

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Axelsbergs enheter,
Rosengårdens och Solgårdens VoB

Innehållsförteckning

4. Agera för säker vård	3
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	7
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Resultat från prioriterade områden och indikatorer för uppföljning	8
4.3 Säker vård här och nu.....	12
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	13
4.4.1 <i>Avvikelser</i>	13
4.5 <i>Kvalitetsregisterarbete</i>	14

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.

Tabellen visar enhetens egenkontroller och resultat utifrån prioriterade mål för 2025.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<ul style="list-style-type: none"> - Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. - Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL. - Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL - Uppföljning av infektionsregistrering månatligen 	<p>1. Andel medarbetare som genomgått årlig webbaserad utbildning i basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100%</p> <p>2. Genomförda egenkontroller v.11–12 och v.40–41 visade en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 100% respektive 93,5%.</p> <p>3. Egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul.</p> <p>4. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100%.</p>	<p>Målet bedöms uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att enheten har genomfört planerade aktiviteter och egenkontroller under året i syfte att förebygga smitta och smittspridning.</p> <p>Samtliga medarbetare har genomfört utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>Uppföljningar visar på en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och vårdhygienisk standard.</p> <p>Infektionsregistreringar har genomförts månatligen. Ingen smittspridning har skett.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
<p>1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<p>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</p> <p>- Egenkontroll av ViSam användning</p>	<p>1. Andel boende med aktuell riskbedömning för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 92% -undernäring till 92% -trycksår till 92% - ohälsa i munnen till 85%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 98%. -funktion- och förflyttningsförmåga till 96%. <p>2. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 93% -undernäring till 73% -trycksår till 55% <p>3. Implementering av ViSam pågår. Egenkontroll av användning har inte genomförts under 2025. Planeras för 2026.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnåts. Bedömningen grundar sig på att riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i hög grad och når accepterad målnivå på 90% för 5 av 6 riskområden.</p> <p>2. Målet är delvis uppnått. Bedömningen grundar på att andelen dokumenterade hälsoplaner vid bedömd risk når accepterad målnivå 90% för ett riskområde.</p> <p>3. Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundas på att implementering pågår men egenkontroll har inte genomförts 2025. Planeras 2026.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
<p>1. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsätter att utvecklas för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>2. Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs genom loggkontroller</p>	<p>- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul under året</p> <p>- Egenkontroll av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ under året</p>	<p>1. Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genomförts enligt årshjul. Resultatet visar att dokumentationen har utvecklats med när inte fullt ut ställda krav i samtliga delar av granskade vårdprocesser. Handlingsplaner har upprättats.</p> <p>2. Loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal har inte genomförts månatligen i början av 2025.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis är uppnått. Bedömningen grundar sig på att dokumentationen har förbättrats i kvalitet men att omfattningen i alla delar utifrån granskade vårdprocesser inte når ställda krav.</p> <p>2. Målet bedöms som delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att frekvensen av loggkontroller varit lägre än förväntat. Rutinen nu reviderad med anledning av genomförd omorganisation. Ingen obehörig åtkomst har skett.</p>
<p>Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutin.</p>	<p>- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad.</p> <p>- Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.</p>	<p>1. se resultat under avsnitt 4.5.1.</p> <p>2. Uppföljning av palliativa indikatorer har genomförts. Reflektionssamtal och efterlevandesamtal har genomförts och erbjudits enligt rutin. Antalet utskickade närståendeenkäter behöver öka (14%).</p>	<p>1. Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förbättrade resultat kan ses inom flertalet av kvalitetsindikatorer 2025. Uppföljning av enhetens framtagna indikatorer visar att målnivån 90% inte nås och är fortsatt prioriterat för utveckling 2026.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
<p>Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador. Enheten ska arbeta för:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder - Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad. - Ökad spridning av avvikelser. 	<p>Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelshantering och enhetens system för avvikelshantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömt</p>	<p>1. Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.</p> <p>2. Generellt ses en förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder.</p> <p>3. Avvikelser har följts upp kontinuerligt men med otillräcklig frekvens. Tidsramen för sluthantering har successivt kortats ner.</p> <p>4. Enheten behöver fortsätta arbeta med att tydliggöra vad som kan vara avvikande händelser inom olika områden för att öka rapportering och spridning av avvikelser.</p>	<p>1. Mål delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att förväntat resultat avseende förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder uppnås och att tidsramen successivt kortats ner till en månad från september 2025.</p> <p>Avvikelshantering är en fortsatt prioriterat område för utveckling 2026 som kommer ske med stöd av MAS och MAR.</p>
<p>Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.</p>	<p>Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att det finns en ny rutin. 	<p>En övergripande rutin för delegering av AT och FT har tagits fram av en arbetsgrupp under 2025. Information om den nya rutinen har spridits via e-post, presenterats i ledningsgrupp samt gåtts igenom på enhetens möte tillsammans med MAR.</p> <p>Ingen ökning av antalet delegeringar har noterats under 2025 jämfört med 2024. Det kvarstår därför ett behov av fortsatt implementering av rutinen för arbets- och fysioterapeuter inom stadsdelen under 2026.</p>	<p>Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att arbetsprocessen för delegering inom området för rehabilitering har 2025 tydliggjorts i ny rutin.</p> <p>Rutinen för arbetssätt vid delegering inom området för rehabilitering har dock inte använts som förväntat.</p>

Samlad analys

Egenkontroller visar på en hög följsamhet basala hygienrutiner och klädregler och ingen smittspridning har skett under året.

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts i hög grad. Bedömningar av ADL- förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga i mycket hög grad, vilket ger goda

förutsättningar att sätta in kompenserande åtgärder.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Verksamheten har en upprättad handlingsplan. Att använda upprättade checklistor och mallar som stöd för dokumentationen är en åtgärd som verksamheten arbetar vidare med. Utvecklingsarbetet sker med stöd av verksamhetsutvecklare HSL och ombud.

Verksamheten har arbetat för att utveckla den palliativa vården i livets slutskede. Fler palliativa ombud har utbildats och samverkan med ansvarig läkarorganisation har stärkts. Vi ser att resultaten för flertalet inrapporterade kvalitetsindikatorer i palliativ registret har ökat i jämförelse med föregående år. se redovisning under avsnitt 4.51. Vi fortsätter att utveckla arbetssätten 2026.

Andelen avvikelser som i avsett system för avvikelshantering har dokumenterats med utredning, analys och vidtagna åtgärder har ökat men är ett fortsatt förbättringsområde för verksamheten. Framförallt allt att i avsett system hantera avvikelser och korta ner tidsram för sluthantering. Ledningen kommer att arbeta mer med att öka kunskapsnivå kring avvikelshantering med stöd av ansvariga enhetschefer för legitimerad personal, MAS och MAR. Ny struktur för kvalitetsrådsmöten implementeras januari 2026. Följs upp varje månad i samband med genomfört kvalitetsråd.

Ny rutin för delegering för arbets- och fysioterapeut har tillförts verksamheten. Sol och Rosengården deltog ej i arbetsgruppen för framtagande av rutin vilket kan påverka kunskapsnivån. Rutin kommer följas upp och revideras under 2026.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador



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

Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som anmälts enligt lex Maria
3	0

Tre händelser har medfört bedömning vårdskada p.g.a. brist i hälso- och sjukvård under 2025, samtliga är relaterade till fallhändelser. En av händelserna visar på behov att säkerställa att

alla ordinerade hjälpmedel finns på plats och fungerar. En fördjupad händelseanalys genomfördes avseende en nutritionsåtgärd som vidtogs då förskrivnen sondnäring var slut hos tillverkaren. Händelsen visade brister i intern samverkan och dokumentation snarare än i klinisk bedömning.

Händelserna har bidragit till ökad medvetenhet om vikten av strukturerad samverkan och systematisk uppföljning som en del av det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Händelserna har lyfts på arbetsplatsträff med syftet till gemensamt lärande men även att kunna överbrygga inom stadsdelen och flytta resurser vid behov.

Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

Antal händelser med MTP som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som enligt anmälningsskyldigheten skickats till läkemedelsverket
0	0

Inga händelser har heller föranlett fördjupad utredning, anmälan enligt lex Maria eller fördjupad utredning kopplad till medicintekniska produkter (MTP). Vidare har inga händelser rapporterats till Läkemedelsverket enligt anmälningsskyldigheten.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Kvalitetsledningssystemet utgör en grund för att säkerställa säkra och tillförlitliga processer, rutiner och arbetssätt inom hälso- och sjukvården.

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 rutiner, checklistor, riktlinjer och styrdokument som stödjer ett säkert arbetssätt.

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

Resultat från 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 genom kompenserande åtgärder. Riskbedömningar genomförs teambaserat.

Tabellen visar andelen boende med aktuella bedömningar

Indikator	2025	Utfall kvinnor	Utfall män	2024	2023
Fallriskbedömning enligt DFI	92%	97%	85%	93%	96%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	92%	94%	90%	91%	89%
Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	17%	20%	11%	16%	10%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	92%	94%	90%	93%	98%
Bedömning av munstatus enligt Roag	85%	63%	70%	89%	78%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	77%	81%	70%	98%	96%

Tabellen visar andelen boende med aktuella bedömningar inom området för rehabilitering.

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	98%	100%	95%	96%	87%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	96%	100%	90%	98%	81%

Analys

2025 års resultat visar att det förebyggande arbetet med riskbedömningar fortsatt fungerar väl med stabila resultat över tid. Dokumenterad bedömning av munstatus och inkontinens/blåsdysfunktion når dock inte helt accepterat målvärde på 90%.

Tvärprofessionella temamöten hålls kontinuerligt där sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar. Vid dessa möten görs gemensamma bedömningar av patienternas risker och behov samt planering och uppföljning av åtgärder. Under 2025 har enheten identifierat ett behov av att säkerställa en god kontinuitet och likställighet i genomförande av tvärprofessionella teammöten. En genomlysning och anpassning till rutiner kommer ske 2026.

Nutrition

Det förebyggande arbetet inom nutritionsvårdsprocessen har fortsatt enligt fastställda rutiner. Arbetet sker i samverkan med dietist och enhetens SNUD-sjuksköterska (ombudsroll) med

särskilt nutritionsansvar. Riskbedömningar, uppföljningar och åtgärder genomförs för att förebygga undernäring och. Nära samarbete sker mellan legitimerad personal, baspersonal och kontaktperson för att anpassa måltiden samt för att identifiera individuella behov och erbjuda kompenserande åtgärder och hjälpmedel där det behövs.

Trycksår

Andel patienten med trycksår som uppkommit på enheten är ca 4 %. Resultatet har ökat i jämförelse med 2024. Vilket var 2,5%. Resultatet ligger dock fortsatt lägre i jämförelse med annan nationell statistik på en låg nivå, Till exempel Senior Alert.

Smittförebyggande arbete och basala hygienrutiner

Det smittförebyggande arbetet är och har fortsatt vara ett prioriterat område under 2025. Personal genomgår årligen Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygienisk standard genomförs enligt årshjul. Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för eventuella handlingsplaner vid identifierade brister.

Tabellen visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

PPM	2025	2025	2024	2024
Solgården och Rosengården	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	89%	100%	96,4%	92,8%
Andel korrekt i klädregler	98,6%	100%	78%	92,8%

Analys

Årets mätningar visar på en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Brister har framförallt handlat om handdesinfektion samt korrekt användning av engångsförkläde. För identifierade brister har verksamheten arbetat med flera åtgärder. Till exempel kontinuerlig dialog på enhetens forum som ATP, information i veckobrev och i omklädningsrum samt handledning av hygienombud för att säkerställa kompetensen i att omsätta teoretisk kunskap i praktik. Att bibehålla och utveckla kunskapen i hygien är fortsatt prioriterat.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning

Infektionsregistreringar genomförs och sammanställs månadsvis. Samverkan med vårdhygien och smittskydd sker vid misstänkt eller konstaterad smitta, och vaccinationer har genomförts i samverkan med ansvarig vårdgivare enligt rekommendationer.

Egenkontroller visar att urinvägsinfektioner hos vårdtagare med kateter samt och hud/mjukdelsinfektioner och sårinfektioner fortsatt är de antibiotikabehandlande infektioner som förekommer mest.

Antibiotikaresistenta bakterier är ett växande samhällsproblem och påträffas även hos personer inom äldreomsorgens särskilda boenden. Handlingsprogram för omhändertagande framtagna av vårdhygien Stockholm följs. Ingen smittspridning har skett under året. Andelen patienter med bärarskap på enheten är låg ca 2%.

Läkemedelshantering och delegering

Läkemedelshantering och delegering har följts upp genom årlig egenkontroll samt extern granskning av Apoteket AB enligt fastställt års-hjul. Identifierade förbättringsområden har lett till upprättade handlingsplaner som följts upp, bland annat avseende en mer systematisk uppföljning av givna delegeringar, spårbar nyckelhantering, kontroller av narkotika enligt rutiner under sommarmånader, samt likställighet i tillgänglighet till driftstopsrutiner för läkemedel i läkemedelsrum.

Chef och sjuksköterskor har erhållit utbildning inom läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB. Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentationsgranskningar genomförs genom egenkontroller enligt rutiner och års-hjul för HSL. Verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fungerar som stöd i arbetet. Fortsatt utveckling kan ses och för identifierade brister har handlingsplaner upprättats för förbättring av dokumentationskvaliteten. Dokumentationssystemet upplevs som svårt och tidskrävande, vilket fortsatt är en utmaning, men utbildning, handledning och dokumentationsstöd i form av mallar och checklistor finns för att stärka följsamhet och kvalitet. Dokumentationsombud stöttar upp och handleder lokalt på enheten utifrån upprättade handlingsplaner.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet. Avvikelser registreras, analyseras och följs upp i syfte att identifiera risker, vidta åtgärder och förebygga upprepning. Lärdomar från avvikelser används i det systematiska förbättringsarbetet och återkopplas till berörd personal. Avvikelsehanteringen har skett löpande under 2025 men tyder på en viss underrapportering. Att förankra en hög säkerhetskultur och ett bra arbetssätt för att rapportera in, utreda och utvärdera åtgärder är ett fortsatt utvecklingsområde under 2026 vilket kommer att ske med stöd av MAS och MAR. Rapporterade avvikelser 2025 redovisas under avsnitt 4.4.1.

Palliativ vård i livets slutskede

För palliativ vård i livets slutskede finns fastställda rutiner. Verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och analyserar regelbundet resultaten som underlag för förbättringsarbete. Rutiner för samverkan med ansvarig läkare har stärkts för att säkerställa ett gott omhändertagande. Rutiner för reflektion tillsammans med läkare efter dödsfall samt utvecklad systematik kring efterlevandesamtal och användning av närståendeenkäter efter dödsfall har tagits fram och implementerats. Implementering av skörhetsskattning pågår för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov och insatser. DöBra används som grund för samtal med den äldre om egna önskemål i livets slutskede. Nära samarbete och handledning med omvårdnadspersonalen är en central del i att säkerställa god vård i livets slut. Enhetens resultat redovisas under avsnitt 4.5.1.

ViSam- beslutstöd för val av rätt vårdnivå

Under 2025 har arbetet med ViSam som ett evidensbaserat instrument för val av rätt vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd hos en patient fortsatt befästas i det dagliga arbetet. Beslutstödet

är inte fullt implementerat och kvarstår som fortsatt fokusområde under 2026.

4.3 Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säker vård förändras över tid, vilket ställer krav på ett aktivt, systematiskt och nära riskarbete.

Enhetscheferna för hälso- och sjukvården ansvarar för innehållet i det systematiska riskarbetet och för att riskanalyser genomförs vid förändringar som påverkar verksamhetens arbetssätt, organisation, vård, omvårdnad eller arbetsmiljö. Riskanalyser genomförs inför planerade förändringar samt vid identifierade behov, exempelvis vid omorganisation, förändrade vårdbehov, nya arbetssätt eller vid ökad belastning i verksamheten.

Under 2025 har verksamheten genomfört riskanalyser vid behov, bland annat inför övergången ny HSL-organisation samt vid övergång från Take Care till Pascal läkemedelslista. Riskområden identifieras löpande genom avvikelser, händelseanalyser, synpunkter från patienter och närstående samt ärenden från Patientnämnden och IVO. Dessa analyseras och används i förbättringsarbetet, med återkoppling till personal och förebyggande åtgärder vid behov.

På individnivå görs riskbedömningar vid nyinflyttning och vid förändrat hälsotillstånd, avseende bland annat fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Åtgärder planeras, genomförs och följs upp i team. Erfarenheter från året visar vikten av tidig riskidentifiering, tydlig ansvarsfördelning och tvärprofessionell samverkan. Övergången till Pascal genomfördes utan rapporterade avvikelser. Ett systematiskt och lärande riskarbete fortsätter att stärka patientsäkerheten inför 2026.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



4.4.1. Avvikelser

Under 2025 har fokus varit på en strukturerad avvikelseprocess med analys, återkoppling och ökad förståelse hos medarbetarna för avvikelsehanteringens betydelse. Enhetscheferna ansvarar för att arbetssättet stödjer ett systematiskt och lärande patientsäkerhetsarbete.

Före omorganisationen och fram till den 1 september 2025 hölls kvalitetsråd av enhetschef för enheten. Efter omorganisationen hålls de månatligen av nya enhetschefer för sjuksköterskor och rehab. I råden hanteras och analyseras avvikelser, risker och klagomål ur ett verksamhetsperspektiv, med fokus på system och förebyggande åtgärder. Trender och mönster följs upp och förbättringsåtgärder planeras.

Efter omorganisationen har arbetet anpassats till den nya strukturen för att skapa en mer sammanhållen avvikelsehantering. En viktig lärdom är att struktur, regelbundenhet och gemensam analys är avgörande för att avvikelsehanteringen ska leda till verklig förbättring, vilket tas vidare i utvecklingsarbetet 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	Kommentar
Läkemedel	8	8		7 avvikelser rör utebliven dos.
Specifik omvårdnad	0	0		
Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	0	0		

Vårdkedjan	0	0		
Vårdrelaterad infektion	0	0		
totalt	8	8		

Analys

Redovisning inom området rör uteslutande läkemedelsavvikelser. Inrapporterade avvikelser har minskat från tidigare låga nivåer, 21 stycken 2024. Det kan tyda på en underrapportering. Läkemedelsavvikelserna rör överlag utebliven dos. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet för hög säkerhetskultur med rapportering, utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser 2026.

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodule n	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
125	18, varav 0 frakturer	88	3

Analys

Här redovisas resultat för både Sol- och Rosengården. Resultatet 125 fall för 2025 är en liten minskning jämfört med 131 fall år 2024.

Föregående års ökning med har stannat upp och en trolig orsak till ökningen under 2024 bedöms till stor del bero på tidigare utebliven registrering i avvikelsemodul. Rapporterade fall med inträffade skada är utan fraktur och handlar om blåmärken, och mindre sårskador.

En förbättrad av följsamhet till arbetssätt inom delar av avvikelshanteringen kan ses, dock har Sol- och Rosengården fortsatt utvecklingspotential och förväntas gynnas av en hälso- och sjukvårdsenhet med ökad hälso- och sjukvårdskompetens på chefsnivå. Avvikelsehanteringen är fortsatt utvecklingsområde under 2026 vilket kommer att ske med stöd av MAS och MAR.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

Ett klagomål har inkommit under 2025 rörande bristande återkoppling från sjuksköterska till närstående. Återkoppling har genomförts och vårdplanering har initierats i syfte att säkerställa ett strukturerat informationsutbyte och en god samverkan mellan berörda parter. Fortsatt uppföljning tillsammans med närstående planeras under 2026.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

4.5.1 Svenska palliativregistret

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

I tabellen redovisas resultatet från registreringar i svenska palliativa registret

Kvalitetsindikator	Mål-värde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	87,5%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	87,5%	80%	43%
Dokumenterat brytpunkts-samtal	98%	82,3	81,3%	90%	43 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	75%	90%	43 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	75%	90%	57 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	100%	71,3	81,3%	70%	29 %
Symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	25%	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	87,5%	80%	29 %
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	87,5%	60%	71 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	68,8%	60%	71 %
Efterlevandesamtal	90%	79,2	87,5	*	*

* indikatorn beräknades inte

Analys

Trots i jämförelse goda resultat inom flera indikatorer nås inte målnivån. Bedömningen är att det finns variation i arbetssätt, uppföljning och dokumentation som påverkar resultatet. Det finns ett behov av ökad systematik för att säkerställa att goda vårdinsatser också följs upp och dokumenteras konsekvent.

Resultat pekar på särskilt utvecklingsbehov kopplade till dokumentation av smärtskattning, ordinationer för symtomlindring vid behov samt mänsklig närvaro i livets slutskede. Kompetensen avseende att bedöma i vilket skede patienten befinner sig är av betydande värde för resultatet.

För att stärka kvaliteten i den palliativa vården kommer enheten att fortsätta arbeta med palliativa ombud som ett centralt stöd för kontinuerlig kompetenshöjning och gemensam reflektion. Arbetet med Döbra samtal, implementering av skörhetsskattning för att tidigare identifiera palliativa vårdbehov möjliggöra tidigare och mer strukturerade palliativa insatser fortsätter 2026.

Ett nära och kontinuerligt samarbete med omvårdnadspersonalen är viktigt. Genom teamarbetet skapas förutsättningar för att successivt höja kvaliteten och närma sig målen för samtliga indikatorer.

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 2025. Resultatet för 2024 visas i parentes.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
63 (59)	95% (96)	96% (98)	75% (70)

Analys

Tabellen visar enhetens registreringar i Senior Alert 2025 (2024). ca 84 procent av boende på enheten under 2025 har registrerats. Analysen av enhetens registreringar i Senior Alert visar att en stor andel av de boende under året har omfattats av registreringar, vilket ger en god grund för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Dokumentationen av utförda åtgärder är däremot lägre i relation till både identifierade risker och upprättade åtgärdsplaner. Detta indikerar ett behov av förbättrad dokumenterad uppföljning. Bedömningen är att åtgärder i praktiken genomförs men inte alltid registreras i Senior Alert. En identifierad orsak till detta är upplevelsen av dubbeldokumentation, då riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar även dokumenteras i patientjournalen. I en pressad arbetssituation kan detta bidra till att registreringen i kvalitetsregistret nedprioriteras.

Sammantaget pekar analysen på förhållande vis gott arbetssätt med Senior Alert men finns ännu fortsatt behovet av ökad förståelse för registret som ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet snarare än som ett parallellt dokumentationskrav.