

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Fruängsgårdens servicehus

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	7
4.3 Säker vård här och nu.....	10
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	11
4.4.1 <i>Avvikelser</i>	11
4.5 Kvalitetsregisterarbete	13

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	Måloppfyllelse
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%.</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 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 90% -undernäring till 93% -trycksår till 95% - ohälsa i munnen till 93%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 78%. -funktion- och förflyttningsförmåga till 98% <p>2. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 100% -undernäring till 80% -trycksår till 100%. <p>3. Implementering av ViSam pågår. Egenkontroll av användning har inte genomförts under 2025. Planeras 2026.</p>	<p>1. Målet bedöms delvis uppfyllt. Den samlade bedömningen grundar sig på att: Riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i mycket hög grad. Andelen boende med aktuell ADL-bedömning når dock inte accepterad helt målnivå 90%.</p> <p>2. Målet bedöms delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att andelen dokumenterade hälsoplaner vid bedömd risk når över accepterad målnivå 90% för flertalet riskområden. Systematiskt förbättringsarbete är fortsatt prioriterat 2026</p> <p>3. Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att implementering pågår men planerad egenkontroll har inte 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 och NPÖ har genomförts. Ingen obehörig åtkomst har noterats.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnåtts. 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>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutin	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>1. se resultat under avsnitt 4.5.1.</p> <p>2. Uppföljning av palliativa indikatorer har genomförts. Resultatet visar att reflektionssamtal och efterlevande samtal har genomförts och erbjudits enligt rutin. Andel närstående enkäter som skickas ut kan öka (67%)</p>	<p>1. Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förbättrade resultat kan ses inom flertalet av kvalitetsindikatorer 2025.</p> <p>Uppföljning av enhetens framtagna indikatorer visar att målnivån 90% inte nås och är fortsatt prioriterat för utveckling 2026.</p>
<p>Avvikelser 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. 	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelshantering och enhetens system för avvikelshantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömt	<p>1. Inträffade avvikelser har sammanställts regelbundet 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. 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. 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 och kommer att ske med stöd av MAS och MAR.</p>
Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.	<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.</p> <p>Information om den nya rutinen har spridits via e-post, presenterats i ledningsgrupp samt genomgång på enhetens möte med MAR.</p> <p>Ingen ökning av antalet delegeringar har noterats under 2025 jämfört med 2024. Implementering fortsätter 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>

Analys

Under 2025 har enheten bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med fokus på att förebygga vårdskador.

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att enheten har en hög kvalitet inom vårdhygien, genomförda riskbedömningar och infektionsregistrering, vilket direkt bidrar till patientsäkerheten. Samtidigt visar resultatet också fortsatta förbättringsområden som dokumentation av hälsoplaner, palliativt ombudsansvar och tvärprofessionell avvikelshantering. Åtgärder har planerats och följs upp genom arbetsplatsträffar, kvalitetsforum och HSL- möten.

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

Ingen händelse som medfört vårdskada har utretts i verksamheten under 2025.

Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

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

Under 2025 har inga händelser inträffat som medfört vårdskada, fördjupad utredning eller anmälan enligt lex Maria. Resultatet är oförändrat jämfört med 2024.

För att säkerställa fortsatt hög patientsäkerhet fortgår arbetet med systematisk avvikelshantering, riskbedömningar och egenkontroller av vårdprocesser, även när inga

allvarliga händelser inträffar. Vidtagna åtgärder och rutiner följs upp regelbundet genom arbetsplatsträffar, kvalitetsforum, avdelningsmöten och HSL möten, där lärdomar och förbättringsområden diskuteras och dokumenteras. Baspersonalen involveras och handleds för att kontinuerligt öka kompetensen. På så sätt säkerställs en kontinuerlig utveckling av säker vård och tidig identifiering av potentiella risker.

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	90%	96%	79%	96%	83%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	93%	96%	86%	100%	92%

Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	8%	4%	17%	4%	12%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	95%	100%	86%	100%	89%
Bedömning av munstatus enligt Roag	93%	100%	79%	100%	86%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	95%	100%	86%	100%	78%

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

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	78%	74%	86%	100%	100%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	98%	100%	93%	100%	97%

Analys

Resultatet av uppföljningen visar på ett stabilt och överlag högt resultat som når målvärden. ADL- bedömning ligger för 2025 markant lägre än tidigare år och når inte helt målvärdet. Vilket kommer att följas upp. 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 mindre än 1 %. Och ligger i nivå med 2024. Resultatet ligger i jämförelse med annan nationell statistik på en låg nivå.

Smittförebyggande arbete och basala hygienrutiner

Det smittförebyggande arbetet har fortsatt vari 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
Fruängsgårdens servicehus	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	100%	100%	100%	100%
Andel korrekt i klädregler	100%	100%	100%	90%

Analys

Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för handlingsplaner vid identifierade brister. Fortsatt visar genomförda mätningar genom observationer av personal att hygienrutiner och klädregler följs.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning

Infektionsregistreringar har genomförts 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.

Det sammanställda resultatet för verksamheten 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 2025 var ca 3%.

Läkemedelshantering och delegering

Läkemedelshantering och delegering har följts upp genom årlig egenkontroll 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 utveckling kan ses och för identifierade brister har handlingsplaner upprättats för förbättring av omfattning och kvalitet. Dokumentationssystemet upplevs som tidskrävande, vilket fortsatt

är en utmaning, 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. 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 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 avvikelshanteringens betydelse. Enhetscheferna ansvarar för att arbetssättet stödjer ett systematiskt och lärande patientsäkerhetsarbete.

Före fram till den 1 september 2025 har kvalitetsråd hållits av enhetschef för enheten dock med något låg frekvens. Efter omorganisationen har det hållits månatligen av nya enhetschefer för sjuksköterskor och rehab men med svårigheter att få tillräcklig representation från samtliga yrkesgrupper. 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	31	31	30	29 avvikelser berör uteblivna doser. 1 avvikelse berör delegering. 1 avvikelse berör att läkemedel saknas i läkemedelsskåp.
Specifik omvårdnad	0			
Specifik rehabilitering	1	1	0	
Trycksår	0			
Vårdkedjan	1			Avvikelse om utebliven information från annan vårdgivare.
Vårdrelaterad infektion	0			
Totalt	32	32	30	

Analys

Inrapporterade avvikelser har ökat något från tidigare låga nivåer (9st 2024) De rör nästan uteslutande läkemedelsavvikelser. Vilket kan tyda på en underrapportering inom övriga områden som specifik rehabilitering och omvårdnad, samt brister i vårdkedjan. Verksamheten behöver kommande år synliggöra för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som skulle kunna vara avvikelser inom dessa områden.

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal slutbedömda fallavvikelser	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård
72	8 skador, varav en fraktur	61	0

Analys

För Fruängsgårdens servicehus har det skett en tydlig minskning av antalet fall under år 2025 till 72 jämfört med 157 fall år 2024.

Under 2024 skedde en tydlig ökning av antalet fall, enheten fick till sig i början av 2025 av MAR att upprätta en handlingsplan för att analysera orsak och sätt in åtgärder, det i syfte att

minska antalet fall. Vid analys framkom att ett mindre antal individer som stod för en hög andel av fallen. Åtgärd som vidtogs under året var b.la:

1. Uppdatering av lokal rutin för att förebygga fall.
2. Tätare kontakt och samverkan med biståndshandläggare vid förändringar, när det finns behov av utökade insatser eller behov av ett annan vårdform.
3. Kontakta BPSD teamet när det gäller mer komplicerade fall.

Dessa insatser visar på tydliga samband mellan strukturerade rutiner, tvärprofessionell samverkan och minskat antal fall.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Enheten har inte tagit emot några klagomål på hälso- och sjukvården 2025.

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. 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 registrerade dödsfall 2025. Resultatet för 2025 baseras på ett fåtal registreringar

Kvalitetsindikator	Mål-värde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	100%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	100%	100%	50%
Dokumenterat brytpunkts-samtal	98%	82,3	0%	66,7%	50 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	100%	100%	87,5 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	100%	100%	87,5 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	100%	100%	75 %
symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	50%	*	*
Dokumenterad munhälso-bedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	50%	100%	50 %
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	100%	66,7%	87,5 %

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	100%	66,7%	62,5 %
Efterlevandesamtal	90%	79,2	100%	*	*

Analys

Uppföljning av kvalitetsindikatorer inom palliativ vård för 2025 visar på både tydliga förbättringar och nya identifierade brister jämfört med föregående år

Den samlade analysen visar att verksamheten har lyckats stärka flera centrala delar av den palliativa vården, särskilt avseende symtomlindring, trycksårsprevention och närvaro i livets slutskede. Samtidigt tydliggör resultaten vikten av att säkerställa strukturerad dokumentation av brytpunktssamtal samt munhälsobedömning. Fortsatt samarbete med läkarorganisationen samt implementering av skörhets skattning och ökat fokus på följsamhet till rutiner är områden som enheten arbetar vidare med 2026 för att nå målvärden.

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 (36)	88% (79%)	95% (97%)	59% (71%)

Enheten har under 2025 arbetat aktivt med riskförebyggande vård med stöd av Senior Alert. Sett till unika personer har ca 84 procent av enhetens boende registrerats under 2025 vilket ligger i nivå med 2024.

Andelen registrerade utförda åtgärder har däremot minskat till 59 procent jämfört med 71 procent under 2024. 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.