



Stockholms
stad

KUNG 2026/30

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för
rehabilitering

Kungsholmens stadsdelsnämnd
2025



Datum 2026-01-19

Ansvarig för innehållet Ulrika Dahnell, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Malin Junerud, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer KUNG 2026/30

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) arbetat tillsammans med verksamheterna för att identifiera, analysera och minska riskerna i hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsberättelsen redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten i verksamheterna.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, och även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

För 2025 redovisas sammantaget resultat från stadsdelens vård- och omsorgsverksamheter i egen regi och på entreprenad. De verksamheter som omfattas är Alströmerhemmet, S:t Erik, Pilträdet servicehus, Serafen och Solbacken. Fridhemmets servicehus kommer inte redovisas då verksamheten avvecklas.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3.....	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Läkemedelshantering.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	31
Tillförlitliga och säkra system och processer	33
Säker vård här och nu.....	35
Riskhantering.....	36
Stärka analys, lärande och utveckling	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	37

SAMMANFATTNING

Hälso- och sjukvårdens processteam inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning består av verksamheternas enhetschefer med ansvar för hälso- och sjukvården, sjuksköterska med medicinskt ledningsansvar och MAS och MAR som är sammankallande och leder teamet. Processteamet har haft regelbundna möten en gång i månaden i syftet att stärka och utveckla patientsäkerheten. Vid två tillfällen under året utökade processteamet med enhetschefer med ansvar för baspersonalen. Det finns ett behov att tydliggöra ansvarsförhållandena avseende de hälso- och sjukvårdsinsatser som baspersonalen utför, där cheferna behöver samverka med att följa upp hur det fungerar med bl.a. delegering av läkemedelshantering, signering av utförda insatser. Hälso- och sjukvårdens processteam ser ett fortsatt behov att fortsättningsvis att regelbundet minst två gånger per termin bjuda in cheferna för baspersonalen för att utveckla och säkerställa patientsäkerheten i våra verksamheter.

Under året har två samverkansmöten hållits lokalt på Kungsholmen med Region Stockholms vårdgivare inom slutenvården, primärvården och kommunens utförare inom kommunal och privat hemtjänst, beställarenheten, särskilt boende i egen regi och på entreprenad samt tryggt mottagande på Kungsholmen för att tillsammans fortsätta arbeta för en sömlös vårdkedja. Vid ett möte var temat "Hur vi kan säkra vårdövergångar av särskilt komplicerade patienter" Vid det andra samverkansmötet var temat "Hjälpmiddel vid vårdövergångar". Samverkansmötena är en viktig del i arbetet med att säkra vårdövergångarna.

I början av året deltog sjuksköterskor vid två nätverksträffar där medicinskt ledningsansvarig från Capio läkare i SÄBO föreläste om "Att identifiera och samtala med patienter inför livets slut" en uppskattad föreläsning. Under hösten anordnades en nätverksträff för sjuksköterskor med tema kontinens.

Under året har det genomförts flera planerade utbildningar som grundutbildning inom läkemedelshantering för undersköterskor, sårutbildning för sjuksköterskor. En heldagsutbildning för sjuksköterskor om äldre och läkemedel, läkemedel vid palliativ vård och avvikelser inom läkemedelsområdet anordnades av Apoteket AB.

Under våren 2025 initierades ett utvecklingsprojekt genom införandet av ett nytt digitalt verktyg som syftar till att stödja arbetsterapeuter, fysioterapeuter och chefer i inventering, strukturering och kartläggning av medicintekniska produkter på våra verksamheter. Under våren genomfördes utbildningsinsatser för rehabiliteringsverksamheten, som därefter fungerade som referensgrupp i bedömningen av verktygets införande. Detta arbete resulterade i att implementeringen av digitalt verktyg Alisa påbörjades på särskilda boenden i augusti 2025.

Inom ramen för nätverksträffarna har gästföreläsare från Karolinska institutet medverkat för att stärka samverkan kring studentmottagande. Arbetet syftar till att utveckla och förvalta organisationens roll som potentiell framtida arbetsgivare för studenter genom att stärka våra handledare som välkomnar studenterna och stöttar dem i att göra praktiken till en meningsfull och positiv erfarenhet. Vidare har handledning och utbildning genomförts i stadens inköpssystem Agresso, i syfte att öka följsamheten till stadens rutiner vid avrop, effektivisera handlägningsprocesser samt minska risken för missförstånd.

Syftet med nätverksträffarna är att stärka samarbete samt erbjuda stöd i gemensamma frågor. Mötena ger legitimerad personal möjlighet att utbyta erfarenheter, vilket bidrar till en stärkt yrkesroll. Denna samverkan bidrar till en tryggare arbetsmiljö, ökad kvalitet i vården och leder även till ett stärkt förtroende hos patienter och anhöriga. Sammantaget främjas en innovativ och hållbar verksamhet där både individ och organisation gynnas.

Projektet inom kognition fortsätter under 2026 med deltagande från flera yrkeskategorier. Löpande avstämnings- och utbildningsinsatser genomförs, vilket bidrar till en ökad och långsiktig grundkompetens inom området kognition. Projektet planeras att utvärderas i slutet av vårterminen 2026 och avses därefter fortsätta under resterande del av året.

Resultat av genomförda mätningar till följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler är fortsatt bra. Verksamheterna behöver dock fortsätta att arbeta kontinuerligt och systematiskt med egenkontroller och utbildningar för att säkerställa och följa upp att medarbetarna har en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och att de använder skyddsutrustning på korrekt sätt.

Uppföljningar och uppgifter som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården fortsätter hålla en god kvalitet. Verksamheterna fortsätter med olika utvecklingsarbeten såsom teamarbete, digital läkemedelssignering och dokumentation. MAS och MAR fortsätter att följa statistik genomföra mätningar och uppföljning inom hälso- och sjukvård i syfte att stödja och utveckla verksamheterna.

Under året har ledningsstrukturen för verksamheterna ändrats då tidigare verksamhetschefer blir områdeschefer och fler enhetschefer anställs för att minska antalet anställda under varje chef. Detta har framförallt påverkat Serafen där flera nya enhetschefer och ny områdeschef har anställts.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Kungsholmen.

MAS och MAR strategier för patientsäkerhetsarbetet 2025:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra QUSTA i dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - inhämta verksamheternas resultat och analys av genomförda egenkontroller avseende hälso- och sjukvård
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i egenregiverksamhet samt begära in entreprenörers kvalitetsgranskning
 - genomföra utbildning och granskning av dokumentation med fokus på den palliativa vården och patientens delaktighet
 - genomföra PPM för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra PPM för basal hygien och klädregler två gånger per år
 - inhämta sammanställning av infektionsregistrering två gånger per år
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelsemodulen
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
 - följa upp signeringar av administrering av läkemedel i det digitala verktyget Appva.
 - Följa upp implementeringen av Rondplattformen som kommunikationsverktyg mellan legitimerad personal och läkare. Verktöget ska underlätta det dagliga arbetet vilket medför en säkrare och mer tillgänglig bättre vård för våra äldre.
2. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information
3. Arbeta strategiskt med hälso- och sjukvårdens processteam där ansvariga chefer för hälso- och sjukvården i egen regi ingår. Syftet är att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården för att nå en hög patientsäkerhet.
4. Pilotprojekt i kognition på våra särskilda boenden. Pilotprojektet är ett samarbete mellan läkarorganisationen, MAS och MAR samt sakkunnig i kognition. Ett kompetenshöjande och utvecklande projekt som riktar sig till arbetsterapeuter och fysioterapeuter som utförare i syfte att förbättra kartläggningen av våra patienters styrkor och behov för en bättre och mer personcentrerad vård och omsorg.
5. Öka kunskapen inom området kontinens
6. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid mötesformer i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - Bjuda in till nätverksträffar för sjuksköterskor på Kungsholmen
 - Bjuda in till nätverksträffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter i innerstaden
 - Delta vid verksamheternas nätverksträffar för palliativa ombud
7. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
8. Samverkan med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.

9. Samverka med beställarenheten för säkrare vårdövergångar
10. Aktivt följa arbetet i det kliniskt metodrum för att säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Region Stockholm och alla kommuner i Stockholms län har genom samverkan tagit fram samverkansöverenskommelser, avtal, stödjande och styrande dokument i syfte att stärka patientsäkerheten och förebygga vårdskador. Samverkan regleras på övergripande- och lokal nivå genom överenskommelserna och är följande:

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK)
- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid Tandvårdsenheten uppsökande verksamhet & nödvändig tandvård
- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och fotsjukvård i särskilda boenden för äldre samt dosläkemedel
- Omhändertagande av avlidna
- Samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård & omsorg för äldre
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Palliativt kunskapscenter (PKC)

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* Catio Läkare i särskilt boende för äldre (SÄBO) har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Kungsholmens vård och omsorgsboende. En överenskommelse har tecknats lokalt med förvaltningen som gäller för särskilt boende för äldre i egen regi och på entreprenad. Samverkansmöten sker regelbundet under året.

- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst en gång årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säkra vårdövergångar:* Regionens vårdgivare och kommunens vårdgivare/uppdragsgivare inom Kungsholmens stadsdel har tillsammans haft dialog för att säkra vårdövergångarna.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. De anordnar också utbildningar inom området läkemedelshantering.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för medarbetarna och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor (MAS)
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietister och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar
- *Säker dokumentation:* kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar dokumentationsstödjaren vid uppföljningar av hälso- och sjukvården.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården. Läkare och sjuksköterska ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. På Kungsholmen anlitas ett av serviceförvaltningen upphandlade företag för den medicinska fotsjukvården.
- *Palliativ vård:* kontinuerligt samarbete med Palliativt kunskapscenter (PKC) för att stärka och utveckla den palliativa vården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av verksamhetschef enligt framtagna riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) och digitalt signeringsverktyg för läkemedel (Appva) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

En god säkerhetskultur

MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i journalsystemet Vodok för analys och förbättringsåtgärder,
- ha workshops och föreläsningar ute i verksamheterna i syfte att öka kunskapen om patientsäkerhetskulturen
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- delta vid verksamheternas kvalitetsråd eller andra möten där flera yrkesgrupper deltar i diskussionerna om avvikelserna i ett lärande syfte



- stödja verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följa upp att åtgärder vidtas
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten.

Adekvat kunskap och kompetens

Stimulansmedel för hälso- och sjukvården har använts för ett antal olika utbildningsinsatser efter samordning och planering av MAS och MAR.



- Utbildning i säker läkemedelshantering för vårdpersonal genomfördes av Apoteket AB vid två tillfällen under våren.
- Utbildning i läkemedelshantering för sjuksköterskor genomfördes av Apoteket AB vid ett tillfälle under våren.
- Utbildning i sårvård för sjuksköterskor och undersköterskor som har utökad delgeringar tt utföra såromläggningar har anordnats vid två tillfällen under 2025.
- För att säkra delegeringsprocessen vid läkemedelshantering har verksamheterna fortsatt med digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.
- Nätverksträff för sjuksköterskor på Kungsholmen har anordnats för att öka kunskapen i området kontinens i samverkan med Tena. Capio Läkare i Säbo har hållit en nätverksträff för att öka kunskapen om att identifiera och samtala med patienter i livet slut.
- Nätverksträffar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter på Kungsholmen genomfördes med särskilt fokus på implementering av det digitala verktyget Alisa samt på att stödja systemutvecklingen för att effektivisera processer och kartläggning av medicintekniska produkter inom verksamheterna.
- Eftersom avtal avseende medicinsktekniska produkter löper ut och nya avtal tecknas, vilket medför variationer i arbetsförfaranden, har nätverksträffarna för rehab personal även haft som syfte att tydliggöra rutiner och arbetssätt vid inköp och avtalshantering.
- Samverkan med högskolor för att utveckla studentmottagandet för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.
- Uppföljande möte efter PPM basal hygien med hygienombud och observatörer har genomförts i syfte att gå igenom resultaten och att ta del av varandras erfarenheter.

Patienten som medskapare

MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården. Vid utredningar av händelser inhämtas patientens och eller anhörigas synpunkter på händelsen. När utredningen är klar och avslutad kontaktas anhöriga igen för att informera om resultat av utredningen samt om vidtagna åtgärder. Vid uppföljningar av hälso- och sjukvården med verktyget Qusta har vi utökat frågorna om hur verksamheterna gör patienten och anhöriga mer delaktiga i vården. MAS och MAR har påbörjat arbetet med att upprätta ett patientsäkerhetsråd där både patienter och anhöriga ska representera. Syftet är att öka patienternas och närstående delaktighet och förutsättningar att delta och påverka hur hälso- och sjukvården kan stärkas och utvecklas.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende i egenregi och entreprenader. Syftet är även att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård inhämtats med syfte att följa upp patientsäkerhetsarbetet.

Läkemedelshantering

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Läkemedelshanteringen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Att signeringarna av administrerat läkemedel når 95 %.

Resultat: Samtliga verksamheterna av egen regi använder digital signering i Appva och samtliga når målet. Resultatet visar att 98 % signerar administrerat läkemedel i det digitala verktyget Appva, vilket är ett mycket bra resultat och att 86 % signeras även i tid.

Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen tillsammans med MAS och enhetschef för verksamheten. Resultatet dokumenteras i ett protokoll med förslag på förbättringsområden. Några av de förbättringsområden som var i stort sett lika för alla var att se över att den personbundna narkotikan kontrolleras varje månad enligt rutin, några verksamheter har missat någon månad. Att komplettera den lokala rutinen med vem som är ansvarig för att städa det personbundna läkemedelsskåpet i patientens lägenhet. Att kontrollera temperaturen i patienternas skåp om läkemedel förvaras där. Säkerställ att personalen alltid kontrollerar att läkemedelslistan innan de administrera läkemedel. Att vilka läkemedel som förvaras utanför läkemedelsskåp tex hudkräm ska framgå i den lokala rutinen. Serafen och S:t Erik vård och omsorgsboende behöver ett uppdatera sina lokala rutiner för läkemedelshantering.

Analys av resultat: analysen visar att läkemedelshanteringen fungerar i stort sett bra, det visar på att de flesta verksamheter har tydliga och fungerande rutiner som medarbetarna i stora delar följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visade sig att både utbildningen i läkemedelshantering och webbutbildningar med kunskapstester har varit viktiga insatser för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra. Det digitala signeringsverktyget Appva har underlättat läkemedelshanteringen genom att personalen signerar direkt efter given dos och ansvarig sjuksköterska kan kontrollera att patienten fått sina läkemedel, och om signeringen uteblir får sjuksköterskan att larm och kan därmed kontakta personalen direkt och vidta åtgärder. Det blir en tydligare följsamhet.

Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och undersköterskor. Följa upp resultat med fokus på att medarbetarna ska signera direkt efter given dos i Appva. Att följa upp de föreslagna åtgärderna i den genomförda kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering och boka in en ny granskning på samtliga verksamheter med avtal med Apotek. Att verksamheterna fortsätter att använda Apotekets webbutbildningar och kunskapstester för en säker delegering av läkemedelshanteringen.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Att ta del av verksamheternas egenkontroller av läkemedelshantering. MAS genomför stickprovskontroll av läkemedelshanteringen gällande narkotikaklassade läkemedel. Delta vid verksamheternas kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen i egen regi och ta del av entreprenadernas protokoll.

Riskbedömning/screening, undernäring, trycksår, kontinens, munhälsa och fall

Resultaten redovisas per riskområde och inleds med övergripande resultat för Kungsholmen och därefter resultat per verksamhet. Till hösten mätning genomfördes vissa ändringar. Frågor om dokumenterat kartlagt hälsotillstånd och hälsoplan togs och följs upp i samband med kontroll av dokumentation. Några frågor tillkom som tex trycksår, kvarliggande kateter. Detta kan påverka resultatet samt att Fridhemmets servicehus inte är med i sammanställningen av de olika riskbedömningarna.

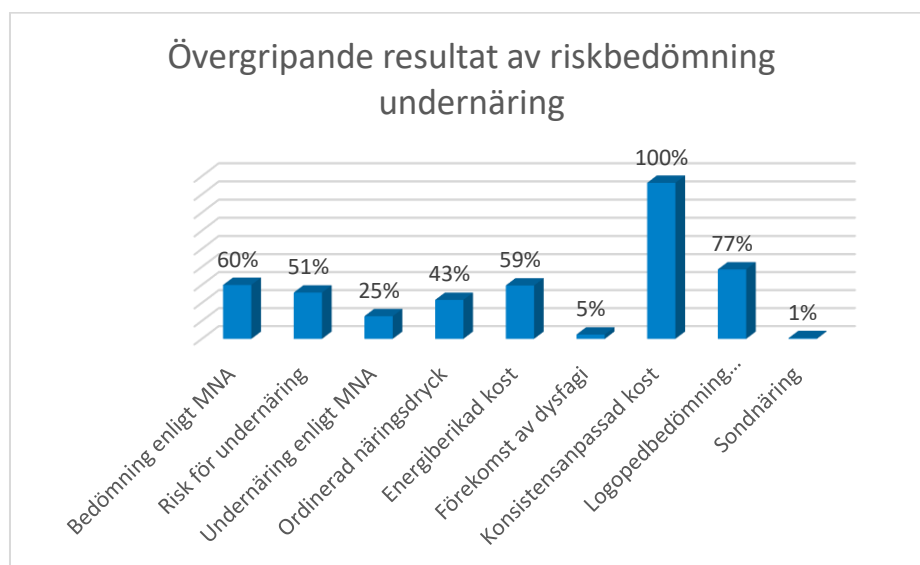
Resultaten redovisas per riskområde och inleds med övergripande resultat för Kungsholmen och därefter resultat per verksamhet. Under höstens mätning genomfördes justeringar i mätinstrumentet. Frågor om dokumenterat kartlagt hälsotillstånd och hälsoplan togs bort och följs i stället upp genom dokumentationskontroller. Samtidigt tillkom nya frågor, bland annat avseende trycksår och kvarliggande kateter, vilket kan påverka resultatens jämförbarhet. Fridhemmets servicehus ingår inte i sammanställningen av riskbedömningarna.

Under 2025 beslutade MAS och MAR att ändra tidsintervallet för riskbedömningar från en gång per år till var sjätte månad då de personer som bor på Säbo samt flyttar in bedöms vara mer sköra. Förändringen påverkar verksamheternas arbetssätt samt resultatutfallet, där lägre siffror i jämförelse med tidigare år inte nödvändigtvis indikerar en faktisk minskning utan kan vara en följd av det kortare mätintervallet.

Övergripande resultat av riskbedömning undernäring

Mål: att samtliga boende erbjuds minst var sjätte månad en riskbedömning med verktyget Mini Nutritional Assessment(MNA) avseende undernäring som underlag att upprätta hälsoplan med insatser för prevention eller behandling. Att arbetet med prevention utförs i team där samtliga professioner deltar.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömning undernäring.



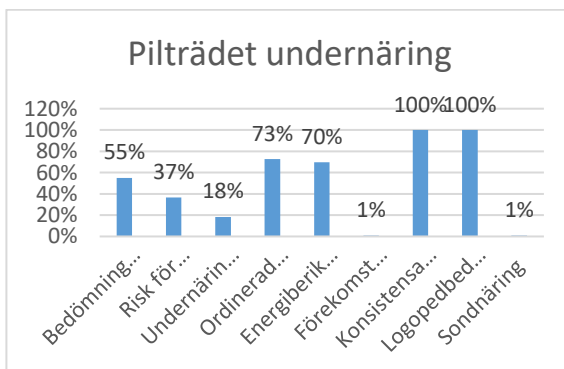
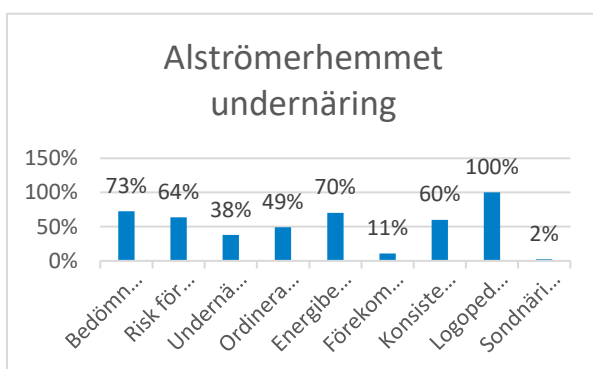
Sammanställning av samtliga verksamheter PPM - prevention v 10 och v 36 2025.

Analys av resultat: Resultatet visar att 60% har fått en riskbedömning för undernäring, vilket är ett något sämre resultat än föregående år där 70% fick en riskbedömning för undernäring. Totalt har 51 % en risk för undernäring och 25% har undernäring. Antal med risk för undernäring har ökat vilket beror på att de som flyttar in har ett försämrat hälsotillstånd och en annan bidragande orsak är att det varit omsättning på sjuksköterskor samt att Fridhemmet som tidigare bidragit med ett bra resultat inte är med i årets sammanställning. De flesta åtgärder som satts in är konsistensanpassad kost eller ordinerad näringsdryck.

Åtgärd: Fortsatt stöd till verksamheterna av förvaltningens dietister i form av nutritionsronder med sjuksköterskan och stöd i dokumentationssystemet och i Senior alert genom att processledare för dokumentation utbildar både i individuellt och i team. Att fortsätta stödja och efterfråga verksamheternas teamarbeten. Att dietisterna utbildar inom nutritionsområdet och att personalen får träna praktiskt moment som är kopplade till måltider i metodrummet

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt granskning av Senior alert och dokumentation både som egenkontroll av verksamheterna två gånger per år och journalgranskning av processledare för dokumentation. MAS och MAR utför stickprov i ett antal journaler samt kontroll av följsamhet att registrera i Senior alert i samband med den årliga uppföljningen.

Verksamheternas resultat av riskbedömning undernäring

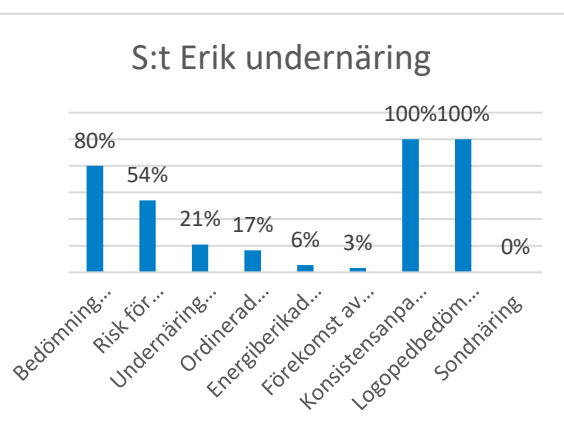
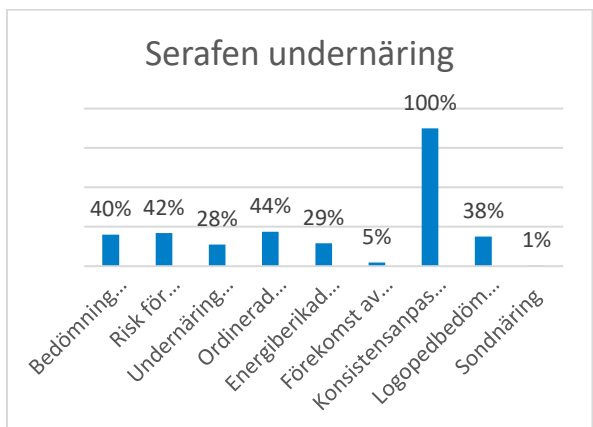


Analys av resultat: hela 73% har fått en riskbedömning och av dem har 64% risk för undernäring.

Åtgärd: att sjuksköterska med dietist genomför Nutritionsronder. Att teamarbetet säkerställs.

Analys av resultat: endast 18% av 37% med risk

Åtgärd: fortsatt samarbetet med dietisten. Säkerställ att samtliga blir erbjudna en riskbedömning.



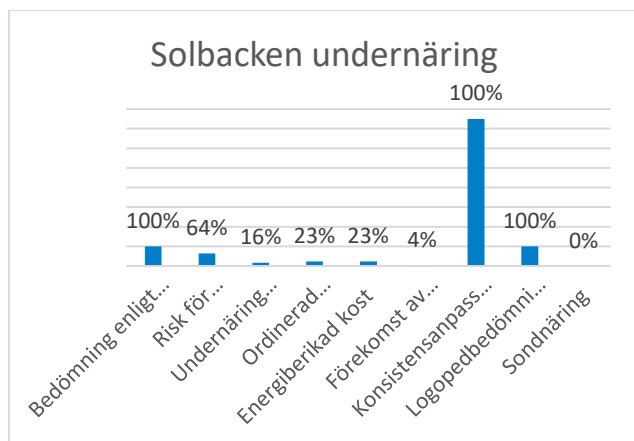
Analys av resultat: resultatet visar att det är få som fått en riskbedömning, samt att samtliga

Analys av resultat: hela 80% har fått en riskbedömning och 21% har en undernäring.

som fått en riskbedömning har risk för undernäring och lite mer än hälften är undernärda.

Åtgärd: Verksamheten behöver ta fram en plan för hur de ska öka antal riskbedömningar. Införa regelbundna nutritionsronder med dietisten. Säkerställa teamarbetet

Åtgärd: verksamheten behöver införa nutritionsronder med dietist för att se över vilka fler åtgärder som kan ordineras vid risk för undernäring och vid undernäring. Införa regelbundna nutritionsronder med dietisten. Säkerställa teamarbetet.



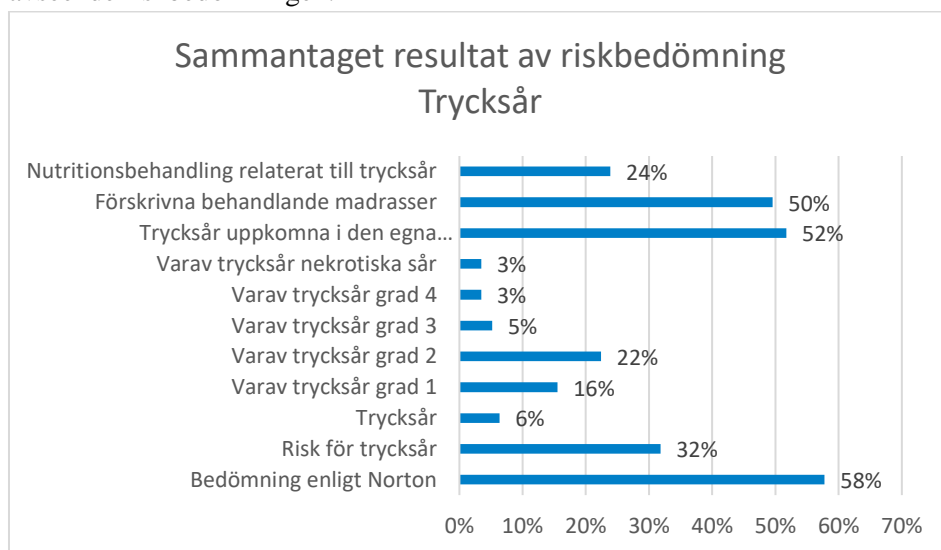
Analys av resultat: samtliga patienter har fått en riskbedömning. Lite mer än hälften har en risk för undernäring och 16% är undernärda.

Åtgärd: se över möjligheten att ha nutritionsronder med företagets dietist.

Övergripande resultat av riskbedömning trycksår

Mål: att samtliga boende erbjuds minst var sjätte månad en riskbedömning med verktyget modifierad Nortonskala avseende trycksår som underlag och att vid behov upprätta hälsoplan med insatser för prevention eller behandling. Att arbetet med prevention utförs i team där samtliga professioner deltar.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningen.



Sammanställning av samtliga verksamheter PPM - prevention v 10 och v 36 2025

Analys av resultat: Resultatet visar att 58% har fått en riskbedömning med verktyget Norton vilket är ett sämre resultat än föregående år där resultatet låg på 70 %. En trolig orsaken är att det varit omsättning på sjuksköterskor samt att Fridhemmet som tidigare bidragit med ett bra resultat inte är med i årets sammanställning. Andel med risk för trycksår är 32 % vilket är en ökning vilket beror på att de som flyttar in har ett sämre hälsotillstånd. Av de som riskbedömts har 6% trycksår samt de flesta har trycksår grad 1 och 2. De som har trycksår grad 3 och 4 har sedan tidigare sjukdomstillstånd som medför nedsatt cirkulation som i sin tur medför att trycksår lättare uppstår samt har svårigheter att läka.

Nedan finns förklaringar till de olika grader av trycksår.

Trycksår grad 1: hel hud med rodnad

Trycksår grad 2: Delhudskada. Såret är ytligt.

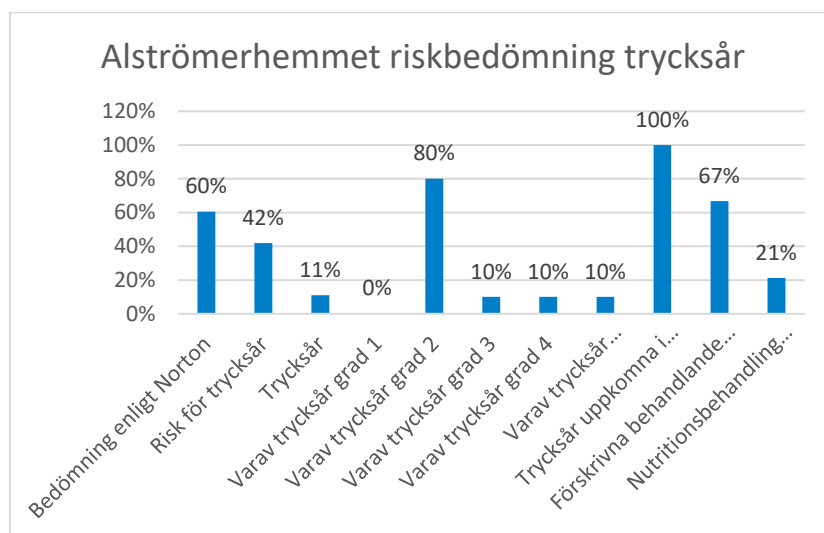
Trycksår grad 3: Fullhudskada. Skada på huden eller underhudsvävnad.

Trycksår grad 4: Omfattande skada med vävnadsnekros.

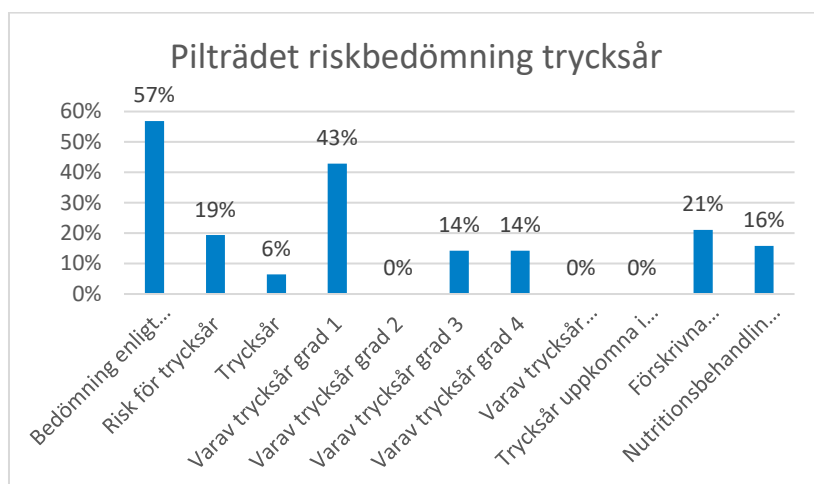
Åtgärd: Utbildat sjuksköterskor och undersköterskor i sårvård. Använda metodrummet för praktisk träning av lägesändringar och andra trycksårsförebyggande insatser. Att förvaltningens dietister genomför nutritionsronder med verksamheternas sjuksköterskor avseende patienter med trycksår och risk för trycksår. Fortsatt ge stöd till verksamheten i dokumentationssystemet genom att processledare för dokumentation utbildar både i individuellt och i team. Följa upp att trycksår registreras som en avvikelse i Vodok. Att fortsätta stödja och efterfråga verksamheternas teamarbete.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt granskning av Senior alert och dokumentation både som egenkontroll av verksamheterna två gånger per år och journalgranskning av processledare för dokumentation. MAS och MAR utför stickprov i ett antal journaler samt kontroll av följsamhet att registrera i Senior alert i samband med den årliga uppföljningen. Regelbundet minst 2 ggr/år följa upp dietisterna arbete med nutritionsronder med sjuksköterskorna.

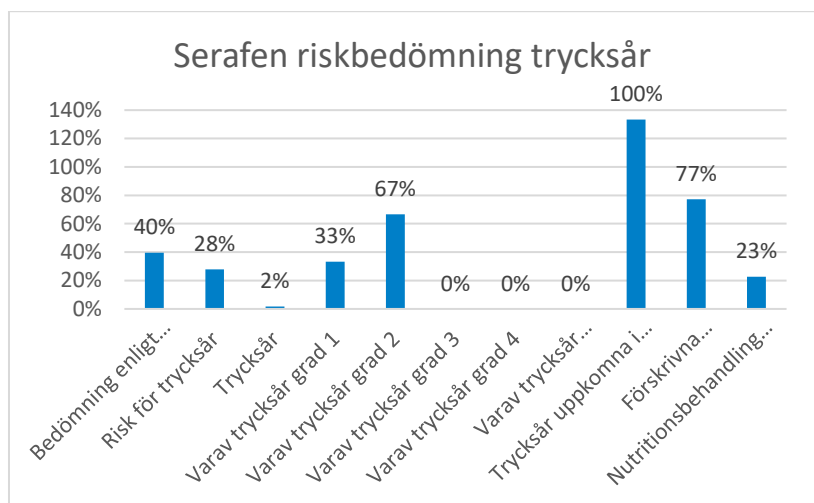
Verksamheternas resultat av riskbedömning trycksår



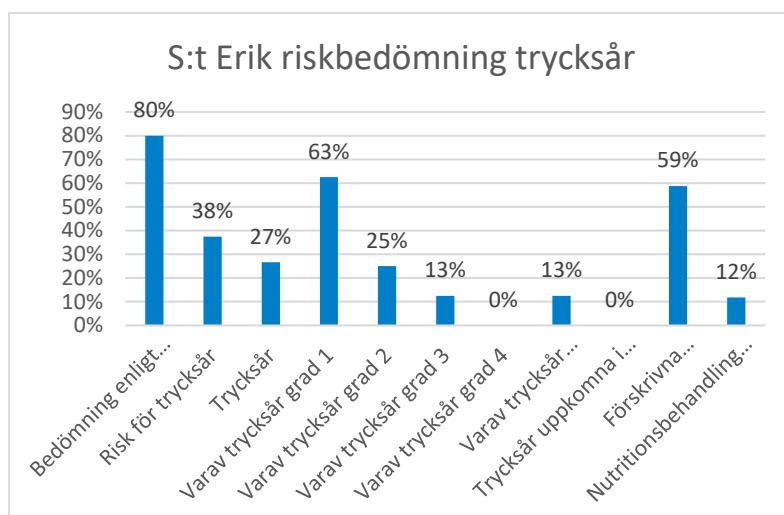
Analys av resultat: lite över hälften av patienterna har fått en riskbedömning trycksår och nästan hälften har risk för trycksår. De flesta har trycksårgrad 2, ytlig hudskada. Samtliga trycksår har uppkommit i verksamheten. Flera av patienterna med trycksår har försämrade cirkulation där det finns svårigheter att undvika nya sår samt svårigheter att läka. **Åtgärd:** Utbilda personalen i trycksårsförebyggande insatser. Att teamarbetet säkerställs samt att förvaltningens dietist deltar i teamarbetet samt i nutritionsronder. Utbilda i sårvård. Följa upp att trycksår registreras som en avvikelse i vodok.



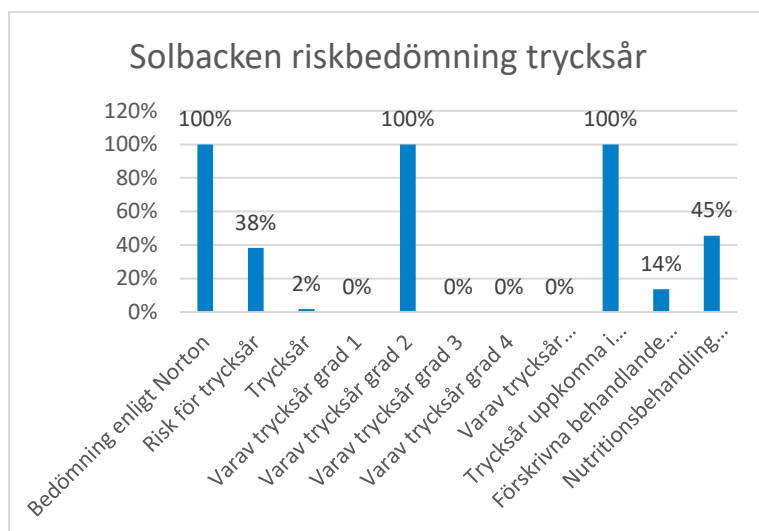
Analys av resultat: Lite över hälften av patienterna har fått riskbedömning trycksår. Det är få som har trycksår och de flesta som har trycksår har grad 1, rodnad hud. De som har trycksår grad 3 och 4 har ett försämrat hälsotillstånd som bidrar till sämre cirkulation som medför att trycksår har svårt att läka. Samtliga trycksår har uppkommit i annan verksamhet tex på sjukhus eller i hemmet innan patienten flyttade in. **Åtgärd:** Utbilda personalen i trycksårsförbebyggande insatser. Att teamarbetet säkerställs samt att förvaltningens dietist deltar i teamarbetet samt i nutritionsronder. Utbilda i sårvård. Följa upp att trycksår registreras som en avvikelse i Vodoks avvikelsemodul.



Analys av resultat: Det är få patienter som fått en riskbedömning trycksår. Endast 2% har trycksår och de flesta har trycksår grad 1 eller grad 2 och samtliga är uppkomna i verksamheten. De flesta har en förskriven madrass, dock har få en nutritionsbehandling. **Åtgärd:** Verksamheten behöver säkerställa att samtliga patienter blir erbjudna en riskbedömning. Utbilda personalen i trycksårsförbebyggande insatser. Att teamarbetet säkerställs samt att förvaltningens dietist deltar i teamarbetet samt i nutritionsronder. Utbilda i sårvård. Följa upp att trycksår registreras som en avvikelse i vodok.



Analys av resultat: De flesta har fått en riskbedömning trycksår och de flesta som har trycksår har grad 1, hudrodnad. Samtliga trycksår har uppkommit i annan verksamhet eller i hemmet innan inflytt. Lite över hälften har en förskriven behandlande madrass. Få har en nutritionsbehandling. **Åtgärd:** Utbilda personalen i trycksårsförebyggande insatser. Att teamarbetet säkerställs samt att förvaltningens dietist deltar i teamarbetet samt i nutritionsrönder. Följa upp att trycksår registreras som en avvikelse i vodok.



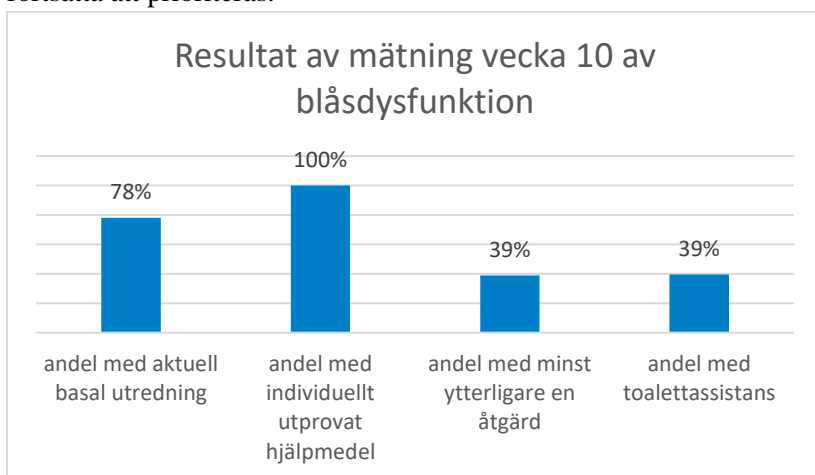
Analys av resultat: Samtliga har fått en riskbedömning trycksår. Endast 2% har trycksår och samtliga är uppkomna i verksamheten. Hälften har en nutritionsåtgärd kopplad till trycksår. Det är få patienter som har en förskriven madrass. **Åtgärd:** Se över behovet av behandlande madrass. Att teamarbetet säkerställs samt att företagets dietist deltar i teamarbetet. Se över behov av att utbilda personalen i trycksårsförebyggande insatser.

Övergripande resultat av riskbedömning av blåsdysfunktion (nedsatt funktion att tömma urinblåsan)

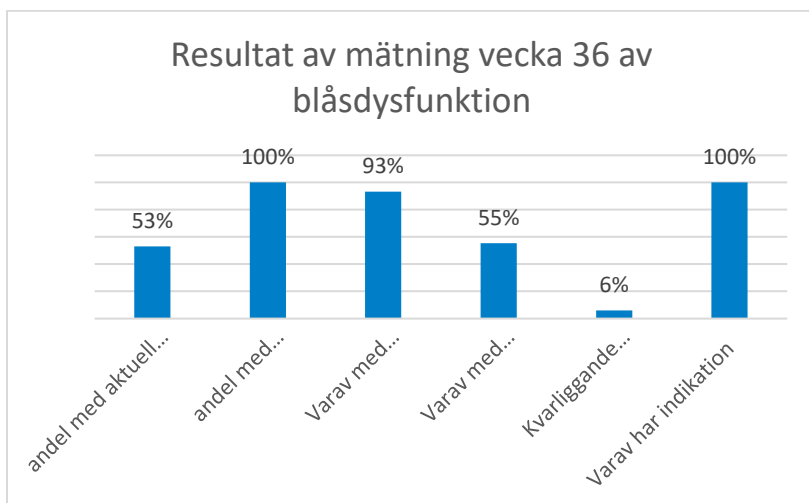
Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning.

Resultat: Resultatet av mätningen redovisas separat för vecka 10 och vecka 36, då frågorna till vecka 36 mätning utökades med frågor om andel med dokumenterad blåsdysfunktion, andel med urinkateter samt indikation för den. Det sammanlagde resultatet för både vecka 10 och 36 visar att 66% har en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion vilket är samma resultat som föregående år. Totalt har 96 % fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel vilket är en positiv ökning jämfört med föregående år med 72%. Det sammantagna resultatet av andel patienter med toalettassistans som åtgärd

har ökat något från tidigare 35% till 47% vilket är en positiv utveckling dock behöver åtgärden fortsätta att prioriteras.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v 10 2025



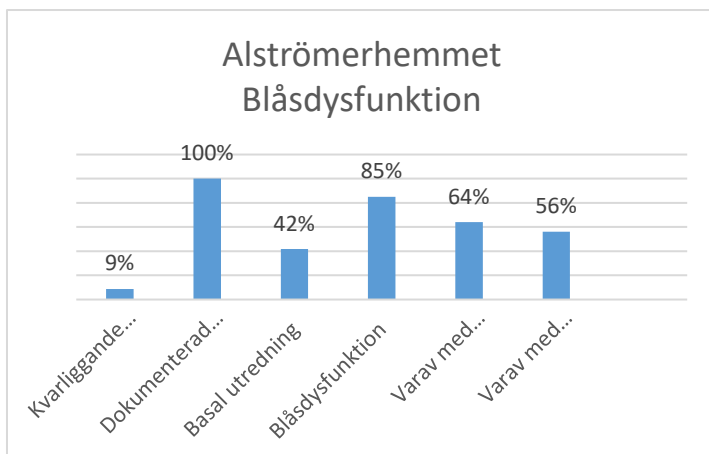
Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v 36 2025

Analys av resultat: Flertalet har individuella utprovade hjälpmedel, dock behöver andel basala utredningar öka. En trolig orsak till att alla inte har en aktuell basal utredning är att flertal som flyttar in på särskilt boende sedan tidigare har förskrivna inkontinens hjälpmedel och en annan trolig orsak är att sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap inom området. Totalt har 13 sjuksköterskor en formell kompetens inom området och 28 sjuksköterskor har reell kompetens av totalt 41 sjuksköterskor. Teamarbetet kring hjälpmedel vid kontinens behöver stärkas så att följsamheten från förskrivning till användandet fungerar genom hela processen. Andel personer som behandlas med urinkateter är 7 % vilket är oförändrat jämfört med föregående år på 8%.

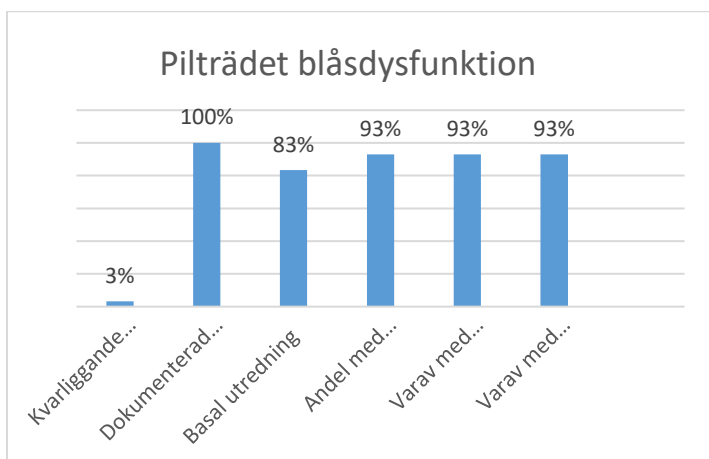
Åtgärd: Öka kompetensen och teamarbetet hos samtlig personal genom utbildning och föreläsningar inom området. Dels genom att bjuda in föreläsare till olika möten för samtlig personal både lokalt i verksamheterna samt till nätverksträffar. Att fler sjuksköterskor ges möjlighet att genomföra högskoleutbildningen Inkontinensvård vid Sophiahemmet högskola och därefter kunna handleda personalen.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år. Samt följa upp hur verksamheterna säkerställer kompetensen och teamarbetet i samband med den årliga Qusta uppföljningen.

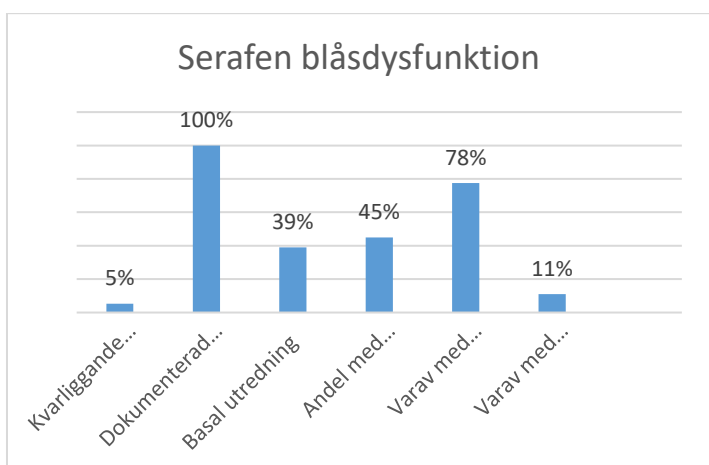
Verksamheternas resultat av riskbedömning blåsdysfunktion



Analys av resultat: av de som har en urinkateter har samtliga en indikation. Flertalet av de som fått en basal utredning har en blåsdysfunktion. 64% ha inkontinenshjälpmedel och hälften har även toalettassistans som insats. **Åtgärd:** säkerställa att samtliga erbjuds en basal utredning och att varje patient får vid behov ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel och att det hjälpmedel som ordinerats används och följs upp. Se över möjligheten att erbjuda fler toalettassistanser som insats. Se över behov av kompetensutveckling inom området kontinens.

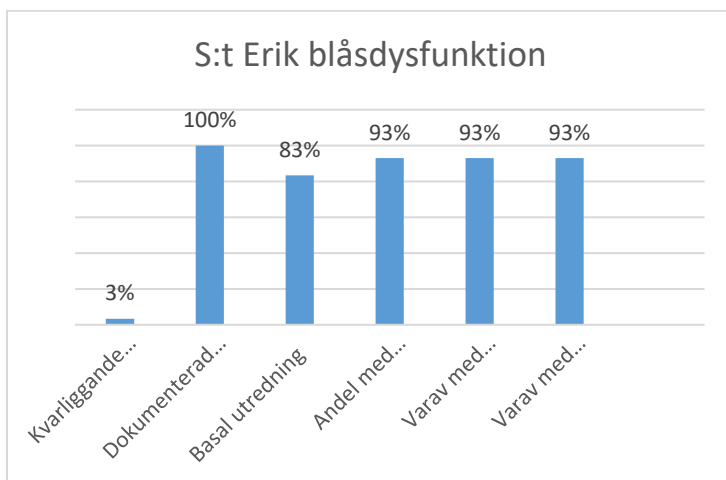


Analys av resultat: de flesta har fått en basal utredning och de flesta har också en blåsdysfunktion där det finns utprovade inkontinenshjälpmedel och samtliga har också toalettassistans som insats vilket är positivt. **Åtgärd:** fortsatt att erbjuda basal utredning och säkerställ att rätt inkontinenshjälpmedel ordinerar och används. Fortsätt det goda arbetet med toalettassistans som insats det stärker patientens egna blåsfunktionen.

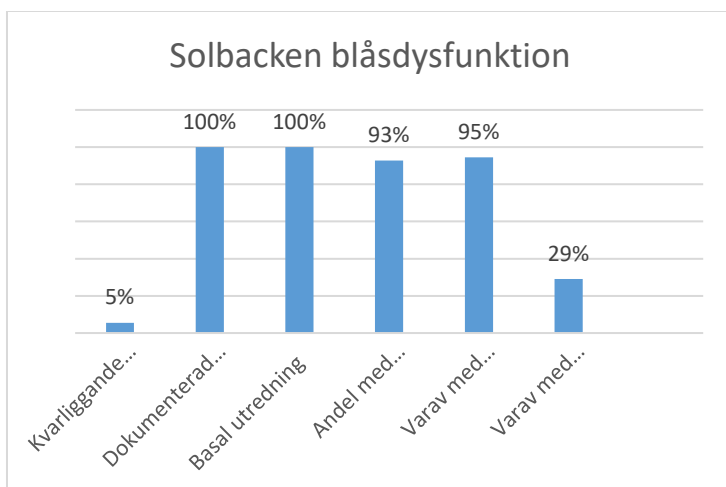


Analys av resultat: det är få patienter som fått en basal utredning av dom har cirka hälften en blåsdysfunktion och i stort sett samtliga har ordinerat inkontinenshjälpmedel. Endast 11% har toalettassistans som insats.

Åtgärd: säkerställ att samtliga patienter erbjuds en basal utredning och att de som har behov ordinerar rätt inkontinenshjälpmedel. Se över möjligheten att erbjuda fler toalettassistanser som insats för att stärka patienternas egna blåsfunktion. Se över behov av kompetensutveckling inom området kontinens.



Analys av resultat: hela 83% patienterna har fått en basal utredning och i stort sett har samtliga en blåsdysfunktion med inkontinenshjälpmedel och toalettassistans som insats. **Åtgärd:** fortsätt det goda arbetet inom området kontinens.

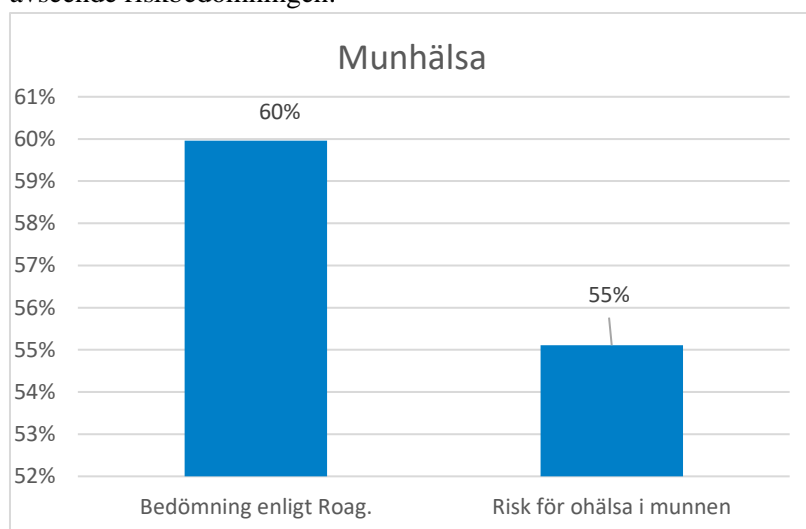


Analys av resultat: samtliga patienter har fått en basal utredning och i stort sett har samtliga en blåsdysfunktion med inkontinenshjälpmedel förskrivet. Endast 29% har toalettassistans som insats. **Åtgärd:** Fortsätt det goda arbetet med att erbjuda basal utredning. Se över möjligheten att erbjuda fler patienter toalettassistans som insats.

Övergripande resultat av riskbedömning munhälsa

Mål: att samtliga boende erbjuds minst var sjätte månad en riskbedömning med verktyget Roag avseende munhälsa som underlag och att vid behov upprätta hälsoplan med insatser för prevention eller behandling. Att arbetet med prevention utförs i team där samtliga professioner deltar.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningen.



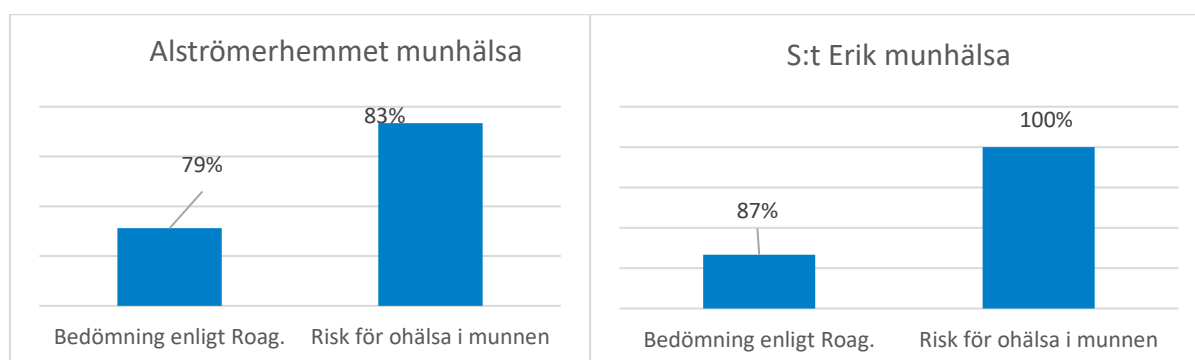
Sammanställning av samtliga verksamheter PPM - prevention v 10 och v 36 2025

Analys av resultat: Resultatet visar att 60% har fått en riskbedömning avseende munhälsa, vilket är ett sämre resultat än föregående år som var 80%. Totalt har 55 % en risk för ohälsa i munnen. Antal med risk för ohälsa i munnen är oförändrat jämfört med föregående år.

Åtgärd: Fortsatt stöd till verksamheterna genom extern utbildning av företaget som också erbjuder munhälsobedömningar. Att personalen får träna praktiskt moment som är kopplade till munhälsa i metodrummet

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt följsamhet att registrera i Senior alert i samband med den årliga uppföljningen. Följa upp genom antal genomförda utbildningar genom tandvårds enhetens digitala system.

Verksamheternas resultat av riskbedömning munhälsa

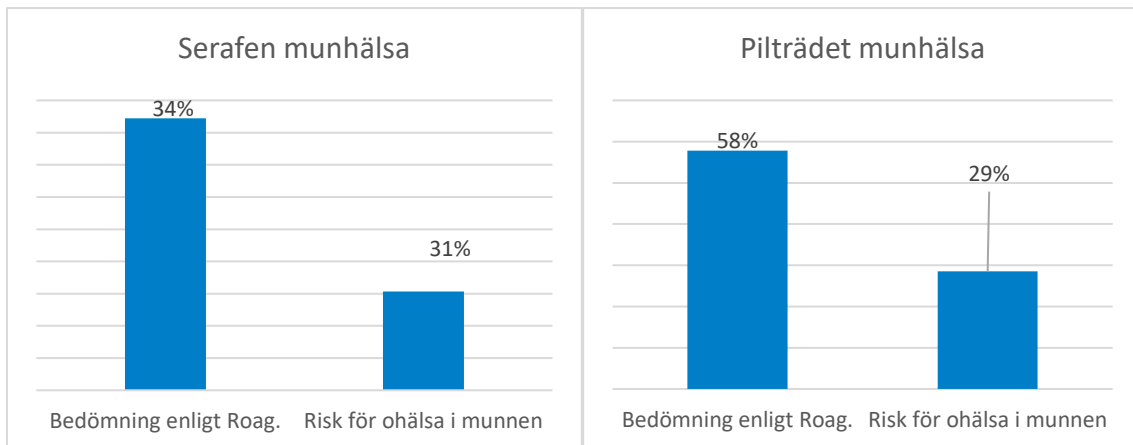


Analys av resultat: Flertalet har fått en bedömning munhälsa och de flesta har en risk för ohälsa.

Åtgärd: säkerställ kompetens hos baspersonalen genom utbildning av avtalad utförare av munhälso- Använd förvaltningens metodrum för bedömningar. praktiskträning.

Analys av resultat: Flertalet har fått en bedömning av munhälsan och samtliga har risk för ohälsa

Åtgärd: säkerställ kompetensen hos baspersonalen genom utbildning av avtalade utförare av munhälso- bedömningar. Använd förvaltningens metodrum för praktisk träning.

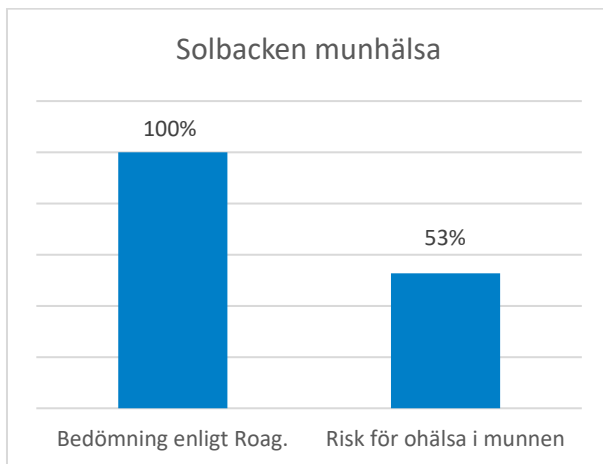


Analys av resultat: det är få som fått en bedömning av munhälsan, och i stort sett samtliga har risk för ohälsa. Dock får i stort sett samtliga som tackat ja till en munhälsobedömning av avtalad utförare fått hjälp med sin munhälsa.

Åtgärd: Säkerställ att samtliga patienter får en riskbedömning av munhälsan. Säkerställ kompetens hos baspersonalen genom utbildning av avtalad utförare av munhälsobedömningar och praktisk träning i förvaltningens metodrum.

Analys av resultat: lite över hälften har fått en munhälsobedömning. På servicehus har flera av patienterna egna tandläkare och tackar därför nej till munhälsobedömning. Flertal har risk för ohälsa i munnen.

Åtgärd: säkerställ att alla erbjuds en munhälsobedömning. Säkerställ kompetensen hos baspersonalen genom utbildning av avtalade utförare av munhälsobedömningar och praktisk träning i förvaltningens metodrum.



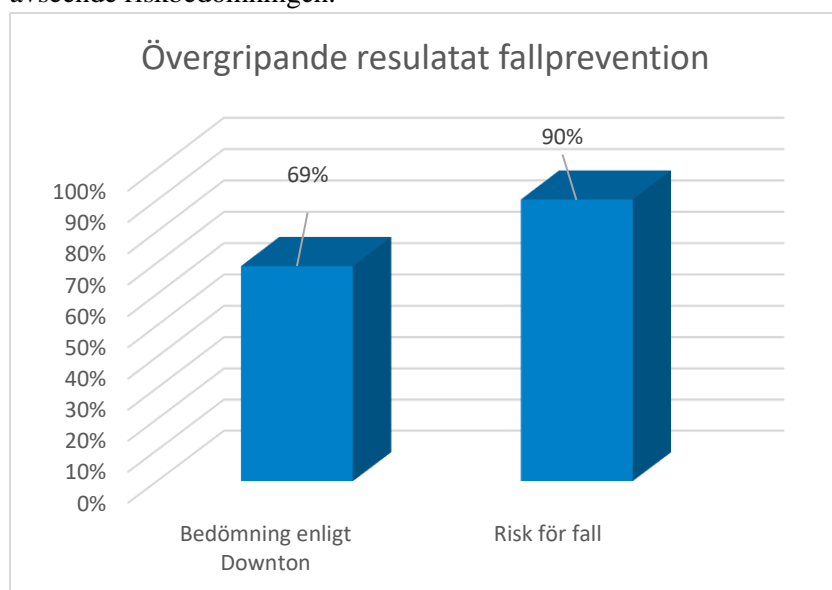
Analys av resultat: samtliga patienter har fått en munhälsobedömning och hälften av risk för ohälsa.

Åtgärd: säkerställ kompetensen hos baspersonalen genom utbildning av avtalad utförare av munhälsobedömningar. Ordna så att personalen kan träna praktiska moment inom området munhälsa.

Övergripande resultat av riskbedömning fall

Mål: att samtliga boende erbjuds minst var sjätte månad en riskbedömning med verktyget Downton avseende fall som underlag och att vid behov upprätta hälsoplan med insatser för prevention eller behandling. Att arbetet med prevention utförs i team där samtliga professioner deltar.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningen.



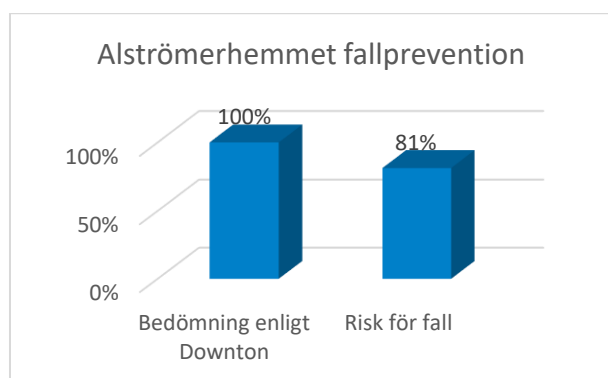
Sammanställning av samtliga verksamheter PPM - prevention v 10 och v 36 2025

Analys av resultat: Majoriteten av våra patienter har en fallriskbedömning som ej är äldre än 6 mån. Detta tyder på en mer uppdaterad kartläggning av patienters hälsotillstånd och risker. Av dessa så har näst intill alla en bedömd risk för fall enligt Downton vilket korrelerar med vår förväntan gällande våra boendens hälsotillstånd.

Åtgärd: Fortsätta stödja verksamheterna i implementering av nytt arbetssätt att arbeta med riskbedömningar i Senior alert med ny bedömning var 6:e månad.

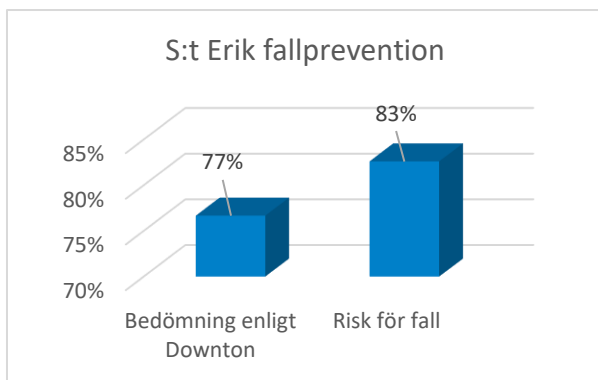
Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt följsamhet att registrera i Senior alert i samband med den årliga uppföljningen.

Verksamheternas resultat av riskbedömning fall



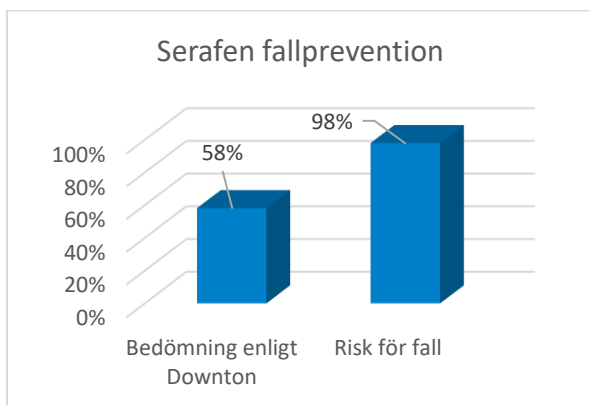
Analys av resultat: Samtliga boenden hade vid tillfället för mätningen en riskbedömning gällande fallrisk som ej var äldre än 6 månader vilket tyder på ett väl inarbetat arbetssätt och god kartläggning av patienters hälsotillstånd.

Åtgärd: Fortsätta stödja verksamheterna i implementering av ett nytt arbetssätt med att arbeta med riskbedömningar i Senior alert med ny bedömning var 6:e månad.



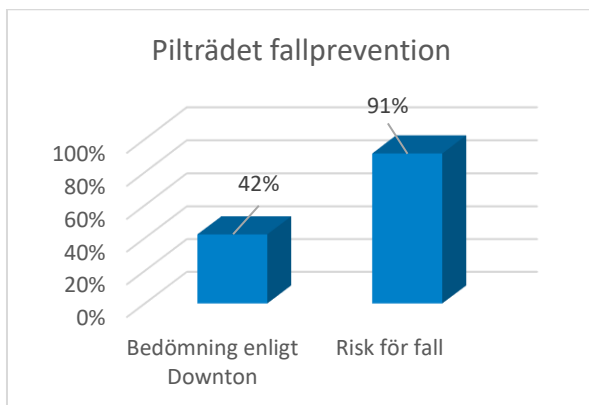
Analys av resultat: Vid mätningstillfället så hade mer än majoriteten av St Eriks boenden en fallriskbedömning som ej var äldre än 6 månader. Viktigt att lyfta är att vid vårens mätning 2025 så hade samtliga boenden en aktuell fallriskbedömning. Resultatet är därför med stor sannolikhet inte lägre utan det är tidsintervallet för mätningarna som blivit tätare.

Åtgärd: Fortsätta att stödja verksamheterna i implementering av ett nytt arbetssätt, att utföra riskbedömningar i Senior alert med ny bedömning var 6:e månad.



Analys av resultat: Vid mätningstillfället så hade strax över hälften av Serafens boenden en fallriskbedömning som ej var äldre än 6 månader. Viktigt att lyfta är att vid vårens mätning 2025 så hade samtliga boenden en aktuell fallriskbedömning. Resultatet är därför med stor sannolikhet inte lägre utan det är tidsintervallet för mätningarna som blivit tätare.

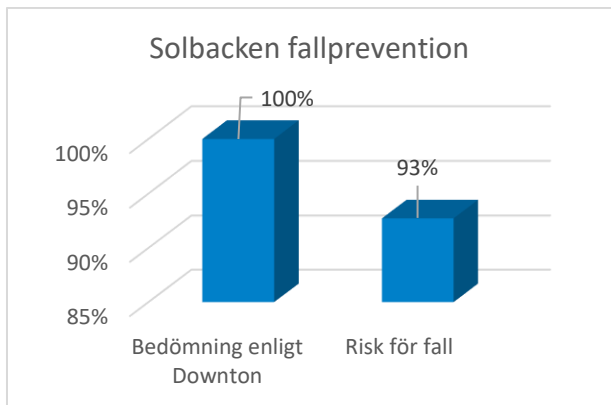
Åtgärd: Fortsätta att stödja verksamheterna i implementering av ett nytt arbetssätt, att utföra riskbedömningar i Senior alert med ny bedömning var 6:e månad.



Analys av resultat: Vid mätningstillfället så hade strax under hälften av Pilträdet's boenden en fallriskbedömning som ej var äldre än 6 månader. Viktigt att lyfta är att vid vårens mätning 2025 så hade näst

intill samtliga boenden en aktuell fallriskbedömning. Resultatet är därför med stor sannolikhet inte lägre utan det är tidsintervallet för mätningarna som blivit tätare.

Åtgärd: Fortsätta stödja verksamheterna i implementering av ett nytt arbetssätt med att arbeta med riskbedömningar i Senior alert med ny bedömning var 6:e månad.



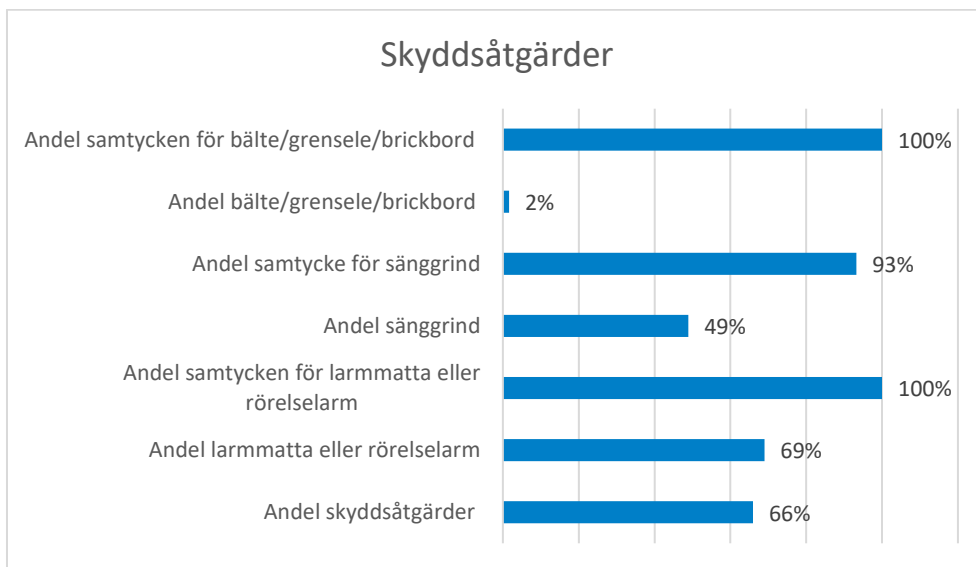
Analys av resultat: Vid mätningstillfället så hade samtliga boenden en fallriskbedömning som ej var äldre än 6 månader. Solbacken har redan ett väl inarbetat arbetssätt gällande att utföra riskbedömningar var 6:e månad. Fallrisken är hög vilket överensstämmer med skörhetsgraden för patienterna som bor på Solbacken.

Åtgärd: Fortsätta följa upp verksamheterna vid PPM två gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder fortsätter användas återhållsamt.

Resultat: Resultat av statistik vid två PPM-mätningar under året visar att 66 % av patienterna har beslut om skyddsåtgärd, vilket visar ökning jämfört med föregående år där 38% hade beslut om skyddsåtgärd. Andelen beslut om skyddsåtgärd är generellt lägre för servicehusen i jämförelse med vård- och omsorgsboende. Majoriteten av skyddsåtgärder är sänggrind, rörelselarm och larmmatta. De flesta har ett dokumenterat samtycke till skyddsåtgärden vilket är positivt.



Sammanställning PPM – skyddsåtgärder v 10 och v36 2025

Analys av resultat: Bedömningen är att användningen av skyddsåtgärder har ökat och den troliga orsaken är att de personer som flyttar in har ökad risk för fall och larm sätts in som skyddsåtgärd. Andel beslut om grind har ökat vilket beror på att fler som flyttar in har ett sämre hälsotillstånd. Verksamheterna behöver fortsätta utveckla arbetssätt för att regelbundet följa upp samtycken och ordinationen för skyddsåtgärden. Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner är något verksamheterna ska förbättra.

Åtgärd: Fortsätta att öka kunskapen om skyddsåtgärder och vart beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras samt följa upp beslutet.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Senior alert

I Senior alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index).

Mål: att alla verksamheter registrera i Senior alert.

Resultat: Av statistik i registret framgår att två av fem verksamheter är aktiva med att registrera i senior alert och två har mer sporadiskt registrerat och en verksamhet har inte registrerat något. Totalt är det 187 unika personer som är registrerade fram till 31/12 2025. Av de patienter som är inlagda i registret med en risk har 63 % en åtgärdsplan och 66 % av de planerade åtgärderna är utförda.

Analys av resultat: Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett prioriterat område 2026 i stadsdelens särskilda boenden. Statistiken i Senior alert är inte att jämföra med de genomförda bedömningar inom riskområdena som utförts i verksamheterna. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna.

Åtgärd: Ge verksamheterna stöd och utbildning i att registrera och att systematiskt använda senior alert i patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning av åtgärd: att varje månad följa antal registrering i senior alert samt efterfråga resultat i samband med möte med enhetschefer med ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

Mål: 75 % av medarbetarna ska följa samtliga åtta steg i basalhygien och klädregler

Resultat:

Verksamhet:	2024	2025
Alströmerhemmet	95 %	95 %
Pilträdet	95 %	96 %
Serafen	85 %	90 %
S:t Erik	92 %	98 %
Solbacken	93 %	89 %
Totalen	92 %	94 %

Sammanställning PPM 2024 och 2025 via stadens system Esmaker.

Analys av resultat: resultaten av punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet av basal hygien har förbättrats för samtliga verksamheter jämfört med föregående år. En trolig orsak till att resultaten har förbättrats är att hygienombud och observatörer i verksamheter som genomför mätningen har fått bättre förutsättningar att genomföra observationerna och att det finns goda förutsättningar för

medarbetarna att följa basal hygien, att det finns tillgång till tvål, handsprit, handskar och förkläden samt personalkläder. En annan orsak kan vara uppföljande möten där hygienombud och observatörer träffas från alla verksamheter för att gå igenom resultat, dela med sig av sina erfarenheter och ge varandra stöd i sitt arbete. Verksamheterna arbetar strukturerat med egenkontroller och med att kontinuerligt påminna och utbilda i basal hygien. Det har varit en stående punkt vid verksamheternas olika möten.

Åtgärd: Genomföra PPM Basal hygien och klädregler minst två gånger per år och hygienisk egenkontroll en gång om året. Följa antal vårdrelaterade infektioner 2 gånger per år. Säkerställa att verksamheterna kontinuerlig utbildar i följsamhet till basal hygien och klädregler. Att verksamheterna utför regelbundet egenkontroller. Fortsätta träffa hygienombuden minst en gång om året för att följa upp resultatet av PPM Basal hygien och klädregler.

Uppföljning av åtgärd: inhämta resultat från PPM basal hygien och klädregler, följa upp verksamheternas hygieniska egenkontroll och protokoll från hygienrond samt det smittförebyggande arbetet i samband med den årliga QUSTA uppföljningen samt vid verksamhetsbesök.

Infektioner/multiresistenta bakterier

Inhämtad statistik från verksamheterna visar att antal infektioner och vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier fortfarande är relativt lågt vilket är positivt.

Mål: att antal vårdtagare med infektioner och känt bärarskap av multiresistenta bakterier minskar

Resultat: Resultatet av infektionsregistreringen visar att de vanligaste infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och sårinfektioner.

Analys av resultat: att verksamheterna har väl inarbetade rutiner då infektioner och multiresistenta bakterier upptäcks.

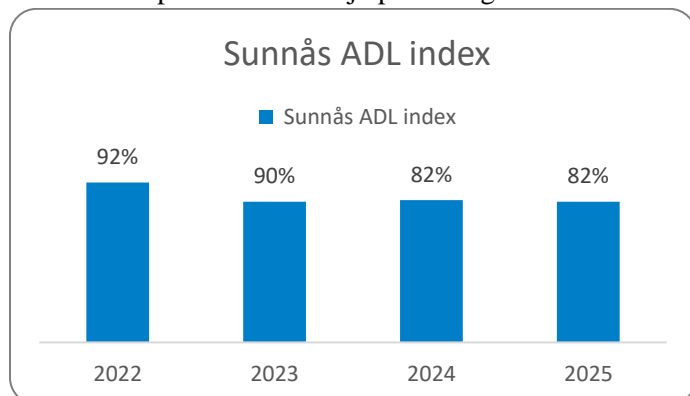
Åtgärd: säkerställa att basala hygienrutiner och klädregler följs. Att vårdhygienisk egenkontroll genomförs på samtliga särskilda boenden Att smittskydds handlingsprogram för anmälningsskyldiga multiresistenta bakterier är känt i verksamheten.

Uppföljning av åtgärd: Sammanställa och ta del av infektionsregistrering minst två gånger per år. Ta del av PPM mätning basal hygien två gånger om året.

Funktionsbedömning ADL

Mål: Att alla som flyttar in på SÄBO får en funktionsbedömning

Resultat: Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet (ADL) inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt (82 %) och ger grund för att individanpassa stöd och hjälp i vardagen.



Diagrammet tas fram efter sökning i Vodok

Analys av resultat: Resultatet visar att rutiner för bedömning är kända av personalen och i huvudsak följs. En grundläggande förutsättning för detta är att bedömningsverktyget är välkänt och etablerat i verksamheten. Årets resultat ligger i nivå med föregående år, medan utfallet sett över en treårsperiod har legat omkring 90 procent.

Vidare framgår att verksamheter med lägst andel genomförda ADL-bedömningar ofta har patienter med hög grad av skörhet, kognitiv svikt och/eller komplex sjukdomsbild. Detta kan innebära svårigheter att genomföra bedömningen med befintligt mätinstrument. Verksamheter med högre resultat återfinns främst inom servicehus, där patienterna generellt har bättre funktionsförmåga och i större utsträckning kan delta aktivt vid bedömningstillfället.

En ytterligare faktor som kan påverka resultatet är periodvis otillräcklig bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter, bland annat till följd av personalomsättning, vilket kan ha begränsat möjligheterna att genomföra ADL-bedömningar i önskad omfattning.

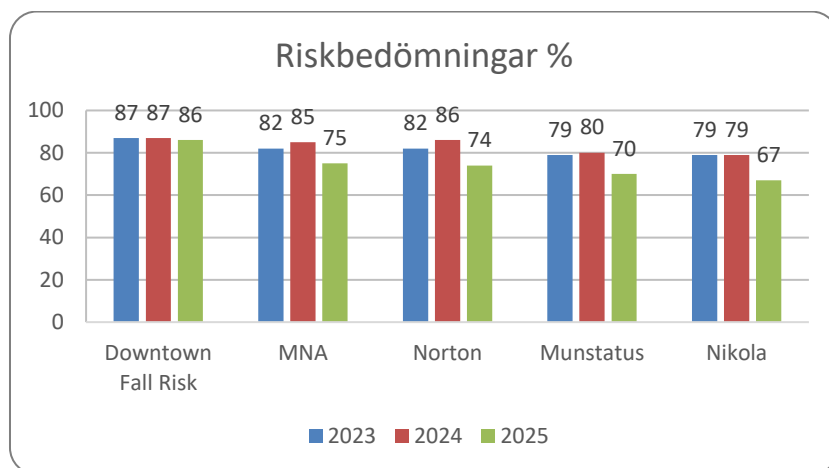
Åtgärd: Följa bemanning av yrkesprofessionen fysioterapeut och arbetsterapeut.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

Riskbedömningar (statistik från Vodok)

Mål: Att riskbedömningar utförs rutinemässigt så att patienten med risk upptäcks i tid och får nödvändiga insatser.

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med trycksår och nutrition samt munhälsa, inkontinens och fallrisk är något lägre jämfört med föregående års mätning. Andel riskbedömningar ligger på en god nivå.



Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår vid mätdatum 1 oktober. Korttidsboende ingår inte i statistiken. Nikola (bedömning av urinblåsans funktion)

Analys av resultat: Resultatet visar på ett något lägre resultat än föregående år. En trolig orsak är avveckling av fridhemmet samt att det inte varit samma kontinuitet band sjuksköterskorna.

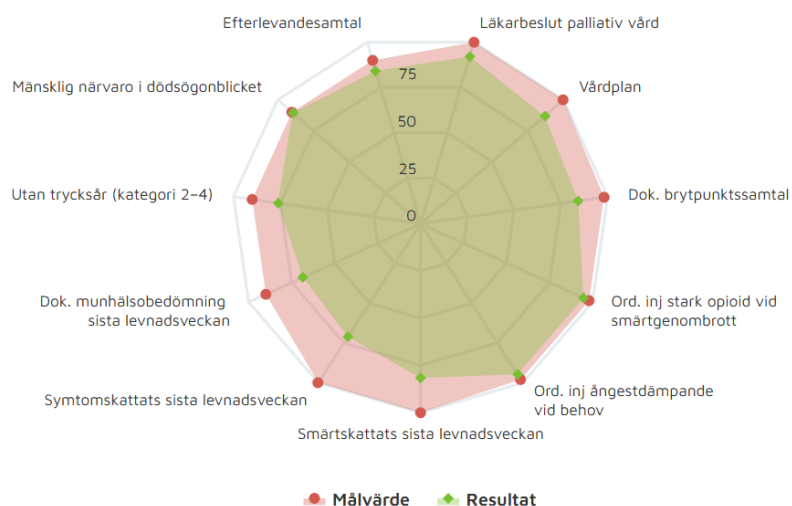
Åtgärd: Fortsatt uppföljning av riskbedömningarnas genomförandegrad genom egenkontroll och statistik i journalsystemet och Senior Alert minst två gånger per år.

Uppföljning av åtgärd: Ingen aktiv uppföljning av åtgärd

Övergripande resultat av Palliativa registret - Vård i livets slutskede

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sitt resultat i verksamhetens kvalitetsarbete.

Resultat: resultatet visar på ytterligare en försämring att registrera avlidna i det palliativa registret. Efterlevande samtal och upprättande av vårdplan har ökat vilket är positivt. Det som behöver förbättras är bedömd symtomskattning (kontinuerlig bedömning av vanliga besvär som smärta, oro, andnöd) trötthet och nedstämdhet) och smärtskattning även om resultatet blivit något bättre jämfört med föregående år.



Kvalitetsindikator	Målvärde	2023	2024	2025
Eftersamtal erbjudet	100	80	80	84
Läkarsamtal till patienten	100	44	79	82
Munhälsa bedömd	100	50	61	68
Avliden utan trycksår	90	67	89	76
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	84	78	90
Utförd validerad smärtskattning	100	69	62	82
Lindrad från smärta	100	92	92	95
Lindrad från ångest	100	91	94	95
Läkarinformation till närstående	100	83	76	82
Antal registrerade dödsfall:		102	46	38

Statistik från Svenska Palliativregistret

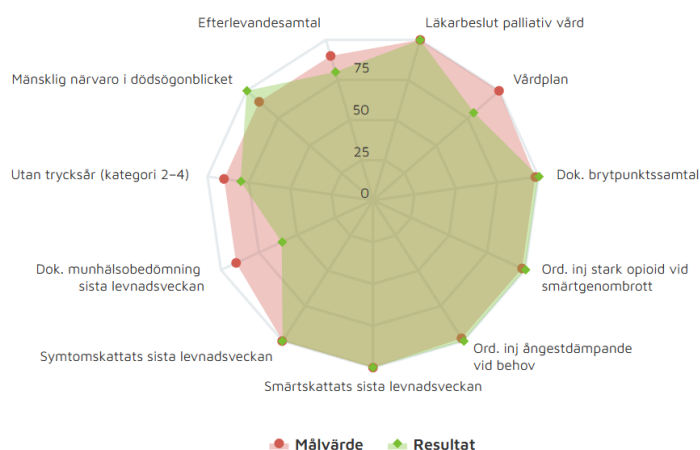
Analys av resultat: kvalitetsindikatorerna för de som är registreras i registret ligger stabilt. En positiv utveckling som vi ser är att indikatorn för mänsklig närvaro har ökat även antal utförda smärtskattningar har ökat. De flesta verksamheter har kommit i gång att utveckla den palliativa vården. Dock behöver arbetet fortsätta att säkerställas. Verksamheterna behöver se över sina rutiner och arbetssätt så att samtliga avlidna registreras i det palliativa registret.,

Åtgärd: att följa utvecklingen av antal avlidna som registreras i det palliativ registret vi hälso- och sjukvårdens processteam. Att cheferna i verksamheter med stöd av MAS säkerställer den palliativa vården genom att utbildar palliativa ombud som ges möjlighet till nätverksträffar för att fortsätta utveckla det palliativa förhållningssättet inom sin arbetsplats. Att verksamheterna använder Palliativt kunskapscenter (PKC) och palliativa registret i förbättring och utvecklingsarbete. Att medarbetarna använder Dö bra kortleken som stöd för att samtala om hur den äldre vill ha det sin sista tid i livet.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig kontroll av registreringsgrad i palliativa registret både vid möten hälso- och sjukvårdens processteamets och i samband med årliga uppföljningar av hälso- och sjukvården. Kontroll av dokumentation i Vodok av om det finns dokumenterat i journal hur personen vill ha det sin sista tid i livet.

Verksamheternas resultat palliativa registret

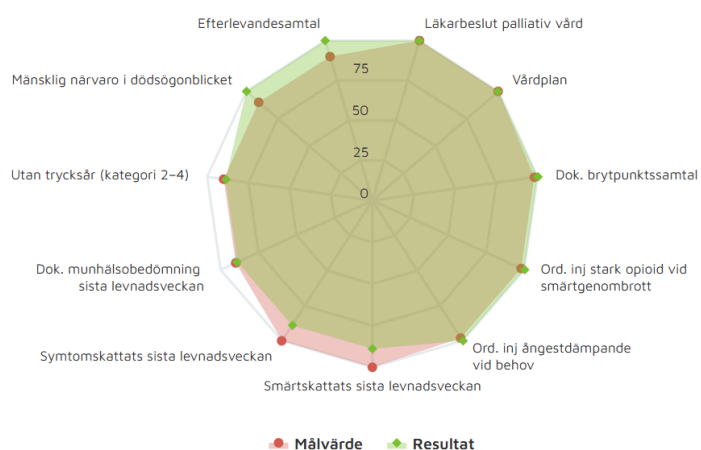
Alströmerhemmet



Analys av resultat: resultatet visar att verksamheten har bra rutiner och arbetssätt i den palliativa vården.

Åtgärd: säkerställ att munhälsan alltid blir bedömd och att den dokumenteras i den palliativa vårdplanen. Få in i rutinen att registrera alla avlidna i det palliativa registret.

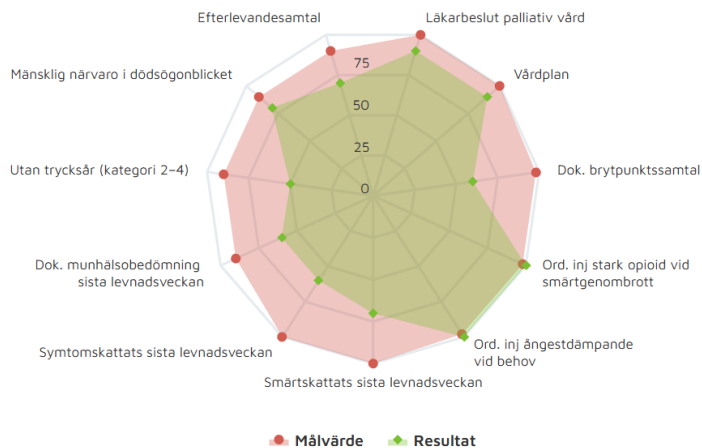
S:t Erik



Analys av resultat: Resultatet visar att verksamheten har bra rutiner och arbetssätt i palliativa vården

Åtgärd: Fortsätt det goda arbetet och få i gång arbetet med palliativa ombuden. Säkerställ att samtliga avlidna i verksamheten registreras i palliativa registret.

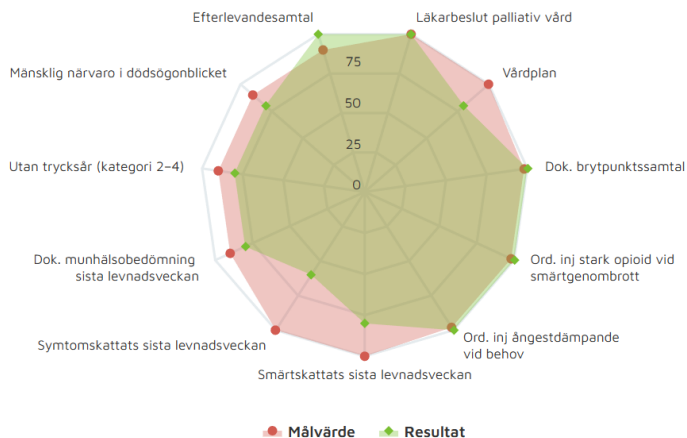
Serafen



Analys av resultat: verksamhetens resultat visar på behov av att utveckla och säkerställa den palliativa vården inom de flera områden och dokumentera hela processen i vårdplan. Troligen utförs mer av åtgärderna men att det inte dokumenteras.

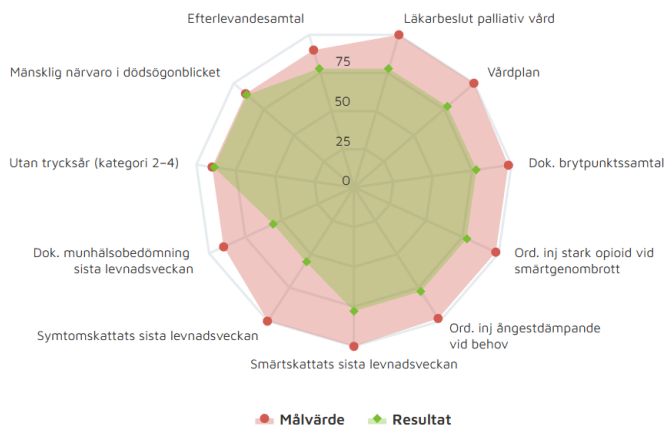
Åtgärd: utveckla och säkerställ hela den palliativa vårdprocessen genom att öka kunskapen genom att använda de avtalade palliativt kunskapscenter (PKC). Få i gång arbetet med palliativa ombuden. Ta hjälp av processledaren för dokumentation av den palliativa vårdplanen och säkerställ att samtliga avlidna i verksamheten registreras i palliativa registret.

Pilträdet



Analys av resultat: verksamheten har bra arbetssätt och rutiner för den palliativa vården. Ett område som kan utvecklas är arbetet med symtomskattning. **Åtgärd:** Säkerställ att samtliga avlidna i verksamheten registreras i palliativa registret och säkerställ att symtomskattning utförs kontinuerligt.

Solbacken



Analys av resultat: verksamhetens resultat visar på behov av att utveckla och säkerställa den palliativa vården inom områdena och dokumentera hela processen i vårdplan.

Åtgärd: utveckla och säkerställ hela den palliativa vårdprocessen genom att öka kunskapen genom att använda palliativt kunskapscenter (PKC). Ta hjälp av processledaren för dokumentation av den palliativa vårdplanen och säkerställ att samtliga avlidna i verksamheten registreras i palliativa registret.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade

patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra

till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan

säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att kompetensen

och förståelsen hos all medarbetare behöver ökas för att förbättra rapportering av

avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta

mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i

medarbetargruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

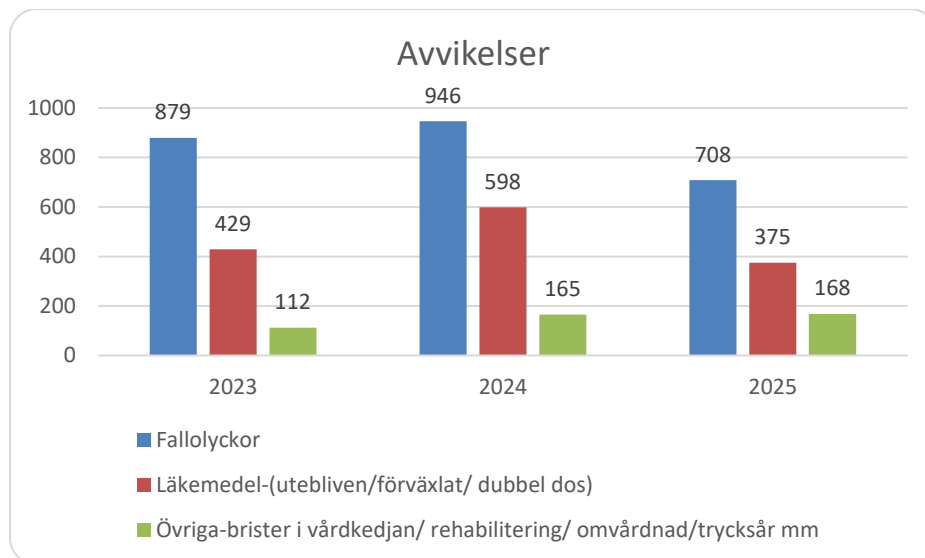


Registrerade avvikelser fall, läkemedel och övriga brister i vårdkedjan, rehabilitering, trycksår mm

Mål: god kunskap om avvikelser och vårdskador och öka antal inrapporterade avvikelser

Resultat: Under året har totalt antal inrapporterade avvikelser minskat och det beror troligen på avveckling av Fridhemmets servicehus. Dock visar resultatet att verksamheterna är aktiva med att rapportera avvikelser vilket är positivt. De flesta avvikelser som registreras är fallavvikelser och avvikelser i läkemedelshantering och då främst uteblivna doser eller utebliven signering. Antal avvikelser i specifik omvårdnad handlar framförallt om att medarbetarna inte satt inkontinensskydd på rätt sätt, att grindar satts upp utan ordination, att de inte kontrollerat kateterpåsen. Avvikelser i vårdkedjan handlar främst om brister i informationsöverföring vid utskrivning från slutenvården samt att läkemedel inte skickades med som utlovat. Flera av avvikelserna har slutenvården svarat skriftligt med vilka åtgärder de vidtagit. Det är framförallt S:t Görans som svarat. Verksamheterna har under året

genomfört 12 internutredningar vid misstanke om vårdskada. Av dessa har två anmälts till IVO. Händelserna som anmälts har handlat om brister i läkemedelshantering. En var att en patient fick dubbel dos insulin och den andra att fel patient fick insulin. Det blev inga allvarliga konsekvenser för patienterna dock fick de utstå extra blodsockerkontroller.



Analys av resultat: totalt antal inrapporterade avvikelser minskat och det beror på avveckling av Fridhemmets servicehus. Dock indikerar resultatet på att medarbetare har god kännedom om hur de registrerar avvikelser som i förlängningen med teamarbete, kunskap och uppföljning skapar en säkrare vårdmiljö för patienter och medarbetare. En betydande förändring under 2025 är avvecklingen av servicehuset Fridhemmet, vilket har bidragit till ett lägre totalt antal fallavvikelser. Detta är främst en följd av att antalet boende inom verksamhetens särskilda boenden har minskat.

Samtidigt har målgruppen förändrats, då personer som idag flyttar in i särskilt boende ofta har omfattande behov av hälso- och sjukvårdsinsatser samt ett försämrat funktionstillstånd både fysiskt och kognitivt, vilket medför en ökad fallrisk. Under vissa perioder kan ett begränsat antal patienter stå för ett stort antal fall, trots att fallförebyggande åtgärder har vidtagits av legitimerad personal. Detta är en viktig aspekt att beakta vid tolkning av statistiska resultat.

Andelen fall som leder till allvarigare skador är fortsatt låg, vilket indikerar att legitimerad personal genom ett systematiskt och kreativt arbetssätt bidrar till att skapa en säkrare vårdmiljö för patienter med förhöjd fallrisk. Ambitionen är att kontinuerligt arbeta för att minimera risken för fall och i de fall som ändå inträffar, att begränsa risken för skada. En del av det fallförebyggande arbetet omfattar även anpassning av miljö och arbetssätt för att minska skaderisken hos patienter som fortsätter att falla trots insatta åtgärder.

Som ett led i arbetet för en trygg och säker vård fortsätter utbildningsinsatser för både nya och erfarna medarbetare avseende registrering och utredning av incidenter i avvikelsemodulen.

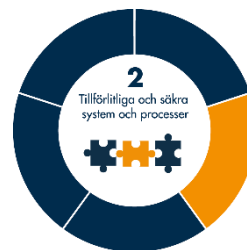
Antal läkemedelavvikelser har minskat, en trolig orsak är att en del tror att händelsen har hanterats direkt i digitala signeringsverktyget Appva och inte tagits det vidare till avvikelsemodulen i Vodok. En annan orsak kan vara att verksamheterna har avstämningar där kontroll av signeringarna utförs som i sin tur leder till mindre avvikelser. Totalt har 66 avvikelser i vårdkedjan registrerats i Vodok. De flesta avvikelser har berört en annan vårdgivare. Avvikelserna har handlat om brist i informationsöverföring mellan vårdgivare, samt att läkemedel inte skickats med som utlovat. Avvikelserna skickas till berörd verksamhet med begäran om svar med vidtagna åtgärder, 7 svar har inkommit. Avvikelser för specifik

omvårdnad har ökat och flera avvikelser handlar om att baspersonalen inte utför kontroller som tex kontroll av urin i kateterpåse, missat att ta av eller sätta på stödstrumpor, felhantering av hjälpmedel, att vikt inte är tagen. Antal utredningar och anmälan av vårdskada är oförändrat. Under 2025 har 12 utredningar genomförts och 2 anmälningar enligt Lex maria till IVO. Det visar att verksamheterna är bra på att rapportera allvarliga händelser, det bidrar till att utveckla och säkerställa vården.

Åtgärd: Ett utbildningsmaterial har tagits fram för att öka kunskapen hos chefer och medarbetare samt att patienter och anhöriga ska göras mer delaktiga i avvikelseprocessen. MAS och MAR deltar på olika möten för att utbilda och diskutera avvikelsehantering. Att baspersonalen för ökad kunskap i specifik omvårdnad genom planerade utbildningar i metodrummet

Tillförlitliga och säkra system och processer

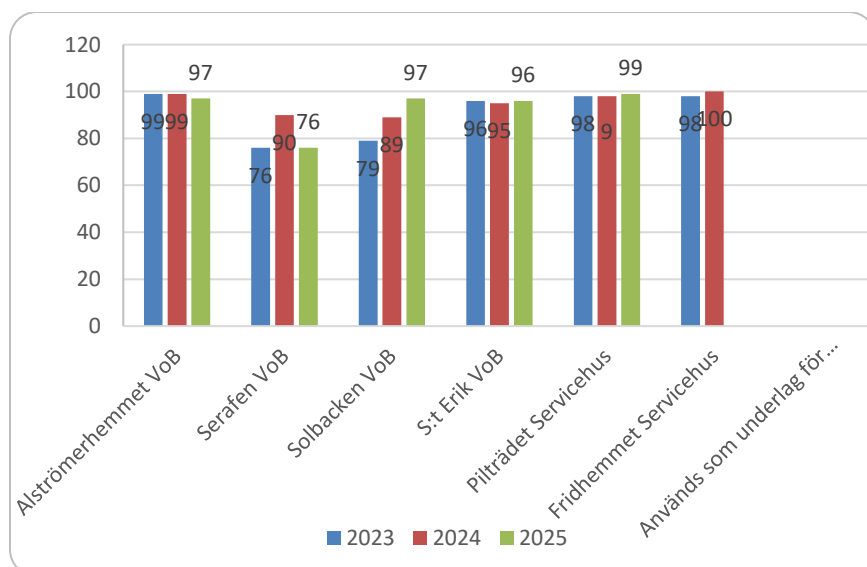
Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Uppföljningarna genomfördes vid olika perioder under året. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad medarbetare. I årets QUSTA uppföljning har vi också tagit med baspersonalen för att få med hela teamet i frågor om patientsäkerhet.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA

Mål: 100 %

Resultat: Fyra av fem verksamheter visar på stabila resultat avseende ledningssystem med rutiner för hälso- och sjukvård och ett närvarande ledarskap. Serafen har fått ett sämre resultat i år vilket troligen beror på en ny chefsorganisation samt brister i kontinuitet bland sjuksköterskorna. Dock behöver verksamheterna hitta former för att göra patienter och anhöriga mer delaktiga. Måloppfyllelse enligt QUSTA ligger mellan 76–100 % vilket är något lägre än föregående år. Det viktigaste syftet med årlig uppföljning med QUSTA är att utveckla, lyfta fram vilka processer som säkrats och vilka processer som behöver utvecklas.



Resultat är en sammanställning över de kvalitetsområden som följs i QUSTA redovisas i procent.

Analys av resultat: resultatet har förbättrats för samtliga verksamheter dock har Serafens resultat blivit något försämrat jämfört med föregående år. Orsaken till Serafens sämre resultat är brist i kontinuitet bland sjuksköterskorna vilket också medför andra brister som i teamarbetet, handledning till baspersonalen, risk för otrygghet hos patienterna. Chefsorganisationen har förändrats vilket bidrar till att arbetet med ledningssystem har stannat av. Genom att det är flera områden som Serafen behöver utveckla och säkerställa har MAS och MAR tillsammans med ledningen på Serafen tagit fram en handlingsplan som regelbundet kommer följas upp.

Åtgärd: Stödja cheferna i att utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens processer genom att delta vid olika möten med legitimerad medarbetare, stödja i framttagandet av lokala rutiner, begära in egenkontroller, erbjuda utbildning för legitimerad medarbetare. Regelbundet följa upp Serafens handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerligt under året och vid nästa uppföljning av hälso- och sjukvården med verktyget QUSTA. MAS och MAR följer regelbundet upp Serafens handlingsplan och har inbokade avstämningsmöten med enhetschef för hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård ska dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför vid behov stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi. Förvaltningens processledare för dokumentation har genomfört en omfattande journalgranskning inom verksamheterna som bidrar till att förbättra och säkerställa dokumentationen.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer. Att hälso- och sjukvårdens processer tydligt framgår, att den enskildes önskemål och behov dokumenteras.

Resultat: Av inkomna resultat från granskning av förvaltningen processledare dokumentation bedöms att journalföringen är mer stabil inom några verksamheter då det är mer kontinuitet bland sjuksköterskor och färre vikarier. I några verksamheter syns teamarbetet tydligare och hälsoplaner har upprättats dock följs de inte alltid upp.

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess samt fortsätta följa upp och utvärdera hälsoplanerna. Patientens önskemål och delaktighet behöver synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Resultatet av verksamheternas egenkontroll visar på en något snällare bedömning av dokumentationen, dock finns flera likheter med processledarens granskning vilket ger ett bra utgångsläge för att utveckla och säkerställa dokumentationen.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökat stöd och kunskap. Att verksamheterna behöver se över arbetssätt och rutiner där dokumentationen ingår i det dagliga arbetet.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens processledare för dokumentation för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt

utveckling. Några verksamheter behöver fler handledare för att på så sätt ge mer stöd i det dagliga arbetet.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta begära in egenkontroller, genomföra stickprov samt att processledaren för dokumentation genomför utbildningar i verksamheterna både i grupp och individuellt. Att genomföra journalgranskningar för att följa utvecklingen och få en förståelse kring svagheter och styrkor i dokumentationen som styr vilka utbildnings- eller handledningsinsatser som behövs framåt.

Munhälsobedömning

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: att fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Under 2024 har 673 patienter blivit erbjudna en munhälsobedömning och 467 genomfördes vilket är 74 %. Det är en ökning jämfört med föregående år då 422 munhälsobedömningar genomfördes.

Analys av resultat: En trolig anledning till det goda resultatet är att kunskapen om vikten av en god munhälsa har ökat hos både baspersonalen och sjuksköterskor. Det finns bra rutiner och ett digitalt verktyg för att erbjuda munhälsobedömning. Verksamheterna har en bra kontakt med företaget som utför munhälsobedömningar vilket underlättar planering och att genomföra bedömningar och den nödvändiga tandvården samt att personalen kontinuerligt får utbildning i området munhälsa.

Åtgärd: fortsätta som samverka med Tandvårdsenheten inom Regionen och följa upp statistiken att det erbjuds och utförs munhälsobedömningar.

Uppföljning av åtgärd: Genom att delta på samverkansmöten med Tandvårdsenheten och följa statistiken i tandvårds enhetens digitala verktyg Symfoni.

Säker vård här och nu

Inom stadsdelens vård och omsorgboende finns det svårigheter i att bemanna men också att behålla sjuksköterskor. Det har inneburit att sjuksköterskor från bemanningsföretag har behövts anlitas. Det medför en sämre kontinuitet och då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner kan det i sin tur leda till brister i patientsäkerheten. Även fysioterapeuter och arbetsterapeuter är en yrkesgrupp som blivit svårare att rekrytera vilket också ger brister i kontinuiteten gällande det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.



Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna som skrivs ut är svårt sjuka med flera olika diagnoser där hälso- och sjukvårdsinsatserna är omfattande.

För att säkra vårdövergången behöver samverkan utvecklas mellan, vård och omsorgboende

Beställarenheten och Regionen. Förvaltningen har tagit initiativ till ett samverkansmöte

med Regionens olika verksamheter och kommunens verksamheter för att säkra vårdövergång och nå en sömlös vårdkedja. Två möten har genomförts under 2025 Vid ett möte var temat "Hur vi kan säkra vårdövergångar av särskilt komplicerade patienter" Vid det andra samverkansmötet var temat "Hjälpmiddel vid vårdövergångar". Samverkansmötena är en viktig del i arbetet med att säkra vårdövergångarna.

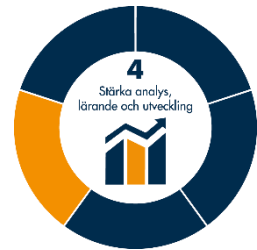
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Uppföljningen av riskanalyserna visade att bemanningsplanering i stor utsträckning fungerat bra och patientsäkerheten har inte har äventyrats. Läkarsatserna under sommaren har fungerat bra trots att läkarorganisationen haft olika vikarier. Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för t.ex. ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

Stärka analys, lärande och utveckling

Hälso- och sjukvårdens processteam består av MAS och MAR, enhetschefer som ansvar för hälso- och sjukvården inom egen regi. Processteamet träffas en gång i månaden och syftet är att stärka och utveckla patientsäkerheten på Kungsholmen och att få en samsyn över förbättringsområden som medför att de boende får en trygg och säker vård. Under 2025 har processteamet vid två tillfällen utökat gruppen med enhetschefer med ansvar för baspersonalen. Det finns ett behov att tydliggöra ansvarsförhållandena avseende de hälso- och sjukvårdsinsatser som baspersonalen utför, där cheferna behöver samverka med att följa upp hur det fungerar med bl.a. delegering av läkemedelshantering, signering av utförda insatser i Appva. Processteamet har under året fortsatt arbetet med att ta fram gemensamma rutiner utifrån MAS och MAR regler som tidigare fanns på intranätet.



Arbetet med Hälso- och sjukvårdens processteam kommer att fortsätta att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och ta fram gemensamma rutiner och utveckla nya arbetssätt.

Avvikelseberapporteringen har ökat något framför allt inom läkemedelshantering, en trolig orsak är att det digitala signeringsverktyget APPVA synliggör avvikelser på ett lättare sätt och MAS och MAR utbildat och lyft vikten av att skriva avvikelse vid olika möten i verksamheterna. Dock är detta ett fortsatt område och vi ser ett behov av fortsatt utbildningsinsatser i olika former och på olika sätt i verksamheterna.

MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser och när en anmälan av vårdskada eller risk för vårdskada har gjorts så tas den upp i ett lärande syfte med hälso- och sjukvårdens processteam där chefer från verksamheterna är representerade, vilket är uppskattat.

Läkemedelshanteringen har fortsatt utvecklats och säkerställts genom att samtliga verksamheter har infört APPVA ett digitalt verktyg för signering av läkemedel. Verktöget lärmar om läkemedlet inte är givet, både till delegerade medarbetare och till sjuksköterskan, detta medför att den äldre får sina läkemedel i rätt tid. Verksamheterna har också fortsatt använda webbutbildningar och kunskapstester inför ny och förlängd delegering vilket medför krav på ökad kunskap. Flera av medarbetarna från verksamheterna har deltagit i Apotekets AB grundutbildning i läkemedelshantering. Avvikelser i läkemedelshantering blir mer synliga genom det digitala verktyget och antal rapporterade avvikelser i läkemedelshanteringen är i stort sett oförändrat. Viktigt att fortsätta följa utvecklingen för en säker läkemedelshantering.

Två gånger om året genomförs PPM basal hygien och klädregler och det är utbildade observatörer och hygienombud i verksamheterna som genomför mätningarna. Efter vårens mätning genomfördes ett

uppföljande möte där MAS träffar observatörer och hygienombud från de olika verksamheterna för att följa upp vad som gått bra och vad som behöver förbättras, vilket leder till ökad kunskap om området och de upplever att det underlättat vid genomförandet av mätningen. Genom att verksamheterna genomför PPM basal hygien och klädregler regelbundet två gånger om året, har det blivit tydligt vart i processen medarbetarna brister, det ökar både medvetandet och kunskapen hos medarbetare, och det medför en större följsamhet och därmed minskar risken för smittspridning. En viktig del i det fortsatta smittförebyggande arbetet är att fortsätter träffa observatörerna för stöd och ökad kunskap. Under året har verksamheterna rapporterat in infektionsläget som visar på ett lågt antal vårdrelaterade infektioner vilket också visar på god följsamhet till basal hygien.

Egenkontroll med hjälp av verktyget Qusta genomförs en gång per år, genom att verksamheterna själva får beskriva både skriftligt och muntligt vid besök vilka områden de själva anser att de behöver förbättra eller utveckla så blir det också både tydligare och enklare att åtgärda, de blir själva ägare av sitt förbättringsarbete och det underlättar patientsäkerhetsarbetet inom verksamheterna. Resultatet visar på att verksamheterna har rutiner och kompetens för en god och säker hälso- och sjukvård. Medarbetarna är väl insatta i sin verksamhet och kan beskriva vad som fungerar bra och vilka utvecklingsområden som finns.

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser är ett område där kontinuerliga insatser av stöd och utbildning behövs dels pga. av omsättning bland legitimerad medarbetare, och att systemet inte upplevs så användarvänligt. Samtliga verksamheter har dokumentationshandledare som kan stötta i det dagliga arbetet med dokumentation vilket ger goda förutsättningar för en bättre hälso- och sjukvårds dokumentation. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp som medför att kunskapen ökar. Egenkontrollerna i dokumentation visar på att en viss del av dokumentationen har blivit bättre. Dokumentationen är dock ett område som behöver fortsatt förbättras dels genom utbildningsinsatser både i grupp och individuellt och dels genom att verksamheterna har egna handledare i dokumentation, som kan stötta i vardagen och att verksamheterna fortsätter genomföra egenkontroller som ett lärande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Förvaltningen har tillsammans med verksamheterna tagit fram processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet. Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda.



MAS och MAR kommer hela tiden sträva efter att verksamheterna arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna samt staden i stort. En viktig del i kompetensutveckling är att praktiskt få träna olika metoder/vårdsinsatser. Att förvaltningen startade ett kliniskt metodrum för medarbetare på Kungsholmen är en viktig del i att höja kompetensen men också att få träna på vårdinsatser som kan vara mer komplicerade. Förvaltningen har tillsammans med verksamheterna tagit fram en utbildningskatalog där verksamheterna kan välja utifrån sina behov av kompetensutveckling.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egen regi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Kungsholmen.

MAS och MAR strategier för patientsäkerhetsarbetet 2026:

11. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra QUSTA i dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - inhämta verksamheternas resultat och analys av genomförda egenkontroller avseende hälso- och sjukvård
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i egenregiverksamhet samt begära in entreprenörers kvalitetsgranskning
 - genomföra utbildning och granskning av dokumentation med fokus på den palliativa vården och patientens delaktighet
 - följa upp att riskbedömningar för undernäring, munhälsa, fall och trycksår utförs i senior alert
 - genomföra PPM för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra PPM för basal hygien och klädregler två gånger per år
 - inhämta sammanställning av infektionsregistrering två gånger per år
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelsemodulen
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
 - följa upp signeringar av administrering av läkemedel i det digitala verktyget Appva.
 - Följa upp arbetet med Rondplattformen som kommunikationsverktyg mellan legitimerad personal och läkare. Verktyget ska underlätta det dagliga arbetet vilket medför en säkrare och mer tillgänglig bättre vård för våra äldre.
 - Följa det pågående arbetet med BPSD och antal läkemedel.
12. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information
13. Arbeta strategiskt med hälso- och sjukvårdens processteam där ansvariga chefer för hälso- och sjukvården i egen regi ingår. Syftet är att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården för att nå en hög patientsäkerhet.
14. Pilotprojekt i kognition på våra särskilda boenden har övergått till gängse arbetssätt. Projektet är ett samarbete mellan läkarorganisationen, MAS och MAR samt sakkunnig i kognition. Ett kompetenshöjande och utvecklande projekt som riktar sig till arbetsterapeuter och fysioterapeuter som utförare i syfte att förbättra kartläggningen av våra patienters styrkor och behov för en bättre och mer personcentrerad vård och omsorg.
15. Öka kunskapen inom området kontinens
16. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid mötesformer i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - bjuda in till nätverksträffar för sjuksköterskor på Kungsholmen
 - bjuda in till nätverksträffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter i innerstaden
 - delta vid verksamheternas nätverksträffar för palliativa ombud
17. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
18. Samverka med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.
19. Samverka med beställarenheten för säkrare vårdövergångar
20. Aktivt följa arbetet i det kliniskt metodrum för att säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier