

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Trekantens servicehus

Innehållsförteckning

4. Agera för säker vård	3
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	8
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Resultat från prioriterade områden och indikatorer för uppföljning	9
4.3 Säker vård här och nu.....	13
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	13
4.4.1 <i>Avvikelser</i>	14
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. Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2025

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</p> <p>- Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen</p>	<p>1. Andel medarbetare som genomgått årlig webbaserad utbildning i basala hygienrutiner och klädregler uppgår till ca 70%.</p> <p>2. Genomförda egenkontroller v.11–12 och v. 40–41 visade en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 79,6% respektive 100%.</p> <p>3. Egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul.</p> <p>4. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100%. Ingen smittspridning har skett.</p>	<p>Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att enheten genomfört flertalet planerade aktiviteter och egenkontroller under året i syfte att förebygga smitta och smittspridning.</p> <p>Genomförda egenkontroller under året visar på en förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid egenkontroll v.40–41 och vårdhygienisk standard.</p> <p>Förbättringsområden som identifierades var framförallt handdesinfektion efter utförande av omvårdnad, att säkerställa möjligheten att byta arbetsdräkt dagligen och vid behov, samt att säkerställa utbildning i basala hygienrutiner för nyanställda.</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. 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 93% -undernäring till 90% -trycksår till 93% - ohälsa i munnen till 87%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 97%. -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 67% -undernäring till 37% -trycksår till 90%. <p>3.Implementering av ViSam användning pågår. Egenkontroll kommer att ske 2026.</p>	<p>1. Målet bedöms delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på att riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov genomförts i mycket hög grad och uppnår accepterad målnivå på 90% och över inom flertalet riskområden.</p> <p>2. Målet bedöms delvis uppnått. Andelen dokumenterade hälsoplaner vid bedömd risk för fall och undernäring når inte accepterad målnivå 90%.</p> <p>3. Målet bedöms delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att implementering pågår men egenkontroll har inte genomförts som planerat 2025. Genomförs 2026.</p>
<p>1.Hälso- och sjukvårds-dokumentationen 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 sjukvårds-dokumentation 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 sjukvårds-dokumentationen har genomförts enligt årshjul. Resultatet visar att dokumentationen har fortsatt att utvecklas men når 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. Inga avvikande loggar har identifierats.</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 bedöms uppfyllt. Genomförda loggkontroller har inte påvisat 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	<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 visar att reflektionssamtal och efterlevandesamtal ha genomförts och erbjudits enligt rutiner. Utskick av närstående enkäter bör öka (50%)</p>	<p>Målet bedöms delvis uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förbättrade resultat kan ses inom flertalet av svenska palliativ registrets kvalitetsindikatorer 2025, samt för enhetens egna framtagna indikatorer.</p> <p>Resultatet behöver tolkas med försiktighet då det baseras på ett fåtal registreringar.</p> <p>Att vidareutveckla den palliativa vården i livets slutskede är en fortsatt prioriterat område 2026.</p>
<p>Avvikelser används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador. Enheten ska arbeta för</p> <p>- Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder</p> <p>-Att samtliga avvikelser sluthanteras inom en godkänd tidsram på en månad.</p> <p>- Ökad spridning av avvikelser.</p>	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelshantering och enhetens system för avvikelshantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömt	<p>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. Tidsramen för sluthantering har under senare delen av 2025 successivt kortats ner mot godkänd tidsram på en månad.</p> <p>4. Kategorier och antal avvikelser ligger i nivå med tidigare år ingen ökad spridning ses.</p>	<p>Målet bedöms uppnått, men med fortsatt behov av utveckling.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att aktiviteterna genomförts och att förväntat resultat har uppnåtts inom flertalet förbättringsområden</p> <p>Enheten kommer dock under 2026 fortsätta arbeta med att tydliggöra vad som kan vara avvikande händelser inom olika områden för att säkerställa att risker och avvikande händelser uppmärksammas, rapporteras och hanteras.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
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 uppgifter inom områden för rehabilitering 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. Implementering fortsätter 2026.	Målet delvis uppnått. Arbetsprocessen för delegering inom området för rehabilitering har tydliggjorts i ny rutin. Bedömningen grundar sig på att rutinen för arbetssätt vid delegering inom området för rehabilitering inte har använts som förväntat.

Samlad analys utifrån prioriterade mål för 2025

Under 2025 har enheten bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med fokus på att förebygga vårdskador och stärka kvaliteten i vården. Arbetet för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner har genomförts enligt planerade uppföljningar och egenkontroller. Infektionsregistreringar har genomförts och egenkontroller visar förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid den senaste egenkontrollen v. 41. Samtidigt har endast cirka 70 % av medarbetarna genomfört den årliga obligatoriska utbildningen, vilket innebär att målet bedöms som delvis uppfyllt. Utifrån Identifierade förbättringsområden upprättades handlingsplan och riktade åtgärder

Riskbedömningar har genomförts i hög grad vilket ger goda förutsättningar att arbeta med kompenserande individanpassade åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har fortsatt utvecklas men andelen dokumenterade hälsoplaner utifrån identifierade risker är ett område för förbättring vilket påverkar måluppfyllelsen negativt. Loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ har följts upp enligt årshjul och utan påvisade avvikelser.

Arbetet med palliativ vård har följts upp i palliativa registret och genom enhetens egna framtagna indikatorer. Ett fåtal patienter har vårdats i livets slutskede.

Avvikelsehanteringen har skett kontinuerligt. 2026 kommer enheten att arbeta enligt ett nytt upplägg med kvalitetsråd för att förbättra frekvens och systematik.

Resultatet visar att en ny rutin för delegering inom rehabiliteringsområdet upprättats under 2025, 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.

Vårdskador och fördjupade utredningar

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

Under 2025 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 identifierats i verksamheten och inga avvikelser har lett till fördjupad utredning eller anmälan enligt lex Maria. Ingen händelse kopplade till medicintekniska produkter har medfört fördjupad utredning eller anmälan till Läkemedelsverket. Resultatet är i linje med föregående år och visar en stabil nivå över tid. Detta bedöms spegla ett förebyggande arbetssätt där risker identifieras och hanteras tidigt, men kan även indikera behov av fortsatt fokus på rapporteringskultur för att säkerställa att samtliga händelser och tillbud uppmärksammas.

För att utveckla patientsäkerhetsarbetet och minska risken för framtida vårdskador har verksamheten fortsatt arbeta med regelbunden uppföljning av avvikelser, riskanalyser och egenkontroller inom hälso- och sjukvårdsområdet. Förbättringsområden som identifierats har hanterats genom riktade informationsinsatser, förtydligande av arbetssätt samt kompetenshöjande aktiviteter.

Vidtagna åtgärder och handlingsplaner har följts upp och återkopplats löpande i relevanta forum, såsom arbetsplatsträffar, kvalitetsforum och i dialog mellan ledning och medarbetare.

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	93%	97%	88%	92%	82%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	90%	94%	84%	92%	82%
Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	5%	6%	5%	0%	4%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	93%	97%	88%	92%	82%

Bedömning av munstatus enligt Roag	87%	92%	80%	96%	77%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	77%	86%	64%	98%	75%

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

Indikator	2025	Varav kvinnor	Varav män	2024	2023
ADL bedömning	97%	97%	96%	92%	98%
Funktionsbedömning av förflyttnings- och rörelseförmåga	98%	100%	96%	94%	92%

Analys

Uppföljningen visar på ett överlag gott och stabilt resultat över tid vad gäller utförda bedömningar av betydelse för en patientsäker vård. Under 2025 ses dock ett försämrat resultat avseende dokumenterade bedömningar av munhälsa och inkontinens/blåsdysfunktion, vilket enheten kommer ha fokus på framåt.

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

Nutrition

Det förebyggande arbetet inom nutritionsvårdsprocessen har fortsatt enligt fastställda rutiner. Arbetet sker i samverkan med dietist och enhetens SNUD-sjuksköterska (ombudsroll) med särskilt nutritionsansvar. Riskbedömningar, uppföljningar och åtgärder genomförs för att förebygga undernäring och. Nära samarbete sker mellan legitimerad personal, baspersonal och kontaktperson för att anpassa måltiden och 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 3%. Resultatet har ökat i jämförelse med 2024. Vilket då var ca 2 %. Resultatet ligger dock 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
Trekanten	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	100%	67,1%	68,1%	71,5%
Andel korrekt i klädregler	100%	92,1%	98,9%	89,5%

Analys

Punktprevalensmätningar genomförs enligt årshjul, analyseras och ligger till grund för eventuella handlingsplaner vid identifierade brister. Förbättringsområden som identifierades var framförallt handdesinfektion efter utförande av omvårdnad, att säkerställa möjligheten att byta arbetsdräkt dagligen och vid behov, samt att säkerställa utbildning i basala hygienrutiner för nyanställda. Den senaste egenkontroller v. 40-41 visar markant förbättring i följsamhet.

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. Endast enstaka fall av utbrotsbenägna virusinfektioner har förekommit under 2025. Vilket tyder på ett bra smittförebyggande arbetssätt.

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

Antibiotikaresistenta bakterier är ett växande samhällsproblem och finns även hos personer inom äldreomsorgens särskilda boenden. Handlingsprogram för omhändertagande framtagna av vårdhygien Stockholm följs. Vilket bland annat innebär regelbunden smittspårning. Andelen patienter med bärarskap på enheten var 2025 ca 10%. Ingen smittspridning ha 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, utbyte av ett antal läkemedelsskåp, säkerställande av att frekvensen av narkotikakontroller sker enligt rutiner under semesterperioder, 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, 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. 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 rutiner. Verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och analyserar regelbundet resultaten som underlag för förbättringsarbete. Samverkan med ansvarig läkare har stärkts för att säkerställa ett gott omhändertagande. Rutiner för reflektion tillsammans med läkare efter dödsfall samt systematik kring efterlevandesamtal och användning av närståendeenkäter efter dödsfall har tagits fram och implementerats. Implementering av skörhetsskattningar pågår för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov och insatser. DöBra används som grund i samtal med den äldre om egna önskemål i livets slutskede.

Genom ledningssystem, regelbundna uppföljningar, identifiering av utmaningar från tidigare år, transparent förhållningssätt och ett aktivt förbättringsarbete arbetar verksamheten kontinuerligt för att utveckla säkra vårdprocesser och stärka patientsäkerheten under 2025. Utifrån identifierade områden läggs riktningen för 2026. Enhetens resultat redovisas under avsnitt 4.5.1.

ViSam- beslutstöd för val av rätt vårdnivå

Under 2025 har arbetet med ViSam som ett evidensbaserat instrument för val av rätt vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd hos en patient fortsatt befästas i det dagliga arbetet. Beslutstödet är inte fullt implementerat och kvarstår som fortsatt fokusområde under 2026.

4.3 Säker vård här och nu



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

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

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

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

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



4.4.1. Avvikelser

Under 2025 har fokus varit på en strukturerad avvikelseprocess med analys, återkoppling och ökad förståelse hos medarbetarna för avvikelshanteringens betydelse.

Enhetscheferna ansvarar för att arbetssättet med avvikelser stödjer ett systematiskt och lärande patientsäkerhetsarbete. Fram till 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	17	16	7	15 = avvikelser som berör utebliven dos. 1= förväxling tid 1= förväxling läkemedel
Specifik omvårdnad	2	0	0	2= brist i trycksårspofylax
Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	3	3	0	1= felinställd madrass, 1 = brister i sårvård 1= brist i trycksårspofylax
Vårdkedjan	0	0	0	
Vårdrelaterad infektion	0	0	0	
totalt	22	19	7	

Analys

Antalet inrapporterade avvikelser totalt sett ligger i likhet med 2024 (20 st.) på en fortsatt låg nivå och kan tyda på en underrapportering.

Det finns inga rapporterade händelser inom området specifik rehabilitering och specifik omvårdnad. Det bedöms vara en underrapportering och att områdena behöver förtydligas för hälso- och sjukvårdspersonalen.

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
83	17 skador varav 3 frakturer	83	0

Analys

Antalet fall för 2025 är 83 vilket är några färre än 94 fall år 2024. Antalet fall är fortsatt lågt i förhållande till antalet boendeplatser.

Enhetens analys visar att fall sker vid egen förflyttning. De fallförebyggande åtgärderna som planeras utgår från teamets analys och den enskilda patientens behov. Utveckling av analys och åtgärder vid fall har förbättrats. Ytterligare en bidragande orsak kan vara att kvalitetsmöte gällande fall med arbets- och fysioterapeut, sjuksköterskor och baspersonal, hålls en gång i veckan. De rapporterade skador som inte fick konsekvensen fraktur handlar om skador i form av bulor, skrapmärken, sårskada samt blåmärken.

Sammantaget ligger antalet rapporterade avvikelser på en låg nivå, vilket understryker behovet av fortsatt arbete med att stärka rapporteringskulturen och tydliggöra vad som ska rapporteras inom olika områden.

Inga fallincidenter har bedömts bero på brister i hälso- och sjukvård, vilket tyder på att de flesta fall sker trots vidtagna förebyggande åtgärder. Enhetens analys visar att fallen ofta inträffar vid egen förflyttning, vilket ställer höga krav på individuellt anpassade och kontinuerligt uppdaterade fallförebyggande insatser.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Vi har inte haft några inkomna klagomål och synpunkter som rör 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. 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 registreringar i palliativ registret 2025.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	100%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	0%	100%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	82,3	0%	100%	100%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	100%	100%	100%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	100%	100%	100%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	100%	50%	100%
Symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	100%	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	100%	100%	100%
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	0%	100%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	83,8	100%	100%	0%
Efterlevandesamtal	90%	79,2	100%	*	*

Analys

Resultatet för de palliativa kvalitetsindikatorerna under 2025 baseras på ett fåtal registreringar, vilket innebär att utfallet behöver tolkas med försiktighet. Flera indikatorer visar god måluppfyllelse där dessa resultat indikerar en god kvalitet i den symtomlindrande och personcentrerade vården i livets slutskede.

Samtidigt uppvisar indikatorerna för vårdplan, dokumenterat brytpunktssamtal samt förekomst av trycksår låga resultat. Det kan inte uteslutas att dessa åtgärder har genomförts men inte dokumenterats eller registrerats i Palliativa registret. Detta pekar på ett behov av att stärka rutiner för dokumentation och registrering, särskilt av vårdplaner och brytpunktssamtal, för att säkerställa att genomförda insatser synliggörs och kan följas upp.

Den samlade analysen visar att den palliativa vården i praktiken håller god kvalitet, men att förbättringsarbete krävs kring dokumentation, kontinuitet i registrering samt följsamhet till samtliga kvalitetsindikatorer för att uppnå en mer rättvisande och stabil måluppfyllelse över tid.

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
33 (45)	73% (89%)	97% (98%)	86% (76%)

Analys

Under 2025 har cirka 42 % av boende registrerats i Senior Alert, vilket är en något nedåtgående trend jämfört med föregående år. Samtidigt visar resultatet att kvaliteten i genomförda registreringar generellt är god när risker har identifierats.

Andelen registrerade bakomliggande orsaker vid risk är dock lägre än föregående år. Detta pekar på ett behov av att stärka analysdelen i riskbedömningarna för att säkerställa att orsaker till identifierade risker tydliggörs.

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.