

Patientsäkerhetsberättelse för Brommagårdens och Tranebergs vård- och omsorgsboende År 2025



Datum 2026-02-28

Ansvarig för innehållet:

Jeni Othman enhetschef, HSL-ansvarig

Madeleine Wahlström, Områdeschef

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Målsättningar för år 2025	4
Resultat	4
Målsättningar för år 2026	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Verksamhetsbeskrivning och organisation	5
Övergripande mål och strategier	6
Strategier och arbetssätt för att nå delmålen	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	10
Avvikelser	10
Process för avvikelshantering	10
Analys av avvikelser	11
Synpunkter och klagomål	12
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
Kommunikation och delaktighet	13
Egenkontroller	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu	24
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Brommas äldre har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker och genom samverkan med andra aktörer skapas trygghet i hela vårdkedjan	28

SAMMANFATTNING

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas verksamhetens arbete som genomförts under verksamhetsår 2025 för att nå en patientsäker vård och omsorg. I föregående berättelse bestämdes särskilda delmål som verksamheten arbetade mot under året. För verksamhetsår 2025 bestämdes följande mål:

Målsättningar för år 2025

Med grund i resultaten från 2024 års patientsäkerhetsberättelse och det övergripande verksamhetsmålet för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har två delmål identifierats vilka verksamheterna har arbetat mot under 2025.

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande:

- Fortsätt utveckla arbetet med egenkontrollerna.
- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen
- Förbättra dokumentationen enligt socialtjänstlagen och att den överensstämmer med dokumentationen enligt hälso- och sjukvårdslagen
- Utföra kompetenshöjande insatser gällande nutrition och palliativ vård.
- Implementera den evidensbaserade metoden i BPSD-kvalitetsregistret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan.

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs

Resultat

Verksamheten har arbetat för att nå de uppsatta målen genom en rad aktiviteter som redovisas i berättelsen. Delmål 1 har uppfyllts delvis och delmål 2 bedöms vara helt uppfyllt.

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

- Kvalitetskontroll: Ett gott resultat har uppnåtts i verksamhetens egenkontroller, vilket redovisas i tabell 2.
- Säker läkemedelshantering: Ett digitalt signeringsverktyg har implementerats i båda verksamheterna för att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen.
- Dokumentation: Den sociala dokumentationen har förbättrats. Brister i det nuvarande centrala dokumentationssystemet försvårar dock fortfarande möjligheten till ett jämnt flöde och en effektiv sammankoppling mellan SoL- och HSL-dokumentation.
- Kompetensutveckling: Kompetenshöjande insatser gällande nutrition har genomförts enligt plan. Insatser inom palliativ vård har genomförts delvis och fortsätter under kommande år.
- BPSD-registret: Implementeringen av BPSD-registret har påbörjats i båda verksamheterna. Ytterligare utbildningsinsatser planeras under 2026 för att stärka arbetet.

Delmål 2: God samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

- Samverkansrutiner: Etablerade samverkansrutiner med externa och interna aktörer finns på plats och efterlevs systematiskt i båda verksamheterna.

Målsättningar för år 2026

Med grund i resultaten från 2025 års patientsäkerhetsberättelse och det övergripande verksamhetsmålet för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har följande mål identifierats som verksamheterna kommer att arbeta mot under 2026:

Brommas äldre har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker och genom samverkan med andra aktörer skapas trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande:

- **Tvärprofessionellt samarbete:** Vidareutveckla arbetet med tvärprofessionella teammöten för att säkerställa helhetssyn och samordnade insatser.
- **Dokumentationskvalitet:** Förbättra dokumentationen i enlighet med socialtjänstlagen (SoL)
- **Palliativ vård:** Genomföra kompetenshöjande insatser gällande vård i livets slutskede.
- **Demensomsorg:** Fortsatt utveckla det systematiska arbetet med BPSD-kvalitetsregistret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- **Personcentrering:** Arbeta för att implementera en mer personcentrerad vård och omsorg, där brukaren är i fokus.

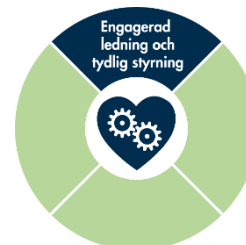
- Säkerställa att samverkan med andra aktörer finns och att samverkansrutiner efterlevs

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.



Verksamhetsbeskrivning och organisation

Tranebergs vård- och omsorgsboende

Den 1 januari 2025 bytte Sörklippans vård- och omsorgsboende namn till Tranebergs vård- och omsorgsboende. Verksamheten har inriktning mot demenssjukdom och omfattar 44 lägenheter. I lokalerna finns även Pensionat Traneberg (tidigare Pensionat kinesen) med fyra platser. Pensionatet erbjuder en biståndsbedömd avlastningsinsats för anhöriga. Den 1 november 2025 övergick verksamheten till den förebyggande enheten inom Bromma stadsdelsförvaltning.

Brommagårdens vård- och omsorgsboende

Brommagårdens vård- och omsorgsboende har sedan 2023 enbart inriktning mot personer med demenssjukdom. Boendet omfattar 36 lägenheter.

Dagverksamheter

Fram till den 1 november 2025 tillhörde dagverksamheterna Brommagården och Lillsjönäs organisationen. Dessa har kapacitet för 14–16 gäster vardera under dagtid, måndag till fredag. Verksamheterna har numera övergått till den förebyggande enheten inom Bromma stadsdelsförvaltning.

Ledning och organisation

Ledningsgruppen ansvarar för samtliga verksamheter och består av en områdeschef, två enhetschefer med personalansvar för baspersonal, två samordnare samt en enhetschef för hälso- och sjukvård med tillhörande ledningsansvar för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Nedan sammanfattas styrningen av patientsäkerhetsarbetet vid Brommagården och Tranebergs vård- och omsorgsboende.

Övergripande mål och strategier

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet dygnet runt. Genom ett systematiskt kvalitetsarbete identifieras löpande utvecklingsområden och förbättringsåtgärder. Ansvar för patientsäkerheten delas av samtliga professioner, medan det yttersta ansvaret vilar på verksamhetens ledning. För att nå de uppsatta målen krävs, utöver den egna yrkeskompetensen, ett nära samarbete mellan olika professioner samt med patienter, boende och närstående.

Samtliga professioner ska arbeta personcentrerat, samverka i team och utöva evidensbaserad vård. Verksamheten har under 2025 fokuserat på två strategiska delmål för att stärka förutsättningarna för en säker vård.

Strategier och arbetssätt för att nå delmålen

Delmål 1: En god, nära och patientsäker hälso- och sjukvård

För att säkerställa hög kvalitet i verksamhetens hälso- och sjukvård har följande strategier tillämpats:

- Struktur för samverkan: Regelbundna kvalitetsråd, teammöten och arbetsplatsträffar.
- Digitalisering: Implementering av ett digitalt signeringsverktyg (Appva) med start den 25 november på Brommagårdens vård- och omsorgsboende och den 1 december på Tranebergs vård- och omsorgsboende.
- Kompetensutveckling: Genomförande av interna och externa utbildningar inom nutrition, basala hygienrutiner, yrkessvenska för vårdpersonal, BPSD-kvalitetsregistret samt munhälsa. Uppföljning av Silviahemscertifiering har skett löpande. Sjuksköterskor och HSL-enhetschef har även genomfört verksamhetsnära undervisning.
- Måltidsmiljö: Genomförande av ett måltidsprojekt i syfte att skapa en trivsam och näringsriktig måltidssituation.
- Kvalitetsgranskning: Egenkontroller av dokumentation samt kollegial granskning har utförts två gånger per år (se tabell 2).
- Hygienuppföljning: Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning fyra gånger per år i digitalt system.

Delmål 2: God samverkan för trygghet i hela vårdkedjan

Intern och extern samverkan är väl etablerad och efterlevs genom följande insatser:

- Intern samverkan: Sjuksköterskorna på båda enheterna samarbetar kring egenkontroller av dokumentation, gemensamma möten samt tillfälliga byten av arbetsplats för att främja erfarenhetsutbyte och kunskap om de olika verksamheterna.
- Extern samverkan: Verksamheten har ett nära samarbete med externa parter såsom läkarorganisation, dietister, fotvårdsspecialister, Apoteket, tandvårdsföretag samt leverantörer av medicintekniska produkter.

Organisation och ansvar

Nedan beskrivs hur ledningsorganisationen för patientsäkerhetsarbetet är organiserat på huvudmanna- och vårdgivarnivå.

Övergripande ledningsorganisation

Enligt hälso-och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso-och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer; äldre, personer med psykiska och fysiska funktionsnedsättningar och dagverksamheter. Kommunens ansvar omfattar sådan hälso-och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivå för den legitimerade sjuksköterskans-, legitimerade arbetsterapeutens-, legitimerade fysioterapeutens- och legitimerade dietistens yrkesansvar.

Läkaransvaret i särskilt boende åligger regionen. Enligt hälso-och sjukvårdslagen har den eller de av kommunfullmäktige beslutade nämnder ledningsansvaret för hälso-och sjukvården. I Stockholms stad utövas ledningen av kommunens hälso-och sjukvård av stadsdelsnämnden och äldrenämnden.

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden ansvarar för en stor del av den kommunala servicen inom stadsdelsområdet och de förtroendevalda i stadsdelsnämnden beslutar vad som ska prioriteras för de kommunala verksamheterna inom området.

Stadsdelsförvaltningen

Stadsdelsförvaltningen ska genomföra nämndens beslut. Avtal finns med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskyddsenheten, Palliativt kunskapscenter samt Apoteket AB.

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Områdeschef ansvarar för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne. Områdeschefsansvaret fräntar inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar. Områdeschefen har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet av att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras.

Enhetschef

Inom verksamheten finns tre enhetschefer.

Enhetschef / HSL-ansvarig

Områdeschef har utsett en enhetschef som har hälso- och sjukvårdsansvaret över samtliga verksamheter som är underställda enhetschefen. De lagstadgade uppgifter som åligger MAS är undantagna från verksamhetschefens ledning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer över ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering. MAR-funktionen är inte lagstadgad. Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska och MAR kan endast anförtros legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget.

Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS och MAR skyldighet att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation inom hälso- och sjukvården. Inom Stockholms stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska,

legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processorienterat. Hälsofrämjande innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet. Hälsofrämjande omvårdnad är sjuksköterskans kompetensområde. Samtliga sjuksköterskor inom verksamheten bidrar med kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonalen. De så kallade verksamhetsnära utbildningar uppdelas i olika teman och löper under hela året.

Hälsofrämjande aktiviteter i funktionsbevarande syfte är fysioterapeutens/sjukgymnastens och arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet samt följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig personal. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet.

Även undersköterskor är organiserade utifrån sina kompetensområden till så kallade ombud, som till exempel Silviasyster (specialist i demensomvårdnad), hygienombud, kostombud, palliativa ombud. Ombuden sprider kunskap genom att handleda och introducera nyanställda och inom sitt specialområde ingår de i nätverk för att bidra till kompetensutveckling i verksamheten.

Dietist i kommunal verksamhet

Legitimerad dietist arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldre's nutritionsstatus och näringsbehov. Dietist arbetar även med rutiner, utbildning, handledning, mat- och måltidssituation samt dygnsfasta. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig

viktnedgång, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen får en så god livskvalitet som möjligt.

I Bromma finns två dietister anställda och deras tjänster delas med stadsdelsförvaltningarna i Västerort. Dietisterna arbetar i samverkan med särskilda boenden i egen regi. Dietist har genomfört utbildning kring omsorgsmåltid, kosttillägg, dysfagi (sväljsvårigheter) för undersköterskor från Brommagårdens och Tranebergs vård- och omsorgsboende ett par gånger per termin med olika teman.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har ett flertal överenskommelse med regionen i syfte att bedriva en god hälso- och sjukvård och för att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen, kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. De överenskommelserna som omfattar särskilda boendeformer inom äldreomsorgen är bland annat:

Samverkan med läkarorganisationen

Representanter för läkarorganisationen, avdelningschef för äldreomsorg, MAS, MAR och enhetschefer samt representant från journalsjuksköterskeföretaget som bemannar boendet kvällar, nätter och helger, samverkar regelbundet minst två gånger per år samt vid uppkomna behov eller förändringar.

Medicinsktekniska produkter

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.

Kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel tillsammans med regionen är avsett att användas vid akuta behov som exempelvis vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

Samverkan nutritionsbehandling

Verksamheten använder sig av regionens upphandlade nutritionsprodukter. Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Inköpta nutritionsprodukter förvaras i ett gemensamt låst förråd.

God läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyg (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjas en säkrare läkemedelsbehandling.

Apoteket AB

Genomför kvalitetsgranskning en gång om året där MAS, sjuksköterskor samt enhetschefer deltar. Återkoppling från granskningen sker via protokoll och direkt vid inspektionstillfället. Resultaten av granskningen används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Apoteket tillhandahåller genom avtal utbildningar inom läkemedelshantering inför delegering.

Vårdhygien

Vårdhygien kan genomföra hygienronder vid behov där MAS deltar. De anordnar också webbaserad utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Vårdhygien erbjuder även rådgivning till verksamheten.

Flexident

Samverkansmöten med kommunens kontaktperson (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs en gång om året. Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident sker i olika former bland annat genom att erbjuda de boende munhälsobedömningar och utbildningsinsatser till såväl vårdpersonal som legitimerade yrkesgrupper.

Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.

Jourinsatser kvällar och helger

Företaget Big Care utför sjuksköterskeinsatser mellan klockan 16:00 och 08:00 på vardagar samt dygnet runt under helger och röda dagar.

Rehabinsatser

Rehabiliteringspersonalen ansvarar för bedömning och behandling av funktions- och aktivitetsförmåga vilket även innefattar hjälpmedelsförskrivning samt stödjer omvårdnadspersonalen genom handledning i rehabiliteringsfrågor. Rehabiliteringspersonalen är också en resurs vid teammöte och kvalitetsråd. En ny organisation av rehabiliteringspersonal har genomförts för att samtliga boenden i stadsdelen ska ha samma arbetssätt, rutiner och att

resurserna fördelas likvärdigt. Rehabteam, med fysioterapeut och arbetsterapeut, samverkar med sjuksköterskorna två dagar i veckan samt vid behov.

Nätverk kommun och region

I nätverket SVEA samverkar representanter från både regionala verksamheter som geriatrik, primärvård, primärvårdsrehab och slutenvården med representanter från kommunal verksamhet kring hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för både region och kommunal verksamhet. Nätverket arbetar på uppdrag av en styrgrupp. Arbetsgruppen kan ta fram underlag och förslag på arbetssätt och rutiner som syftar till att överbrygga insatser för patienten genom hela vårdkedjan. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och att övergången mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård ska vara patientsäker. Arbete med strukturer för att identifiera ofrivillig ensamhet hos äldre i Bromma samt rutiner för in- och utflytt på korttidsboende är prioriterade områden.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal hanterar patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Loggrapporter arkiveras på enheten i digital mapp för att verksamheten en gång per år ska göra en utvärdering/en samlad bedömning av resultatet av loggkontrollerna. Vid avvikelser sker utredning i samråd med områdeschefen och MAS.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i plattformen Nationell patientöversikt, som används för informationsutbyte mellan olika system inom vård och omsorg, genomförs kontinuerligt under året. Vid avvikelse görs sammanställning och analys vid kvalitetsråd, samt återkoppling till MAS och berörd person. Loggrapporter arkiveras på enheten. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Den digitala rondplattformen som används för att kommunicera med läkarorganisationen har implementerats under året. Användandet syftar till en säkrare och användarvänlig kommunikation mellan läkarorganisation och hälso- och sjukvårdspersonal på boendet. Stickprovskontroller har utförts och används för att säkerställa att arbetssättet överensstämmer med en hög patientsäkerhet och resultaten visar att implementeringen är fullständig och fungerar patientsäkert.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av ett fungerande nätverks- och informationssystem. Grundläggande är att tjänsterna är tillförlitliga och säkra. Enligt NIS-direktivet måste åtgärder för att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem tryggas, arbetet har initierats av stadsdelens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas. Behörigheter och åtkomst av olika stödsystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten. Inom verksamheten finns det en rutin gällande användning av lånekort till timavlönade för att ha tillgång till dokumentationssystem. Anledningen till varför timavlönade behöver ha lånekort är att anställningarna inte hinner komma in i systemet i tid vilket hindrar personen från att få behörighet i rätt tid. Vid nyanställningar ska enhetschef beställa behörighet till dokumentationssystemet genom verksamhetens administratörer i god tid.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Ledningen och medarbetare har ett samarbetsansvar för att delta aktivt i

patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Verksamheterna uppmuntrar och

förväntar sig att alla medarbetare tar ansvar för förbättringar och arbetar aktivt med att korrigera

och rapportera händelser. Med detta har alla medarbetare ett ansvar för att följa skriftliga

instruktioner, rutiner, använda nödvändiga checklistor som är utarbetade för att säkra kvaliteten.



Avvikelser

Process för avvikelshantering

Rapportering och initial bedömning

En avvikelse skrivs av den medarbetare som upptäcker händelsen, vilket bör ske i så nära anslutning till händelsen som möjligt. Tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal tar emot rapporten, gör en initial bedömning och beslutar om omedelbara åtgärder. Samtliga avvikelser dokumenteras därefter i avvikelsemodulen i systemet Vodok.

Analys och kvalitetsarbete

Enhetschefen går regelbundet igenom inkomna avvikelser och sammankallar till kvalitetsråd en gång per månad. Vid kvalitetsrådet, som består av sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut,

arbetsterapeut och enhetschef, analyseras och diskuteras avvikelserna på djupet. Syftet är att identifiera orsaker och säkerställa att adekvata åtgärder vidtas för att förbättra och säkra vården.

Implementering av åtgärder

Beslutade åtgärder, reviderade rutiner och analysresultat lyfts vid arbetsplatsträffar. Detta görs för att säkerställa att lärdomar implementeras i hela arbetsgruppen och att patientsäkerheten stärks i det dagliga arbetet.

Allvarliga händelser och Lex Maria

Vid allvarliga händelser ansvarar enhetschefen för att skyndsamt kontakta medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och/eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Om en händelse bedöms som en allvarlig vårdskada, eller risk för en sådan, eller om den beror på brister i hälso- och sjukvårdsutövandet, gör MAS och/eller MAR en utredning. Denna utredning kan ligga till grund för en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som därefter fattar beslut i ärendet.

Under 2025 har en händelse vid Tranebergs vård- och omsorgsboende utretts enligt Lex Maria. IVO har avslutat ärendet med motiveringen att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Tabell 1.

Antal avvikelser för Traneberg och Brommagården År 2024 och 2025		
Mest förekommande avvikelser	2024	2025
Läkemedel	54	72
Fall	165	145

Tabell 1. Antal avvikelser avseende läkemedel och fall på Tranebergs och Brommagårdens vård- och omsorgsboende.

Analys av avvikelser

Läkemedelsavvikelser

Verksamheten kan konstatera att det totala antalet läkemedelsavvikelser har ökat något jämfört med föregående år (se tabell 1). Analysen visar att den vanligaste orsaken är utebliven signering vid läkemedelsutdelning. Svårigheter att tyda ordinationer från ordinationsverktyget Pascal har identifierats som en bidragande faktor.

Genomförda och pågående åtgärder

För att säkerställa korrekt hantering och signering arbetar verksamheten enligt följande:

- Digital signering: I december 2025 implementerades ett digitalt signeringssystem. Redan under den första månaden minskade antalet osignerade utdelningar.
- Utbildning och handledning: Ansvariga sjuksköterskor har genomfört instruktioner, både individuellt och i grupp, i hur Pascal-ordinationer ska tydas.
- Kvalitetssäkring: Stickprov genomförs löpande under läkemedelsutdelning för att stödja delegerad personal och säkerställa att rutinerna följs.
- Delegeringsprocessen: Omvårdnadspersonal genomgår Apotekets inköpta läkemedelsutbildning. Den första delen sker med fördel tillsammans med en sjuksköterska för att inkludera undervisning om ordinationsverktyget Pascal. För godkänd delegering krävs minst 80 procent rätt på kunskapstestet, som utförs i närvaro av sjuksköterska.
- Uppföljning: Läkemedelsdelegeringar följs upp både muntligt och skriftligt två gånger per år, samt vid behov.

Fallavvikelser

Det totala antalet registrerade fallavvikelser har minskat något under 2025 jämfört med tidigare år (se tabell 1). De flesta boende har en kognitiv svikt, vilket medför en förhöjd fallrisk på grund av yrsel, försämrad balans och nedsatt rumsuppfattning. Många som flyttar in i verksamheten i dag har ett omfattande vårdbehov och befinner sig ofta i slutfasen av en demenssjukdom, vilket även innebär bristande sjukdomsinsikt och svårigheter att hantera hjälpmedel.

Förebyggande arbete

För att minimera antalet fallolyckor arbetar verksamheten systematiskt:

- Tvärprofessionell samverkan: Fallavvikelser analyseras vid regelbundna kvalitetsråd och tvärprofessionella teammöten där specifika åtgärder fastställs.
- Individuella åtgärder: Insatta åtgärder följs upp regelbundet och anpassas efter individens förändrade behov och hälsotillstånd.

Synpunkter och klagomål

Kvalitetsarbete och tillgänglighet

Att ta emot och hantera synpunkter är centralt för att identifiera styrkor och svagheter i patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten prioriterar att det ska vara enkelt för patienter och närstående att lämna feedback via förslagslådor, blanketter, QR-koder, e-post eller muntligt. Inkomna ärenden hanteras skyndsamt av respektive chef, oftast genom personlig kontakt.

Resultat 2025

Under året registrerades 14 positiva och 13 negativa synpunkter via telefon:

- Positiva synpunkter: Rör främst gott bemötande, god information och hög tillgänglighet.
- Negativa synpunkter: Berör främst insatsens innehåll (specifikt kontaktmannaskapet) samt medarbetarnas kompetens.

Dagverksamheterna och Pensionat Traneberg rapporterade inga negativa synpunkter under 2025. En egen enkätundersökning vid Pensionat Traneberg visade uteslutande positiva svar från både gäster och anhöriga.

Fokusområden för 2026

Baserat på analysen av inkomna synpunkter under föregående år kommer verksamheten under 2026 att fokusera på:

- Utveckling av kontaktmannaskapet: Förtydliga rollen och förbättra kontinuiteten för de boende.
- Kompetenshöjande insatser: Fortsatt arbete med utbildning för att stärka medarbetarnas yrkeskompetens.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Verksamheterna förfogar över personal med mångårig erfarenhet och hög kompetens. För att bibehålla och vidareutveckla denna kompetens genomfördes under 2025 följande utbildningsinsatser:



- Klinisk färdighetsträning: Omvårdnadspersonalen har deltagit i kompetenshöjande insatser i metodrummet på Mälarbackens vård- och omsorgsboende. Utbildningen omfattade demenssjukdomar, vitala parametrar, palliativ vård, nutrition, hudsjukdomar, trycksårsprevention samt kommunikationsmodellen SBAR.
- Basala hygienrutiner: Obligatorisk webbaserad hygienutbildning för samtliga medarbetare
- Kost och nutrition: Mat och måltider har varit fokusområden under planeringsdagar. Dessutom har stadsdelens dietist genomfört undervisning i nutrition vid ett par tillfällen per termin.
- Specialistutbildningar: Palliativt kunskapscentrum har hållit i en tredagarsutbildning för palliativa ombud. Administratörer har genomgått BPSD-utbildning ledd av certifierade utbildare från Mälarbackens vård- och omsorgsboende.
- Läkemedelshantering: Implementering av Apotekets webbaserade utbildning för säker läkemedelsdelegering.
- Munhälsa: Tandvårdsföretaget Flexident har utfört munhälsoutbildningar på båda verksamheterna.
- Brandutbildning: Genomförts för samtliga medarbetare på båda verksamheterna.
- Ergonomi och förflyttningsutbildningar: Genomförts på båda verksamheterna
- Webbaserad demensutbildning för alla medarbetare
- Silviahems-certifieringsutbildning uppföljning: Har genomförts på Brommagården
- Sjuksköterskor och enhetschef HSL har utfört kompetenshöjande verksamhetsnära utbildningar för omvårdnadspersonalen.

Kontinuitet och personalstyrka

Personalens kontinuitet är en avgörande parameter för hög patientsäkerhet. Projektet *Heltid som norm* infördes i början av 2025, vilket innebär att alla medarbetare som önskat det har erbjudits en

heltidsanställning. Verksamheten har anpassat sina scheman för att säkerställa att arbetspassen i så hög grad som möjligt täcks av ordinarie personal.

Beroendet av timavlönad personal har därmed reducerats, vilket har stärkt både kontinuiteten och kompetensen inom yrkesgrupperna. Genom införandet av resurstimmar kan enheterna omfördela ordinarie personal för att bemanna uppkomna behov vid exempelvis korttidssjukfrånvaro och utbildningar. Detta arbetssätt har minskat behovet av timvikarier och skapat en tryggare miljö för de boende.

Studentmottagande och rekrytering

Att ta emot studenter är en viktig strategi för att locka inspirera framtida medarbetare till äldreomsorgen. Verksamheterna har ett väl fungerande samarbete med Karolinska institutet, högskolor och gymnasieskolor. Platser erbjuds för både verksamhetsförlagd utbildning och arbetsplatsförlagt lärande. Under verksamhetsåret 2025 tillhandahålls fyra platser till verksamhetsförlagd utbildning och tio platser för arbetsplatsförlagt lärande.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Kommunikation och delaktighet

Roller och ansvarsområden

Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, en kontaktman och en vice kontaktperson. Deras främsta uppgift är att lyssna in behov och önskemål, samt att återkoppla information och insatser. Kontaktpersonen har även det övergripande ansvaret för anhörigkontakten, baserat på den boendes önskemål och överenskommelser.

Process vid inflyttning

Verksamheterna arbetar aktivt med att göra den boende delaktig i sin vård och omvårdnad redan från inflyttningsdagen. I samband med inflyttningen tar den omvårdnadsansvarige sjuksköterskan

kontakt med anhöriga/närstående för att inhämta information och skapa en helhetsbild av den boendes situation.

Den boende erbjuds alltid ett inledande samtal, och anhöriga bjuds in om den boende så önskar. En välkomstmapp med relevant information om verksamheten och dagliga rutiner delas ut. Under de första veckorna efter inflyttning fylls en levnadsberättelse i av den boende eller anhöriga. Berättelsen delges ansvarig sjuksköterska och kontaktperson för att ligga till grund för en personcentrerad genomförande plan som säkerställer fortsatt god vård och omvårdnad.

Kommunikation och beslut

Boende och anhöriga ges möjlighet att framföra önskemål eller frågor till omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschefer. De uppmuntras även att delta i beslut som rör vård och behandling. I den utsträckning det är möjligt informeras närstående alltid vid eventuell försämring av den boendes hälsotillstånd, och ges möjlighet att delta vid exempelvis brytpunktsamtal med läkare.

Synpunkter och klagomål

En brevlåda och en QR-kod för insändande av synpunkter/klagomål är tillgängliga. Återkoppling till avsändaren görs skyndsamt. Resultaten från brukarenkäter visar en ökad medvetenhet bland respondenterna om var de kan lämna synpunkter och klagomål, även om nivån fortfarande är relativt låg. Under året har närståendeträffar arrangerats där särskild information lämnats angående rutiner för synpunkter och klagomål.

Brukarenkät och förbättringsarbete

Deltagandet i årets brukarenkät har varit lågt, med en svarsfrekvens under 45 procent. Den låga svarsfrekvensen försvårar möjligheten att dra generella slutsatser om hur verksamhetens arbete har påverkat brukarnas nöjdhet. Eftersom många boende har en kognitiv svikt är det oftast anhöriga som svarar på frågorna i enkäten.

Oavsett den låga svarsfrekvensen är verksamheten medveten om befintliga förbättringsområden och kommer att fortsätta sitt målmedvetna utvecklingsarbete under 2026.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att genomföra egenkontroller, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamheternas kvalitet

Egenkontroller

Tabell 2: I tabellen redovisas genomförda och planerade egenkontroller

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler, 4 ggr/år	All omvårdnadspersonal genomgår den webbaserade hygienutbildningen. Egenkontroll sker i digitalt skattningsverktyg Genomförs var tredje månad. Sammanställningen är tillgänglig för MAS, enhetschef och sjuksköterskor. Dagliga observationer i omvårdnadsarbetet genomförs av sjuksköterskor. På omvårdnadsmöten och APT diskuteras vikten av följsamhet i basala hygienrutiner.	Sammanställning av självskattning och observationer visar på god följsamhet. Personalen är medvetna om smittorisker och följer rutiner gällande basal hygien. Brister som upptäcktes var bl.a. svårigheter att sätta på handskar om man spritat händerna. Åtgärd: För att åtgärda brister rekommenderades att låta händerna lufttorka 1–2 minuter efter spritning av händer eller använda en större storlek av handske. Uppföljning Förbättringsarbete fortsätter. Även om resultatet var godkänd kommer skyddsarbetet att vara en viktig del av kvalitetsarbetet.
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheterna följer riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om vårdrelaterade infektioner och andra infektioner. HALT-mätning genomförs en gång per år via kvalitetsregistret Senior alert (tabell 4)	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion tas kontakt med smittskydd i Region Stockholm Resultatet från HALT- mätningen visar på låga nivåer av antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner Uppföljning: Genomförande av egenkontroll fortsätter

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
<p>Granskning av dokumentation i journalsystemet Vodok 2 ggr/år</p>	<p>Sjuksköterskorna från båda verksamheter kontrollerar, granskar och analyserar varandras dokumentation i Vodok.</p>	<p>Avsluta alla anteckningar som inte längre är relevanta och uppdatera dessa genom ett kontinuerligt arbete.</p> <p>Arbeta kontinuerligt med hälsoplanerna gällande utvärdering av kopplade åtgärder.</p> <p>Bedömningar som ligger till grund för hälsoplaner samt kartlagda hälsotillstånd där risker identifieras har fungerat mycket bra</p> <p>Åtgärd: Genomgång av dokumentationsåtgärder tas upp på HSL möten 1gång per månad.</p> <p>En sjuksköterska på Tranebergs vård- och omsorgsboende är utsedd till dokumentationsansvarig handledare och ger stöd till sina kollegor. Samt deltar i dokumentationsnätverk i Bromma tillsammans med representanter från samtliga vård- och omsorgsboenden.</p> <p>Mälarbackens kvalitetsutvecklare kan kontaktas och är behjälplig när det behövs</p> <p>Uppföljning: Åtgärderna följs upp tillsammans med MAS vid flera tillfällen. Arbetet kommer att fortgå under 2026.</p>

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
Läkemedels- genomgångar med symptomskattning	Läkemedelsgenomgång genomförs en gång per år och vid behov med ansvarig läkare enligt Capio/Legevisittens rutiner.	Två dokumentationsgranskningar under 2025 visar inga avvikelser gällande läkemedelsgenomgångar. Uppföljning: Genomförande av egenkontroller fortsätter under 2026.
Kvalitetsupp- följning apoteket med farmaceut	Verksamheternas läkemedelshantering och rutiner granskades 2025 av både MAS och extern apoteksgranskare från Apoteket.	Protokoll från kvalitetsgranskningen 2025 visade få anmärkningar som nu är åtgärdade. Uppföljning: Förbättringsarbetet fortsätter under 2026.
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat av två sjuksköterskor. Under kontrollen räknas både personbundna narkotiska läkemedel och läkemedel som finns i verksamhetens buffertförråd. Kontrollerna följs upp årligen vid apoteksgranskning och intern revision.	Regelbundna och korrekta kontroller månadsvis har utförts utan anmärkningar Inga avvikelser gällande narkotikaklassade läkemedel under 2025 har rapporterats Uppföljning: Genomförande av egenkontroller fortsätter under 2026
Kvalitetsråd Avvikelser och uppföljning av skyddsåtgärder 12 ggr/år	Sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal från alla avdelningar möts en gång per månad för att gå genom läkemedel och fallavvikelser och följa upp ordinerade skyddsåtgärder som syftar till att minska skador eller risk för skador hos patienten. Rehabteam deltar eller konsulteras vid behov.	Antalet läkemedelsavvikelser 2025 har ökat något i jämförelse med 2024. De flesta avvikelser handlar om missat signering av utdelning av läkemedel. Antal fallavvikelser totalt har minskat något i jämförelse med 2024 troligen beroende på att de boende som föll ofta inte längre finns kvar. Åtgärd läkemedel: Verksamheten har implementerat ett

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
		<p>digitalt signeringsverktyg från den 1 december 2025. Utfallet efter den första månaden visar att dryga 93 procent av läkemedelsinsatserna signerades i tid.</p> <p>Åtgärd fall:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skyddsåtgärder initieras när det finns fara för den boendens hälsa och liv. Ordinerar bara efter godkännande av brukaren. Exempel på skyddsåtgärd kan vara höftskyddsbyxa, sänggrind, positionsbälte. 2. Åtgärder och uppföljningar dokumenteras enligt SoL och i Vodok och tas upp på arbetsplatsträffar och teammöten varje månad. 3. Läkemedelsavvikelser och fallavvikelser analyseras för att identifiera orsaken och sätta in åtgärder. 4. Analys och åtgärder förmedlas på arbetsplatsträff möten och på omvårdnadsmöten dagligen. 5. Mötesanteckningar från kvalitetsråd finns att läsa digitalt i den gemensamma mappen. <p>Uppföljning: Genomförande av egenkontroller fortsätter under 2026</p>
Delegering	Inför delegeringsbeslut, omvårdnadspersonal genomgår Apotekets webbaserade Läkemedelsutbildning. Kunskapstestet genomförs i	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delegeringsbeslut ges endast efter godkänd kunskapstest med minst 80% rätt svar och sjuksköterskans bedömning för lämplighet och kunskapstest 2. Praktisk handledning och

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
	<p>närvaro av sjuksköterskan.</p> <p>Delegationsbeslutet finns registrerat i digitalt signeringssystem.</p>	<p>undervisning ingår i delegeringsprocessen, men även i det dagliga arbetet.</p> <p>3. Undervisning hur en läkemedelsordination från ordinationsverktyget Pascal ska tydas genomförs regelbundet.</p> <p>Uppföljning: Sjuksköterskor gör stickkontroller flera gånger under året och tar upp synpunkter direkt med HSL ansvarig samt på sjuksköterskemöte.</p>
<p>Loggkontroll (Vodok och NPÖ)</p> <p>HSL ansvarig, 12ggr/år</p>	<p>En rutin för systematisk loggkontroll är implementerad från december 2022</p> <p>I loggkontrollen kontrollerar HSL-ansvarig att personer som har varit inloggade i Vodok är anställda i verksamheterna och är behöriga användare.</p> <p>Loggkontroll av "att göra"-listan</p> <p>NPÖ – Nationell patientöversikt- HSL ansvarig kontrollerar att personalen har en aktiv vårdrelation och samtycke från patient att läsa journalanteckningar från externa vårdgivare.</p>	<p>Loggkontroll av sammanlagt 80 journaler för 2025 har genomförts regelbundet.</p> <p>HSL-ansvarig enhetschef genomför månadsvis loggkontrollerna i Vodok. Inga avvikelser har registrerats under de senaste månaderna.</p> <p>HSL-ansvarig enhetschef genomför regelbundet loggkontroll i NPÖ. Inga avvikelser har noterats.</p> <p>Uppföljning: Genomförande av månadskontroller enligt rutin fortsätter under 2026.</p>
<p>Funktionskontroll MPT (medicintekniska produkter)</p> <p>12 ggr/år</p>	<p>Sjuksköterskor på båda verksamheterna utför månatlig egenkontroll av medicinsktekniska produkter. Kontrollen signeras i pärm</p>	<p>Inga avvikelser i funktion har registrerats.</p> <p>Under september-december genomförde funktionskontroll av alla</p>

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
	<p>som bevaras på sjuksköterskeexpeditionen. Signeringslista för funktionskontroll av behandlande luftmadrass finns hos de boende som ordinerats en sådan. Personalen kontrollerar två gånger per dag att luftmadrassen är i funktion och fylld med luft, kontrollen signeras på separat signeringslista.</p>	<p>mobila liftar, takliftar, och ordinerade hjälpmedel.</p> <p>Under 2025 genomfördes en inventering av verksamheternas basmadrasser och en införskaffning av nya madrasser och ett utbyte av samtliga gamla basmadrasser genomfördes under december månad i syfte att säkerställa att grundutrustningen är av god kvalitet och garanterar en trycksårsprofylaktisk effekt.</p> <p>Registrerade och märkta enligt medicinskt tekniska produkter, enligt rutin</p> <p>Uppföljning: Egenkontroller fortsätter.</p>
<p>Registrering i Senior alert – Riskbedömning/ screening för fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa</p> <p>Palliativa registret</p>	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar i Senior alert och dokumenterar i journal (Vodok) samt följer upp resultatet.</p> <p>HSL-enhetschef går igenom registreringarna fyra ggr/år.</p> <p>När ett dödsfall inträffar på boendet registreras detta i Svenska Palliativregistret. Sjuksköterska och omvårdnadspersonal besvarar gemensamt frågor i en efterlevande-enkät gällande vården under den boendes sista levnadsveckor.</p>	<p>Riskbedömningar och tillhörande åtgärdsplaner har genomförts i mycket hög utsträckning under året (se tabell 3).</p> <p>Uppföljning : Genomförandet av egenkontroller fortsätter</p> <p>Analys: Samtliga boende som erhållit vård i livets slutskede har haft en aktuell hälsoplan. Verksamheten har säkerställt en god och personcentrerad omvårdnad samt en adekvat symtomlindring anpassad efter individens behov.</p> <p>Resultat: Vissa indikatorer gällande genomförda åtgärder visar en lägre nivå i diagrammet än förväntat. Detta trots att dokumentation över utförda insatser finns tillgänglig i</p>

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
	<p>Registreringen omfattar områden som smärtlindring och medicinering, genomförda brytpunktsamtal samt kvaliteten på den givna omvårdnaden.</p>	<p>journalsystemet Vodok.</p> <p>Förbättringsområden för 2026</p> <p>För att säkerställa att statistiken speglar den faktiska vården kommer verksamheten att fokusera på att förbättra registreringen inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Åtgärdsuppföljning: Mer konsekvent överföring av utförda åtgärder från journal till register. • Symtomskattning: Ökad användning och dokumentation av standardiserade symtomskattningsinstrument. • Munhälsa: Säkerställa att alla genomförda munhälsobedömningar registreras korrekt. <p>Vård i livets slutskede: Förbättra dokumentationen gällande närvaro i dödsstunden för att säkerställa en god kvalitetssäkring av den palliativa vården.</p>
<p>Mätning av nattfasta</p>	<p>Mätning av nattfastan har skett två ggr/år under period av tre dygn.</p>	<p>Mätningar visar att 83 % av de boende vid båda verksamheterna har en nattfasta som understiger 11 timmar. För resterande 17 % överstiger nattfastan det rekommenderade tidsspannet.</p> <p>En identifierad utmaning i dokumentationen rör somatiskt sjuka boende som intar sina måltider självständigt. Eftersom dessa boende äter när de själva önskar, är det svårt att få fram exakta mätvärden för deras</p>

Egenkontroll	Hur	Analys/ Resultat/ Åtgärd/ Uppföljning
		<p>faktiska kvälls- och nattmål.</p> <p>Uppföljning: Under 2026 kommer verksamheterna att fortsätta det systematiska arbetet med att optimera rutiner för kvälls- och nattmål vid båda boendena för att ytterligare reducera nattfastan.</p>

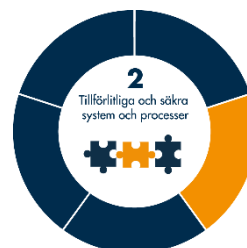
Öka kunskap om inträffade vårdskador

Inom verksamheterna registreras händelser/avvikelser därefter utreds händelser för att bedöma om vårdskada har inträffat eller om det föreligger risk för vårdskada. Avvikelserna hanteras i en modul kopplat till omvårdnadsdokumentationen. Vid allvarliga händelser tas kontakt med MAS.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerheten bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Ytterligare en del är återkommande processer och arbetssätt såsom utbildningar i preventivt syfte. Följande kvalitetsregister och processer används för att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbete och kvalitetsutveckling.



Dokumentationssystemet VODOK

VODOK är verksamhetens systemstöd för dokumentation av hälso- och sjukvård. Det inkluderar olika riskbedömningsindikatorer samt moduler för avvikelshantering och delegering.

Senior Alert

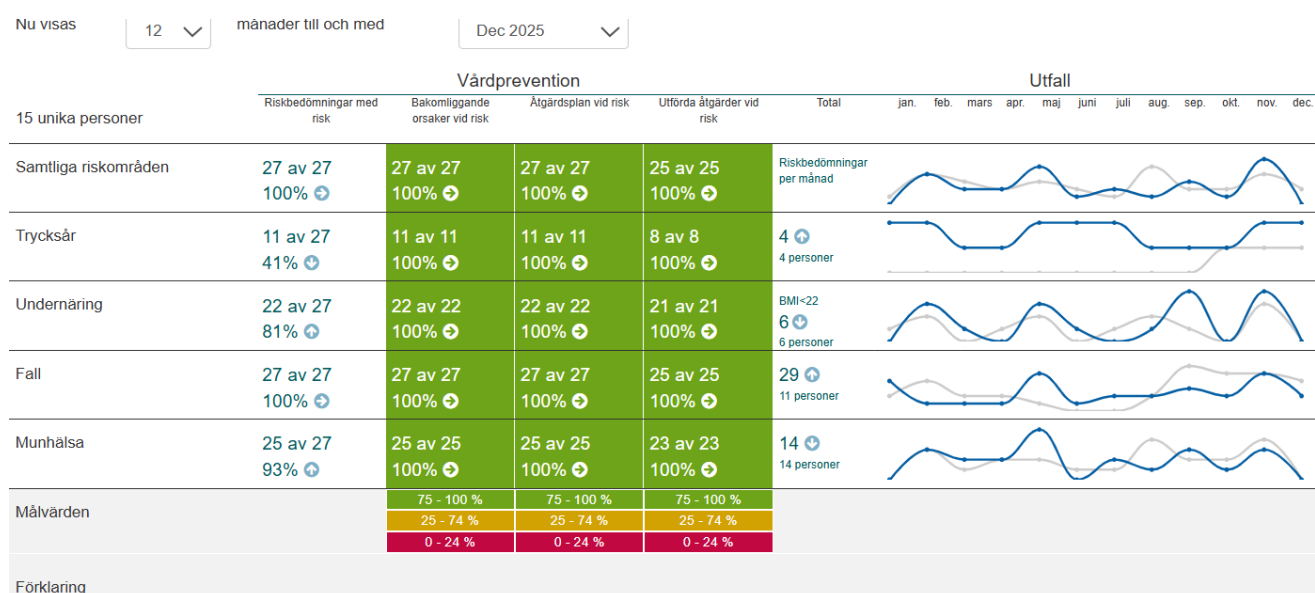
Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stärka det förebyggande arbetet för äldre personer med risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och blåsdysfunktion. Arbetet utgår från ett tvärprofessionellt team bestående av sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut. Innan en registrering påbörjas informerar sjuksköterskan patienten om registret, inhämtar samtycke och dokumenterar detta i journalsystemet.

Resultat och uppföljning 2025:

- Genomförande: Riskbedömningar genomförs vid inflyttning samt vid uppföljning efter sex månader, eller vid behov vid förändrat hälsotillstånd.

- Måluppfyllelse: Samtliga 80 boende är riskbedömda och har aktuella åtgärdsplaner.
- Kvalitetssäkring: Adekvata åtgärder planeras, följs upp och diskuteras löpande vid teammöten.

Analysen av årets resultat bekräftar en betydande skörhet hos de äldre som flyttar in på särskilt boende. Detta innebär att ett stort antal preventiva åtgärder och omvårdnadsinsatser behöver vidtas och följas upp under hela vårdtiden (se tabell 3).



Tabell 3. Utdrag från Senior alert, Tranebergs vård- och omsorgsboende 2025.

Exempel på vårdpreventiva åtgärder.

HALT- mätning av vårdrelaterade infektioner

Kvalitetsregistret Senior alert innehåller även Svenska HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) som är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Mätningen sker en bestämd dag alltid under november månad.

Resultatet från samtliga enheter visade att en boende av 80 hade en pågående infektion vid mättillfället.

HALT Rapporter ▾	
Översikt	
Infektioner	
Antibiotikaanvändning	
Riskfaktorer	
Vårdtyngdsindikatorer	
Enhetsnamn	Tranebergs Vob, Plan 2 Aladdin
Enhets typ	Allmän vård och omsorg
Datum för mätning	2025-11-10
Antal platser på boendet	15
Beläggning	15
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	15
Antal vårdtagare med korttidsvård	0
Antal kvinnor	9
Antal män	6
Antal >80 år	7
Antal >85 år	5
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten	0
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på enheten (prevalens)	0%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	0
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	1
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	0
- Antal vårdtagare med profylax	1
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (Prevalens)	6%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	1

Version 4.7.0. Inloggad med användarnamn: 720518999937

Tabell 4. Utdrag från senior alert (2025), exempel på HALT-registrering under november månad 2025.

Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede för både patienter och deras närstående.

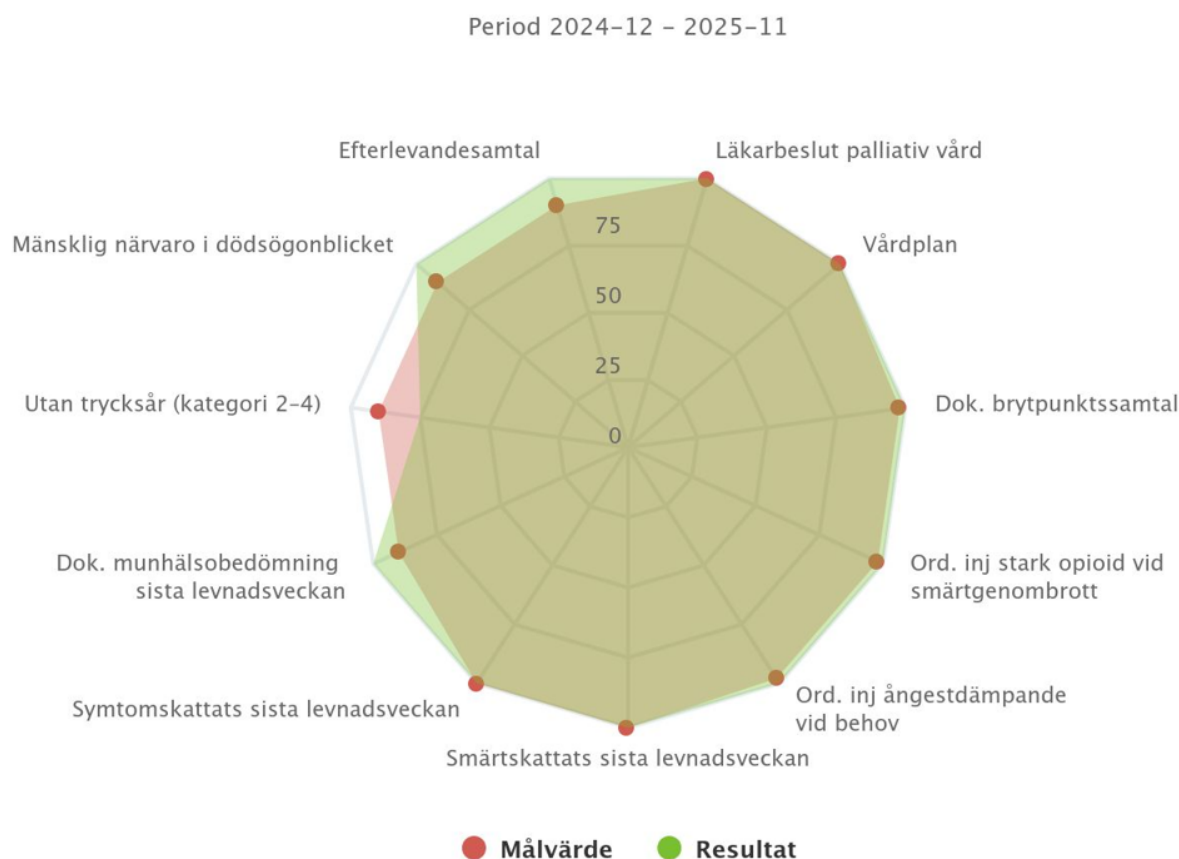
Resultatanalys 2025

Resultatet för 2025, som baseras på 25 registreringar, visar att det i hög grad finns adekvata läkemedelsordinationer vid palliativ vård och att trycksår sällan förekommer i livets slutskede. Statistiken (se tabell 5) bekräftar även goda resultat avseende vårdplaner som inkluderar brytpunktsamtal, munhälsobedömningar och smärtskattning.

Utvecklingsmål för 2026

Under 2026 fortsätter verksamheten sin satsning på att öka antalet palliativa ombud. Målet är att det ska finnas en palliativansvarig sjuksköterska på varje enhet och ett palliativt ombud på varje våningsplan. Fler medarbetare planeras delta i de utbildningar som anordnas lokalt och även av Palliativt kunskapscentrum under året.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Tabell 5: Utdrag ur palliativa registret för Brommagårdens vård- och omsorgsboende som visar resultat och målvärden för olika indikatorer.

BPSD-registret

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Syftet med registret är att utveckla systematiska arbetssätt för att förebygga och minska dessa symtom hos personer med en demensdiagnos. Under verksamhetsåret 2025 har en tredagarsutbildning för BPSD-administratörer genomförts, och arbetet med åtgärdsplaner är nu i gång i båda verksamheterna. Planer finns för fler utbildningstillfällen under 2026 för att utöka kunskapen och användandet av registret.

Läkemedelsgenomgångar

Enkla och fördjupade genomgångar av de boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Genomgångarna utförs av läkarorganisationen i samarbete med det tvärprofessionella teamet. Följsamheten kontrolleras genom dokumentationsgranskningar, vilka utförts vid två tillfällen under 2025. Av tolv granskade journaler hade tio dokumenterade läkemedelsgenomgångar; de två som saknade dokumentation berodde på att de boende var nyinflyttade. Inga avvikelser gällande uteblivna läkemedelsgenomgångar har inkommit från läkarorganisationen, vilket tyder på att processen är tillförlitlig.

Teammöten

Samtliga enheter vid Brommagården och Tranebergs vård- och omsorgsboende håller regelbundna teammöten. I dessa deltar olika professioner, såsom sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov enhetschef. Fokus ligger på personcentrerad omvårdnad, och varje yrkeskategori dokumenterar i patientjournalen gällande omvårdnadsåtgärder, bedömningar, hjälpmedel och bemötandestrategier. Teamet utvärderar även patientens förmåga att tillgodogöra sig beslutade insatser. Vid ställningstagande till eventuella skyddsåtgärder fattas alltid ett gemensamt teambeslut. På grund av organisatoriska och strukturella hinder har rehabpersonalens närvaro på teammötena varierat under året. För att stärka teamet har inhyrd rehabpersonal nyttjats under perioder.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Redovisning av självskattning gällande basala hygienrutiner sker digitalt. Resultat, brister och åtgärder återkopplas löpande på arbetsplatsträffar, hälso- och sjukvårdsmöten samt vid dagliga omvårdnadsmöten.

HS-möten för hälso- och sjukvårdspersonal

HS-mötena utgör ett forum för diskussion av övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor. Här genomförs genomgångar av nya och reviderade rutiner kopplade till lagkrav och riktlinjer. Baserat på verksamhetens egenkontroller och avvikelseanalyser fastställs åtgärder för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Arbetet med att tillämpa, följa upp och revidera rutiner sker i samråd med en hälso- och sjukvårdsutvecklare.

Kvalitetsgranskning av läkemedel

En extern kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelsförråd, hantering och rutiner genomförs årligen av Apoteket AB. Protokollet från granskningen, som inkluderar förslag på förbättringsområden, används aktivt i verksamhetsutvecklingen. Årets granskning resulterade i få anmärkningar, vilka numera är åtgärdade.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Systematiskt kvalitetsarbete

Under 2025 har verksamheterna lagt stor vikt vid att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete och identifiera prioriterade utvecklingsområden. Resultaten från genomförda egenkontroller (se tabell 3) visar att det finns områden med behov av förbättringar, och verksamheterna kommer därför att fortsätta fokusera på att utveckla läkemedelshanteringen under 2026.

Som ett led i detta anmälde verksamheterna intresse för att delta som piloter inför införandet av ett digitalt signeringsverktyg. Implementeringen inleddes på

Brommagårdens vård- och omsorgsboende den 25 november, följt av Tranebergs vård- och omsorgsboende den 1 december.

Riskhantering

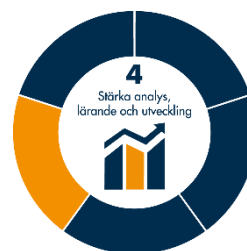
Verksamheterna har genomfört riskanalyser och riskbedömningar på både individ- och verksamhetsnivå. Resultaten från dessa analyser har integrerats i det dagliga arbetet för att stärka patientsäkerheten.

Exempel på genomförda riskanalyser:

- Beredskap: Kris- och kontinuitetsplanering, rutiner vid elavbrott samt brandrutiner med regelbundna kontroller.
- Hälsa och miljö: Hantering av värmebölja.
- Smittskydd: Smittförebyggande åtgärder, hantering av skyddsutrustning samt rutiner för säkra besök på enheterna.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Bedömning av måluppfyllelsen

För verksamhetsåret 2025 bestämdes följande mål:

Delmål 1: Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet har verksamheterna bland annat arbetet med följande aktiviteter:

- Fortsatt utveckla arbetet med egenkontrollerna. Målet har uppfyllts.

Ett gott resultat gällande egenkontroller har uppnåtts. Resultatet redovisas i tabell 2.

- Arbeta för att säkerställa läkemedelshanteringen: Målet har uppfyllts i två steg:

Implementeringen av det digitala signeringsverktyget genomfördes den 25 november på Brommagårdens vård- och omsorgsboende och den 1 december på Tranebergs vård- och omsorgsboende.

Implementeringsprocessen har varit mycket framgångsrik. Resultatet visar att över 93 procent av alla läkemedelsutdelningar har utförts och signerats i rätt tid. Inga fall av utebliven läkemedelsutdelning har förekommit sedan systemet togs i bruk (se tabell 6).



Tabell 6.1. Resultatrapport över andel administrerade och signerade läkemedel vid Tranebergs vård- och omsorgsboende.



Tabell 6.2. Resultatrapport över andel administrerade och signerade läkemedel vid Brommagårdens vård- och omsorgsboende.

Utbildning för läkemedelsdelegering

En digital utbildning för delegering av läkemedelshantering har implementerats på båda boendena. Utbildningen är framtagen av Apoteket och består av tre timmars digital undervisning följt av ett individuellt kunskapstest omfattande 80 frågor.

Verksamheterna har under 2025 genomfört två gemensamma utbildningstillfällen. Vid dessa tillfällen har personalen gått igenom utbildningsmaterialet tillsammans med en sjuksköterska. De gemensamma genomgångarna ger personalen möjlighet att ställa frågor och få medicinska termer förklarade, vilket stärker förutsättningarna för en säker läkemedelshantering.

Kunskapstestet genomförs individuellt i närvaro av en sjuksköterska. För att erhålla godkänd delegering krävs ett resultat på minst 80 procent rätta svar.

- *Förbättra dokumentationen enligt socialtjänstlagen och att den överensstämmer med dokumentationen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Målet har delvis uppfyllts.*

Den sociala dokumentationen har förbättrats, men brister i det nuvarande dokumentationssystemet försvårar möjligheten att skapa ett jämnt flöde och en effektiv sammankoppling mellan SoL- och HSL-dokumentation. Införandet av ett nytt dokumentationssystem, som ger bättre förutsättningar för en sammanhållen dokumentation, har upphandlats men processen är för närvarande pausad.

- *Utföra kompetenshöjande insatser gällande nutrition och palliativvård. Målet har delvis uppfyllts.*

Under 2025 har verksamheterna samverkat med dietisterna i Stockholms stad, vilket resulterat i flera utbildningstillfällen gällande nutrition. Genom måltidsprojektet "Matlyftet" höjdes kunskapsnivån kring mellanmål, vilket har bidragit till ökad aptit hos boende med kognitiv svikt.

Metodrummet på Mälarbackens vård- och omsorgsboende har använts under året. Sjuksköterskor från Brommagården och Tranebergs vård- och omsorgsboende har, tillsammans med HSL-enhetschefen, genomfört både teoretiska och praktiska utbildningar. Dessa har bland annat omfattat nutitionsinsatser, såsom sondnäringstillförsel, samt praktiska omvårdnadsåtgärder vid livets slutskede.

Inom verksamheterna finns utbildade palliativvårdsombud och en samordnande sjuksköterska. Arbetet med att etablera ett gemensamt förhållningssätt och tydliga rutiner har påbörjats. Under 2026 kommer verksamheten att fortsätta arbeta aktivt för en god och värdig vård i livets slutskede, och fler palliativa ombud planeras att utbildas under året.

- *Implementera den evidensbaserade metoden i BPSD-kvalitetsregistret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Målet har uppfyllts.*

Arbetet med att implementera den evidensbaserade metoden i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) har påbörjats i båda verksamheterna. Vid regelbundna teammöten registreras boende med beteendemässiga symtom, varpå individuella bemötandeplaner utformas och analyseras. Fler än 60 procent av de boende på båda verksamheterna är registrerade i BPSD registret.

Arbetet med BPSD-registret kommer att fortsätta utvecklas under 2026. Ytterligare fyra BPSD-administratörer planeras genomgå utbildning i början av året. Målet är att alla boende ska få individuellt anpassade omvårdnadsinsatser för att minska oro och reducera användningen av lugnande läkemedel. Eftersom arbetet fortfarande befinner sig i ett tidigt stadium är det ännu för tidigt att dra generella slutsatser om resultatet, men utvecklingsarbetet fortsätter med hög prioritet under 2026.

Delmål 2: Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheterna bland annat genomföra följande aktivitet:

- *Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs. Målet har uppfyllts.*

Intern samverkan

Interna samverkansrutiner efterlevs av verksamheterna. Samarbetet mellan legitimerad personal (sjuksköterskor) på båda enheterna är etablerat. Denna samverkan inkluderar:

- **Kvalitetssäkring:** Gemensamma egenkontroller av dokumentation och regelbundna möten.

- **Kompetensutveckling:** Tillfälliga byten av arbetsplats för att hålla sig uppdaterad om den andra verksamheten.
- **Kontinuitet:** Vid frånvaro samarbetar sjuksköterskorna för att säkerställa en god och säker vård.

Extern samverkan

Externa samverkansrutiner finns och efterlevs:

- **Läkare:** Verksamheten samverkar med läkarorganisationen Capio/Legevisiten. Ansvariga läkare är geriatriker med lång erfarenhet och gedigen kunskap gällande kognitiv svikt.
- **Digitala verktyg:** Rondplattformen Collabodoc för säkrare och tryggare ronder är införd i verksamheterna.
- **Apotek och utbildning:** Verksamheterna samarbetar med Apoteket AB. En kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes i oktober 2025, baserad på Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2017:37). Granskningen visade god ordning, och de förbättringsförslag som noterades har åtgärdats. Stockholms stad har avtal med Apoteket AB som levererar flera utbildningar riktade till all personal.
- **Medicinteknik:** Samverkan sker med upphandlade leverantörer av medicintekniska produkter i syfte att säkerställa att endast säkra produkter används.
- **Jourverksamhet:** Under kvällar, nätter och helger utförs hälso- och sjukvårdsinsatser av Big Care (Medpeople). Det långvariga samarbetet har bidragit till att kontinuiteten kunnat bevaras.
- **Tandvård:** Verksamheten samverkar med tandvårdsföretaget Flexident. Regelbundna besök av tandläkare och tandhygienist utförs, och två gånger per år installeras en miniklinik på respektive boende under en tvåveckorsperiod för tandvård på plats.
- **Nutrition:** Dietisterna i stadsdelen kan kontaktas vid behov för nutritionsbehandling. Utbildningar och stöd gällande nutrition genomförts i olika former.
- **Rehab:** Verksamheten har samverkat med Mälarbackens vård- och omsorgsboende kring rehabpersonalens resurser. Samarbetet har dock haft utmaningar. För att säkerställa en god och säker vård, har förstärkning i teamet

gällande rehabinsatser genomförts under perioden september 2025 fram till februari 2026 genom att verksamheten anlitar bemanningsföretag.

- Bemanningstöd: Samverkan med bemanningsföretag har skett genom inhyrda sjuksköterskor och rehabteam som tjänstgjort under hösten i samband med implementeringen av digitalt signeringssystem för läkemedelshantering.

Mål och strategier inför kommande år 2026

Förutom att bibehålla förbättrade resultat vad gäller patientsäkerhetsarbetet under 2025, visar analys och resultat på nya utvecklingsområden för verksamheterna.

Med grund i resultaten från 2025 års patientsäkerhetsberättelse och det övergripande verksamhetsmålet för Bromma stadsdelsförvaltning, *Äldre i Bromma har en trygg tillvaro med god vård och omsorg*, har ett delmål identifierats vilket verksamheterna kommer arbeta mot under 2026.

Brommas äldre har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker och genom samverkan med andra aktörer skapas trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheten fortsätta arbeta utifrån följande:

- Tvärprofessionellt samarbete: Vidareutveckla arbetet med tvärprofessionella teammöten för att säkerställa helhetssyn och samordnade insatser.
- Dokumentationskvalitet: Förbättra dokumentationen
- Palliativ vård: Genomföra kompetenshöjande insatser gällande vård i livets slutskede.
- Demensvård: Fortsatt utveckla det systematiska arbetet med BPSD-kvalitetsregistret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- Personcentrerad vård: Arbeta för att implementera en mer personcentrerad vård och omsorg, där brukaren är i fokus.
- Säkerställa att samverkan med andra aktörer finns och att samverkansrutiner efterlevs