

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Axcgårdens 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	9
4.3 Säker vård här och nu.....	12
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	13
4.1.1 Avvikelse	13
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	15

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 att andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgick till 100%.</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.</p> <p>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. För boende med på beteendemässiga och psykiska symtom till följd av demenssjukdom ska skattning i BPSD genomföras</p> <p>3. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>4. 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>- Uppföljning av registrerade skattningar i BPSD-registret.</p>	<p>1. Andel boende med aktuell riskbedömning för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 94% -undernäring till 96% -trycksår till 96% -ohälsa i munnen till 94%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL-förmåga uppgår till 78%. -funktions- och förflyttningsförmåga till 98% <p>2. BPSD- skattning har genomförts för 13 boende, vilket motsvarar ca 74% av boende med demensdiagnos.</p> <p>3. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 77% -undernäring till 56% -trycksår till 92% <p>4. Implementering av ViSam pågår Egenkontroll av användningen har inte genomförts 2025. Planeras för 2026</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnåts. Bedömningen grundar sig på att riskbedömningar och bedömningar har genomförts i mycket hög grad och når accepterat målvärde på 90% för 5 av 6 riskområden.</p> <p>2. Målet inte uppfyllt Bedömningen grundar sig på att genomförda BPSD- skattningar genomförts i hög grad men inte uppnår en accepterad målnivå på 90%</p> <p>3. Målet delvis uppnått. Beslutet grundar sig på att det förväntade resultatet och accepterad målnivå på 90% för andelen upprättade hälsoplaner vid risk för fall och undernäring når inte uppnås.</p> <p>4. Målet delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att implementering är pågående 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 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 genomförts.</p>	<p>1. Målet bedöms delvis uppfyllt. 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 är uppfyllt. Loggkontroller av åtkomst till patientjournaler har utförts. 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 (38%).</p>	<p>Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förbättrade resultat kan ses inom flera av palliativregistrets kvalitetsindikatorer samt enhetens egna indikatorer för uppföljning 2025. Området 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</p> <p>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 slutbedömts</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. Sammanställningen har skett månatligen men enstaka kvalitetsråd har skett utan deltagande från samtliga berörda yrkeskategorier</p> <p>Tidsramen för sluthantering 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>Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p>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>Området är prioriterat att utveckla under våren 2026.</p> <p>Enhetens arbetet med att vidareutveckla avvikelshanteringens fortsätter 2026 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-Att det finns en ny rutin.</p>	<p>En övergripande rutin för delegering AT och FT har tagits fram av en arbetsgrupp under 2025. Information om ny rutin har spridits via mejl, presenterats på ledningsgrupp och genomgång av rutin på enhetens möte med MAR. Ingen ökning av antal delegering 2025 jämfört med 2024.</p> <p>Det kvarstår därför ett behov av fortsatt implementering av rutinen för arbets- och fysioterapeuter inom stadsdelen under 2026.</p>	<p>Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att arbetsprocessen för delegering inom området för rehabilitering har 2025 tydliggjorts i ny rutin. Rutinen för arbetssätt vid delegering inom området för rehabilitering har dock inte använts som förväntat.</p>

Samlad analys

Resultaten visar att verksamhetens mål för 2025 helt eller delvis uppnåtts och att planerade aktiviteter genomförts i hög grad. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts, vilket ger goda förutsättningar att arbeta med individuella förebyggande

och kompensering åtgärder. Vid årsskiftet nådde vi 76 % BPSD- utredningar vilket motsvarar 13 av 17 boende med demensdiagnos vilket innebär att vi inte uppfyller målet. Resultatet är en viss minskning från 2023.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är stabilt god med det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, och klädregler för att fortsatt upprätthålla en god vårdhygienisk standard.

Arbetsätt för avvikelshantering har utvecklats. Verksamheten kommer dock fortsätta vidareutveckla och säkra processen med att rapportera samt utreda och analysera bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser med stöd av MAS och MAR under våren 2026.

Täta egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån olika vårdprocesser har genomförts under året. Resultatet visar att dokumentationen fortsätter att förbättras men att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla i samtliga granskade processer. Att öka andelen och kvalitet på dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett exempel på förbättringsområde. Utifrån identifierade brister har handlingsplaner upprättats och följts upp. Legitimerad personal har stöd av verksamhetsutvecklare samt lokala dokumentationsombud.

Resultaten från Svenska Palliativa registret visar att enheten trots ett målmedvetet arbete och överlag höga resultat inte når satta målvärden för samtliga kvalitetsindikatorer. Vi har ett fortsatt förbättringsarbete kvar. Vi fortsätter utveckla arbetsätt och rutiner genom teambaserade arbetsätt i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

Genomförda loggkontroller av åtkomst till journal och NPÖ visar inget obehörigt intrång i systemen. Att fortsätta med kontinuerliga loggkontroller i enlighet med gällande rutiner är ett fortsatt arbete att följa under 2026

Resultatet visar att en ny rutin för delegering finns, men att den ännu inte har använts i den omfattning som förväntats. Det kvarstår därför ett behov av fortsatt implementering av rutinen för arbets- och fysioterapeuter inom stadsdelen 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
0	0

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada utretts i verksamheten.

Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

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

Analys

Under 2025 har inga händelser som medfört vårdskada inträffat inom enheten. 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. Enheten behöver 2026 fortsätta utveckla sitt arbete med avvikelshantering för att säkerställa att resultaten inte beror på en underrapportering som bidrar till att händelser eller risker för händelser inte uppmärksammas eller rapporteras.

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 års-hjul 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	94%	100%	83%	98%	91%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	96%	98%	94%	90%	96%
Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	6%	7%	6%	12%	7%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	96%	97%	94%	88%	94%
Bedömning av munstatus enligt Roag	94%	94%	94%	81%	94%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	92%	90%	94%	100%	94%

Tabellen visar andelen boende med aktuella bedömningar inom området för rehabilitering

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	78%	71%	89%	94%	77%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	98%	97%	100%	100%	91%

Resultatet visar på ett överlag stabilt och högt resultat för genomförda bedömningar. Dock ses i år ett lägre resultat, under accepterad målnivå 90% för genomförda ADL- bedömningar.

Vilket enheten kommer ha fokus på att förbättra.

Tvärprofessionella teammöten 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 2,5%. Resultatet har ökat i jämförelse med 2024. Vilket var <1%. Resultatet ligger i jämförelse med annan nationell statistik på en låg nivå.

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.

Tabellen visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

PPM	2025	2025	2024	2024
Axgård	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	100%	100%	95,8%	100%
Andel korrekt i klädregler	100%	100%	100%	100%

Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för eventuella handlingsplaner vid identifierade brister. Mätningarna visar ett stabilt högt resultat.

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 och ligger i jämförelse på samma nivå som föregående år.

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, mindre än 1%.

Läkemedelshantering och delegering

Läkemedelshantering och delegering följs upp genom årliga egenkontroller samt extern granskning av Apoteket AB enligt fastställt års-hjul. Identifierade utvecklingsområden har lett till upprättade handlingsplaner som följts upp, bland annat avseende en mer systematisk uppföljning av givna delegeringar, spårbar nyckelhantering, frekvens narkotikakontroller enligt rutiner under sommarmånader, samt tillgängligheten 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 och avvikelshantering

Dokumentationsgranskningar genomförs genom egenkontroller enligt rutiner och årshjul för HSL. Kvaliteten på hälso- och sjukvårdsdokumentationen har fortsatt förbättrats.

Verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fungerar som stöd i arbetet. Identifierade brister som återfinns finns inom olika delar av vårdprocesser har resulterat i handlingsplaner för förbättring av dokumentationskvaliteten.

Dokumentationssystemet upplevs som tidskrävande, vilket fortsatt är en utmaning, men utbildning, handledning har genomförts för legitimerad personal för att stärka följsamhet och kvalitet. dokumentationsstöd i form av mallar och checklistor finns framtagna för att underlätta en korrekt dokumentation. Utsedda 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 det 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. Enhetens resultat redovisas under avsnitt ”stärka analys, lärande och utveckling.

Rutiner för reflektion tillsammans med läkare efter dödsfall samt systematik kring efterlevandesamtal och användning av närståendeenkäter efter dödsfall finns. Implementering av skörhetsskattning pågår för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov. 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.

ViSam- beslutstöd för val av rätt vårdnivå

Under 2025 har arbetet med att befästa ViSam som ett evidensbaserat instrument för val av rätt vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd fortsatt. Beslutstödet är inte fullt implementerat och kvarstår som 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 TakeCare 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



4.1. Avvikelse

Under 2025 har fokus varit på en strukturerad avvikelseprocess med analys, återkoppling och ökad förståelse hos medarbetarna för avvikelshanteringens 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 avvikelshantering. En viktig lärdom är att struktur, regelbundenhet och gemensam analys är avgörande för att avvikelshanteringen 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	3	3	3	rör utebliven dos
Specifik omvårdnad	0	0	0	
Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	0	0	0	
Vårdkedjan	0	0	0	

Vårdrelaterad infektion	0	0	0	
totalt	3	3	0	

Analys

Det finns 3 registrerade avvikelser inom området läkemedelshantering för 2025, vilket är en minskning från tidigare låga nivåer. (14 st. 2024). Det finns inga rapporterade händelser inom området specifik rehabilitering för 2025. Det bedöms vara en underrapportering totalt sett och avvikelshanteringen är fortsatt ett område att utveckla 2026.

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
58	21 skador varav 0 frakturer	53	0

Analys

Antalet fall har minskat från 84 fall 2024 till 58 år 2025 och är nu åter i linje med resultat från 2023. Antalet fall per boendeplatser bedöms som lågt. Det finns 21 fallhändelser som har medfört skador, antalet är högt jämfört med antalet fall. Positivt är att enheten har ett lågt antal fall och att inga frakturer är registrerade.

Tidigare analys av fallincidenter 2024 visade att fall på Axcgården ofta sker vid inflyttning. De fallförebyggande åtgärder som vidtas baseras på resultatet av den individuella riskbedömningen. Åtgärder kan till exempel bestå av läkemedelsgenomgång, miljöanpassning, olika bemötandestrategier vid oro eller hjälpmedelsförskrivning.

Verksamheten behöver fortsätta att kontinuerligt arbeta med teambaserad orsaksanalys vid inträffade fall som kan bidra med individanpassade förebyggande åtgärder.

En samlad analys av avvikelshanteringen visar att tre avvikelser har registrerats inom läkemedelshantering under 2025. Det bedöms dock indikera en underrapportering, varför avvikelshantering fortsatt är ett utvecklingsområde som kommer ske våren 2026 med stöd av MAS och MAR.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Synpunkter/klagomål bidrar till att verksamheten kan förbättras. Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. 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.

Under 2025 har ett klagomål inkommit avseende upplevt bristande bemötande från sjuksköterska gentemot närstående. Enhetschef har haft samtal med berörd personal, och sjuksköterskan har initierat möte med närstående i syfte att möjliggöra ett strukturerat samtal, besvara frågor och säkerställa ett gott bemötande framåt.

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 palliativregistret.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	86,7%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	86,7%	90%	93,3%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	82,3	73,3%	70%	93,3 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	86,7%	90%	93,3 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	93,3%	100%	93,3 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	86,7%	80%	93,3 %
Symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	80%	*	
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	80%	80%	86,7 %
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	93,3%	100%	93,3 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	46,7%	70%	93,3%
Efterlevandesamtal	90%	79,2	93,3%	*	*

Analys

Trots överlag höga resultat nås inte satta målvärden för samtliga kvalitetsindikatorer. Och något försämrade resultat ses i jämförelse. Trots ett målmedvetet arbete behöver arbetet fortsätta utvecklas 2026. Arbetet med Döbra samtal, implementering av skörhetsskattning för att tidigare identifiera palliativa vårdbehov möjliggöra tidigare och mer strukturerade palliativa insatser fortsätter 2026.

Vi fortsätter stärka följsamheten till framtagna arbetssätt och rutiner i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

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. Resultat för 2024 i parentes.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
41 (29)	83% (63%)	91% (89%)	33% (47%)

Analys

Resultatet visar att enhetens arbete med Senior Alert utvecklats något under 2025. Siffrorna i parentes visar 2024 års resultat. Ca 56 procent av enhetens boende har registrerats 2025.

Registrering av bakomliggande orsaker vid identifierad risk och registrerad åtgärdsplan till procent, visar en ökning mot 2024. Det tyder en god följsamhet i riskidentifiering och planering av förebyggande insatser. Däremot är andelen registrerade utförda åtgärder låg även i jämförelse med 2024. Bedömningen är att åtgärder genomförs men inte alltid registrerats i kvalitetsregistret.

En identifierad orsak till den låga registreringsgraden av utförda åtgärder är troligen upplevelsen av dubbeldokumentation, då riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar även dokumenteras i patientjournalen. I en pressad arbetssituation riskerar därför registrering i Senior Alert att nedprioriteras. Detta tydliggör behovet av ökad förståelse för Senior Alert som ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och som ett verktyg för uppföljning och analys, snarare än som ett parallellt dokumentationskrav.