

Patientsäkerhetsberättelse

Hemmet för gamla

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Sammanfattning.....	3
3 Grundläggande förutsättningar för en god vård.....	3
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier.....	4
3.1.2 Organisation och ansvar	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.1.4 Informationssäkerhet	6
3.1.5 Strålskydd.....	7
3.2 En god säkerhetskultur	8
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	8
3.4 Patienten som medskapare.....	9
4 Agera för säker vård	10
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	14
4.3 Säker vård här och nu	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	16
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	17

1 Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL 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.

2 Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen visar att 2025 har medfört fortsatta förbättringar inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom ett strukturerat ledningssystem har riskbedömningar, egenkontroller, avvikelshantering och förbättringsåtgärder genomförts och följts upp, i linje med den nationella visionen om en god och säker vård. Samverkan, både internt och externt, samt användning av digitala stöd för dokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering har varit centrala delar i det förebyggande arbetet under 2025.

Analys av årets resultat visar positiva effekter inom flera områden, bland annat minskat antal fall och ökad upptäckt av läkemedelsavvikelser, vilket stärker patientsäkerheten. Identifierade förbättringsområden har legat till grund för mål och planerade åtgärder inför kommande år, med fortsatt fokus på lärande, utveckling och patientsäker vård.

Samtidigt kvarstår vissa riskområden som kräver fortsatt utveckling. Mot denna bakgrund har följande fokusområden identifierats för 2026:

- Minska antalet fall som leder till fraktur
- Stärka teamarbetet och samordningen kring patienten
- Säkerställa kompetens och uppföljning vid delegeringar
- Förbättra följsamheten till rehabiliteringsordinationer
- Öka rapportering av trycksår i avvikelsemodulen
- Stärka arbetet med medicintekniska produkter
- Fördjupa riskanalysarbetet.

Dessa fokusområden följs upp genom planerade egenkontroller, utbildningsinsatser och återkommande uppföljning i kvalitets- och hälso och sjukvårds-forum, med målet att ytterligare stärka säkerheten, kvaliteten och kontinuiteten i vården under kommande år.

3 Grundläggande förutsättningar för en god vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

- Engagerad ledning och tydlig styrning

- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

3.1 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.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Hemmet för gamla ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk för att drabbas av vårdskada.

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelse, synpunkter och klagomål dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.

- Systematiska egenkontroller av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

3.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Verksamhetschef ansvarar för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. MAS och MAR ansvarar för att anmälan enligt Lex Maria görs till IVO för verksamheter i egen regi och rapportera till ansvarig nämnd.

Gruppledare för hälso-sjukvård ansvarar, med stöd av verksamhetschef för att egenkontroller genomförs, följs upp och att handlingsplaner tas fram vid behov, samt för att tillsammans med legitimerad personal identifiera risker.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt följa gällande riktlinjer och rutiner. Sjuksköterskor finns på plats kl. 7–17 på vardagar och helger kl. 7–15. Övrig tid ansvarar sjuksköterskepatrull för akuta insatser och telefonrådgivning.

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete där intern samverkan är en central del i det förebyggande arbetet mot vårdskador. Samverkan sker i lokal ledningsgrupp,

mellan gruppleddare för SoL och HSL samt genom tvärprofessionella kvalitetsråd. Syftet är att gemensamt identifiera risker, följa upp avvikelser och stärka det organisatoriska lärandet.

Det kontinuerliga teamarbetet mellan olika professioner säkerställer att vård och omsorg planeras och genomförs utifrån samlad kompetens och med patientens delaktighet i fokus. För att stärka säker informationsöverföring inom verksamheten har omvårdnadspersonal under året utbildats i strukturerad kommunikation enligt SBAR.

Vid vårdens övergångar sker strukturerad informationsöverföring enligt SBAR mellan verksamheten och andra vårdgivare eller boenden. Vid akuta sjukhusbesök medföljer relevanta journalhandlingar och aktuella läkemedelslistor.

Extern samverkan sker regelbundet med utsedd läkarorganisation i regionen samt med dietist, vårdhygien, apotek, smittskydd, tandvård och leverantör av journalsjuksköterskor. Digital kommunikation med läkare via Collabodoc har bidragit till förbättrad tillgänglighet, tydligare kommunikation och stärkt dokumentation.

Samverkan med utförare av tandvård, som under 2025 har varit Oral Care, är väletablerad och fungerar väl. Tandvårdsutföraren tillhandahåller nödvändig tandvård, munhälsobedömningar samt munvårdsutbildning för vård- och omsorgspersonal.

I syfte att stärka vårdkedjan deltar MAS och MAR i regionala och lokala nätverk där bland annat Södersjukhuset, Dalen-geriatriken och ambulanssjukvården finns representerade. Samverkan sker även med andra särskilda boenden, läkarorganisationer för särskilt boende samt, i vissa sammanhang, verksamhetschef för HSL vid Hemmet för gamla.

MAS och MAR samverkar med stadsarkivarier och stadsdelsarkivarier i arbetet med att utveckla hanteringsanvisningar för hälso- och sjukvårdsdokumentation. MAR har även kontinuerlig samverkan med externa leverantörer av medicintekniska produkter samt serviceleverantörer för dessa.

Ett identifierat förbättringsområde är bristande systemstöd för informationsdelning av dokumentation mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal, vilket kan medföra risk för vårdskada. I dagsläget sker informationsöverföring huvudsakligen muntligt, för vilket det finns fastställda strukturer och rutiner. Äldreförvaltningen har, på uppdrag av kommunfullmäktige, fått i uppdrag att upphandla och införa ett nytt utförarsystem. Förhoppningen är att systemet ska vara utformat för att möjliggöra säker och ändamålsenlig informationsdelning, där olika professioner kan ta del av varandras dokumentation och därmed ytterligare stärka patientsäkerheten.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Enligt författningen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla

- de uppföljningar av informationssäkerheten som är av större betydelse
- riskanalyser som har gjorts
- de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten
- den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem
- den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Inom verksamheten hanteras personuppgifter vid journalföring i hälso- och sjukvårdsjournal, socialjournal samt i personaladministrativa system. Personuppgifter som hanteras skyddas av

dataskyddsförordningen (GDPR). Ett kontinuerligt och samlat arbete pågår i förvaltningen med säkerhetsfrågor, sett till dagens säkerhetsläge för att alltid ha säkra och tillförlitliga system. Verksamheten har rutiner för hur informationsöverföring sker intern och externt för skydda personuppgifter. All personal genomgår årligen utbildning i informationssäkerhet och GDPR.

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering och går igenom årligen av IT-samordnare för att säkerställa korrekt användare. SITHS-kort används för inloggning i digitala vårdtjänster så som läkemedelstjänsten Pascal, nationella kvalitetsregister och nationell patientöversikt (NPÖ). All legitimerad personal använder även SITHS-kort för inloggning i stadens egna journalsystem.

Loggkontroller och digitala arbetssätt

Gruppledare för HSL genomför loggkontroller i VODOK och NPÖ. Verksamhetschef ansvarar för rutiner i ledningssystemet som säkerställer logghanteringen. Under 2025 noterades inga olovliga inloggningar. All personal informeras om sekretess och skriver sekretessförbindelse vid anställning. Behörigheter avslutas vid avslutning av tjänst.

Sjuksköterskor har övergått till digital "att-göra-lista" för daglig planering, vilket ökat säkerheten vid informationsöverföring. Digitalt signeringssystem för läkemedel och HSL-insatser har införts, vilket gör att avvikelser upptäcks och åtgärdas snabbare

Vid inflytt tillfrågas patienten om samtycke till sammanhållen journal, kvalitetsregister, informationsöverföring till andra vårdgivare och närståendes involvering. Omvårdadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att årligen säkerställa om samtycke kvarstår.

Verksamheten omfattas av NIS-direktivet (NIS 2), vilket innebär krav på systematiskt arbete med informationssäkerhet inom samhällsviktiga och digitala tjänster, såsom hälso- och sjukvård. Syftet är att förebygga störningar, minska konsekvenser av IT-incidenter och säkerställa att verksamheten kan upprätthållas, vilket är direkt kopplat till patientsäkerhet. Arbetet omfattar att upptäcka, hantera och rapportera IT-incidenter samt att säkerställa tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet i informationssystem genom riskanalyser, förebyggande åtgärder och kontinuerlig uppföljning. Ett utvecklingsområde inför 2026 är att tydliggöra ansvar och arbetssätt för informationssäkerhetsklassning av verksamhetens digitala system. Arbetet kommer att inriktas på att säkerställa att klassning genomförs enligt stadens anvisningar innan införande av nya digitala verktyg. MAS, MAR och verksamhetschef ansvarar för att driva frågan på avdelningsnivå.

3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Skarpnäcks stadsdelsnämnds verksamheter använder i nuläget ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet på risker i hälso- och sjukvården. Individuella värderingar och antaganden är den grund som formar gruppens förståelse av omgivningen.

Säkerhetskulturen integreras i verksamheten genom att värdegrunden genomsyrar allt arbete och fungerar som ramverk för patientsäkerhet och kvalitet. Det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet organiseras i ledningssystem där riskanalyser, egenkontroller och handlingsplaner dokumenteras och följs upp.

All personal är delaktig i förbättringsarbete och uppmuntras att rapportera avvikande händelser, där målet är att byta ut termen "avvikelse" mot "händelse" för att betona lärande och utveckling. Rapportering via SBAR och organisatoriska förändringar, såsom införandet av gruppleadare och ny struktur för teamarbete, stärker kommunikationen mellan personalgrupper och bidrar till personcentrering och kontinuitet i vården. Synpunkter och klagomål registreras, diarieförs och används som en viktig del i förbättringsarbetet, och rutiner och handlingsplaner revideras regelbundet för att säkerställa en ständig utveckling mot en trygg och säker vårdmiljö.

Hemmet för gamla ska arbeta för en säkerhetskultur som präglas av ett öppet och tillitsfullt arbetsklimat där medarbetare känner sig trygga att rapportera, diskutera och ställa frågor kring patientsäkerhet.

Verksamheten arbetar kontinuerligt för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården. Identifierade risker, avvikelser och tillbud hanteras strukturerat och används som underlag för lärande och förbättring. Fokus ligger på att förstå bakomliggande orsaker och vidta förebyggande åtgärder, snarare än att peka ut enskilda individer. Ett icke skuldbeläggande förhållningssätt är centralt i arbetet och bidrar till ökad rapporterings benägenhet och öppen dialog.

Öppen kommunikation kring risker och säkerhet främjas genom dialog i på teammöten, överrapporteringar samt vid behov riktade uppföljningar av inträffade händelser. Lärande sker även i det dagliga arbetet, genom dialog mellan medarbetare, legitimerad personal och chefer. Erfarenheter från både negativa händelser och positiva resultat används för att utveckla arbetssätt och stärka säkerheten i vården.

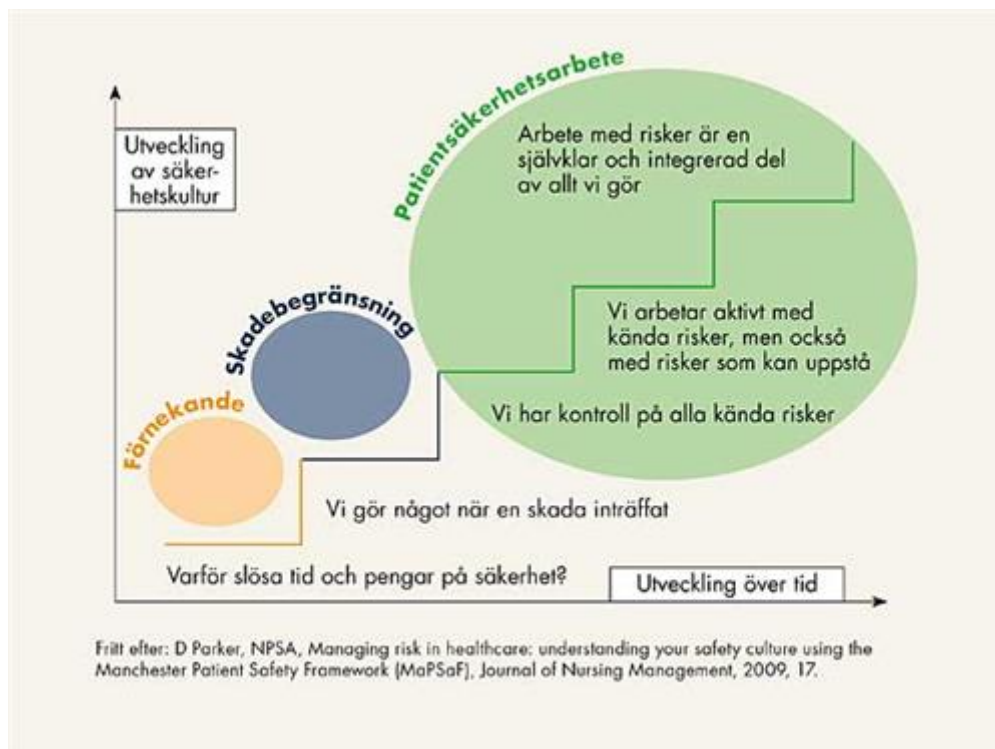
Genom detta samlade arbetssätt skapas förutsättningar för en säkerhetskultur där lärande, öppenhet och gemensamt ansvar bidrar till att förebygga vårdskador.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal med

adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete

Patientsäkerhetsarbete handlar om mognad. Figuren nedan visar de olika faserna. De går från att förneka att skador ens förekommer till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.



Kompetens och utbildning

Verksamheten arbetar systematiskt med kompetensutveckling för att förebygga vårdskador. Årliga kompetensbedömningar genomförs per yrkeskategori och ligger till grund för kompetensförsörjningsplanen, där både nuvarande kompetens och framtida behov kartläggs. Alla genomförda utbildningar dokumenteras på individnivå.

Omvårdnadspersonal genomgår återkommande delegeringsutbildning, träning i medicintekniska produkter, förflyttningsteknik samt månatliga funktionskontroller av medicintekniska produkter som används dagligen i verksamheten. Nyanställda introduceras och handleds med checklistor som säkerställer kunskap om rutiner, läkemedelshantering, hygien och förflyttningsteknik.

Från december 2025 införs Apoteket AB:s kunskapstest vid delegering. Testet genomförs i närvaro av sjuksköterska för språkstöd och kvalitetssäkring. Kompetensutvecklingen följs kontinuerligt upp och riktas även mot identifierade förbättringsområden, såsom teamarbete, delegering och fallprevention. Individuella utbildningsmål används för att stödja både verksamhetens krav och medarbetarnas behov.

3.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Den kommunala hälso- och sjukvården ska bygga på anpassad information, delaktighet och samtycke, och kräver ofta en hög grad av individanpassning. En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som

möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.



Verksamheten arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ses som expert på sin egen kropp och sina behov. Patientens delaktighet säkerställs i planering och uppföljning av vård och omsorg genom individanpassad information om vårdens mål och eventuella risker, samt i hälsoplaner med tydliga, mätbara mål som följs upp minst två gånger per år. Brukarundersökningar, synpunkter från patienter, anhöriga och baspersonal sammanställs årligen av verksamhetschef och lokala ledningsgruppen och leder till handlingsplaner för att förbättra rutiner och processer.

Patientperspektivet är integrerat i ledningssystemet och i rutiner för planering, dokumentation, riskbedömning och avvikelshantering, med målet att förebygga negativa händelser och öka patientens självbestämmande och trygghet i vården. I kartläggningen av patientens hälsotillstånd är patientens egna önskemål kring vården en central del. Den legitimerade personalen arbetssätt gällande patientens vård och omsorg sker i möjligaste mån i samråd med patienten för att säkerställa delaktighet och autonomi genom individanpassad information om vårdens mål och eventuella risker.

En utmaning som identifierats är när boende inte vill ta emot vård. För att säkerställa patientsäkerhet och välbefinnande är teamarbete och god kommunikation centrala vid planering i denna situation. Verksamhetens målsättning är att skapa förutsättningar som kan öka patientens vilja att ta emot insatser, samtidigt som patientens självbestämmande och önskemål respekteras.

4 Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



Egenkontroll

1. Identifiering av riskområde	2. Analys	3. Åtgärder	4. Uppföljning av åtgärd
Kontrollräkning narkotika läkemedelsskåp hos patient.	Sedan införandet av Appva har kontrollräkning av narkotika i läkemedelsskåpen hos patienten inledningsvis skett med för långa intervaller.	Riskområdet har diskuterats på ssk-möten. Tydliggörande gällande att omvårdnadsansvarig ssk ansvarar för att kontrollräkning sker i tid enligt rutin.	Kontroll av räkningen i läkemedelsskåp har genomförts under december månad och kontrollräkning har skett enligt rutin och dokumenterats i APPVA.
Behov av ökad kunskap om psykisk ohälsa hos äldre.	Detta var ett identifierat riskområde för 2025.	Rutin för psykisk ohälsa är uppdaterad enligt riktlinjer. Planerade åtgärder var att all legitimerad personal under 2025 skulle genomgå webbutbildningen Psy-E bas senior.	Webutbildning är ej genomförd enligt plan. Åtgärden tas med in i 2026 års planering och kontrolleras genom egenkontroll utbildning HSL.
Hygien	Arbete med att förbättra följsamhet i basala hygienrutiner behöver systematiseras genom utbildning och uppföljning.	Legitimerad personal ska hålla utbildning i basala hygienrutiner på APT. Ny rutin införd att alla ska genomföra webutbildning i basala hygienrutiner vid anställning.	Legitimerad personal har hållit utbildning och uppdatering i basala hygienrutiner på APT Okt. 2025. Från och med dec. 2025 ska alla nyanställda genomgå webutbildning i samband med anställning. All omvårdnadspersonal gör webutbildning i Basala hygienrutiner årligen.
Delegering- förståelse och kunskap hos omvårdnadspersonal.	Övergång till apotekets kunskapstest som planerats under året bedöms öka kravet på delegeringsmottagar-ens språkförståelse och teoretiska kunskaper.	Apotekets kunskapstest genomförs i närvaro av legitimerad personal.	Delegering för år 2026 har genomförts under december månad 2025 och bedömning är att kompetensen hos delegerad personal kring läkemedelslistor och vissa teoretiska kunskaper har ökat.
Munhälsa	Hälsoplan saknas hos vissa patienter med risk enligt ROAG. Öka kunskap kring munhälsa hos legitimerad personal samt omvårdnadspersonal.	Under året har hälsoplaner skapats för alla patienter med risk enligt ROAG. Legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska genomgå munhälsoutbildning.	All legitimerad och omvårdnadspersonal har genomgått utbildning i munhälsa av Oral Care december 2025. Genom egenkontroll har målet hälsoplan vid risk ROAG kontrollerats.

4.1 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 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.



Tabell avvikelser

Typ av område	1. Allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	2. Vårdskada/risk för vårdskada	3. Totalt antal avvikelser
Läkemedel	0	0	55
Fall	0	1	103
Specifik omvårdnad	0	1	7
Specifik rehabilitering	0	0	0
Trycksår	0	1	3
Vårdkedjan	0	0	3
Vårdrelaterade infektioner	0	0	0
Övrigt	0	0	0

Antalet fallhändelser har utvecklats i positiv riktning under 2025 och minskat till 103 fall, jämfört med 136 fall under 2024, vilket motsvarar en minskning på cirka 24 procent. Trots minskningen av antalet fallhändelser har antalet frakturer ökat. Under 2024 rapporterades två frakturer, medan motsvarande siffra för 2025 uppgår till sju. Analysen visar att patienter med enstaka fall främst drabbats av fraktur. Utbildning i fallpreventiva åtgärder har genomförts för både omvårdnadspersonal och legitimerad personal, och rutiner för uppföljning av avvikelser har stärkts med ett tydligare arbetssätt för uppföljning efter fall.

Läkemedelsavvikelser har ökat från 35 till 55 (ökning på 48 %), troligtvis främst på grund av bättre upptäckt av avvikelser via APPVA, vilket stärker patientsäkerheten. Samtidigt har tre delegeringar återkallats på grund av bristande kunskaper i det praktiska arbetet samt följsamhet till rutiner.

Tre trycksår registrerades under året, vilket är en förbättring jämfört med 2025, men viss underrapportering kvarstår. Avvikelser har även rapporterats inom specifik omvårdnad och vårdkedjan, och rehabiliteringsrelaterade avvikelser identifieras som ett utvecklingsområde.

Sammanfattningsvis visar verksamheten under 2025 framsteg i förebyggande arbete och ökad patientsäkerhet. Fokus för 2026 blir att minska frakturer, stärka följsamhet vid läkemedelshantering, förbättra rapportering av trycksår samt förstärka uppföljning och utbildning inom rehabilitering. Fortsatt användning av digitala verktyg och tydliga rutiner planeras för att ytterligare förbättra säkerheten och kvaliteten i vården.

Vårdskador identifieras i stor utsträckning i ett tidigt skede, då rapportering till legitimerad personal fungerar väl och sker i direkt anslutning till att skadan upptäcks. Det kan dock inte uteslutas att det finns underrapportering av avvikelser inom rehabiliteringsområdet, eftersom inga avvikelser har rapporterats under 2025. En åtgärd är att stärka rutiner och utbildning kring avvikelshantering inom rehabilitering för att säkerställa att alla incidenter upptäcks och dokumenteras.

1. Riskområde	2. Mål	3. Åtgärd	4. Uppföljning av åtgärd, hur och när	5. Måluppfyllnad
Fall som leder till fraktur	Minska antalet fall som leder till fraktur. Under 2025 har 7 % av fallet lett till fraktur. Målet är att närma sig tidigare år med en frakturprevalens på 2-3 %.	Arbeta systematiskt i teamen med att identifiera var risken för fallfrakturer är stor.	Egenkontroller av fall enligt årshjul.	Ökat fallförebyggande arbete och minskade fallhändelser.
Trycksår	Fortsätta öka rapporteringen av trycksår i avvikelsemodule	Information och uppdatering fortlöpande i HSL-gruppen under 2026.	Egenkontroller enligt årshjul under 2026.	Ökad kunskap och rapportering av trycksår.
MTP	Förbättrad struktur och spårbarhet i systemet för registrering av MTP samt fortsatt arbete för omvårdnadspersonalens kompetens i MTP.	Planerad övergång till digitalt inventeringsverktyg som kommer medföra en ökad tydlighet och struktur för kategorisering av MTP. Planerad och återkommande utbildning i användning av MPT samt hur månatlig funktionskontroll ska utföras.	Arbetet påbörjat med förbättring av struktur av registrering av MTP. Utbildning och månatliga kontroller kommer att följas upp i egenkontroller under 2026.	Användandet av digitalt inventeringsverktyg har implementerats och utbildningar genomförts enligt planering.
Risikanalyser	Utöka riskanalysarbetet/öka antalet riskanalyser i HSL.	Resonera proaktivt kring risker som vi i HSL gruppen identifierar.	Egenkontroller av riskanalyser enligt årshjulet.	Risikanalyser har genomförts och dokumenterats.
Delegeringar	Uppföljning av delegeringar ska ske efter 3 månaders från utfärdad delegering samt dokumenteras.	Ny funktion i APPVA för registrering av uppföljning kommer under 2026	Legitimerad personal informeras på Hälso och sjukvårdsmöte samt egenkontroller enligt årshjulet under 2026.	All delegerad personal har följts upp enligt rutin.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av

verksamhetsutvecklingen.



Verksamheten arbetar systematiskt med ledningssystem för att säkerställa säkra och tillförlitliga processer med tydliga rutiner och dokumentation. Ledningssystemet, som för närvarande överförs till ett digitalt, processbaserat verktyg, används för att strukturera kvalitetsarbete, egenkontroller och riskanalyser. Egenkontroller genomförs enligt årshjul och följs upp med återkoppling på APT (Arbetsplatsträff)-, Hälso och sjukvårds-möten och kvalitetsmöten. Kvalitetsombud ansvarar för att sprida information från kvalitetsmöte till sina kollegor. Legitimerad personal har under 2025 fått en mer formell roll på APT med återkoppling kring mätningar, egenkontroller och kortare utbildningar i relevanta områden.

Förbättringsarbetet sker genom rapportering av avvikande händelser, egenkontroller och riskanalyser. Resultaten från dessa analyseras och handlingsplaner skapas utifrån identifierade förbättringsområden. Utvärdering av vidtagna förbättringsåtgärder genomförs och leder till kontinuerlig uppdatering av rutiner. Statistik samt analys av avvikelser presenteras på månatliga kvalitetsmöten. Målsättningen är att alla medarbetare ska ha kännedom om rutiner och processer, delta i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, samt bidra till en kultur med ständiga förbättringar.

4.3 Säker vård här och nu

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

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.



Verksamheten arbetar fortlöpande med riskbedömningar och riskanalyser för att förebygga händelser som kan påverka patientsäkerhet och kvalitet. Strukturerade riskanalyser genomförs

regelbundet av verksamhetsledningen, både på övergripande nivå och i samband med förändringar i vård, organisation eller arbetsmiljö. Risk- och väsentlighetsanalyser görs vid större förändringar, till exempel organisatoriska förändringar, kompetens eller IT-försörjning, samt för att stå motståndskraftiga mot samhällshändelser som kriser och elavbrott.

Under 2025 uppmärksammades ett antal utvecklingsområden i verksamheten. Under perioden maj–oktober fanns exempelvis en begränsad tillgång till telefoner för sjuksköterskorna, vilket påverkade möjligheten till intern kommunikation och vissa arbetsmoment, såsom läkemedelssignering. Situationen hanterades inom ramen för ordinarie avvikelshantering, och både verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) informerades. Några vårdskador rapporterades inte under perioden, men erfarenheterna visade på värdet av att se över kommunikationslösningar och tillgång till ändamålsenlig utrustning för att ytterligare stärka patientsäkerheten

För låg kunskap i svenska språket hos omvårdnadspersonal kan utgöra en risk vid läkemedelshantering. Införandet av det nya digitala kunskapstestet för delegering bedöms förbättra möjligheten att identifiera vilka medarbetare som har för låg språkkunskap för att administrera läkemedel på ett patientsäkert sätt. Andra risker under året har varit värmebölja och tillfälliga störningar i journalsystemet, där dokumentation i dessa situationer sker på papper och viktig information har varit tillgänglig via akutkuvert i boendeskap. Lärdomar från året visar vikten av tydliga rutiner, effektiv informationsspridning, adekvat utrustning och strukturerad beredskap. För 2026 planeras fler riskanalyser samt förbättrad struktur och tillgänglighet av HSL-rutiner för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

4.4 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.



Verksamheten arbetar systematiskt med analys och lärande för att öka patientsäkerheten och minska risken för vårdskador. Behov av kompetensutveckling identifieras genom riskanalyser, avvikelser, teamdiskussioner samt införande av nya arbetsprocesser och digitala system. Under 2025 har kompetensutveckling genomförts inom palliativ vård, demensvård, munhälsa, handledning, förflyttning, patientsäkerhet samt digitala system för läkemedelssignering, delegering och arbetslistor. En lärdom för teamet är vikten av korrekt kommunikation mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal och prioritering och struktur i den palliativa vården för kontinuitet, trygghet och symtomlindring.

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående sammanställs och analyseras, inklusive ärenden via Patientnämnden och IVO. Avvikelser inom HSL analyseras av

gruppleddare som bedömer vårdskada och behov av vidare utredning. Resultat och lärdomar återkopplas till personalen på kvalitetsmöten och APT och används för att förbättra rutiner, arbetsprocesser och patientsäkerhet, exempelvis kring hygien, teamplanering och palliativ vård.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, aktuell tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med mar eller mas göra anmälan.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som på ett flexibelt sätt kan anpassas till olika förhållanden men med bibehållen kvalitet och funktion. Beredskapsplaner är en viktig del av arbetet för att upprätthålla en god och säker hälso- och sjukvård vid nödlägen och andra oförutsedda händelser. Inom verksamheten bedrivs ett strukturerat och fortlöpande arbete för att stärka förutsättningarna för en flexibel och robust vård med patientens säkerhet i fokus.

Arbetet omfattar bland annat framtagande och regelbunden uppföljning av styrdokument samt övergripande kris- och beredskapsplaner. Risk- och sårbarhetsanalyser genomförs och erfarenheter från inträffade händelser och avvikelser tas tillvara i det fortsatta utvecklingsarbetet. Övningar, simuleringar och kompetensutveckling bidrar till att stärka personalens beredskap och handlingsförmåga. Arbetet syftar till att förebygga risker och säkerställa kontinuitet i vården även vid påfrestade situationer.

Inom ramen för patientsäkerhetsarbetet identifieras och följs områden som kan påverka vårdens säkerhet, exempelvis avbrott i läkemedelsleveranser, bemanning, elavbrott, värmeböljor och driftstörningar i tekniska system. Som ett stöd i patientsäkerhetsarbetet planeras införandet av ALISA, ett nytt system för inventering, dokumentation och uppföljning av medicintekniska produkter och beredskapslager. Systemet förväntas bidra till komplett spårbarhet, effektiv rapportering och kontroll av medicintekniska produkter samt förbättrad översikt över produkter, status och lagernivåer i beredskapslager.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Verksamhetens övergripande mål är att fortsatt erbjuda hälso- och sjukvård av hög kvalitet, med systematiska uppföljningar i nationella kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret, samt genom riskbedömningar, hälsoplaner, dokumentation och teamarbete.

Under 2025 har flera förbättringsmål från 2024 följts upp. Rutiner för psykisk ohälsa har skapats och webbutbildning genomförts i viss utsträckning. Utbildning i bedömning av munhälsa har genomgått av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Rutin för medicinsk fotvård är implementerade och känd bland legitimerad personal. Analysarbetet kring avvikelser har utvecklats genom utbildning i fallanalyser och reflektioner i hälso- och sjukvårds-forum. Verksamheten har också fortsatt digitaliseringsarbetet med införande av digitala delegeringsprov, digital läkemedelssignering och digital "att göra-lista".

Utifrån egenkontroller och riskbedömning och har följande fokusområden för 2026 identifierats:

Minskning av fall som leder till frakturer.

Effektivisera teamarbetet genom att gruppleddare och fler ur omvårdnadspersonalen närvarande.

Fortsatt arbete kring att säkerställa kompetens för delegering.

Rehabs ordinationer in i APPVA

Trycksår ska registreras som avvikelser

Planerade och återkommande utbildning i MTP

Öka antalet riskanalyser

Kompetensutveckling psykisk hälsa

För varje fokusområde säkerställs kvalitet och patientsäkerhet genom egenkontroller, dokumenterade rutiner och återkommande uppföljning i kvalitets- och HSL-möten. Lärdomar från tidigare års risker och avvikelser används för att skapa en röd tråd mellan identifierade risker och planerade förbättringsåtgärder, vilket stärker både säkerheten för patienterna och kvaliteten i vården.

Tabell. Fokusområden för det kommande året

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Teamarbete	Skapa ett mer effektivt format för informationsutbyte och diskussion kring patienten.	Utveckla en rutin/struktur för när teammöten genomförs för att personal med kunskap om patienten ska närvara. Involvera gruppleddare SOL i teamet så att de kan vara med också stötta upp i överenskomna åtgärder och hälsoplaner.	Enligt årshjul egenkontroll teamarbete.
Delegering	Stärka säkerheten kring kompetens hos delegerad personal.	Övergång till apotekets kunskapstest samt strukturerad uppföljning av delegering efter 3 månader.	Enligt årshjul egenkontroller delegering
Fallprevention	Minska antalet fall som leder till fraktur.	Läkemedelsbehandling och skyddsåtgärder. Identifiera patienter med osteoporos.	Egenkontroller teamarbete samt statistik från avvikelssystem.

Rehabinsatser i Appva	Förbättrad följsamhet av rehab-ordinationer genom signering av utförda ordinationer.	Sithsbehörighet till rehab för att komma in i digitala system samt delegering av rehabinsatser ii APPVA	Enligt årshjul egenkontroller delegering.
Trycksår	Trycksår uppkomna i verksamheten in i avvikelsemodulen.	Fortsatt info till legitimerad samt omvårdnadspersonal att trycksår ska registreras som avvikelse	Enligt årshjul-egenkontroller avvikelser.
Risakanalyser	Öka antalet riskanalyser	Diskutera möjliga scenarion som kan bli risker på hälso- och sjukvårds-möten.	Enligt årshjul-risakanalyser.
MTP	Regelbunden utbildning och kontroll av MTP.	Ssk har årliga utbildningar i kontroll av vitalparametrar. Rehab fortsatt utbildning i hjälpmedel enligt rutin - stärka upp den månatliga funktionskontrollen av MTP.	Enligt årshjul - MTP