

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat på enhetsnivå: Älvsjö servicehus

Innehållsförteckning

4. Agera för säker vård	3
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	7
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Resultat från prioriterade områden och indikatorer för uppföljning	8
4.3 Säker vård här och nu.....	12
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	13
4.4.1 <i>Avvikelser</i>	13
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	15

4. Agera för säker vård



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Tabellen visar enhetens egenkontroller och resultat utifrån prioriterade mål för 2025.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<ul style="list-style-type: none"> - Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. - Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL. - Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL - Uppföljning av infektionsregistrering månatligen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Andel medarbetare som genomgått årlig webbaserad utbildning i basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 90% 2. Genomförda egenkontroller v. 11–12 och v.40–41 visade en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 82,5% respektive 93,8%. 3. Egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul. 4. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 92%. 	<p>Målet bedöms som delvis uppfyllt.</p> <p>Bedömningen grundar sig på att enheten har genomfört flertalet av de planerade aktiviteterna och egenkontrollerna med accepterad målnivå på 90% i syfte att förebygga smitta och smittspridning. Ingen smittspridning har skett.</p> <p>Uppföljningar visar på en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och vårdhygienisk standard. Identifierade förbättringsområden var framförallt handdesinfektion före omvårdnadsmoment. Enheten behövde även säkerställa tillgången till tvål, torkpapper och handdesinfektionsmedel i samtliga utrymmen omvårdnad utförs.</p> <p>Infektionsregistrering genomfördes inte under juli månad. P.g.a. glapp i ssk bemanning.</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 96% -undernäring till 94% -trycksår till 96% - ohälsa i munnen till 78%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 98%. -funktion- och förflyttningsförmåga till 100% <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 100% -trycksår till 100%. <p>3. Implementeringen av ViSam användning har fortsatt 2025. Egenkontroll har inte genomförts under 2025. Planeras för 2026.</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnått. Riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i mycket hög grad och når accepterad målnivå på 90% för samtliga områden förutom i andelen genomförda bedömningar av munhälsa, där fortsatt arbete behövs 2026.</p> <p>2. Målet uppnått. Vid bedömd risk har hälsoplaner upprättats.</p> <p>3. Målet bedöms delvis uppfyllt. Implementering pågår men 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 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. Ingen obehörig åtkomst har noterats.</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.</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. Uppföljningen visar att reflektionssamtal med läkare har genomförts enligt rutin. Efterlevandesamtal har erbjudits och en hög andel närståendeenkäter har skickats ut (86%)</p>	<p>1. Den samlade bedömningen är att målet är delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att aktiviteter har genomförts men att det förväntade resultatet avseende flertalet uppföljda kvalitetsindikatorer, trots i jämförelse höga resultat inte har förbättrats 2025.</p> <p>2. Uppföljning av enhetens framtagna indikatorer visar att målnivån 90% inte helt nås och är fortsatt prioriterat för utveckling 2026.</p>
<p>Avvikelser används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador. 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>Avvikelser har följts upp i team månatligen.</p> <p>1. Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.</p> <p>2. Generellt ses en förbättrad dokumentation av utredning, orsaksanalys och åtgärder.</p> <p>4. Enheten kommer under 2026 fortsätta arbeta med att tydliggöra vad som kan vara avvikande händelser inom olika områden för att säkerställa rapportering och spridning av avvikelser.</p>	<p>Den samlade bedömningen är att målet är uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att flertalet förväntade förbättringsområden har uppnåtts.</p> <p>Området är fortsatt prioriterat att utveckla under 2026 med stöd av MAS och MAR.</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 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. Implementering av rutin fortsätter 2026.	Målet bedöms delvis uppnått. 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.

Analys

Under året har enheten bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med god måluppfyllelse inom flera centrala områden och vårdprocesser. Arbetet har präglats av planerade och regelbundna egenkontroller, uppföljning av indikatorer och återkoppling i team.

Arbetet för att förebygga smitta och vårdrelaterade infektioner har genomförts enligt plan i huvudsak. Medarbetare har erbjudits årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. PPM-mätningar visar en hög men inte fullständig följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler med ett spann på 82,5%–93,8 % vid mättillfällena. Utifrån resultatet har enheten arbetade med riktade åtgärder enligt handlingsplan. Sammantaget bedöms målet vara delvis uppfyllt.

Riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov har genomförts i mycket hög grad och når accepterad målnivå inom flertalet områden. Vid identifierad risk har hälsoplaner upprättats. Riskbedömning av ohälsa i munnen samt uppföljning av ViSam-användning utgör identifierade förbättringsområden. Målet bedöms vara delvis uppnått.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har följts upp genom egenkontroller enligt årshjul och visar att dokumentationens kvalitet fortsatt har utvecklats. Loggkontroller av åtkomst till journal och NPÖ har genomförts och ingen obehörig åtkomst har uppfyllda.

Palliativ vård har följts upp via Svenska Palliativregistret och enheten egna palliativa indikatorer i samband med palliativa ombudsträffar under året. Trots i jämförelse goda resultat inom flera områden pekar resultatet också på områden att utveckla.

Avvikelsehantering har skett strukturerat med månatlig uppföljning i team och används som ett verktyg för lärande och förbättring.

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.

Sammanfattningsvis visar analysen att enheten har en hög måluppfyllelse inom riskbedömningar, hälsoplaner, dokumentation, informationssäkerhet och avvikelsehantering. De viktigaste förbättringsområdena som enheten arbetar vidare med rör den palliativa vården i livets slutskede, följsamhet till basala hygienrutiner, riskbedömning av munhälsa, uppföljning av ViSam-användning och implementering av ny rutin för delegering inom

rehabiliteringsområdet. Det systematiska arbetssättet med egenkontroller och uppföljning ger goda förutsättningar för fortsatt utveckling av en säker och kvalitativ vård.

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
4	2

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Under 2025 har två händelser medfört fördjupad utredning med slutlig bedömning om anmälan enligt lex Maria. Den ena händelsen rörde brister i uppföljning och information överföring såväl internt mellan sjuksköterska och omsorgspersonal som mellan extern vårdgivare för utförande av fotsjukvård och sjuksköterska. Bristerna ledde till att utebliven uppföljning av hudinfektion hos patient med diabetes och konsekvensen blev för patienten en allvarlig vårdskada.

Den andra händelsen avser en fallolycka där brister i kontrollen av en medicinteknisk produkt kan ha påverkat produktens säkerhet och funktion. En fördjupad utredning har genomförts och händelsen har anmälts enligt lex Maria.

Två händelser med feladministrerat läkemedel, har bedömts som vårdskada. Bristerna i kontroll innan administrering medförde att patientens blodsockervärde behövde kontrolleras tätt under en kortare period.

Händelserna har medfört åtgärder såsom förtydligande av rutiner, genomgång med berörd arbetsgrupp och dialoger på APT samt HSL möten för gemensamt lärande.

Medicinteknisk produkt och fördjupad utredning

Antal händelser med MTP som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som enligt anmälningsskyldigheten skickats till läkemedelsverket
1	1

En anmälan avseende medicinteknisk produkt har inlämnats till Läkemedelsverket. Anmälan avsåg brister i produktens utformning samt otydlig bruksanvisning. Ärendet resulterade i ett säkerhetsmeddelande från tillverkaren, vari anges att produkten inte längre får säljas i sin nuvarande utformning.

Åtgärder som vidtagit har varit att ta den aktuella produkten ur bruk. Arbetssätt och hantering av säkerhetsmeddelande har setts över och förtydligats i MTP rutin i samråd med MAR. Säkerställande av att medicinskt tekniska produkter är korrekt monterade innan de tas i bruk, är utfört och förtydligat i MTP rutin. Förtydligande gällande tidsram för sammankallande till vårdplaneringsmöte samt risk- och konsekvensanalys vid förskrivning av MTP-produkt har gjorts i rutin för fallprevention och förankrats i verksamheten.

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 andel boende med genomförda bedömningar

Indikator	2025	Utfall kvinnor	Utfall män	2024	2023
Fallriskbedömning enligt DFI	96%	97%	94%	100%	100%
Riskbedömning undernäring enligt MNA	94%	97%	89%	96%	96%
Andel riskbedömningar enligt MNA <8p	4%	3%	6%	8%	4%
Riskbedömning för trycksår enligt Norton	96%	97%	94%	96%	98%
Bedömning av munstatus enligt Roag	78%	82%	72%	91%	100%
Bedömning av inkontinens/blåsdysfunktion enligt Nikola	80%	85%	72%	100%	96%

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

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

Analys

Resultatet visar inom flertalet indikatorer ett över tid stabilt och högt resultat avseende utförda riskbedömningar och bedömningar, vilket är den enskild viktigaste åtgärden för att identifiera risker och utifrån individuella behov planera för kompenserande åtgärder. För 2025 ses dock en minskning av genomförda bedömningar av munhälsa samt inkontinens/blåsdysfunktion, vilket är något verksamheten 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 identifiera individuella behov, anpassa måltiden och erbjuda kompenserande åtgärder där det behövs.

Trycksår

Andel patienten med trycksår som uppkommit på enheten 2025 är ca 1,5%. Resultatet har ökat i jämförelse med 2024. Vilket då var <1 %. 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
Älvsjö servicehus	v.40–41	v.11–12	v.40–41	v.11–12
Andel korrekt i hygiensteg	89%	65%	75%	67,6%
Andel korrekt i klädregler	100%	100%	100%	98,5%

Analys

Punktprevalensmätningar genomförs, analyseras och ligger till grund för eventuella handlingsplaner vid identifierade brister. Resultatet av mätningar 2025 visar att följsamheten till hygienrutiner fortsatt ökat. Identifierade förbättringsområden som enheten har arbetat med har framförallt handlat om att säkerställa följsamheten till handdesinfektion före utförandet av omvårdnadsmoment. Enheten identifierade ett behov av att säkerställa tillgången till tvål, torkpapper och handdesinfektionsmedel i samtliga utrymmen omvårdnad utförs.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning

Infektionsregistreringar genomförs och sammanställs månadsvis. Samverkan med vårdhygien och smittskydd sker vid misstänkt eller konstaterad smitta, och vaccinationer har genomförts i samverkan med ansvarig vårdgivare enligt rekommendationer.

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

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 är låg, ca 1%.

Läkemedelshantering och delegering

Läkemedelshantering och delegering följs upp genom årliga egenkontroller samt extern granskning av Apoteket AB enligt fastställt års-hjul. Identifierade utvecklingsområden har lett till upprättade handlingsplaner som följts upp, bland annat avseende en mer systematisk uppföljning av givna delegeringar, spårbar nyckelhantering, 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 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. 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 utvecklad systematik kring efterlevandesamtal och användning av närståendekenkäter efter dödsfall har tagits fram och implementerats. Implementering av skörhetskattning för att tidigt identifiera palliativa vårdbehov och insatser pågår och breddinförs 2026. DöBra används som grund för samtal om den äldres egna önskemål i livets slutskede.

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

Enhetscheferna ansvarar för att arbetssättet stödjer ett systematiskt och lärande patientsäkerhetsarbete. Under 2025 har fokus varit på en strukturerad avvikelseprocess med analys, återkoppling och ökad förståelse hos medarbetarna för avvikelshanteringens betydelse.

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.

Hälsö- och sjukvårdsavvikelse

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Antal slutbedömda avvikelser	Kommentar
Läkemedel	41	35	37	Utebliven dos=18 Dubbel dos=1 Förväxling av tidpunkt=3 Feladministrerat läkemedel=3 Övrigt annat=16
Specifik omvårdnad	3	3	3	Utebliven åtgärd hudbedömning=1 Felaktigt utförd sårbehandling=1 Utebliven kontroll av B-glukos =1

Specifik rehabilitering	0	0	0	
Trycksår	2	2	2	Brist i hudbedömning/ trycksårsprofylax=2
Vårdkedjan	0	0	0	
Vårdrelaterad infektion	0	0		
totalt	46	40	42	

Analys

Totalt sett ligger antalet avvikelser i nivå med 2024 (48st). För avvikelser som berör läkemedelshantering som berör utebliven signering ses en markant minskning från 2023 vilket tyder på att vidtagna åtgärder och ökad medvetenhet haft effekt.

Det finns inga rapporterade händelser inom området specifik rehabilitering för 2025. Det bedöms vara en underrapportering och att området behöver förtydligas för rehabiliteringspersonalen.

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
88	16 skador varav 6 frakturer	79	1

Antalet fallhändelser har minskat till 88 under 2025, jämfört med 132 under 2024. Av totalt 16 skador är sex frakturer, vilket är en relativt hög andel som sticker ut vid jämförelse med antalet fall, antalet boendeplatser samt andra enheter. Under 2024 uppgick antalet frakturer till fyra. En bidragande orsak kan vara att personer som bor på servicehus generellt är mer aktiva och därmed tar större risker.

Sammanfattningsvis visar analysen att enheten har minskat antalet fallhändelser och vissa typer av läkemedelsavvikelser, vilket tyder på effekt av förebyggande åtgärder. Den relativt höga andelen frakturer samt avsaknaden av rapporterade avvikelser inom rehabilitering ses som viktiga områden för fortsatt analys inom enheten. Vi fortsätter använda avvikelshanteringen som ett lärande verktyg för att identifiera risker, stärka omvårdnads- och rehabiliteringsprocesser och ytterligare öka patientsäkerheten.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Under 2025 har ett klagomål från närstående rörande brister i hälso- och sjukvården inkommit till enheten via IVO. Klagomålet har besvarats och har samband med en händelse som avser en fallolycka där brister i kontrollen av en medicinteknisk produkt kan ha påverkat produktens säkerhet och funktion. Händelsen anmäldes enligt lex Maria.

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 svenska palliativregistret.

Kvalitetsindikator	Mål-värde	Riket 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Läkarbeslut palliativ vård	100%	91,7	83,3%	*	*
Vårdplan	100%	74,1	83,3%	100%	50%
Dokumenterat brytpunkts-samtal	98%	82,3	83,3%	100%	50%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	95,9	83,3%	100%	50%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	95,5	83,3%	100%	50%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	71,3	66,7%	100%	50%
Symtomskattats sista levnadsveckan	100%	56,6	83,3%	*	*
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	64,2	50%	100%	50%
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	86,2	83,3%	100%	100%
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	90%	83,8	50%	100%	100%
Efterlevandesamtal	90%	79,2	100%	*	*

Analys

Trots i jämförelse höga resultat inom flera områden visa resultatet för 2025 en försämring i måluppfyllelse inom samtliga kvalitetsindikatorer för palliativ vård jämfört med 2024, då full måluppfyllelse uppnåddes. Under 2025 baseras resultatet på ett fåtal registreringar, vilket innebär att varje enskilt vårdtillfälle får stort genomslag i statistiken och gör resultaten mer sårbara för variationer i arbetssätt och dokumentation.

Dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan och munhälsobedömning uppvisar särskilt låg måluppfyllelse. För att utveckla den palliativa vården i livets slutskede kommer enheten fortsätta implementeringen av ViSam, DÖBRA-samtal och skörhetsskattning som stöd för tidig identifiering av palliativa behov. Vidare kommer utbildning och vägledning av baspersonal att prioriteras för att stärka kompetensen inom palliativ vård, identifiera behov av

symtomlindring och omvårdnad i livets slut.

Uppföljning sker genom HSL-möten, sjuksköterskemöten samt vid tertialrapportering, där resultat, avvikelser och förbättringsåtgärder återkopplas, diskuteras och följs upp för att säkerställa en trygg, sammanhållen och personcentrerad palliativ vård.

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 ses i parentes.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
59 (51)	90% (92%)	97% (94%)	70% (69%)

Tabellen visar enhetens registreringar 2025 (2024). Resultatet visar att ca 86 procent av boende på servicehuset har registrerats i Senior Alert under 2025 vilket ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Det indikerar en stabilitet och ett systematiskt arbetssätt. Andelen registrerade bakomliggande orsaker vid identifierad risk uppgår till 90 procent, vilket är något lägre än föregående år (92 procent), men fortsatt på en hög och accepterad nivå.

Andelen registrerade åtgärdsplaner har ökat vilket visar på förbättrad följsamhet till strukturerad vårdplanering vid identifierade risker. Även andelen registrerade utförda åtgärder har ökat något men ligger fortsatt under önskad nivå.

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.

Samtidigt finns stora möjligheter att använda Senior Alert som verktyg för systematisk patientsäkerhetsuppföljning, vilket gör det viktigt att öka både registrering och uppföljning av åtgärder för att stärka patientsäkerheten.