

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Fruängsgårdens enheter,
Karolinagårdens, Elingårdens och Fredrikagårdens 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
4.3 Säker vård här och nu.....	12
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	12
4.4.1 <i>Avvikelse</i>	13
4.5 <i>Kvalitetsregisterarbete</i>	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 en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 94,6% respektive 98%.</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 som genomfört årlig 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.</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 skattnings 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>- Uppföljning av registreringar i BPSD</p> <p>- Egenkontroll av ViSam användning</p>	<p>1. Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 98% -undernäring till 93% -trycksår till 94% - ohälsa i munnen till 86%</p> <p>Andel boende med aktuell bedömning av: -ADL förmåga uppgår till 96%. -funktion- och förflyttningsförmåga till 94%.</p> <p>2. Uppföljning visar att enhetens registrering i BPSD- registret har tappat fart. Ett fåtal registreringar har gjorts under året.</p> <p>3. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån identifierad risk för: -fall uppgår till 55% -undernäring till 72% -trycksår till 89%</p> <p>4. Egenkontroll av ViSam användning har inte genomförts under 2025.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i mycket hög grad och når för flertalet områden över accepterad målnivå 90%</p> <p>2. Målet är inte uppfyllt och är prioriterat för utveckling 2026.</p> <p>3. Målet inte uppfyllt. Andelen dokumenterade hälsoplaner vid bedömd risk når inte accepterad målnivå 90% inom något av uppföljda riskområden. Dock nära inom riskområdet trycksår.</p> <p>4. Målet delvis uppnått. Bedömningen grundar sig 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 genomförts. Inget avvikande har identifierats</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnås. 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 uppfyllt. Genomförda loggkontroller har inte visat någon obehörig åtkomst.</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. Indikatorer har följts upp 10 månader. Ej uppföljda nov, dec till följd av glapp i ombudsansvar. Ombud nu tillsatt. Reflektionssamtal efter dödfall har i hög grad genomförts enligt rutin. Inga närståendeenkäter har skickats ut 2025.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet 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. Området är fortsatt prioriterat 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> <p>- Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder</p> <p>-Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad.</p> <p>- Ökad spridning av avvikelser.</p>	<p>Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelshantering och enhetens system för avvikelshantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömt</p>	<p>Avvikelse har följts upp kontinuerligt.</p> <p>Resultatet visar att tidsramen för sluthantering har successivt kortats ner.</p> <p>Generellt ses en förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder, men utvecklingsarbetet behöver fortsätta.</p> <p>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 uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att avvikelser följts upp månatligen och att förväntat resultat avseende förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder uppnås och att tidsramen successivt kortats ner till en månad under 2025.</p> <p>Området är fortsatt prioriterat. Enheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshantering 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</p> <p>-Att det finns en ny rutin.</p>	<p>En övergripande rutin för delegering AT och FT har tagits fram av en arbetsgrupp under 2025.</p> <p>Information om ny rutin har spridits via mejl, presenterats på ledningsgrupp och genomgång av rutin på enhetens möte med MAR.</p> <p>Ingen ökning av antal delegeringar 2025 jämfört med 2024.</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.</p> <p>Rutinen för arbetssätt vid delegering inom området för rehabilitering har dock inte använts som förväntat.</p>

Analys

Arbetet med riskbedömningar bedöms därmed fungera väl. Uppföljning visar dock att registrering i BPSD-registret har minskat under året, varför målet inte bedöms uppfyllt. Arbete kommer fortsätta under 2026 i samarbete med SOL för att öka registreringen av BPSD. Följs upp i samband med tertiär rapportering.

Trots hög andel genomförda riskbedömningar når andelen dokumenterade hälsoplaner vid identifierad risk inte accepterad målnivå. Målet för hälsoplaner bedöms därför inte vara uppnått. Egenkontroll av användning av ViSam beslutsstöd har inte genomförts under året. Det kommer ske ett nytt omtag i stadsdelen för att implementera ViSam som en naturlig del i arbetet.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation samt loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ har genomförts enligt plan. Målet bedöms delvis vara uppnått, med fortsatt behov av utveckling av dokumentationens kvalitet och struktur.

Uppföljning av palliativ vård visar samlat på måluppfyllelse och att arbetet utvecklats under 2025. Fortsatt arbete kommer ske i syfte att tidigare kunna identifiera palliativa vårdbehov

och därmed planera för insatser. Arbetet sker med stöd av palliativa ombud och verksamhetsutvecklare inom avdelningen för äldreomsorg. Följs upp vid tertial rapportering.

Avvikelsehantering har använts för att identifiera risker och förebygga vårdskador. Uppföljning har skett i kvalitetsråd med successivt ökad frekvens varför målet bedöms vara uppfyllt. Ny struktur för kvalitetsmöte implementeras januari 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
6	0

Av inrapporterade händelser som resulterat i en vårdskada på grund av brist i hälso- och sjukvård är tre relaterade till fallolyckor varav en patient ådrog sig en fraktur. Ett förbättringsområde framåt är att i dokumentationen tydliggöra vilken brist i hälso- och sjukvård som avses.

Två avvikelser är relaterade till läkemedelshantering där en patient drabbades av trötthet relaterat till för hög dos smärtstillande under 2 dagar och den andra till utebliven dos av smärtstillande läkemedel vilket bidrog till sämre nattsömn för patienten

En bedömd vårdskada berör uppkomsten av ett trycksår.

Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

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

Analys

Den viktigaste lärdomen av inträffade händelser och utredda vårdskador är behovet av ökad följsamhet till ordinationer och omvårdnadsrutiner samt tidig uppmärksamhet på förändringar i patientens tillstånd. Händelserna understryker också vikten av kontinuerlig uppföljning, tydligt ansvar och handledning av omvårdnadspersonal. Uppföljning och återkoppling av vidtagna åtgärder har skett löpande under året via arbetsplatsträffar samt kvalitetsforum.

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 utifrån 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 kompensande åtgärder. Riskbedömningar genomförs teambaserat.

Tabellen visar andel boende med aktuella bedömningar.

Indikator	2025	Utfall kvinnor	Utfall män	2024	2023
Fallriskbedömning enligt DFI	98%	100%	95%	89%	83%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	93%	96%	88%	87%	100%

Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	19%	22%	19%	16%	11%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	94%	96%	90%	100%	100%
Bedömning av munstatus enligt Roag	86%	90%	81%	86%	97%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	84%	88%	86%	91%	100%

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

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	96%	99%	93%	100%	100%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	94%	93%	95%	94%	85%

Analys

Resultatet visar att riskbedömningar genomförs i hög utsträckning och flera områden visar förbättring jämfört med 2024. Vilket ger goda förutsättningar för att identifiera risker och planera för kompenserande åtgärder utifrån individuella behov. Bedömningar av munhälsa och inkontinens/blåsdysfunktion når trots höga resultat inte accepterad målnivå för indikatorn på 90%. Det behöver särskild följas upp då nivåerna sjunkit jämfört med tidigare år.

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 med baspersonal och kontaktperson för att anpassa måltiden samt rehab för att identifiera och erbjuda hjälpmedel och strategier där det behövs.

Trycksår

Andel patienten med trycksår som uppkommit på enheten är fortsatt på en låg nivå och utgör i likhet med 2024 2%.

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 har genomförts enligt års-hjul.

Tabellen visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

PPM	2025	2025	2024	2024
Fruängsgården	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	96,5%	97,5%	92,8%	99,5%
Andel korrekt i klädregler	93,4%	98,7%	96,4%	99,1%

Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för eventuella handlingsplaner vid identifierade brister. Mätningarna visar på stabilt höga resultat av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. För de identifierade bristerna har enheten arbetat med riktade åtgärder med stöd av hygienombud samt genom information och reflektion på APT.

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. Av utbrottsbenägna har enheten haft enstaka fall av influensa och covid, vilket sammanfallit i perioder med ökad samhällssmitta. Enheten hade ett utbrott av vinterkräksjuka i januari 2025.

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 ca 4% 2025.

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, kontroller av narkotika 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

Dokumentationsgranskningar genomförs genom egenkontroller enligt rutiner och års-hjul för HSL. Resultatet visar att dokumentationen fortsätter att utvecklas med när inte fullt ut ställda krav i samtliga delar av granskade vårdprocesser. Verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fungerar som stöd i arbetet. Identifierade brister har resulterat i handlingsplaner för förbättring av dokumentationskvaliteten. Dokumentationssystemet upplevs som tidskrävande, vilket fortsatt är en utmaning, men utbildning, handledning och dokumentationsstöd har genomförts för sjuksköterskor 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. Antalet avvikelser har ökat marginellt men en något ökad spridning av kategorier av avvikelser kan ses i jämförelse med föregående år. Att förankra en hög säkerhetskultur och ett bra arbetssätt för att rapportera in, utreda och utvärdera åtgärder är ett fortsatt fokusområde under 2026. 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. DöBra används som grund i det palliativa arbetet. Nära samarbete och handledning med omvårdnadspersonalen är en central del i att säkerställa god vård i livets slut. Enhetens resultat redovisas under avsnitt ”stärka analys, lärande och utveckling

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 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



4.4.1. Avvikelser

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 dock med något låg frekvens. 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	87	85	84	Utebliven dos=70, dubbel dos= 2, övrigt/annat=10, Fel läkemedel i läkemedelsskåp=3, Förväxling av tid=1, Förväxling av patient=1
Specifik omvårdnad	0	0	0	
Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	2	0	2	1= Patienten avböjer rekommenderade förebyggande åtgärder. 1= brister i trycksårsprowylax
Vårdkedjan	3	2	2	Utebliven information från slutenvården=1, felaktig remiss=1, utebliven information till sjuksköterska=1
Vårdrelaterad infektion	0	0	0	
Totalt	92	87	88	

Analys

Sammanställningen av avvikelser för 2025 visar att läkemedelsrelaterade avvikelser och utebliven dos fortsatt är ett fortsatt fokusområdet och står för merparten av samtliga rapporterade avvikelser. Verksamheten kommer arbeta vidare med att tydliggöra processen för delegering och ansvarsfördelning i uppgiften för läkemedelsadministration. Totalt sett har antalet avvikelser ökat något i jämförelse med 2024 då 73 avvikelser inrapporterades och 2023 då 70 avvikelser inrapporterades. En något ökad spridning av kategorier av rapporterade avvikelser kan ses i jämförelse 2023–2025.

I sammanställningen över avvikelser noteras att områden som specifik rehabilitering och brister i vårdkedjan, har inga eller ett lågt antal avvikelser. Verksamheten behöver kommande år synliggöra för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som skulle kunna vara avvikelser inom dessa områden. Detta kan indikera välfungerande arbetssätt, men det finns en risk för underrapportering. Verksamheten behöver därför fortsatt arbeta med att tydliggöra för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som ska rapporteras som avvikelse inom dessa områden, för att säkerställa en hög säkerhetskultur.

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
291	38 rapporterade skador varav 4 frakturer	263	3

Här redovisas resultat för samtliga enheter på Fruängsgården, dvs Karolina-, Elin-, och Fredrickagården. För 2025 rapporteras 291, vilket är en ökning jämfört med 2024 och 2023 då 260 fall rapporterade. Orsaken kan vara en förbättring i hanteringen vid registrering av avvikelser. Av dessa har 38 fall bedömts ha lett till skada, varav fyra resulterade i fraktur. Endast tre fall har bedömts bero på brist i hälso- och sjukvården. Ökningen av rapporterade fall bedöms sannolikt bero på förbättrad följsamhet till registrering i avvikelssystemet snarare än en faktisk ökning av antalet fall.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Synpunkter/klagomål bidrar till att vi kan förbättra verksamheten. 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 och MAR. 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 till enheten gällande bristande återkoppling från sjuksköterskorna till närstående. Vårdplaneringsmöte tillkallades och närstående var därefter nöjda med den information som gavs.

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 2025.

Kvalitetsindikator	Mål-värde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	89,5%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	94,7%	71,4%	80%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	82,3	84,2%	57,1%	80 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	89,5%	76,2%	90 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	84,2%	76,2%	90 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	63,2%	69,9%	55 %
Dokumenterad symtomskattning sista levnadsveckan	100%	56,6	84,2%	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	57,9%	57,1%	45%
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	97,7%	90,5%	100 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	84,2%	76,2%	70 %
Efterlevandesamtal	90%	79,2	94,7%	*	*

*indikatorn beräknades inte

Analys

Inom samtliga kvalitetsindikatorer se förbättrade resultat i jämförelse med 2024 men fortsatt finns behov av att utveckla arbetet än mer under 2026. Områden som sticker ut är dokumenterad smärtskattning och utförd munhälsobedömning sista levnadsveckan. Det förebyggande omvårdnadsarbetet kring hudvård, lägesändringar och trycksårsprevention tyder på välfungerande arbetssätt väl även i livets slutskede och utgör en tydlig styrka.

För att stärka kvaliteten i den palliativa vården kommer enheten att fortsätta arbeta med palliativa ombud som ett centralt stöd för kontinuerlig kompetenshöjning och reflektion. Arbetet med DöBra fortsätter för att stärka personalens trygghet i samtal om döende och existentiella frågor.

Vidare planeras implementering av skörhetsskattning för att tidigare identifiera palliativa behov och möjliggöra tidigare palliativa insatser. Ett nära och kontinuerligt samarbete med omvårdnadspersonalen är avgörande för handledning och kompetensutveckling, särskilt inom områden som observation av förändringar i allmäntillstånd, hudvård, munvård, lägesändring och ett värdigt och personcentrerat bemötande i livets slutskede.

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 i parentes.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
48% (72)	96% (92%)	89% (90%)	58% (54%)

Under 2025 har cirka 30 % av boende vid Fruängsgårdens enheter registrerats i Senior Alert vilket är ett område för förbättring. I jämförelse med 2024 har registreringen minskat från ca 44%. Genomförda registreringar visar på ett fortsatt behov av förbättrad dokumenterad uppföljning av åtgärder.

En identifierad orsak till den bristande användningen av vissa delar i Senior Alert är upplevelsen av dubbeldokumentation – riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar dokumenteras även av sjuksköterskan i patientjournalen, vilket kan göra att registreringen i kvalitetsregistret nedprioriteras i en pressad arbetssituation. Detta pekar på behovet av ökad förståelse för Senior Alert som ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet snarare än som ett parallellt dokumentationskrav.