

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Älvsjögårdens VoB

Innehållsförteckning

4. Agera för säker vård	3
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	6
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	7
Resultat från prioriterade områden och indikatorer för uppföljning	8
4.3 Säker vård här och nu.....	11
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	12
4.4.1 <i>Avvikelser</i>	12
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	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 98%</p> <p>2. Genomförda egenkontroller v.11–12 samt v.40–41 visade en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 95,4% respektive 92,2%.</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 grundas på att enheten har genomfört planerade aktiviteter och egenkontroller under året i syfte att förebygga smitta och smittspridning.</p> <p>En majoritet av medarbetarna har 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. 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 97% -undernäring till 92% -trycksår till 100% - ohälsa i munnen till 94%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 97%. -funktion- och förflyttningsförmåga till 97%. <p>2. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 82% -undernäring till 77% -trycksår till 100% <p>3. Implementeringen av ViSam har fortsatt med stöd av utbildade instruktörer. Egenkontroll av användningen planeras istället vid flera tillfällen under 2026.</p>	<p>1. Bedömningen är att målet uppnåts. Bedömningen grundar sig på att aktiviteter har genomförts med accepterad målnivå på 90%.</p> <p>Riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i mycket hög grad och når målnivån 90%</p> <p>2. Målet delvis uppnått. Andelen upprättade hälsoplaner vid bedömd risk för fall och undernäring når inte helt accepterad målnivå på 90%.</p> <p>3. Målet är delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att implementering pågår men att egenkontroll inte har genomförts 2025.</p>
<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 med lägre frekvens än månatligen enligt rutin fram till september 2025. Inget avvikande har noterats</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis är 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 delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att frekvensen av loggkontroller varit lägre än förväntat. Rutinen nu reviderad med anledning av genomförd omorganisation.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutin	- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad. - Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.	1. se resultat under avsnitt 4.5.1. 2. Uppföljning av palliativa indikatorer har genomförts. Reflektionssamtal och efterlevandesamtal har genomförts och erbjudits enligt rutin. Antalet utskickade närståendeenkäter behöver öka (15%).	Målet bedöms uppfyllt. Men med fortsatt behov av utveckling. Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förbättrade resultat kan ses inom flertalet av palliativregistrets och enhetens egna indikatorer för uppföljning 2025. Vidareutveckling av den palliativa vården i livets slutskede är en fortsatt prioriterat område.
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.	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelshantering och enhetens system för avvikelshantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömt	1. Avvikelse har följts upp kontinuerligt enligt rutin. För 2025 ses generellt förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder. Avvikelse slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad. Inrapporterade avvikelser visar en spridning som tyder på att risker och avvikande händelser uppmärksammas och hanteras.	Målet bedöms uppnått. Bedömningen grundar sig på aktiviteterna genomförts och att förväntat resultat har uppnåtts.
Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.	Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025 -Att det finns en ny rutin.	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 genomgång på enhetens möte med MAR. 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.	Målet delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att arbetsprocessen för delegering inom området för rehabilitering har tydliggjorts i ny rutin. Framtaget arbetssätt vid delegering inom området för rehabilitering inte har dock inte använts som förväntat.

Samlad analys av måluppfyllelse

Under 2025 har enheten fortsatt arbetet med att förebygga smitta och vårdrelaterade infektioner, och resultaten visar att en hög andel medarbetare genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och uppvisar en hög följsamhet vid egenkontroll. Egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul och infektionsregistreringar har genomförts månatligen med full genomförandegrad. Dessa resultat visar på en stabil efterlevnad av hygienrutiner och vårdhygieniska krav, jämförbart med tidigare resultat.

Riskbedömningar har genomförts i hög grad och når målnivå. Andelen upprättade hälsoplaner i journalen är däremot lägre för vissa områden och behöver fortsatt utvecklas.

Implementeringen av ViSam har fortsatt. Ny genomgång med stöd av utbildade instruktörer sker våren 2026. Egenkontroll av användningen planeras vid flera tillfällen under 2026.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har kontinuerligt utvecklats med stöd lokala dokumentationsombud, framtagna mallar och checklistor för vad som ska tillföras journalen i olika vårdprocesser. Egenkontroller har genomförts enligt årshjul. Loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ som genomfört har inte visat någon obehörig åtkomst 2025.

Palliativ vård har följts upp genom kvalitetsindikatorer i svenska palliativregistret samt via reflektionssamtal, efterlevandesamtal samt vid palliativa ombudsträffar och visar överlag förbättrade resultat.

Avvikelser har använts aktivt för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador. Samtliga avvikelser har följts upp kontinuerligt i enhetens forum och slutbedömts inom angiven tidsram, vilket visar på ett väl fungerande system för avvikelshantering.

Sammantaget visar analysen att enheten har god följsamhet till fastställda rutiner, men att fortsatt fokus behövs på dokumentation av åtgärder, upprättande av hälsoplaner vid identifierad risk, användning av ViSam samt vissa indikatorer inom palliativ vård för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

Under året har arbets- och fysioterapeutiska arbetssätt vid delegering tydliggjorts. Resultatet visar att en ny rutin för delegering finns, kunskapsnivån för delegering inom rehabiliteringsområdet har ökat, 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
1	0

Under året har ingen händelse som utretts i verksamheten som medfört risk för eller allvarlig vårdskada.

En händelse med utebliven hudvårdsbehandling ledde till försämring i svampinfektion och bedömdes därmed som en vårdskada.

Enheten har rapporterat två fallhändelser med risk för vårdskada. Det är positivt att enheten rapporterar dessa händelser i syfte att möjliggöra åtgärder för att eliminera riskerna och därigenom förebygga ytterligare fall.

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	97%	96%	100%	94%	89%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	92%	92%	92%	94%	89%
Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	6%	9%	0%	10%	3%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	100%	100%	100%	94%	94%
Bedömning av munstatus enligt Roa	94%	92%	100%	72%	71%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	89%	92%	83%	94%	57%

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

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	97%	96%	100%	91%	91%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	97%	100%	92%	94%	97%

Analys

Resultatet visar att arbetet med riskbedömningar och bedömningar överlag är stabilt över tid och når accepterad målnivå inom flertalet områden.

Tvårprofessionella 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 tvårprofessionella 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 mätningar av nattfasta genomförs. 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 låg ca 1,7%. Resultatet har minskat i jämförelse med 2024. Vilket då var 4 %. 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
Älvsjögården	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	90%	95,4%	94,4%	95,8%
Andel korrekt i klädregler	95%	95,4%	100%	97,2%

Analys

Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för handlingsplaner vid identifierade brister. Brister som observerades under årets mätningar var följsamhet till att ha händer, fria från smycken och klockor, samt handdesinfektion innan handskanvändning och omvårdnad. Enheten har arbetat med riktade åtgärder, information och gemensam reflektion av resultat på APT och kvalitetsråd.

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 virusinfektioner har endast enstaka fall av säsongsinfluensa har förekommit under 2025.

Ingen smittspridning har skett.

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. Andelen patienter med bärarskap på enheten var 2025 ca 4%. Ingen smittspridning har skett.

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 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 årshjul för HSL. Verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fungerar som stöd i arbetet. Fortsatt positiv utveckling kan ses och för identifierade brister har handlingsplaner upprättats 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 kvalitetsråd 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. Att förankra en hög säkerhetskultur och ett bra arbetssätt för att rapportera in, utreda och utvärdera åtgärder är ett fortsatt fokusområde 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 riktlinjer och 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 finns. DöBra används som grund för samtal om den äldres egna önskemål i livets slutskede. Skörhetsskattning kommer att implementeras för att bidra till att tidigare identifiera palliativa vårdbehov. Ett nära samarbete och handledning av omsorgspersonal är en central del i att säkerställa god vård i livets slut. Enhetens resultat redovisas under avsnitt 4.5.

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. Fram till den 1 september 2025 har enhetschef på enheten varit ansvarig för att hålla månatliga kvalitetsråd. Kvalitetsråden har hållits kontinuerligt oftast en gång per månad, med representation från baspersonal, enhetschef, sjuksköterska samt fysioterapeut eller arbetsterapeut och varit en central del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet har varit att gemensamt identifiera, analysera och följa upp avvikelser, risker, synpunkter och klagomål samt att föreslå och utvärdera förbättringsåtgärder.

Kvalitetsråden har även varit ett forum för uppföljning av egenkontroller, kvalitetsmätningar, nationella kvalitetsregister, skyddsåtgärder. 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 övergick ansvaret till enhetscheferna för legitimerad personal och arbetet 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	19	18	18	Utebliven dos= 15, förväxling av patient=1, feladministrerat läkemedel=1, förväxling av tidpunkt=1

Specifik omvårdnad	9	8	8	Utebliven insats hudvård=2, utebliven insats sårbehandling=3, utebliven åtgärd hjälpmedel= 1, utebliven åtgärd kateterspolning=1, utebliven bedömning=1, brist i dokumentation=1
Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	5	3	3	Misstanke om utebliven åtgärd trycksårsprofylax =2 Brist i daglig hudbedömning=3
Vårdkedjan	1	1	1	Informations- överföring fördröjd=1
Vårdrelaterad infektion	0	0	0	
totalt	34	30	30	

Analys

Älvsjögårdens rapporterade avvikelser inom områdena läkemedel och specifik omvårdnad har minskat markant i jämförelse med 2023. Under 2023 handlade rapporterade avvikelser inom läkemedelsområdet (180 st.) och specifik omvårdnad (99 st.) överlag om avvikelser relaterat till brister i att signera givna doser och utförd specifik omvårdnad.

Under 2025 registrerades totalt 34 hälso- och sjukvårdsavvikelser, varav 30 har slutbedömts. Flest avvikelser är relaterade läkemedelshantering och främst utebliven dos. Därefter området specifik omvårdnad där avvikelser berört uteblivna insatser enligt ordination. Majoriteten har bedömts som brist i hälso- och sjukvård. Antalet ligger i nivå med 2024.

Analysen visar att området specifik rehabilitering och delar av vårdkedjan har få eller inga registrerade avvikelser. Detta tyder på ett behov av att i kommande år tydligare synliggöra för personalen vilka händelser som bör rapporteras inom dessa områden.

Enheten har under året arbetat med kontinuerlig uppföljning, återkoppling och dialog kring avvikelser på enhetens kvalitetsråd, samarbetat med tätare uppföljningar av delegerade uppgifter för att snabbare uppmärksamma avvikelser. Analyser har lett till handlingsplaner och förändrat arbetssätt. Då verksamheten har sett att de flesta läkemedelsavvikelser skett på eftermiddagarna har verksamheten upprättat en rutin för att det ska finnas ansvarig namngiven person som administrerar läkemedel vid 14-tiden.

Egenkontroll av riskbedömningar för trycksår tyder på att enheten har ett preventivt arbetssätt för att förebygga uppkomsten av trycksår. Det kan trots det vara svårt att helt förhindra. Lärdom av detta är att vi måste bli snabbare med att sätta in åtgärder. Uppkomsten av vissa trycksår går mycket fort.

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
53	9 skador, varav 3 frakturer	44	3

Antalet fall för 2025 är i stor sett oförändrat med 53 fall jämfört med 51 fall 2024. Enheten har ett fortsatt lågt antal fall. Det finns tre frakturer rapporterade 2025 vilket är jämförbart med fyra 2024. Enheten arbetar systematiskt för att förebygga fall. En utredning sker i samband med varje fall och hanteras därefter på kvalitetsråd.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Enheten har inte tagit emot något klagomål gällande hälso- och sjukvård under året.

Synpunkter/klagomål bidrar till att vi kan förbättra verksamheten. 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.

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	100%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	91,7%	86,7%	57,1%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	82,3	91,7%	86,7%	43,9 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtge-nombrott	98%	95,9	100%	86,7%	64,3 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	91,7%	86,7%	64,3 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	91,7%	86,7%	64,3 %
Symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	83,3%	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	91,7%	80%	42,9 %
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	66,7%	80%	71,4 %

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	91,7%	73,3%	42,9%
Efterlevandesamtal	90%	79,2	100%	*	*

Analys

Under 2025 har enheten sett en tydlig förbättring inom flertalet kvalitetsindikatorer för palliativ vård jämfört med 2024. Ett område med fortsatt utmaning är trycksår, där andelen boende utan trycksår minskat jämfört med tidigare år.

För att stärka kvaliteten i den palliativa vården kommer enheten fortsätta arbetet med palliativa ombud som ett stöd för kompetenshöjning och reflektion. Arbetet med DöBra fortgår för att öka personalens trygghet i samtal om döende och existentiella frågor. Vidare planeras fortsatt implementering av skörhetsskattning för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov och möjliggöra tidigare palliativa insatser. Ett nära och kontinuerligt samarbete med omvårdnadspersonalen är avgörande, särskilt inom 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 visas i parentes.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
29 (44)	82% (83%)	91% (90%)	75% (76%)

Analys

Under 2025 har Älvsjögården registrerat cirka 47 procent av boende i Senior Alert jämfört med ca 76% året innan. Det visar att arbetet till viss del tappat fart.

Utöver en ökad täckningsgrad är förbättringsområden främst att säkerställa att uppföljningen av vidtagna åtgärder dokumenteras. Enheten kommer ha fortsatt fokus på utbildning och återkoppling kring Senior Alert.

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 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.