fortsätter.</p> <p>Uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker 2026 genom planerade egenkontroller av vårdprocesser för fallprevention, nutrition, vård i livets slutskede, blåsdysfunktion, samt nystartad journal.</p>
<p><b>Mål:</b></p> <p>Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs genom loggkontroller.</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Enheter har rutiner för behörighetstilldelning och månatliga loggkontroller av åtkomst. Under året har ingen obehörig åtkomst noterats.</p>	<p><b>Måluppfyllelse:</b></p> <p>Målet bedöms uppfyllt. Den samlade bedömningen grundar sig på att aktiviteten genomförts i hög grad. Ingen obehörig åtkomst har noterats.</p>
<p><b>Mål:</b></p> <p>Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följksam till riktlinjer och rutin</p>	<p><b>Resultat:</b></p> <p>Uppföljning av kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede sker via svenska palliativa registret var tredje månad samt via uppföljning vid enheternas palliativa ombudträffar under året. Årets uppföljningar visar att arbetet med den palliativa vården i livets slutskede fortsatt har stärkts.</p> <p>Uppföljning visar att täckningsgraden för registrering i palliativa registret ökat till ca 93%. Områdets resultat från svenska palliativa registret redovisas under avsnitt 4.5.1.</p> <p>Enheter har framtagna rutiner för arbetssätt och uppföljning av erbjudna närståendeenkäter, efterlevandesamtal och reflektion efter dödsfall. syftet är att dra lärdom och bidra till kvalitetsutveckling.</p>	<p><b>Måluppfyllelse:</b></p> <p>Målet bedöms delvis uppfyllt</p> <p><b>Analys:</b> Den samlade bedömningen grundar sig på att den palliativa vården i livets slutskede genom framtagna rutiner och arbetssätt har utvecklats och stärkts under 2025 och att planerade aktiviteter och egenkontroller i hög grad har genomförts.</p> <p>Registreringen i palliativa registret har ökat. Andelen erbjudna efterlevandesamtal når totalt sett över målnivå. För flertalet kvalitetsindikatorer i palliativregistret ses totalt sett förbättrade resultat i jämförelse med 2024. Områden att utveckla varierar mellan enheterna.</p> <p>Av enhetens egna framtagna indikatorer visar egenkontroller att andelen närståendeenkäter som skickats är på en låg nivå och att</p>

	Uppföljningen visar att utskickade närståendeenkäter totalt sett uppgår till ca 23%.	fortsatt implementering behövs 2026 för att nå en målnivå på 90%.
<b>Mål:</b> Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador. Enheten ska arbeta för: - Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder - Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad. - Ökad spridning av avvikelser.	<b>Resultat:</b> Enheternas avvikelshantering har skett kontinuerligt och med ökad frekvens enligt rutin under senare delen av 2025. Generellt ses en förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder utifrån avvikelser.  Sluthantering har successivt kortats ner mot en godkänd tidsram på en månad.  Någon ökad spridning av kategorier av avvikelser kan totalt sett inte ses för 2025. Det finns också variationer mellan enheterna i antal inrapporterade avvikelser, vilket kan tyda på en underrapportering. Resultatet för området redovisas under avsnitt. 4.4.1	<b>Måluppfyllelse:</b> Målet bedöms som delvis uppfyllt. <b>Analys:</b> Bedömningen grundar sig på att sluthantering i verksamhetssystemet för avvikelser kortats ner till en godkänd tidsram först i slutet av året och att någon ökad spridning av kategorier av avvikelser totalt sett inte kan ses 2025. Antalet inrapporterade avvikelser är inom vissa enheter på en låg nivå. Verksamheten ska arbeta vidare med att befästa en hög säkerhetskultur och öka medarbetarnas kompetens genom att tydliggöra vad som kan vara avvikelser inom olika områden. Aktiviteter i syfte att utveckla avvikelshantering kommer att ske med stöd av MAS och MAR under våren 2026.
<b>Mål:</b> Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.	<b>Resultat:</b> En övergripande rutin för delegering av uppgifter inom arbetsterapeutens och fysioterapeutens områden har tagits fram av en arbetsgrupp under 2025.  Information om den nya rutinen har spridits via e-post, presenterats i ledningsgrupp samt genomgång på enhetens möte med MAR.  Ingen ökning av antalet delegeringar har noterats under 2025 jämfört med 2024.	<b>Måluppfyllelse:</b> Målet bedöms delvis uppfyllt. <b>Analys:</b> Bedömningen grundar sig på att en rutin finns framtagen men att arbetssätt för delegering ännu inte har använts som förväntat. Förklaringar skulle kunna vara fortsatt osäkerhet hos rehabiliteringspersonalen, samt kompetensen hos baspersonal och att dessa redan har en hög arbetsbelastning. Det kvarstår därför ett behov av fortsatt implementering av rutinen för arbets- och fysioterapeuter och samverkan med enhetschefer - SoL under 2026.

### Samlad Analys

Uppföljningar visar överlag goda resultat och en hög grad av genomförda planerade aktiviteter, men där flertalet mål är delvis uppfyllda. Det bidrar till att sätta riktningen för fortsatt förbättringsarbete för 2026.

Uppföljningen visar på strukturerad uppföljning och åtgärdsarbete inom det smittförebyggande arbetet och låg förekomst av smitta. Individuella riskbedömningar har genomförts med

hög täckningsgrad inom riskområden för fall, undernäring, trycksår samt för bedömningar inom området för rehabilitering. Riskområdet munhälsa är ett fortsatt förbättringsområde.

Inom området för informationssäkerhet har loggkontroller genomförts utan noterad obehörig åtkomst. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har successivt utvecklats i kvalitet med stöd av egenkontroller, framtagna mallar och checklistor samt lokala dokumentationsombud. Arbetet ses som långsiktigt och området kvarstår som prioriterat utvecklingsområde 2026. Andelen dokumenterade hälsoplaner visar sammantaget på en för låg måluppfyllelse med variationer mellan enheterna. Bedömningen är att ett ökat användande av kvalitetsregistret Senior Alert kan bidra till ökad systematik och förbättring i riskbedömningar, hälsoplaner och uppföljning. Att öka användningen av Senior Alert är ett prioriterat målområde för 2026.

Inom den palliativa vården i livets slutskede ses stärkta arbetssätt i samverkan med ansvarig läkarorganisation och en ökad registrering i palliativregistret vilket ger goda underlag till förbättringsarbetet 2026. Områden för utveckling är också att mer systematiskt tillvara ta närståendes erfarenheter i kvalitetsarbetet genom att öka antalet utskickade närståendeenkäter.

Avvikelsehanteringen visar på förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder och tidsramen för slutbedömning har kortats ner under året. Dock syns totalt sett ingen ökad spridning av kategorier av avvikelser och det finns en variation i rapporteringsgrad mellan enheter. Verksamheten kommer arbeta vidare med att befästa en hög säkerhetskultur och öka medarbetarnas kompetens genom att tydliggöra vad som kan vara avvikelser inom olika områden. Aktiviteter i syfte att utveckla avvikelsehanteringen kommer att ske med stöd av MAS och MAR under våren 2026.

En rutin för delegeringsprocess inom rehabiliteringsområdet har tagit fram 2025 men visar ännu en begränsad praktisk tillämpning varför fortsatt implementering fortsätter 2026.

#### **4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador**



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om riskområden inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder. Sammanställningen av avvikelser 2025 redovisas i avsnitt 4.4.1.

## Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som anmälts enligt lex Maria
9	2

Allvarliga avvikelser utreds i samverkan med verksamheten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för anmälan till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälan ska ske i de fall en händelse efter fördjupad utredning bedöms ha inneburit en risk för allvarlig vårdskada, eller orsakat en allvarlig vårdskada.

Under året har två händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Den ena händelsen avser en fallolycka där brister i kontrollen av en medicinteknisk produkt kan ha påverkat produktens säkerhet och funktion. Den andra händelsen avser uppkomsten av ett sår som senare förvärrades. Som bakomliggande orsaker sågs brister i uppföljning och informationsöverföring både internt inom verksamheten samt mellan verksamheten och extern vårdgivare. IVO har avslutat båda ärendena med bedömningen att händelsen är utredd i tillräcklig omfattning och att relevanta åtgärder är vidtagna för att händelsen inte ska upprepas.

Av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2025 har 3 klassificerats som vårdskador, 20 som risk för vårdskada och 1 som allvarlig vårdskada. Under 2025 har sex fallhändelser medfört vårdskada, två har klassificerats som risk för vårdskada och en som allvarlig vårdskada. Exempel på brister är hantering av medicinteknisk produkt, avsaknad av förbyggande åtgärder eller brister i utförande av insats.

## Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

Antal händelser med MTP som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som enligt anmälningsskyldigheten skickats till läkemedelsverket
1	1

En anmälan avseende medicinteknisk produkt har inlämnats till läkemedelsverket. Anmälan avsåg brister i produktens utformning samt otydlig bruksanvisning. Ärendet resulterade i ett säkerhetsmeddelande från tillverkaren, vari anges att produkten inte längre får säljas i sin nuvarande utformning.

De inträffade händelser identifierade behov av att tydliggöra befintliga rutiner, strukturer för informationsöverföring och ansvar för uppföljning.

Händelserna har diskuterats tvärprofessionellt i det berörda teamet, där fokus legat på reflektion, lärande och gemensamma förbättringsåtgärder. För att sprida kunskap och främja kontinuerlig förbättring har händelserna även lyfts oidentifierat på arbetsplatsträffar, vilket möjliggör diskussion och erfarenhetsutbyte mellan enheter.

Ett för enheternas gemensamt prioriterat förbättringsområde 2026 är att med stöd av MAS och MAR utveckla kompetensen i händelseanalys för att identifiera brister och bakomliggande orsaker när risker och negativa händelser uppmärksammas. Det kan bidra till bättre möjligheter att se trender och mönster och ge underlag för beslut om förebyggande åtgärder



## 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Kvalitetsledningssystemet utgör grunden för säkra och tillförlitliga processer, rutiner och arbetssätt inom hälso- och sjukvården och är en integrerad del av verksamhetsutvecklingen.

Under 2025 har ett nytt kvalitetsledningssystem, 2c8, implementerats i verksamheten. I systemet har samtliga styrande dokument samlats och strukturerats på ett enhetligt sätt för att säkerställa att medarbetare har enkel tillgång till aktuella styrdokument som stödjer ett säkert arbetssätt.

Ett arbete har påbörjats med att ta fram gemensamma rutiner för äldreomsorgens verksamheter med ansvar för hälso- och sjukvård. Syftet är att säkerställa att vården bedrivs likvärdigt med god kvalitet. I samverkan med MAS och MAR inventeras behov av nya rutiner samt revidering av befintliga. För att stödja ett säkert och enhetligt arbetssätt har rutiner och flödesscheman tagits fram för framtagande, hantering och uppföljning av styrande dokument i kvalitetsledningssystemet 2c8.

Egenkontroller genomförs enligt fastställt årshjul för hälso- och sjukvården och omfattar centrala vårdprocesser såsom till exempel dokumentation, läkemedelshantering, delegering, hygienrutiner, infektionsregistrering, riskbedömningar, nutritionsvård och palliativ vård. Resultat från egenkontroller, externa granskningar och uppföljningar analyseras systematiskt och leder vid behov till handlingsplaner som följs upp över tid.

### Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning

#### *Riskbedömningar och bedömningar av hälsa och vårdbehov*

Riskbedömningar erbjuds i samband med inflyttning och minst en gång per år och patient samt vid förändrat hälsotillstånd. Syftet är att identifiera patienter med ökad risk och därigenom ge underlag för fortsatt utredning och planering av åtgärder, för att om möjligt minska risken för vårdskador genom kompenserande åtgärder. Riskbedömningar genomförs teambaserat.

Nedan redovisas andelen äldre på vård- och omsorgsboende och servicehus med aktuella bedömningar samt andelen med ökad risk enligt genomförd bedömning

## Vård- och omsorgsboende

Andel boende med aktuella riskbedömningar 2023–2025

År	Fallrisk- bedömning (DFI)	Undernäring (MNA)	Trycksår (Norton)	Munstatus (ROAG)	Inkontinens/ Blåsdysfunktion (Nikola)
2023	90%	96%	97%	89%	91%
2024	92%	90%	90%	85%	96%
2025	96%	93%	95%	89%	85%

Tabellen redovisar andelen boende med identifierad risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen.

År	Risk för fall	Risk för Undernäring	Risk för Trycksår	Risk för ohälsa i munnen
2023	75%	62%	28%	*
2024	75%	50%	31%	*
2025	86%	49%	29%	43%

\* indikatorn beräknades inte

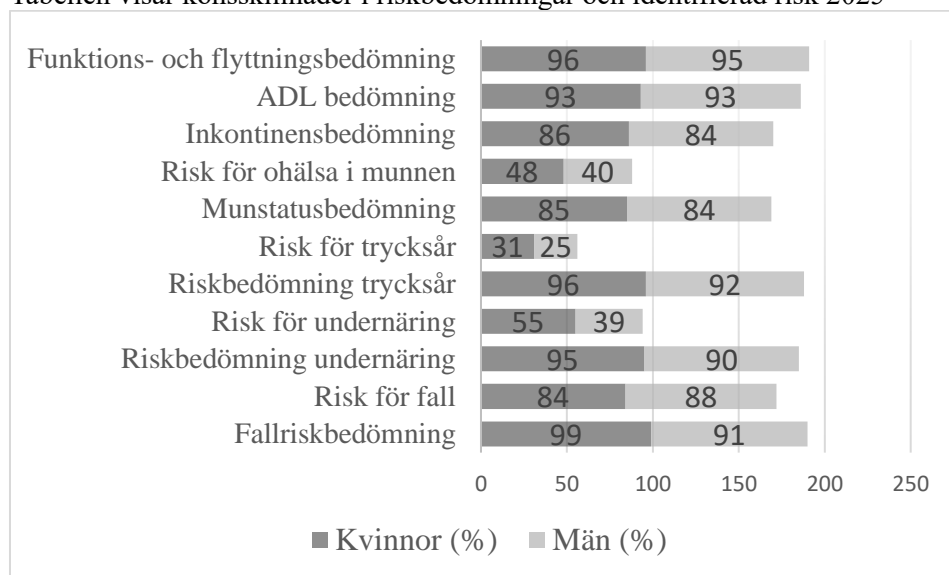
Tabellen visar andelen boende med aktuella bedömningar inom området för rehabilitering

År	ADL- bedömning	Funktions- och förflyttningsbedömning
2023	92%	89%
2024	96%	97%
2025	93%	96%

### Analys

Resultatet visar en hög täckningsgrad i genomförda bedömningar. På enhetsnivå ses mindre variationer. Samtliga vård- och omsorgsboenden uppnår accepterad målnivå inom riskområdena för fall, undernäring, trycksår och funktions- och förflyttningsbedömningar. Tre av fyra enheter når uppsatt målnivå för aktuella ADL- bedömningar och hälften uppnår helt målsättningen för bedömningar av munhälsa, men där övriga ligger mycket nära. Måluppfyllelse avseende bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens nås helt av en enhet med en variation på 77%-89% för de övriga 3 enheterna.

Tabellen visar könsskillnader i riskbedömningar och identifierad risk 2025



### Analys

Resultatet visar att riskbedömningar och bedömningar genomförs i hög och relativt jämlig omfattning mellan könen. Skillnader kan dock ses i identifierade risker. Genomförda bedömningar 2025 visar att kvinnor tenderar att ha en högre risk för undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Män har något högre risk för fall.

### Servicehus

Tabellen visar andelen boende med aktuella riskbedömningar 2023–2025

År	Fallrisk- bedömning (DFI)	Undernäring (MNA)	Trycksår (Norton)	Munstatus (ROAG)	Inkontinens/ Blåsdysfunktion (Nikola)
2023	89%	89%	89%	87%	83%
2024	96%	96%	96%	95%	99%
2025	93%	92%	95%	86%	83%

Tabellen visar andelen boende med identifierad risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen.

År	Risk för fall	Risk för Undernäring	Risk för Trycksår	Risk för ohälsa i munnen
2023	87%	32%	13%	*
2024	83%	27%	11%	*
2025	83%	33%	12%	39%

\*indikatorn beräknades inte

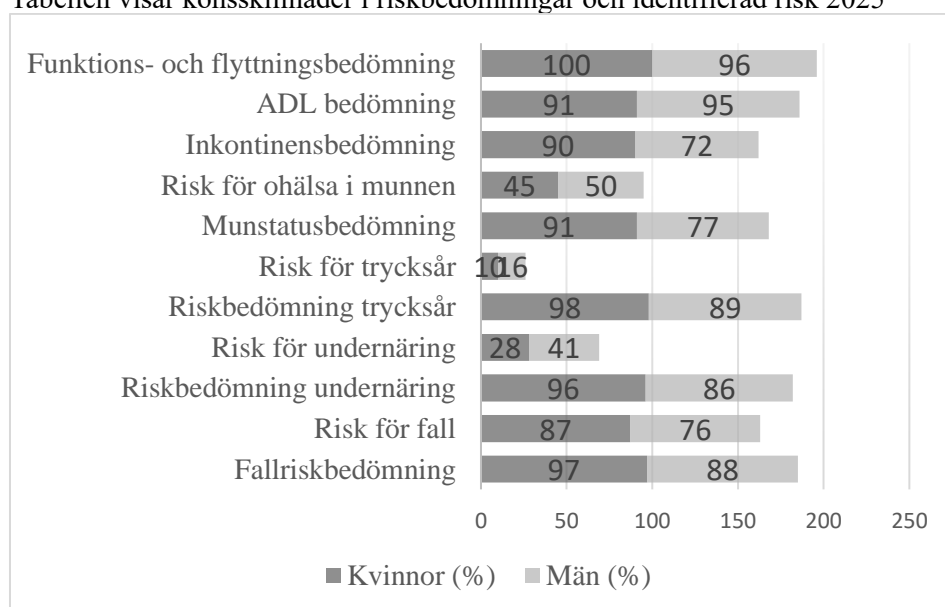
## Andel boende med aktuella bedömningar inom området för rehabilitering

År	ADL-bedömning	Funktions-och förflytt-ningsbedömning
2023	99%	96%
2024	97%	98%
2025	92%	99%

### Analys

Resultatet visar en hög täckningsgrad i genomförda bedömningar. På enhetsnivå ses mindre variationer. Samtliga servicehus uppnår accepterad målnivå inom riskområden för fall, undernäring, trycksår och funktions- och förflyttingsbedömningar. 2 av 3 enheter når uppsatt målnivå för aktuella ADL- bedömningar för en enhet är andelen boende med aktuell ADL- bedömning 78%. Måluppfyllelse avseende bedömningar av munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens nås helt av en enhet med en variation på 77%-80% för de övriga 2 enheterna.

Tabellen visar könsskillnader i riskbedömningar och identifierad risk 2025



### Analys

Det går utifrån årets resultat inte att göra någon djupare jämställdhetsanalys, dock visar resultatet att bedömningar genomförts i något högre utsträckning för kvinnor inom flera områden. Resultatet visar även att män inom vissa områden har högre identifierad risk trots lägre grad av genomförda riskbedömningar. Resultatet kan tyda på att män inom servicehus är mindre benägna att ta emot erbjudande om hälso- och sjukvårdsinsatser trots större behov.

### Samlad analys av uppföljningsresultat

Resultatet visar på en fortsatt stabilt hög täckningsgrad i genomförda bedömningar, men når inte helt accepterad målnivå på 90% för genomförda bedömningar av munstatus och

blåsdysfunktion vilket lyfter fram områdena som prioriterade för 2026. Förändringar över tid ligger annars främst i riskutfall inom olika riskområden.

## Fall

Andelen boende med fallrisk inom vård- och omsorgsboende visar tydlig ökning, vilket kan sammanfalla med en ökad bedömningsgrad och bättre identifiering av boende med ökad fallrisk eller med en faktisk ökad riskprofil hos boende.

Under 2025 har det totala antalet fallincidenter minskat med ca 15%. En mindre andel fall leder till fraktur som följd. Ca 3% 2025 till skillnad mot 2024 då ca 4 % av fallen ledde till fraktur. Det tyder på att verksamheten arbetar med effektiva skadepreventiva åtgärder.

## Nutrition

Undernäring eller risk för undernäring är vanligare förekommande bland äldre, speciellt äldre med sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Undernäring är lättare att förebygga än att behandla. Därför är det viktigt att tidigt identifiera de patienter som är i riskzonen för att om möjligt kunna vidta åtgärder. Det förebyggande nutritionsarbetet bedrivs enligt fastställda rutiner i samverkan med dietist, SNUD-sjuksköterska (sjuksköterska med särskilt nutritionsuppdrag), baspersonal och legitimerad personal inom rehabilitering. Stadens Mat- och måltidspolicyn är vägledande i arbetet.

Resultaten visar att andelen boende med identifierad risk för undernäring är högre inom vård- och omsorgsboende vilket kan spegla patientprofil och behov i respektive boendeform. Andelen med risk för undernäring inom vård- och omsorgsboenden har minskat över tid och kan tyda på ett förbättrat nutritionsarbete. Andelen boende med riskbedömning enligt MNA <8p vilket indikerar undernäring har dock ökat och är ett observandum. Vid jämförelse stämmer resultatet överens med annan nationell statistik inom området och målgruppen. Till exempel det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Andel riskbedömningar enligt MNA <8 poäng

Verksamhet	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
Vård- och omsorgsboende	<b>15%</b>	16%	12%	12%	9%
Servicehus	<b>6%</b>	4%	8%	4%	6%

## Munhälsa

En god munhälsa är viktig för livskvalitet och patientens möjligheter att äta och dricka och kan därmed minska risken för undernäring. Sjukdom och åldrande ökar risken för ohälsa i munnen. Årets resultat visar att 39 % av boende på servicehus respektive 43 % av boende på vård- och omsorgsboende bedöms ha risk för ohälsa i munnen.

Boende som är berättigade erbjuds årligen kostnadsfri munhälsobedömning och nödvändig tandvård av regionens avtalade leverantör för tandvård. Utifrån utförd munhälsobedömning upprättas munvårdskort för den dagliga munvården. Munvårdsutbildningar erbjuds årligen med fokus på baskunskaper inom munvård riktat till vård- och omsorgspersonal. Utbildning genomförs av legitimerad tandhygienist. Under 2025 har total 166 medarbetare erhållit utbildning.

## Trycksår

Resultatet visar att ca 29 % av de äldre på vård- och omsorgsboende har en identifierad ökad

risk för trycksår. Andelen är lägre hos äldre på servicehus där motsvarande siffra är ca 12%. Variationen över tid är liten. Andelen patienter med trycksår som uppkommit i verksamheterna är också på en fortsatt låg nivå. Det tyder på att enheterna arbetar med bra trycksårsförebyggande arbetssätt. Det kan dock vara svårt att helt förhindra att patienter får trycksår, Patienter som inte kan röra eller vända sig själva eller med risk för undernäring är exempel på patienter som har en ökad risk för att få trycksår. Tidig riskidentifiering ger underlag för kompensatoriska åtgärder.

Andel patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten

Verksamhet	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
Vård- och omsorgsboende	<b>2%</b>	2%	3%	2%	3 %
Servicehus	<b>2%</b>	2%	2%	1%	2%

### Blåsdysfunktion/inkontinens

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens ska erbjudas vid inflytt och följas upp årligen. Nyttillkomna symtom på blåsdysfunktion/inkontinens ska utredas och vid behov ska inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. Andelen boende som erhållit en bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens har minskat och når inte helt accepterad målnivå. Berörda enheter behöver analysera orsaken och vidta åtgärder.

En hög andel äldre har i olika omfattning besvär med blåsdysfunktion/inkontinens. De viktigaste insatserna hos sköra äldre och som enheterna arbetar med är individanpassade åtgärder såsom anpassning av boendemiljö, individanpassat stöd för toalettbesök och individuellt utprovade inkontinensskydd.

Andel patienter med inkontinens/blåsdysfunktion

Verksamhet	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
Vård- och omsorgsboende	84%	83%	86%	87%	83%
Servicehus	68%	76%	52%	71%	60%

Andel patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel

Verksamhet	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
Vård- och omsorgsboende	97%	96%	99%	97%	98%
Servicehus	100%	100%	100%	100%	100%

## Smittförebyggande arbete och basala hygienrutiner

Det smittförebyggande arbetet har varit ett prioriterat område under 2025. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad risk för smittspridning. Alla verksamheter har fastställt rutiner för arbetet inom området och de arbetar kontinuerligt med att bibehålla god följsamhet. Samtliga vård och omsorgboenden och servicehus i egen regi har under året genomfört minst två punktprevalensmätningar enligt årshjul vilket följts upp av MAS. Totalt har 211 observationer genomförts 2025.

Resultatet visar hög följsamhet men också på områden att förbättra. De vanligaste observerade bristerna är utförande av handdesinfektion före arbetsmoment och innan handskar tas på. Inom klädregler är förekomst av ringar, klockor det vanligaste förekommande bristerna.

Verksamheterna har vid behov upprättat handlingsplaner med åtgärder samt genomfört tätare egenkontroller i lokala mätningar för att utifrån resultat vid behov arbeta med riktade åtgärder. Flertalet åtgärder har handlat om gemensam reflektion i arbetsgrupperna utifrån resultat, utbildning och information. Exempel på åtgärder aktuella inom servicehus har varit att öka förutsättningarna genom att säkerställa tillgång till tvål, torkpapper och handdesinfektion i nära anslutning till samtliga utrymmen där vård- och omsorgsarbete utförs.

Tabellen visar resultat av mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler år 2023–2025

PPM Hägersten- Älvsjö	2025 v.40–41	2025 v.11–12	2024 v.40–41	2024 v.11–12	2023 v.40–41	2023 v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	93,1%	87,6%	81,9%	89,2%	87,8 %	90,5%
Andel korrekt i klädregler	95,3%	92,2%	93,4%	94,9%	91,5 %	94,4%

## Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning

Samtliga verksamheter infektiionsregistrerar månatligen. Förekomsten av bärarskap av eller infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier, till exempel MRSA (penicillinresistenta stafylokocker) och VRE (penicillinresistenta enterokocker) är ett växande problem i samhället.

Antibiotikaresistenta bakterier påträffas även hos personer inom äldreomsorgens särskilda boenden. När en patient har ett känt bärarskap ska verksamheten arbeta utifrån handlingsprogram som är framtagna av Smittskydd Stockholm och Vårdhygien Stockholm för att förhindra smittspridning. Under 2025 har samtliga sjuksköterskor erhållit riktad utbildning av Vårdhygien Stockholm för att upprätthålla och säkra kompetensen inom området. Samverkan sker med vårdhygien och smittskydd vid misstänkt eller konstaterad smitta. Ingen smittspridning har skett.

Antalet patienter med känt bärarskap av antibiotikaresistenta bakterier är på en låg nivå. Andelen patienter med känt bärarskap var 2025 i likhet med 2024 cirka 4 procent.

En av orsakerna till den ökande resistensutvecklingen är en överförskrivning av antibiotika. Det är därför av stor vikt att verksamheterna följer förekomsten av antibiotikabehandlade infektioner tillsammans med ansvarig läkarverksamhet för att bidra till en ansvarsfull

förskrivningen av antibiotika.

Det sammanställda resultatet för verksamheterna visar att urinvägsinfektioner hos vårdtagare med kateter samt och hud/mjukdelsinfektioner och sårinfektioner fortsatt är de antibiotikabehandlande infektioner som förekommer mest, vilket överensstämmer med nationella mätningar, till exempel årlig HALT mätning. Andelen boende med urinkateter var 2025 ca 8% och ligger på en låg nivå i jämförelse med nationell HALT mätning som visade en förekomst på 10, 4 %. Under 2026 planerar verksamheten att implementera ett digitalt beslutstöd, OneWound, för val av behandling och sårvårdsprodukter. Syftet är att förebygga och minska antalet svårläkta sår vilket är en riskfaktor för sårinfektion.

## **Läkemedelshantering och delegering**

### **Läkemedelshantering**

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genom avtal med Apoteket AB och egenkontroll har genomförts enligt års-hjul under 2025. Apotekets externa granskning visar att verksamheterna överlag har en god följsamhet till riktlinjer och rutiner. Verksamheterna har återrapporterat identifierade förbättringsområden och åtgärder i upprättade handlingsplaner vilket har åtgärdats. Uppföljning har genomförts av HSL chef för sjuksköterskor med återkoppling till MAS.

Exempel på gemensamma förbättringsområden vid årets granskning var ett behov av bättre följsamhet till frekvens av kontrollräkning av narkotika vilket enligt rutiner ska ske minst en gång per månad. Dokumentationen i förbrukningsjournaler för narkotika behövde bli mer tydlig och enligt rutiner. Utifrån resultatet har enhetschef HSL sett över ansvarsfördelningen gällande områden inom läkemedel som fördelats till särskilt utsedda sjuksköterskor.

Av hösten egenkontroll framkom också ett behov av att förbättra spårbarheten avseende nyckelhantering inom ett par verksamheter, och inköp av nya nyckelskåp har planerats. Det framkom även ett behov av inköp av några fler läkemedelsskåp i två av servicehusen.

Under 2025 har stadsdelen efter genomförd riskanalys övergått till att använda läkemedelslista från Pascal som gemensam läkemedelslista, vilket har förenklat läkemedelsöverlämningen för baspersonal. Enhetliga driftstopps pärmar med reservrutiner som rör läkemedelshantering har tagits fram. Implementering följs upp 2026.

För att säkerställa kvaliteten i patientens läkemedelsbehandling har patientansvarig läkare tillsammans med sjuksköterskan genomfört läkemedelsgenomgångar i enlighet med Regionens riktlinjer. MAS har inhämtat statistik från ansvarig läkarorganisation.

Tabellen visar andel boende med genomförda läkemedelsgenomgångar

Verksamhet	2025	2024	2023
Axelsberg VoB	100%	100%	100%
Axgårdens VoB	100%	100%	100%
Fruängsgårdens VoB	100%	100%	100%
Fruängsgårdens servicehus	100%	100%	100%



Trekantens servicehus	100%	100%	100 %
Älvsjögårdens VoB	100%	100%	97%
Älvsjö servicehus	100%	100%	100%

Källa familjeläkarna

Inhämtade uppgifter från ansvarig läkarorganisation visar goda resultat och regionens satta målvärde på 95 procent nås i samtliga verksamheter. MAS ser att stärkt samverkan med läkarorganisation har bidragit till det fortsatt mycket goda resultatet.

### **Delegering**

Delegeringar, både vid ny delegering och omprövning, föregås av utbildning och handledning och kunskapstest som omprövas årligen. Sedan 2025 används Apotekets AB delegeringsutbildningar och kunskapstester inför delegering av läkemedelshantering. Inför övergången utbildades chefer och sjuksköterskor via Apoteket och en process för nytt delegeringsförfarandet togs fram av MAS.

För att stärka och förtydliga delegeringsprocessen avseende delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sjuksköterskans, arbetsterapeuten och sjukgymnast/fysioterapeutens område har nya rutiner tagits fram av MAS och MAR 2025.

### **Avvikelsehantering**

Avvikelsehantering syftar till att vårdskador och risker för vårdskador ska upptäckas och förebyggas genom analys av bakomliggande orsaker och förbättring av rutiner. Avvikelsehanteringen ska dokumenteras. Under 2025 har arbetet med avvikelsehanteringen setts över utifrån ny organisation och chefsstruktur från den 1 april, vilket under året medfört förbättrade resultat avseende dokumentationen av utredning, orsaksanalyser, och planerade förebyggande åtgärder. Tidsramen för sluthantering i verksamhetssystemet har successivt kortats ner i jämförelse med 2023 och 2024, men visar också på variationer mellan enheterna gällande antalet inrapporterade avvikelser och andelen avvikelser som slutbedömts under året. Att befästa en hög säkerhetskultur och att tydliggöra vad som kan vara avvikelser inom olika områden för att öka inrapportering är ett fokusområde för 2026 som kommer ske med stöd av MAS och MAR. Rapporterade avvikelser 2025 redovisas under avsnitt 4.4.1.

### **Hälso- och sjukvårdsdokumentation**

Dokumentationsgranskningar genomförs regelbundet genom egenkontroller med stöd av verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen. Resultatet visar att dokumentationen fortsatt har förbättrats med stöd av framtagna mallar och checklistor men visar också på förbättringsområden inom delar av olika vårdprocesser, till exempel i dokumentationen av hälsoplaner. Identifierade brister har lett till riktade handlingsplaner samt utbildnings- och handledningsinsatser för legitimerad personal. Dokumentationssystemet upplevs som tidskrävande och svårnavigerat, vilket fortsatt är en utmaning, men utbildning, handledning och dokumentationsstöd har genomförts för att stärka följsamhet och kvalitet. Dokumentationsombud fungerar som lokalt stöd på enheterna.

### **Palliativ vård**

Verksamheten arbetar enligt fastställda rutiner för den palliativa vården och registrerar i Svenska palliativregistret. Resultaten används som underlag för förbättringsarbete. Det sammantagna resultatet för äldreomsorgens särskilda boenden redovisas under avsnitt 4.5.1.

Samverkan med läkare har stärkts, liksom rutiner för reflektion efter dödsfall och efterlevandesamtal. DöBra används som gemensam grund för samtal om patientens egna önskemål för vården i livets slutskede. Under 2026 planeras ett breddinförande av skörhetsskattningar med instrumentet Clinical Frailty Scale (CFS) inom stadsdelens särskilda boenden i egen regi. En förväntan är att det kan bidra till att patienter med palliativa vårdbehov kan identifieras tidigare och insatser planeras.

Årets uppföljningar visar att systematiken med efterlevande samtal har stärkts i jämförelse med 2024. Att utveckla den palliativa vården i livets slutskede med stöd till närstående och där närstående är delaktiga i kvalitetsarbetet är ett fortsatt fokusområde även 2026. Bland annat genom att öka andelen närstående som erbjuds att besvara palliativa registrets närståendeenkät efter dödsfall.

#### *Medicintekniska produkter (MTP)*

Under året har rutiner för riskbedömning inför förskrivning av hjälpmedel tagits fram och förankrats i verksamheten. En ny struktur för hantering av säkerhetsmeddelanden från hjälpmedelsleverantörer har införts för att säkerställa snabb och korrekt informationsspridning. En ny övergripande delegeringsrutin för rehabiliterande insatser som utförs av baspersonal har även implementerats. Beslut har även fattats om anskaffning av det digitala systemet Alisa för inventering av medicintekniska produkter. Informationsklassning påbörjades under hösten 2025 med planerad implementering 2026. Alisa är ett enhetligt verktyg för att hålla ordning på enheternas medicintekniska produkter och arbetstekniska hjälpmedel från mottagande och användning till service i linje med kraven i MDR.

### **4.3 Säker vård här och nu**



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.

#### **Riskhantering**

Värdering av risker sker kontinuerligt och görs i verksamheten i syfte att säkerställa patientsäkerheten. Enhetschef ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. Årlig risk- och konsekvensanalys genomförs inom samtliga enheter, där identifierade utvecklingsområden inkluderas i det fortsatta förbättringsarbetet. Samordnad arbetsmiljöronnd genomförs årligen tillsammans med fackliga representanter och handlingsplaner upprättas

utifrån identifierade risker.

Under 2025 har enheterna fortsatt att arbeta med riskbedömningar och riskanalyser för att tidigt identifiera, förebygga och hantera risker för vårdskador. Inför den organisationsförändring med en ny chefsstruktur som genomfördes våren 2025 gjordes en risk- och konsekvensanalys i samverkan med fackliga representanter, skyddsombud, medarbetare, HR och verksamhetschef. De risker som identifierades omhändertogs vid uppstarten av den nya sjuksköterske- och rehab organisationen. En uppföljning planeras till början av 2026.

Andra exempel på riskanalyser som genomförts under 2025 på verksamhetsnivå är HSL enheternas riskanalys inför sommarsemester, samt vid sjuksköterskeenhetens övergång från TakeCare läkemedelslista till Pascal läkemedelslista under hösten. Åtgärder planerades utifrån identifierade risker och har inte resulterat i några rapporterade avvikelser. Riskområden identifieras också fortlöpande genom händelserapporter och avvikelser från personalen samt genom klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Ärenden från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs, analyseras och används i verksamhetens förbättringsarbete.

På individnivå genomför planeringsansvarig sjuksköterska riskbedömningar i samverkan med teamet vid ny patient, årligen samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Riskbedömningarna omfattar bland annat fallrisk, risk för undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Identifierade risker ligger till grund för förebyggande åtgärder som planeras, genomförs och följs upp i team.

Viktiga lärdomar från riskarbetet under 2025 är betydelsen av tidig riskidentifiering, tydlig ansvarsfördelning och tvärprofessionell samverkan. Avvikelser och händelser har visat att proaktiva arbetssätt med strukturerad kommunikation, transparens, gemensam analys och därigenom bidrar till att minska risken för vårdskador.

MAR har i samarbete med enhetschef för arbets- och fysioterapeuter tydliggjort att en risk- och behovsanalys alltid behöver förgå en förskrivning av medicinteknisk produkt, enligt förskrivnings-processen.

#### **4.4 Stärka analys, lärande och utveckling**



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

### 4.4.1. Avvikelser

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

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

#### Enheternas arbete med avvikelshantering

Under 2025 har enheterna fortsatt att arbeta utifrån avvikelseprocessen med fokus på struktur, analys och återkoppling, samt på att stärka medarbetarnas förståelse för avvikelshandlingens betydelse för kvalitet och säker vård. Utifrån den organisationsförändring som genomförts under året har arbetet med att justera och anpassa rutinerna för avvikelshantering och kvalitetsrådets arbetssätt påbörjats av ansvariga enhetschefer. Syftet är att skapa en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv hantering av avvikelser inom HSL-området med bra förutsättningar att följa upp åtgärder på övergripande nivå.

En viktig lärdom från arbetet under 2025 är betydelsen av struktur, regelbundenhet och gemensam analys för att avvikelshandling ska bidra till verklig förbättring. Dessa erfarenheter ligger till grund för den fortsatta utvecklingen av avvikelshandling och kvalitetsarbetet under 2026.

#### Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Antal slutbedömda avvikelser
Läkemedel	206	196	183
Specifik omvårdnad	14	13	11
Specifik rehabilitering	1	1	1
Trycksår	12	9	7
Vårdkedjan	5	3	3
Vårdrelaterad infektion	0	0	0
<b>totalt</b>	<b>238</b>	<b>222</b>	<b>205</b>

#### Analys

Det totala antalet inrapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat marginellt i jämförelse med 2024 (225 st.). I likhet med föregående år dominerar avvikelser inom läkemedelshandling. Avvikelserna inom läkemedelshandling handlar till störst utsträckning om uteblivna doser (76%). I förhållande till antalet doser som administreras i särskilda boenden dagligen utgör antalet avvikelser inom området en lite andel. Enheterna behöver fortsätta arbeta med att säkerställa delegeringsprocessen och den interna samverkan så att det finns en tydlig ansvarsfördelning och uppföljning av uppgiften att administrera

läkemedel.

Den samlade analysen av hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2025 visar att riskbilden i stort sätt är oförändrad jämfört med föregående år. Samtidigt som variationen mellan enheter kvarstår. Resultatet visar också att vissa riskområden, såsom specifik rehabilitering och brister i vårdkedjan, har få rapporterade avvikelser. Detta bedöms kunna tyda på en underrapportering snarare än en faktisk låg risknivå. Det finns därmed ett fortsatt behov för verksamheten att stärka kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen kring vad som skulle kunna vara avvikelser inom dessa områden.

## Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal slutbedömda fallavvikelser	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård
770	144, varav 17 frakturer	671	10

## Analys

Under 2025 registrerades sammanlagt 770 fallhändelser, vilket innebär markant minskning jämfört med föregående år då 909 fall rapporterades. Av årets fall inträffade 243 fallincidenter inom servicehus och 527 inom vård- och omsorgsboenden. Minskningen kan främst kopplas till flera enheter med tydligt förbättrade resultat.

Totalt redovisas 144 skador, varav 17 avser frakturer, vilket motsvarar ca 3% av antalet fallincidenter under 2025. Av dessa har servicehusen rapporterat att 10 fall lett till fraktur och vård- och omsorgsboendena att 7 fall lett till fraktur. Totalt sett innebär det en minskning jämfört 2024 då 21 frakturer rapporterades vilket motsvarade ca 4% av fallincidenterna. Minskningen har skett inom vård- och omsorgsboende.

Älvsjö servicehus har rapporterat sex frakturer. Antalet bedöms vara högt i förhållande till antalet boendeplatser och enheten behöver analysera orsaker samt vidta lämpliga åtgärder. Axelsbergs enheter hade vid årets sammanställning ett högt antal avvikelser där konsekvensen ännu inte är slutbedömd, vilket kan påverka resultatet avseende antalet frakturer.

Av samtliga rapporterade fall har tio händelser bedömts vara relaterade till brister i hälso- och sjukvården. Analysen av bakomliggande orsak är ett viktigt stöd för planering av effektiva förbyggande åtgärder. Resultatet visar att en mindre andel fall leder till fraktur, vilket tyder på att verksamheten arbetar med effektiva skadepreventiva åtgärder.

### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården som inkommer till verksamheten utgör en viktig del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ses som en möjlighet till lärande och förbättring. Klagomål och synpunkter hanteras i enlighet med fastställda rutiner i stadsdelen.

Under 2025 har 4 klagomål gällande hälso- och sjukvården inkommit till 4 olika enheter. Två rörde utebliven information och ett bristande bemötande. Ett klagomål från närstående inkom via IVO. Klagomålet rörde händelser i samband med en fallolycka. Händelsen var vid tillfället under utredning och anmäldes enligt lex Maria.

Vid klagomålen om utebliven information hölls samverkansmöten med ledning, berörd personal och närstående under 2025 och januari 2026 vilket utmynnade i ökad samsyn och förbättrad samverkan.

Samtliga klagomål har dokumenterats, utretts och analyserats av enhetschef för sjuksköterskor, vid behov i samråd med MAS och MAR.

En viktig lärdom från hanteringen av dessa klagomål är att det är liknande utmaningar på enheterna samt betydelsen av att tidigt ta emot och lyssna in närstående, att möta dem utifrån deras situation och behov, samt att ge tydlig information med förståelse för den situation de befinner sig i.

Verksamheten kommer fortsatt ha fokus på att vidareutveckla processen för hantering av klagomål och synpunkter.

## 4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

### 4.5.1 Svenska palliativregistret

I palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och mål som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. I Palliativa registret besvaras frågor om vården under patientens sista levnadsvecka vid väntade dödsfall. Syftet är kunna använda resultaten som en bedömning av kvalitén och som underlag för förbättringsarbete.

I tabellen redovisas resultatet från enheternas registreringar i palliativ registret 2023–2025.

Kvalitetsindikator	Mål-värde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100	91,7	90,1	*	*
Vårdplan	100	74,1	88,7	82,8	70,6
Dokumenterat brytpunktssamtal	98	82,3	78,9	75,0	67,6
Ordinerad inj. stark opioid vid behov vid smärtgenombrott	98	95,9	87,3	85,9	79,4
Ordinerad inj. ångestdämpande vid behov	98	95,5	85,9	87,5	80,9
Smärtskattats sista levnadsveckan	100	71,3	78,9	75,0	66,2
Symtomskattats sista levnadsveckan	100	56,6	69,0	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90	64,2	74,6	75,0	54,1
Utan trycksår (kategori 2–4)	90	86,2	85,9	82,8	86,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	83,8	71,8	71,9	67,6
Efterlevandesamtal	90	79,2	94,4	*	*

\* Indikatorn beräknades inte

## Analys

I samverkan med läkarorganisation har arbetet med att utveckla den palliativa vården i livets slutskede fortsatt. Utbildade palliativa ombud finns på varje enhet. Rutin finns för reflektion tillsammans med ansvarig läkare vid rond efter varje dödsfall i syfte att följa upp vården i livets slutskede. Verksamheterna har täta uppföljningar av resultat från palliativ registret samt framtagna palliativa indikatorer vid palliativa ombudsträffar. Utifrån resultaten planeras åtgärder.

För 2025 ses förbättrade resultat avseende andelen avlidna på enheten som registrerats i palliativregistret. Andelen har ökat till 93% under 2025, jämfört med 2024 och 2023 då ca 75% respektive 82% registrerades. Resultaten har totalt sett även förbättrats för flertalet registrerade kvalitetsindikatorer, men visar även på områden att utveckla och på variationer mellan enheter. Det visar på behov av att fortsätta stärka rutiner och säkerställa uppföljning och dokumentation.

Fokus under året har varit att stärka den personcentrerade vården. Arbetet med DöBra har fortsatt, vilket möjliggör tidiga samtal med boende om deras önskemål kring den sista tiden i livet, och bidrar till att vården kan planeras i enlighet med individens vilja. På några enheter har skörhetsskattning införts som ett stöd för att identifiera den boendes vårdbehov och skapa en tvärprofessionell förståelse inför brytpunktsbeslut. Under 2026 planeras ett breddinförande på samtliga enheter. Det förväntas bidra till att palliativa vårdbehov identifieras tidigare och insatser planeras. Enheterna kommer under 2026 arbeta för att öka andelen närståendeenkäter som skickas ut.

#### 4.5.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att identifiera och registrera risker och bakomliggande orsaker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetssätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under åren 2023–2025

År	Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
2025	314 (ca 56%)	89%	94%	65%
2024	288 (ca 50%)	86%	94%	70%
2023	255 (ca 46%)	89%	95%	62%

#### Analys

En successivt ökad användning av Senior Alert kan ses över tid. En större andel boende omfattas totalt sett idag av riskbedömningar inom Senior Alert jämfört med tidigare år, vilket indikerar en ökad medvetenhet om vikten av förebyggande riskidentifiering inom områdena fall, nutrition, trycksår och munhälsa och det stöd som registret ger för evidensbaserade åtgärder vid identifierade risker. Dock finns en variation i täckningsgrad på 30–86% mellan enheterna. En sammanhållen hälso- och sjukvårdsenhet med gemensamma rutiner och forum för uppföljning förväntas bidra till en ökad likställighet.

För de riskbedömningar som genomförs finns i hög grad bakomliggande orsaker och planerade åtgärder dokumenterade. Uppföljning och dokumentation av utförda åtgärder registreras inte i samma utsträckning vilket försvårar möjligheten till analys och lärande på verksamhetsnivå.

En identifierad orsak till den bristande användningen av vissa delar av Senior Alert är upplevelsen av dubbeldokumentation. Riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar dokumenteras även i patientjournalen, vilket kan bidra till att registreringen i kvalitetsregistret nedprioriteras. Fokus behöver fortsatt ligga på att öka sjuksköterskornas och teamens kunskap om hur Senior Alert kan bidra till ett mer systematiskt, evidensbaserat och förebyggande

arbetssätt som stärker patientsäkerheten. Att utveckla det systematiska arbetet med riskbedömningar och åtgärder på individnivå med stöd av Senior Alert är ett prioriterat område för 2026.

## 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Patientsäkerheten främjas genom systematiskt arbete med riskanalyser, kontinuitetsplaner och beredskapsplaner.

Beredskapsplaner och kontinuitetsplaner uppdateras regelbundet för att säkerställa att personalen kan agera effektivt vid plötsliga och extraordinära händelser, exempelvis sjukdomsutbrott, större personalbortfall eller oförutsedda driftstörningar i olika verksamhetssystem. Övningar, uppdaterade rutiner och tydliga ansvarsfördelningar och prioriteringar bidrar till att kritiska funktioner kan upprätthållas och att nödvändig vård och omsorg kan ges på ett säkert sätt.

För att stärka beredskapen har verksamheten under 2025 särskilt fokuserat på:

- Tydliga rutiner och kommunikationsvägar mellan enheter, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och ledning vid avvikelser eller akuta situationer.
- Identifiering av riskområden och förebyggande åtgärder via systematiskt riskarbete och egenkontroller.
- Kompetensutveckling för personal, bland annat genom utbildning i smittskydd, medicinteknik och palliativ vård.
- Gemensam genomgång gällande risk för yttre påverkan.
- Gemensam genomgång gällande informationssäkerhet.

Verksamheterna kommer under kommande år att fortsätta utveckla arbetet med riskmedvetenhet och beredskap genom Risk- och sårbarhetsanalyser och uppföljning av beredskapsrutiner på alla enheter med tydligare koppling till praktiskt genomförande vid oväntade händelser.



## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade aktiviteter	Egenkontroll
Hantering av medicintekniska produkter	Förbättrad patientsäker hantering och inventering av medicintekniska produkter, med ökad följsamhet till MDR lagstiftningen.	Implementering av digitala systemet Alisa på samtliga SÄBO enheter, enligt handlingsplan.	Att samtliga SÄBO enheter under 2026 har implementerat systemet Kontroll att: samtliga enheter har inventarielistor överförda att årliga kontroller och besiktningar för sängar och taklyftar är inlagda i systemet Alisa.
Palliativ vård	En fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	- Breddinförande av skörhetsskattning enligt Clinical Frailty Scale på samtliga enheter enligt upprättad rutin. -DöBra verktyget fortsätter användas som underlag för samtal om egna önskemål vid livets slutskede. -Reflektionssamtal genomförs efter dödfall enligt upprättade rutiner -efterlevande samtal erbjuds och genomförs -närstående enkäter erbjuds.	- Uppföljning av statistik av skörhet månatligen enligt tidsplan från och med april 2026. -Uppföljning av palliativregistrets kvalitetsindikatorer. - Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närståendeenkäter. Följs upp vid palliativa ombudsträffar och vid tertial.
Förebyggande hälso- och sjukvård	Att systematisera det teambaserade arbetet med evidensbaserade riskbedömningar, åtgärder och uppföljning genom ett ökat användande av kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD.	- Informationsinsatser för legitimerad personal. - Implementera rutiner för arbetet i Senior Alert och BPSD	- Uppföljning av att rutiner finns och är implementerade. -Uppföljning av registreringar av riskbedömningar, planerade åtgärder, och uppföljning i Senior Alert. - Uppföljning av genomförda registreringar symtomskattnings och bemötandeplaner i BPSD registret. Följs upp vid tertial.

Avvikelsehantering	En stärkt säkerhetskultur där avvikelser uppmärksammas och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rutiner för kvalitetsråd ska ses över och anpassas utifrån ny HSL-organisation i syfte öka systematik, likställighet och möjlighet att se trender och mönster på övergripande nivå.</li> <li>- information och utbildningstillfällen till legitimerad personal om rutiner för avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet planeras våren 2026 med stöd av MAS och MAR</li> </ul>	- Månatlig uppföljning av inrapporterade avvikelser på kvalitetsråd och i verksamhetssystemet för avvikelsehantering.
Informationssäkerhet	Att säkerställa en patientsäker informationsöverföring mellan personal och vid vårdövergångar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsatt implementering av kommunikationsmodellen SBAR och ViSam beslutsstöd</li> <li>-Utbildningstillfällen i ViSam för sjuksköterskor</li> <li>-Rutin för "Akutpärm" hos boende implementeras på samtliga enheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning av sker via självskattningsenkät på APT under våren 2026.</li> <li>- Följs upp vid tertial att akutpärm finns upprättad hos boende</li> </ul>
Informationssäkerhet	Hälso- och sjukvårdokumentationen fortsätter att förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys från egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul för 2026 med stöd av verksamhetutvecklare och lokala dokumentationshandledare</li> <li>- Upprättade mallar och checklistor för egenkontroll används som stöd för dokumentationen av olika vårdprocesser.</li> </ul>	- Uppföljning av genomförda egenkontroller enligt årshjul.