

Bilaga O8

Patientsäkerhetsberättelse 2025

**Äldreomsorgens kvalitets- och
utvecklingsenhet och samtliga
sju särskilda boenden i egen regi**

**Patientsäkerhetsberättelse 2025 för
Äldreomsorgens kvalitets- och
utvecklingsenhet och samtliga sju
särskilda boenden i egen regi**

Sammanfattning

Denna patientsäkerhetsberättelse (PSB) innehåller en gemensam del som beskriver de grundläggande förutsättningarna utifrån Agera för säker vård. De fem prioriterade områdena samt en inledande sammanfattning redovisas separat för varje verksamhet. I denna PSB ingår:

- MAS och MAR inledande PSB
- Bergsund vård- och omsorgsboende
- Hornskroken vård- och omsorgsboende
- Hornstulls servicehus
- Katarinagården vård- och omsorgsboende
- Kulltorp vård- och omsorgsboende
- Magdalenagården vård- och omsorgsboende
- Nytorpgården vård- och omsorgsboende

Avdelning Äldreomsorg bedriver hälso- och sjukvård inom särskilt boende för äldre, för personer med somatisk sjukdom och personer med demenssjukdom. Det övergripande patientsäkerhetsarbetet har haft fokus på att utveckla strukturer, arbetssätt och uppföljning för att minska risker i vården.

Fokus har legat på läkemedelssäkerhet, dokumentation, teamarbete, riskförebyggande arbetssätt samt uppföljning. Arbetet med att utveckla ledningssystem, patientsäkerhetskultur och kompetensförsörjning har påbörjats och fortsätter kommande år.

Processkartläggning och uppbyggnad av ett ledningssystem har inletts för att tydliggöra ansvar, arbetssätt och uppföljning. Åtgärder har genomförts för att stärka läkemedelshanteringen genom utbildning, reviderade rutiner och förbättrad uppföljning. Teamarbete har utvecklats genom strukturerade teammöten och stärkt samverkan mellan yrkesgrupper. Egenkontroll, journalgranskning och uppföljning har vidareutvecklats för att ge bättre underlag för analys och förbättringsarbete. Kompetenshöjande insatser har genomförts inom läkemedelshantering, dokumentation och hygien.

Arbetet har bidragit till ökad struktur i patientsäkerhetsarbetet. Uppföljningar visar variation mellan verksamheter men även förbättringar inom vissa områden, bland annat palliativ vård och genomförande av riskbedömningar. Analys av avvikelser och utredningar har bidragit till ökad kunskap om riskområden och legat till grund för åtgärder, särskilt inom läkemedelssäkerhet, fallprevention, dokumentation och informationsöverföring.

Arbetet med att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet fortsätter. Prioriterade områden är lokal handlingsplan för patientsäkerhet, fortsatt utveckling av säkerhetskultur, förbättrad dokumentation och uppföljning, stärkt läkemedelshantering och delegeringsprocess samt ökad systematik i egenkontroll och riskanalyser och användning av kvalitetsregister i det systematiska förbättringsarbetet. Även kompetensförsörjning, teamarbete och förebyggande arbetssätt behöver vidareutvecklas.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	7
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	8
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	8
Övergripande mål och strategier	8
Organisation och ansvar	9
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Agera för säker vård	16
Egenkontroll.....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu.....	22
Riskhantering	23
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Avvikelser.....	29
Klagomål och synpunkter.....	31
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	31
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	33
Bergsunds vård- och omsorgsboende (VoB-område 3).....	35
Agera för säker vård	35
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	36
Tillförlitliga och säkra system och processer	37
Säker vård här och nu.....	38
Riskhantering	39
Stärka analys, lärande och utveckling	40
Klagomål och synpunkter.....	43
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	44

Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	45
Hornskrokens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)	46
Agera för säker vård	47
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	47
Tillförlitliga och säkra system och processer	48
Säker vård här och nu.....	50
Riskhantering	52
Stärka analys, lärande och utveckling	53
Avvikelser.....	56
Klagomål och synpunkter.....	57
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	57
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	58
Hornstulls servicehus	59
Agera för säker vård	59
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	59
Tillförlitliga och säkra system och processer	61
Säker vård här och nu.....	63
Riskhantering	64
Stärka analys, lärande och utveckling	65
Avvikelser.....	68
Klagomål och synpunkter.....	69
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	69
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	70
Katarinagårdens vård- och omsorgsboende, VoB-område 1	72
Agera för säker vård	73
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	73
Tillförlitliga och säkra system och processer	74
Säker vård här och nu.....	75
Stärka analys, lärande och utveckling	76
Avvikelser.....	80
Klagomål och synpunkter.....	81

Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	81
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	82
Kulltorps vård- och omsorgsboende (VoB-område 1)	84
Sammanfattning	84
Agera för säker vård	84
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	84
Tillförlitliga och säkra system och processer	85
Säker vård här och nu	86
Riskhantering	87
Stärka analys, lärande och utveckling	87
Avvikelser.....	90
Klagomål och synpunkter.....	90
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	91
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	91
Magdalenagårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)	93
Agera för säker vård	94
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	94
Tillförlitliga och säkra system och processer	95
Säker vård här och nu	96
Riskhantering	97
Stärka analys, lärande och utveckling	98
Avvikelser.....	101
Klagomål och synpunkter.....	102
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	102
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	103
Nytorpgsgårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2).....	105
Adekvat kunskap och kompetens	106
Patienten som medskapare	106
Agera för säker vård	107
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	108
Tillförlitliga och säkra system och processer	108

Säker vård här och nu	109
Riskhantering	110
Stärka analys, lärande och utveckling	111
Avvikelser.....	113
Klagomål och synpunkter.....	114
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	115
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	115

Inledning

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"

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



Övergripande mål och strategier

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

Framtagning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet utifrån Agera för säker vård pågår i förvaltningen. Möten med styrgrupp (avdelningschef äldreomsorg, områdeschefer, MAS, MAR) har genomförts en gång i månaden där både patientsäkerhet och verksamhetsfrågor rörande hälso- och sjukvård har avhandlats.

Enhetschefer inklusive verksamhetschef HSL arbetar med patientsäkerhet utifrån sitt ansvar och skapar förutsättningar för patientsäker vård genom att skapa en god arbetsmiljö samt lärande organisationer.

Avdelningen påbörjade under 2025 en uppbyggnad av ett nytt ledningssystem, inkluderat processer och därtill kopplade rutiner och dokument för en säker vård och omsorg. Samtliga dokument kommer så mycket som möjligt gälla samtliga särskilda boende inom förvaltningen. Kopplat till detta tas det fram egenkontroller, där man sett att det behövs för att säkra vården där det finns risker.

Detta kommer att resultera i säkrare processer och att hälso och sjukvården lättare kan se vilken del av en process som behöver utvecklas för att minska risken för vårdskador.

- För att stärka läkemedelshanteringen och minska antalet läkemedelsavvikelser-tydliggöra delegeringsprocessen, vilka moment behövs i delegeringsprocessen, ta fram

checklistor för varje moment, där även uppföljning av delegering tydliggörs.

- I samband med framtagande av huvudprocesser för hälso- och sjukvård identifiera riskområden och koppla ihop med egenkontroller.
- Utveckla innehåll och agenda för kvalitetsråd så att alla yrkesgruppers delaktighet i analys och utredning ökar, liksom förbättringsarbeten på olika nivåer i verksamheterna.
- Jobba vidare med analys och jämförelser vid punktprevalensmätning som görs 2 gånger om året. Där statistik visar på högt utfall jämfört med stadsdelens snitt eller nationella siffror från tex svenska HALT initiera förbättringsarbete som tydligt syftar till att minska risker och vårdskador som ex trycksår, undernäring och vårdrelaterade infektioner.
- Dokumentation; säkerställa att aktuella riskbedömningar och hälsoplaner är samordnade samt kopplade till relevanta och aktiva åtgärder, med tydlig dokumenterad uppföljning och vid behov justering av insatser.
- Ta fram övergripande utbildnings och kompetensutvecklingsplan för legitimerad personal och omvårdnadspersonal.
- SKR analysverktyg - systematiskt patientsäkerhetsarbete. Analys slutförd höst 2025. Tydlig nulägesbild på utvecklingsområden finns som grund till handlingsplan för patientsäkerhet.
- Lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan. Förarbete har gjorts under året för att under våren 2026 ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet, med mål att vara färdigställt till höst 2026.

Organisation och ansvar

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

Huvudman och vårdgivare

Stockholm Stad är huvudman för den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen. Södermalms stadsdelsnämnd är vårdgivare för de verksamheter som bedrivs i egen regi i stadsförvaltningens geografiska område. Vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten omfattar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppfylls.

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

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

Verksamhetschef

Varje verksamhet har en legitimerad enhetschef som också är verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för ledning

och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet. De ska säkerställa att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård. Verksamhetschefen har också ansvar för att upprätthålla en god säkerhetskultur i det dagliga arbetet i kombination med en god arbetsmiljö som främjar patientsäkerhet.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Består av sjuksköterskor, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett yrkesansvar enligt patientsäkerhetslagen och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt följa beslutade processer. De ansvarar för att rapportera avvikelser och risker och tillsammans med enhetschef utreda händelser samt ge förslag på åtgärder. De ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje enskild patient och fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal

Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter samt för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och rapportera eventuella risker och avvikelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egen regi och entreprenad.

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

- *Läkartillgänglighet och läkemedelsgenomgångar:* Caphio och Familjeläkarna i Saltsjöbaden ansvarar på uppdrag av regionen för läkarinsatser på Södermalms vård- och omsorgsboende. Fasta läkare med god kontinuitet besöker enheten varje vecka samt vid behov. Regelbundna samverkansmöten hålls med verksamheten två gånger per år. Läkemedelsgenomgång för den enskilde patienten genomförs minst en gång per år i samverkan med sjuksköterska. Två gånger om året sker också avtalsuppföljning, där rutiner och eventuella avvikelser lyfts.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, genomför årligen apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare.

- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* säkerställs genom samverkan med Vårdhygien, som bistår verksamheterna med rådgivning och stöd i kvalitetsarbetet. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal.
- *Munhälsovård:* Munhälsovård erbjuds genom Region Stockholms tandvårdsstöd till berättigade personer inom vård- och omsorgsboenden. Genom en etablerad samverkansmodell mellan region och kommun säkerställs munhälsobedömning och nödvändig tandvård till den enskilde. Samverkansavtalet innehåller också att de ska hålla i munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årliga samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor.
- *Palliativ vård:* Samverkan sker med Palliativt kunskapscentrum (PKC), som samfinansieras av Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län. PKC erbjuder utbildningar inom palliativ vård för olika målgrupper, vilket stärker teamarbete, vårdkvalitet och arbetsmiljö.
- *Vårdkedja korttidsboende:* Under året har fortsatt arbete med samverkansmöten i vårdkedjan mellan korttidsverksamhet och primärvårdsrehabilitering pågått, med fokus på att säkerställa en sömlös och säker vårdövergång vid in- och utskrivning till ordinärt boende eller särskilt boende.
- *Biståndshandläggningsprocessen:* Under året har samverkan initierats mellan MAS, MAR, stadsdelens vård- och omsorgsboenden, korttidsverksamhet och biståndsbedömning, särskilt kopplat till beställnings- och inflyttningsprocessen. Syftet är att belysa utmaningar i patientsäkerheten, särskilt i samband med snabba och oplanerade inflyttningar där risken för vårdskador är förhöjd.
- *Samverkan i geografisk samordningsansvarig GSA:* detta är fortsatt ett utvecklingsområde för att driva frågor kring samsyn gällande rapportering i vårdens övergångar mellan region och kommun från ordinärt boende till särskilt boende. Här finns utmaningar i att samverka kring god och nära vård.
- *Samverkan utifrån processen stöd till egenvård:* Under 2025 påbörjades en kartläggning i stöd till egenvård och användning av egenvårdsintyget. Processkartläggning är påbörjad tillsammans med primärvårdsrehab, biståndshandläggare och hemtjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Det är verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som ansvarar för att säkerställa att personalen har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter genom att tilldela, förändra och avsluta/ta bort behörigheter för legitimerad personal. Verksamhetschefen ansvarar även för egenkontroll av åtkomsten till patientuppgifter genom regelbundna och systematiska loggkontroller, dels av legitimerad personal, dels av patientjournalerna i sin verksamhet. Inga intrång eller incidenter avseende patientjournaler har rapporterats under 2025.

Samtliga medarbetare genomgår årligen två obligatoriska webbutbildningar inom

informationssäkerhet och dataskydd. Verksamheten hanterar patientuppgifter kontinuerligt i det dagliga arbetet, vilket ställer höga krav på de digitala system och tjänster som används. Samtliga system inom hälso och sjukvård informationssäkerhetsklassas inom stadsdelen.

Under 2025 genomfördes en särskild satsning med fokus på tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentation för legitimerad personal. För att säkerställa åtkomst till sammanhållen journal via NPÖ samt aktuella läkemedelsordinationer i systemet Pascal utbildades administratörer vid fyra verksamheter i att utfärda reserv-SITHS-kort. Åtgärden har bidragit till att även timanställd och inhyrd personal, samt personal som tillfälligt saknar ordinarie SITHS-kort, kan få nödvändig systemåtkomst och därmed upprätthålla en säker och kontinuerlig vård.

Under 2025 genomfördes journalgranskning inom ramen för egenkontroll genom stickprovsgranskning i alla verksamheter. Granskningen identifierade gemensamma utvecklingsområden som vi kommer att arbeta med under 2026. Arbetet inriktas på att säkerställa att aktuella riskbedömningar och hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen är samordnade samt kopplade till relevanta och aktiva åtgärder, med tydlig dokumenterad uppföljning. Under våren 2025 genomfördes också en variant av journalgranskningen med syftet att säkerställa att nystartade journaler innehåller det som krävs för att uppnå en säker och ändamålsenlig vård.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur, där organisationen skapar förutsättningar för ett öppet, lärande och systematiskt säkerhetsarbete.

Inom avdelning Äldreomsorg finns behov av att ytterligare stärka och systematisera arbetet med patientsäkerhetskultur. Under året har arbetet därför inriktats på att lägga grunden för ett mer sammanhållet och strukturerat arbetssätt, inklusive framtagande av en gemensam struktur samt en påbörjad handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Ett mer omfattande utvecklingsarbete kommer att initieras kommande år med målet att skapa en långsiktig och hållbar utveckling av patientsäkerhetskulturen.

På verksamhetsnivå genomförs flera viktiga insatser, och avvikelser samt händelser lyfts regelbundet i kvalitetsråd som en del av det lärande och förbättrande arbetet. Vi ser en tydlig ökning av rapporteringen av händelser, vilket indikerar en stärkt medvetenhet om ansvar och delaktighet samt ett aktivt arbete med att förbättra verksamheten utifrån identifierade risker

och händelser. För att ytterligare stärka säkerhetskulturen behöver mötesstrukturen utvecklas så att patientsäkerhetsfrågor ges tillräckligt utrymme och tydligare integreras i det dagliga arbetet. Under kommande år kommer vi på övergripande nivå i stadsdelen att vidareutveckla kvalitetsrådets uppdrag, innehåll och mötesstruktur. Ett viktigt fokus är att öka delaktigheten från samtliga yrkesgrupper, stärka det gemensamma lärandet och säkerställa att erfarenheter omsätts i konkreta förbättringar i verksamheten. På detta sätt stärks förutsättningarna att identifiera bakomliggande orsaker, särskilt på systemnivå, samt att formulera, genomföra och följa upp förbättringsåtgärder på såväl enhets- som verksamhetsnivå.

Arbetet syftar även till att stärka en kultur där medarbetare känner trygghet i att rapportera risker, avvikelser och misstag. Rapportering ska ses som en förutsättning för att identifiera risker, förstå bakomliggande orsaker och genomföra förbättringar.

Arbetet med att utveckla patientsäkerhetskulturen kommer att följas upp kontinuerligt genom återkommande dialog, analys och strukturerad uppföljning med stöd av HSE-frågor (Hållbart Säkerhetsengagemang). HSE är ett verktyg som möjliggör en systematisk och återkommande uppföljning av medarbetares upplevelse av säkerhetsengagemang, delaktighet och förutsättningar att arbeta säkert, samt i vilken utsträckning patientsäkerhet och arbetsmiljö integreras i det dagliga arbetet. Genom en regelbunden och långsiktig uppföljning skapas förutsättningar att följa utvecklingen av patientsäkerhetskulturen över tid och säkerställa att genomförda åtgärder får avsedd effekt.

Det fortsatta arbetet fokuserar på att stärka ledarskapet, främja en öppen och tillitsfull dialog där risker och förbättringsbehov kan lyftas samt att systematiskt följa upp genomförda åtgärder och deras effekter. Under året har vi i utredningar av vårdskador haft särskilt fokus på att stödja verksamhetschefer i händelse- och orsaksanalys för att identifiera åtgärder på systemnivå.

Under 2026 planerar vi att påbörja införandet av Gröna korset som en del av vårt systematiska patientsäkerhetsarbete i den dagliga rapporteringen i verksamheterna. Gröna korset är en strukturerad metod för daglig visuell uppföljning av vårdrelaterade risker och avvikelser, med syfte att tidigt identifiera, synliggöra och förebygga vårdskador samt säkerställa att viktig information inte går förlorad. Genom införandet av Gröna korset förväntar vi oss ökad medvetenhet om patientsäkerhetsrisker, förbättrad kommunikation i teamet samt ett mer proaktivt arbetssätt.

MAS och MAR fortsätter att följa upp verksamheternas riskanalyser inom patientsäkerhetsområdet samt stödja utvecklingen av ett mer systematiskt, förebyggande och lärande arbetssätt genom kvalitetsråden.

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.



Arbetet med att säkerställa adekvat kunskap och kompetens bedrivs i dag främst på enhetsnivå. För att skapa en mer enhetlig och systematisk kompetensförsörjning finns behov av att ta fram en förvaltningsövergripande kompetensutvecklingsplan för samtliga professioner inom äldreomsorgen. Syftet är att stärka kvaliteten i vården, öka patientsäkerheten och säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens utifrån verksamhetens behov.

Uppföljningen av kvalitetsindikatorer har under året utvecklats och systematiserats, och förbättringsåtgärder har initierats utifrån analyserade resultat.

Delegerad personal har genomgått platsförlagd utbildning i läkemedelshantering med extern föreläsare. Inskrivningsprocessen till särskilt boende för äldre har setts över och förstärkts genom framtagande av checklistor samt revidering av rutiner i syfte att öka patientsäkerheten och skapa en mer strukturerad process.

En struktur för teamarbete har tagits fram med tillhörande checklista och agenda, och schemaläggningen har anpassats för att förbättra förutsättningarna för teamarbete. Teammöten genomförs minst två gånger per år kring varje boende, där arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal gemensamt följer upp vård och omvårdnad med särskilt fokus på preventiva insatser.

För att stärka den personcentrerade vården har två Stjärnmärkta verksamheter fått ytterligare kunskapshöjning genom workshop i kvalitetsregistret SveDem, med fördjupning i hur registret kan användas i det systematiska utvecklingsarbetet. För att höja kunskapen inom trycksårsprevention hos legitimerad personal har verksamheterna även fått tillgång till webbutbildningar via avtalad leverantör.

Nätverksträffar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter på Södermalm har genomförts vid fyra tillfällen under 2025. Där har HSL-dokumentation, användning av det digitala signeringssystemet Appva för rehab, fallronder, skyddsåtgärder samt arbete med medicintekniska produkter, serviceavtal och inköpsrutiner diskuterats.

Nätverksträffarna för sjuksköterskor har fokuserat på patientsäkerhet, kvalitet och samsyn i arbetssätt inom SÄBO. Delegeringsprocessen och läkemedelshantering har varit centrala områden, med behov av tydligare struktur, gemensamt arbetssätt och stärkt uppföljning. Kommande regeländringar från 2026 har uppmärksammat. Dokumentation och journalföring har diskuterats i syfte att stärka kvalitet och följsamhet till lagstiftning. Även resultat från PPM-mätningar, avvikelshantering och Palliativregistret har analyserats för att identifiera utvecklingsområden.

Nätverken har sammantaget bidragit till erfarenhetsutbyte, ökad samsyn och fortsatt

utveckling av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Inom avdelning Äldreomsorg finns ett identifierat behov av att vidareutveckla arbetet med patienten som medskapare. I nuläget bedrivs insatser för att stärka patientens delaktighet på både individ- och enhetsnivå, men i varierande omfattning. För att uppnå en mer enhetlig, likvärdig och systematisk tillämpning behöver en förvaltningsövergripande struktur tas fram som tydliggör hur patienters och närståendes erfarenheter tas tillvara i det dagliga arbetet samt i verksamheternas förbättringsarbete. Detta har identifierats som ett utvecklingsområde i den kommande handlingsplanen. På längre sikt avser förvaltningen att mer systematiskt ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter i patientsäkerhetsarbetet genom flera kompletterande arbetssätt, i syfte att stärka lärande, förebygga vårdskador och utveckla vård och omsorg.

Information om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål, kontaktuppgifter till Patientnämnden, information om IVO:s uppdrag samt patientförsäkring tillhandahålls vid inflytt. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras och följs upp i verksamheten och utgör ett underlag för lärande och förbättring.

Vid utredningar av händelser inhämtas patientens och/eller närståendes synpunkter. När utredningen är avslutad kontaktas patient och närstående för att delges information om resultatet av utredningen samt de åtgärder som vidtagits. Vid händelser som leder till allvarlig vårdskada informeras patienten och, när det är aktuellt, även närstående om vad som hänt och vilka åtgärder som vidtas.

Vid välkomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering bjuds patient och ofta även närstående in att delta aktivt i planeringen av vård och omsorg. Vård och omvårdnad planeras utifrån patientens behov, prioriteringar och önskemål. Teamet kommer överens om behandlande och förebyggande insatser inom vård och omsorg, inklusive preventiva åtgärder. Dokumentation sker i social dokumentation, genomförandeplan och hälso- och sjukvårdsjournal.

I det förebyggande arbetet ges information om kvalitetsregistren Senior alert, BPSD-registret

och i vissa anslutna verksamheter även SveDem. Information ges om hur vårdgivare, patient och närstående tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och vårdrelaterade infektioner. Boråd och anhörigträffar genomförs regelbundet i samtliga verksamheter och utgör forum för dialog, delaktighet och gemensam utveckling av verksamheten.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

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

Syftet med egenkontroll är att skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Genom egenkontrollen inhämtas information om verksamhetens resultat, vilka analyseras och utvärderas. Målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården samt att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Egenkontrollen bidrar även till att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Den pågående processkartläggningen utgör grunden för utvecklingen av strukturerade egenkontroller, där egenkontroller systematiskt läggs in i de delar av processerna där specifika risker har identifierats. Arbetet sker i samverkan med framtagandet av den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Sammantaget bedöms dessa delar bidra till förbättrad uppföljning, ökad kvalitet och ett mer systematiskt förbättringsarbete.

Utvecklingen av strukturerade egenkontroller fortskrider och sker i samverkan med framtagandet av den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt med pågående processkartläggning. Sammantaget bedöms dessa delar bidra till förbättrad uppföljning, ökad kvalitet och ett mer systematiskt förbättringsarbete.

Under året och föregående år har MAS och MAR följt upp ett antal indikatorer och genomfört egenkontroller för att samlat analysera kvaliteten i hälso- och sjukvården inom stadsdelens särskilda boenden, både i egen regi och hos entreprenörer. Syftet har varit att identifiera utvecklingsområden samt behov av stöd eller riktade insatser för att säkerställa en god och säker vård.

Egenkontroll	Omfattning	Uppstart	Redovisning
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	2 ggr/år	Pågående	Sammanställd rapport/PSB
Punktprevalensmätning (PPM) av hälso- och sjukvårdsindikatorer	2 ggr/år	Pågående	Sammanställd rapport/PSB
Svenska HALT (mätning av vårdrelaterade infektioner)	1 ggr/år	HT 2026	Senior Alert/PSB
Vårdhygienisk egenkontroll	1 ggr/år	Pågående	Internkontroll
Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal	2 ggr/år	Pågående	Sammanställd rapport/PSB
QUSTA (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)	1 gång vartannat år	Pågående	Sammanställd rapport/PSB
Rapport från kvalitetsregistret Senior Alert	2 ggr/år	HT 2026	Internkontroll/PSB
Rapport från kvalitetsregister Palliativregistret	4 ggr/år	HT 2026	Internkontroll/ PSB
Rapport från kvalitetsregister BPSD	2 ggr/år	HT 2026	Internkontroll/ PSB
Avvikelser	2 ggr/år + 12 ggr/år	Pågående + HT 2026	Sammanställd rapport/PSB
Patients klagomål och synpunkter	2 ggr/år + 12 ggr/år	Pågående + HT 2026	Sammanställd rapport/PSB
Granskning delegeringar	2 ggr/år	HT2026	Internkontroll/PSB
Extern läkemedelsgranskning	1 ggr/år	Pågående	Rapport/PSB
Narkotikakontroll	12 ggr/år	Pågående	Internkontroll/Extern LM granskning
Loggkontroll NPÖ	6 ggr/år	Pågående	Internkontroll/PSB
Loggkontroll Hälso- och sjukvårdsjournal	12 ggr/år	Pågående	Internkontroll/PSB
Egenkontroll MTP	1-2 ggr/år	Pågående	Internkontroll/PSB

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



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

Avvikelsehantering är en integrerad del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete och syftar till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt behöver stärkas för att säkerställa en trygg och säker vård.

Under året har avvikelser, risker och inträffade vårdskador följts upp genom strukturerad avvikelsehantering, fördjupade utredningar och analys av bakomliggande orsaker. Arbetet har bidragit till ökad kunskap om inträffade vårdskador samt om risker och brister, och har utgjort underlag för riktade förbättringsåtgärder. Under 2025 har totalt 12 fördjupade utredningar genomförts av händelser där vårdskada inträffat eller där det funnits risk för vårdskada. Samtliga fördjupade utredningar med tillhörande handlingsplan diarieförs.

Fyra händelser har anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tre ärenden har avslutats där IVO bedömt att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelserna samt att analyser och åtgärder varit rimliga och adekvata. Ett ärende är fortfarande under handläggning.

Utredningarna visar att bakomliggande orsaker främst är kopplade till organisatoriska och systemrelaterade faktorer, såsom:

kommunikation och informationsöverföring

följsamhet till rutiner och dokumentation

läkemedelssäkerhet och delegering

samverkan och ansvarsfördelning

systematik i uppföljning och lärande av avvikelser

Analysen visar särskilt att läkemedelssäkerhet, inklusive hantering av narkotikaklassade läkemedel, är ett område där ytterligare förstärkt systematik och kontroll behövs. Rutinerna för hantering av narkotikaklassade läkemedel har därför stärkts genom tydligare och mer systematiska kontrollmoment. Löpande kontroll och signering av förbrukningsjournal genomförs regelbundet för att säkerställa korrekt saldo och spårbarhet. Ansvarsfördelningen

vid beställning har förtydligats och rutinen omfattar dubbelkontroll vid mottagande, dokumenterad kvittens samt säker förvaring enligt gällande föreskrifter.

Utifrån de fördjupade utredningarna gällande fall, medicintekniska produkter, fördröjd vård och behandling samt brister i dokumentation vid inflytt har verksamheterna genomfört flera riktade förbättringsåtgärder för att stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Fall

Fallrutinerna har setts över och tydliggjorts för att säkerställa ett enhetligt arbetssätt. Det har förtydligats att teammöte ska initieras vid upprepade fall för att möjliggöra strukturerad analys och förebyggande åtgärder. Rutinerna för användning av rörelselarm har också reviderats för att säkerställa korrekt och individanpassad användning.

Medicintekniska produkter

För att minska risken för felhantering har en checklista införts vid introduktion av ny omvårdnadspersonal, där utbildning i hjälpmedels- och medicinteknisk utrustningshantering ingår som obligatoriskt moment. Detta syftar till att säkerställa kompetens och trygg användning av utrustningen.

Fördröjd vård och behandling

En ny checklista för överrapportering mellan arbetspass har införts för att förbättra informationsöverföringen och minska risken för att åtgärder fördröjs. Användningen av SBAR som strukturerad kommunikationsmodell i rapportering har implementerats och förstärkts för att skapa tydlighet och minska risken för missförstånd.

Brister i dokumentation och planering vid inflytt

Rutinerna för arbetsmoment och dokumentation vid inflytt har förtydligats. Checklistor används för att säkerställa att planering genomförs, att alla arbetsmoment utförs samt att nödvändig information dokumenteras korrekt och i rätt tid. Detta bidrar till ökad kontinuitet och trygghet i den fortsatta vården.

De genomförda utredningarna bidrar till ökad kunskap om verksamhetens riskområden och visar samtidigt att fortsatt utveckling krävs för att minska risken för vårdskador. Analysen visar behov av att ytterligare stärka kvaliteten i utredningarna samt att fördjupa den gemensamma förståelsen för avvikelshantering och rapportering i organisationen. De identifierade orsaksområdena tydliggör särskilt vikten av ökad systematik i samverkan, informationsöverföring och uppföljning kring den enskildes vård.

Behovet av en mer strukturerad form för teamarbete och regelbundna riskbedömningar har framkommit i flera utredningar, vilket har bidragit till att rutinen för teammöten har setts över och utvecklats. Dessa åtgärder syftar till att stärka det förebyggande arbetet och minska risken för vårdskador.

Genomförda åtgärder följs upp inom ramen för verksamhetens egenkontroll, kvalitetsråd och journalgranskning. Lärdomar från utredningarna återkopplas systematiskt i organisationen för att stärka det förebyggande arbetet och förhindra upprepning av inträffade händelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



För att stärka tillförlitliga och säkra processer har verksamheten under 2025 fortsatt att integrera det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i den ordinarie verksamhetsutvecklingen. Ett mer strukturerat arbetssätt med tydlig ansvarsfördelning och systematisk uppföljning har prioriterats för att minska oönskade variationer och öka patientsäkerheten.

Som en del i detta arbete har processkartläggning påbörjats inför införandet av ett digitalt ledningssystem. Målet är att samla och tillgängliggöra verksamhetens processer och rutiner i en gemensam struktur som stärker följsamhet, uppföljning och intern kontroll

Inom ramen för detta arbete har en processbeskrivning för avvikelshantering tagits fram. Syftet är att klargöra roller, ansvar och arbetsgång i såväl hantering som utredning av avvikelser, vilket stärker analys, lärande och en enhetlig tillämpning i organisationen.

Införandet av ett digitalt rondsysteem har utvidgats till ytterligare två vård- och omsorgsboenden för att säkerställa informationssäkerhet, effektiv kommunikation och god samverkan mellan yrkesgrupper. Fem av stadsdelens sju särskilda boenden använder därmed systemet, vilket bidrar till en mer strukturerad informationsöverföring och en mer sammanhållen vårdprocess.

Systemet används i nuläget för kommunikation mellan SÄBO och läkarorganisationen. Under 2026 planeras en utvidgning där plattformen även införs för kommunikation mellan SÄBO och den externa sjuksköterskejouren, som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser under kvällar och nätter. Syftet är att säkerställa en sammanhållen informationsöverföring över dygnet och ytterligare stärka kontinuitet och patientsäkerhet.

Ett aktivt och systematiskt användande av det digitala signerings- och uppföljningssystemet APPVA utgör ett viktigt stöd i den dagliga läkemedelshanteringen. Genom kontinuerlig uppföljning av signeringar kan avvikelser och risker identifieras tidigt, vilket möjliggör snabba åtgärder och bidrar till en mer tillförlitlig process. Systemet används även som stöd vid hantering och uppföljning av delegeringar, vilket stärker kontrollen, tydliggör ansvar och bidrar till att säkerställa att delegerade arbetsuppgifter utförs med rätt kompetens.

Inför 2026 har behov identifierats av att ytterligare förtydliga delegeringsprocessen genom revidering av rutin och framtagande av checklistor för olika delar av processen. Arbetet är

kopplat till ny reglering av delegering inom läkemedelshantering samt till resultat från årlig granskning som visat behov av stärkt kompetens i tolkning av läkemedelslistor och ökad följsamhet till gällande rutiner. Åtgärderna syftar till att göra processen mer robust och minska sårbarheten i läkemedelshanteringen.

Följsamhet till processer och rutiner följs upp genom egenkontroll, journalgranskning och analys av avvikelser. Identifierade förbättringsområden omsätts i reviderade rutiner och handlingsplaner. Sammantaget bedöms genomförda och planerade åtgärder bidra till mer enhetliga arbetssätt, stärkt intern kontroll och ökad tillförlitlighet i vårdens processer.

Parallellt med detta påbörjades uppstarten av ett nytt digitalt system för inventering av medicintekniska produkter. Systemet samlar uppdaterad produktinformation, bruksanvisningar och säkerhetsuppdateringar på ett ställe, vilket skapar ett mer strukturerat och tryggt arbetssätt. Produkten informationsklassades och färdigställdes hösten 2025. Planering av uppstart genom en pilotverksamhet på Södermalm inleddes under slutet av året.

Ett strukturerat arbetssätt för spridning av säkerhetsmeddelanden avseende medicintekniska produkter infördes under året. MAR distribuerar informationsutskick och samtliga säkerhetsmeddelanden dokumenteras och sparas på stadsdelens gemensamma samarbetsyta för att säkerställa tillgänglighet, spårbarhet och lärande över tid.

Trots dessa strukturella förbättringar har utmaningar uppstått i samarbetet med det upphandlade företaget sedan det nya avtalet för service och besiktning av medicintekniska produkter trädde i kraft. Beställda åtgärder har inte utförts inom avtalad tid, vilket har medfört att arbetsterapeuter och fysioterapeuter behövt lägga betydande tid på att följa upp ärenden, efterfråga utförda insatser och upprätta vitesbegäran. Detta har inte enbart inneburit en ökad administrativ belastning utan även medfört patientsäkerhetsrisker, då nödvändig service och besiktning inte genomförts i rätt tid.

Som en del av förskrivningsprocessen reviderades stadens rutinmall för medicintekniska produkter under året. Samtidigt togs en ny blankett fram för chefer att använda gentemot legitimerad personal, avseende bedömning av formell och reell kompetens kopplad till förskrivningsrätt för hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

Rutiner kopplade till fall har också reviderats. Det finns nu en rutin för fall och fallskador, en rutin för bedömningsstöd vid fall samt en rutin för dokumentation i samband med fallhändelser. Rutinerna har även kommunicerats till den journalsjuksköterskeverksamhet som stadsdelen har avtal med.

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.



Under 2025 har riktade satsningar genomförts på övergripande nivå inom stadsdelens äldreomsorg i syfte att stärka säker vård i det dagliga arbetet och möjliggöra tidig identifiering och hantering av risker.

Rutin och checklista för teammöten har reviderats och teammöten har schemalagts i verksamheterna för att säkerställa att varje boende erbjuds minst två teammöten per år. Teammöten är ett strukturerat samarbete mellan olika yrkesgrupper med syfte att tidigt identifiera risker, samordna insatser och vidta förebyggande åtgärder för en trygg, säker och personcentrerad vård. Första teammöte genomförs inom 14 dagar efter inflyttning och därefter minst var sjätte månad eller vid behov.

För att minska risker kopplade till informationsöverföring har en checklista för rapport mellan arbetspass införts. Den bidrar till en mer strukturerad och enhetlig informationsöverföring mellan arbetspass och yrkesgrupper och fungerar som ett komplement till dokumentationen.

Kompetenshöjande insatser har genomförts genom utbildning i läkemedelshantering för delegerad omvårdnadspersonal, med fokus på att tolka läkemedelslistor och identifiera risker i läkemedelsadministrationen.

Under året genomfördes även en särskild satsning för att säkerställa kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentation. Organisering och behörigheter sågs över och administratörer vid fyra särskilda boenden utbildades för att kunna utfärda reserv-SITHS-kort. Detta säkerställer att legitimerad personal, inklusive vikarier, har tillgång till NPÖ och Pascal, vilket är en förutsättning för säker vård i det dagliga arbetet.

Inom stadsdelen har ett behov identifierats av ett mer konkret och enhetligt arbetssätt för att fånga risker i det dagliga arbetet och stärka lärandet i närtid. Under 2026 planeras därför en prövning av metoden Gröna korset på stadsdelens särskilda boenden för äldre. Syftet är att undersöka om metoden kan utgöra ett stöd för verksamheterna i att systematiskt identifiera, synliggöra och hantera risker samt oförutsedda händelser i vardagen och därigenom bidra till en trygg och säker vård.

I syfte att stärka patientsäkerheten vid inflyttning har en checklista för rapport från annan vårdenhets införts för legitimerad personal. I anslutning till denna har även en rutin för strukturerad bedömning av vårdbehov tagits fram. Rutinen syftar till att säkerställa en

samordnad process där legitimerad personal, i samverkan med enhetschef och vid behov även boendets läkare, bedömer vilken kompetens och vilka insatser som krävs inför mottagandet av nyinflyttad boende.

Genom denna planering kan inflyttningsdagen vid behov anpassas så att berörd personal ges möjlighet till nödvändig utbildning eller uppdatering inom aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser. Bedömningen omfattar även förberedelse av relevanta hjälpmedel och medicintekniskt material. Arbetssättet bidrar till att skapa förutsättningar för en trygg och säker vård redan från inflyttningsstillfället.

Riskhantering

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

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 har under året genomfört riskanalyser inför storhelger och andra identifierade riskperioder. Utvärdering av genomförda riskanalyser visar att nuvarande mall behöver utvecklas för att i högre grad stödja verksamheterna i att systematiskt identifiera, analysera och förebygga olika typer av risksituationer. En revidering av mallen planeras för att tydligare inkludera bedömning av bemanning, kompetens, vårdtyngd, kommunikationsvägar samt ansvarsfördelning.

I samband med detta har behov identifierats av att revidera och förtydliga rutin för arbetsledning dygnet runt. Ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper behöver klargöras, särskilt under tider då chef inte är i tjänst. Syftet är att säkerställa tydliga beslutsvägar, stärka handlingsberedskapen och minska risken för otydlighet i situationer som kan påverka patientsäkerheten.

Riskhantering kopplad till delegering och läkemedelshantering har aktualiserats genom ny föreskrift som trädde i kraft den 1 januari innevarande år. Föreskriften tydliggör vårdgivarens ansvar att genomföra riskanalyser relaterade till läkemedelshanteringen samt att säkerställa att det finns rätt kompetens, bemanning och kända rutiner i verksamheten. Detta innebär att rutiner för läkemedelshantering behöver anpassas till verksamhetens karaktär och kontinuerligt följas upp och utvärderas. Verksamhetens arbetssätt avseende riskanalys inom läkemedelshantering behöver därför stärkas och tydliggöras i rutin- och vägledningsdokument för att säkerställa en enhetlig och systematisk tillämpning.

Som en del av det förebyggande arbetet har även en övergripande riskbedömning och handlingsplan för krisberedskap tagits fram. Planen omfattar scenarier såsom långvariga driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel samt brist på förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara ett aktivt stöd i verksamheten och bidra till att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet även vid störningar i ordinarie drift.

Planerade åtgärder och uppföljning kommande år

- Revidera och implementera förbättrad mall för riskanalys inför identifierade riskperioder, inklusive stöd för strukturerad bedömning av bemanning, kompetens, vårdtyngd och ansvarsfördelning.
- Revidera och tydliggöra rutin för arbetsledning dygnet runt samt säkerställa att den är känd och tillämpas i verksamheten.
- Stärka arbetssättet för riskanalys inom läkemedelshantering genom uppdaterade rutiner och vägledningsdokument samt riktade informations- och utbildningsinsatser.
- Säkerställa att krisberedskapsplanen implementeras, övas och följs upp regelbundet i verksamheterna.

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.



Hälso- och sjukvårdsdokumentation

En förutsättning för en säker vård är en tillförlitlig och strukturerad hälso- och sjukvårdsdokumentation. Journalen ska spegla patientens hälsotillstånd, bedömningar, planerade och genomförda åtgärder samt uppföljning, och vara sammanhållen, tydlig och möjlig att följa över tid.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen genomförs två gånger per år i samtliga verksamheter. Resultaten analyseras lokalt och sammanställs på övergripande nivå. MAS och MAR genomför vid behov stickprovsgranskningar. Förvaltningens dietister har under året genomfört riktad journalgranskning inom nutrition för att säkerställa kvalitet i dokumentation och uppföljning.

Analys av egenkontrollerna visar att utvecklingsbehov främst rör tydligare kartläggning av patientens hälsotillstånd, en sammanhållen röd tråd genom vårdprocessen samt mer konsekvent och strukturerad dokumentation. Behov har även identifierats av förbättrad uppföljning och utvärdering av hälsoplaner, ökad samstämmighet mellan riskbedömningar, hälsoplaner och genomförandeplaner samt tydligare dokumentation av personfaktorer och palliativa överväganden.

För att stärka kvaliteten i dokumentationen har åtgärder vidtagits i form av gemensamma journalgranskningar som lärandemoment, utbildning och handledning i dokumentationssystemet, stöd i strukturerad dokumentation samt regelbunden uppföljning av att planer och bedömningar hålls aktuella.

Det övergripande målet är en enhetlig, strukturerad och rättssäker dokumentation som stödjer kontinuitet, uppföljning och en säker vård för varje patient.

Punktprevalensmätning (PPM) av kvalitetsindikatorer

Punktprevalensmätning (PPM) är en återkommande mätning som genomförs vid ett specifikt tillfälle för att följa upp kvaliteten i hälso- och sjukvården. PPM-mätningen omfattar områdena blåsdysfunktion, skyddsåtgärder samt vårdprevention (trycksår, nutrition, munhälsa och fall). Mätningen genomförs två gånger per år och resultaten hämtas från verksamheternas dokumentation. Syftet är att ge en aktuell bild av kvalitet och patientsäkerhet samt skapa underlag för analys, uppföljning, jämförelser och systematiskt förbättringsarbete.

Resultaten används av respektive verksamhet för att identifiera utvecklingsområden och vid behov ta fram riktade åtgärder. De ligger även till grund för mål och förbättringsinsatser på övergripande nivå inom stadsdelen. Under 2025 har frågorna i mätningen vidareutvecklats för att ge en tydligare bild av förbättringsområden och möjliggöra nationella jämförelser via Svenska HALT. Särskilt fokus har under året varit kvarliggande kateter, trycksår samt förekomst av dysfagi.

Resultaten varierar mellan verksamheterna. Sammanvägt resultat för Södermalm (egen regi och entreprenader) i höstens mätning visar:

- Förekomst av trycksår: 7 % (jämfört med Svenska HALT 4,9 %)
- Kvarliggande kateter: 10 % (jämfört med Svenska HALT 10,4 %)
- Dysfagi: 13 % (tydlig nationell jämförelse saknas)

Andelen personer med kvarliggande kateter varierar mellan enheterna, även om genomsnittet i stadsdelen ligger i nivå med Svenska HALT. Under året har riktade insatser genomförts på de boenden som överstigit 10 %. Verksamheterna har genomfört kartläggning genom journalgranskning och i samverkan med läkarorganisationen arbetat för tydligare indikation samt, i många fall, en plan för avveckling. Detta arbete fortsätter som en del av det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Trycksår är fortsatt ett prioriterat förbättringsområde inför 2026. Insatser behöver säkerställa att personer med identifierad risk har en aktuell hälsoplan med förebyggande åtgärder samt att uppföljning sker systematiskt. Fokus ligger på tidig riskidentifiering, förebyggande arbetssätt och stärkt följsamhet till planerade åtgärder.

Inom området dysfagi finns ett behov av fördjupad samverkan med logoped. Resultaten tyder på en underdiagnostisering, samtidigt som det finns behov av ökad kompetens kring förebyggande åtgärder, anpassningar och omhändertagande. För att stärka det systematiska arbetet planeras införandet av ett nytt screeninginstrument för dysfagi. Instrumentet möjliggör att undersköterskor, efter genomförd utbildning, kan genomföra screening i verksamheten.

Syftet är att skapa bättre förutsättningar för tidig och strukturerad identifiering av personer med risk för dysfagi. Ett tidigare upptäckande förväntas bidra till snabbare och mer ändamålsenliga insatser, minska risken för komplikationer samt stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Arbetet med PPM bidrar till lärande genom att resultaten analyseras på verksamhets- och stadsdelsnivå, följs över tid och omsätts i konkreta förbättringsåtgärder. Identifierade utvecklingsområden ligger till grund för prioriteringar, kompetensinsatser och uppföljning inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2026.

Fallpreventionsveckan

Under vecka 40 uppmärksammades det fallförebyggande arbetet på samtliga särskilda boenden på Södermalm. Broschyren *"Tips att förhindra fallolyckor"* delades ut i verksamheternas entréer. Arbetsterapeut och fysioterapeut genomförde dagliga korta balans- och styrketräningsspass med övningar från Socialstyrelsens Balansera mera, uppresningar enligt OPEN samt material från det digitala träningsverktyget Exorlive. Enhetschefer informerade i veckobrev till boende och anhöriga och uppmuntrade besökare att ta del av informationen. Appen *Säkra steg* spreds i verksamheterna via QR-kod. På patientnivå säkerställdes att samtliga hade en aktuell fallriskbedömning enligt Downton, att förebyggande åtgärder var dokumenterade samt att läkemedelsgenomgångar var uppdaterade. Fallpreventionsveckan kommer att vidareutvecklas under 2026.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Samtliga verksamheter i egen regi har under året genomgått extern kvalitetsgranskning av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB i syfte att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering samt hög följsamhet till gällande rutiner och föreskrifter. Granskningen visade att läkemedelshanteringen i huvudsak fungerar väl, men identifierade ett gemensamt utvecklingsområde där delegerad personal i flera verksamheter hade svårigheter att tolka och läsa läkemedelslistor, vilket kan innebära en risk för fel i hanteringen. Som en omedelbar åtgärd genomfördes under 2025, i samverkan med Apoteket, fördjupad utbildning för delegerad personal inom läkemedelshantering, läkemedelslistor, riskmedvetenhet och avvikelshantering. Under 2026 kommer delegeringsrutiner och checklistor att revideras för att stärka utbildning och säkerställa kompetens i att läsa och förstå läkemedelslistor. Effekten av åtgärderna följs upp genom kommande kvalitetsgranskningar, egenkontroller och analys av avvikelser kopplade till läkemedelshantering.

Vårdhygien och följsamhet till basala hygienrutiner

Under året har observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHKR) genomförts vid två tillfällen, vår och höst. Resultaten visar att följsamheten överlag är god, men att det finns utvecklingsområden. Särskilt gäller detta handdesinfektion före arbetsmoment, konsekvent användning av skyddsförkläde vid behov samt förtydligande kring

gällande riktlinjer för användning av ringar, klockor och nagellack.

Verksamheterna har under året genomfört vårdhygienisk egenkontroll, vilket numera ersätter tidigare hygienrond enligt nytt arbetssätt från Vårdhygien i Region Stockholm.

Egenkontrollerna har identifierat behov av tydligare rutiner för handhavande och underhåll av disk- och spoldesinfektorer. I de verksamheter där diskdesinfektor saknas har rutinerna för rengöring av flergångsinstrument förtydligats i enlighet med Vårdhygiens rekommendationer. Flera verksamheter har även valt att övergå till användning av engångsinstrument i stället för flergångsinstrument, som en del i att minska smittspridningsrisk och stärka patientsäkerheten.

Kvalitetsregister Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Sammanställningen från Senior alert visar att enheterna i hög grad genomför riskbedömningar samt identifierar bakomliggande orsaker och upprättar åtgärdsplaner inom områdena trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Detta bidrar till ett strukturerat och systematiskt preventivt arbetssätt. Ett gemensamt utvecklingsområde är genomförande och uppföljning av planerade åtgärder, där variationer mellan enheterna innebär risk att identifierade risker inte fullt ut förebyggs. Fallrisk, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen är vanligt förekommande och kräver fortsatt prioriterat förebyggande arbete. För att stärka det systematiska preventiva arbetet med ökad följsamhet i genomförande och uppföljning av åtgärder kommer vi under 2026 att på övergripande nivå att ta fram egenkontroll för verksamheten. Egenkontrollen av arbetet i Senior alert ska säkerställa ett systematiskt och förebyggande arbetssätt. Riskbedömningar ska genomföras vid inflyttning, vid förändrat hälsotillstånd samt återkommande enligt fastställda rutiner. Identifierade risker ska leda till individuellt anpassade förebyggande åtgärder som dokumenteras, följs upp och revideras vid behov.

Verksamheten prioriterar genomförandet av förebyggande åtgärder då dessa bedöms ge störst nytta för den enskilde. Samtidigt ska riskbedömningarna hålla god kvalitet och utgöra en stabil grund för det fortsatta arbetet. Resultat och följsamhet ska följas upp på verksamhetsnivå och användas i det systematiska kvalitetsarbetet

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Redovisas i procent.

Indikator Svenskt Palliativregister	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	91	100	79,8
Dok. Brytpunktssamtal	82,1	98	77,5
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	91	98	85,4
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	92,3	98	86,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	80,8	100	62,9
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	70,5	90	61,8
Utan trycksår (kat. 2-4)	88,5	90	88,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,3	90	76,4
Symtomskattats sista levnadsveckan	57,7	100	55,1
Efterlevandesamtal	85,9	90	67,4
Antal registrerade dödsfall	78		89

Resultaten för året visar en tydlig förbättring inom flera indikatorer jämfört med föregående år, särskilt avseende smärtskattning, individuell vårdplan, andel erbjudna efterlevandesamtal samt läkarbeslut om palliativ vård. Flera områden närmar sig uppsatta målvärden men når dem ännu inte fullt ut. Uppföljningen visar överlag god följsamhet till flera kvalitetsindikatorer.

Lägst måluppfyllelse ses inom symtomskattning och smärtskattning under sista levnadsveckan, dokumentation av brytpunktssamtal samt munhälsobedömning.

Symtomskattning genomförs till viss del, men arbetet är inte systematiskt och dokumentationen är inte alltid tydlig i journalen. Bristande systematik innebär en risk att symtom och lidande inte uppmärksammas och lindras i tid.

Även munhälsobedömning under sista levnadsveckan behöver stärkas, då brister kan orsaka obehag och försämrad livskvalitet.

Vidare finns utvecklingsbehov avseende dokumenterat brytpunktssamtal, mänsklig närvaro i dödsögonblicket samt säkerställande av erbjudande om efterlevandesamtal.

Verksamheten kommer att stärka rutiner och följsamhet kring symtom- och smärtskattning, inklusive planering för implementering av ett strukturerat symtomskattningsinstrument.

Arbetet med munhälsobedömning och dokumentation av brytpunktssamtal kommer att utvecklas ytterligare.

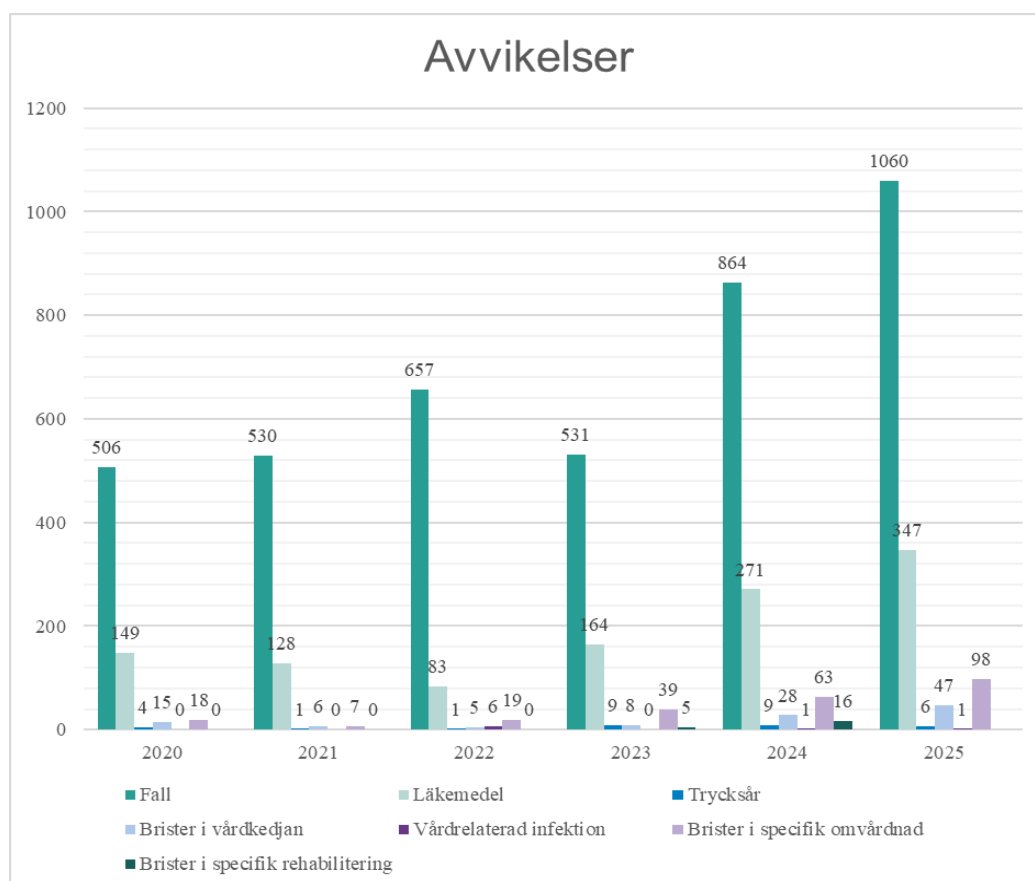
Arbetsätt för att möjliggöra mänsklig närvaro i livets slutskede samt säkerställa att efterlevandesamtal erbjuds kommer att vidareutvecklas. Resultaten följs regelbundet inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket ligger fortsatt under önskad nivå, medan förekomsten av trycksår är stabil. Antalet registrerade dödsfall har minskat, vilket kan påverka jämförbarheten över tid.

Sammantaget ses en positiv utveckling under året, men fortsatt fokus krävs på systematisk symtomskattning, implementering av strukturerat skattningsinstrument samt tydlig dokumentation i livets slutskede ur ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5



Under 2025 har Södermalms särskilda boenden haft en fortsatt ökning av rapporterade avvikelser jämfört med tidigare år. Totalt registrerades 1 570 avvikelser, vilket innebär en ökning med 25 % jämfört med 2024. Ökningen av avvikelser från 2023 och framåt beror till stor del på att två boenden (totalt 176 platser) gick över till egen regi.

Fördelning per kategori 2025.

Av de totalt 1 570 avvikelserna fördelades de enligt följande:

- **Fall:** 1 060 (67,5 %)
- **Läkemedel:** 347 (22,1 %)
- **Specifik omvårdnad:** 98 (6,2 %)
- **Vårdkedjan:** 47 (3,0 %)
- **Specifik rehabilitering:** 11 (0,7 %)
- **Trycksår:** 6 (0,4 %)
- **Vårdrelaterad infektion:** 1 (0,1 %)

Fall och läkemedelsavvikelser utgör tillsammans närmare 90 % av samtliga rapporterade händelser och är därmed verksamhetens mest betydande riskområden.

Identifierade trender gällande fall är att de har ökat och ökningen mellan 2024 och 2025 uppgår till 23 %. Fall är det dominerande patientsäkerhetsområdet och står för mer än två tredjedelar av samtliga avvikelser.

Läkemedelsavvikelser har ökat markant de senaste tre åren: Ökningen mellan 2024 och 2025 uppgår till 28 %. Denna utveckling är särskilt angelägen då läkemedelsavvikelser kan medföra allvarliga konsekvenser även vid relativt låg frekvens.

Specifik omvårdnad och vårdkedjerelaterade avvikelser uppvisar en tydlig relativ ökning. Detta kan indikera behov av stärkt struktur kring omvårdnadsprocesser, informationsöverföring och ansvarsfördelning vid övergångar i vården.

Under året har vi arbetat aktivt med följande förbättringsområden i verksamheterna:

Fall

Arbetet med fallrisk har förstärkts genom att minst var 6` månad göra en ny fallriskbedömning. Vid identifierad fallrisk har verksamheten upprättat hälsoplaner och kopplade åtgärder. Inträffade fall har regelbundet gått igenom i team och på kvalitetsråd för att analysera orsaker, identifiera mönster och vidta förebyggande åtgärder.

Läkemedel

Vi har stärkt följsamheten till rutiner för dubbelkontroller i samband med läkemedelshandling. Vidare har vi genomfört fördjupade analyser av typen av läkemedelsfel för att kunna rikta rätt åtgärder. Riktade utbildningsinsatser har genomförts för att öka kunskap och minska risken för avvikelser.

Vårdkedja och omvårdnad

Arbetet har även omfattat standardisering av överrapportering för att säkerställa en trygg och sammanhållen vårdkedja med ny rutin och checklista. Vi har tydliggjort ansvarsfördelningen i övergångar mellan olika vårdinstanser.

Följande områden kommer fortsatt prioriteras:

1. **Fallprevention** – hög volym och stigande trend.
2. **Läkemedelssäkerhet** – tydlig ökning och potentiellt hög konsekvensgrad.
3. **Vårdkedja och informationsöverföring** – ökande antal avvikelser tyder på strukturella brister.
4. **Omvårdnadsprocesser** – behov av fördjupad analys av bakomliggande orsaker.

Eftersom flera kategorier ökar samtidigt bedöms det finnas ett behov av att analysera Organisatoriska faktorer såsom bemanning, vårdtyngd, introduktion av ny personal samt följsamhet till rutiner.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

De flesta klagomål rörande patientsäkerhet hanteras direkt i verksamheterna enligt gällande rutiner och ska diarieföras.

Under året inkom ett ärende via Patientnämnden. Ärendet har utretts och besvarats inom föreskriven tid i enlighet med gällande rutin och praxis. Utredningen visade inga brister som medfört allvarlig vårdskada.

Inkomna klagomål och synpunkter används som en del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Genom analys av ärendet har eventuella riskområden uppmärksammas och vid behov hanterats inom ramen för verksamhetens förbättringsarbete i syfte att förebygga vårdskador och stärka kvaliteten i vården.

Under kommande år kommer MAS och MAR lyfta denna fråga, vilken behöver tas med i ett större sammanhang för att tidigt identifiera eventuella brister som kan leda till risker och vårdskador. Synpunkter och klagomål är ofta ett tidigt tecken på att något behöver förbättras för att undvika avvikelser.

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.



För att stärka riskmedvetenhet och beredskap bedrivs ett systematiskt och strukturerat arbete på ledningsnivå med fokus på att identifiera, analysera och hantera risker som kan påverka patientsäkerheten vid såväl förutsedda som oförutsedda händelser.

Verksamheternas ledning genomför årligen risk- och sårbarhetsanalyser, bland annat kopplade till störningar i verksamheten. Analyserna ligger till grund för handlingsplaner som följs upp genom planerade åtgärder och aktiviteter. Verksamheten har kontinuitets- och avbrottsplaner med tydliga driftsstoppsrutiner för situationer då exempelvis journalsystem eller telefoni inte fungerar, vilket stärker förmågan att upprätthålla en säker vård även vid störningar.

Behovet av vård och omsorg hos personer som flyttar in på vård- och äldreboenden har ökat, och allt fler har behov av mer avancerad vård. Detta har medfört ett ökat fokus på riskanalyser kopplade till kompetensförsörjning hos såväl legitimerad personal som omvårdnadspersonal. Riktade utbildningsinsatser planeras och genomförs fortlöpande i syfte att säkerställa beredskap, rätt kompetens och en patientsäker vård över tid.

Arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser har under året kompletterats genom att Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering deltagit i beredskapskonferens i syfte att öka kunskapen inför det regelverk som trätt i kraft 2026. Under kommande år avser verksamheten att fördjupa samverkan med säkerhetssamordnare, för att på så vis mer samordnat kunna förebygga, hantera och följa upp risker som kan påverka patientsäkerheten. För att följa med i utvecklingen och lära oss tillsammans inom stadsdelen så kommer fler delta på 2026 års beredskapskonferens.

Som en del av arbetet med att ytterligare stärka riskmedvetenheten behöver verksamheterna fördjupa kunskap och ansvar för att genomföra strukturerade riskanalyser i samband med delegering. I det nya regelverket om delegering av läkemedelshantering tydliggörs vårdgivarens ansvar inom detta område. Bedömningen omfattar personalens kompetens och erfarenhet, arbetsmiljö, bemanning samt arbetsuppgiftens komplexitet. Systematisk uppföljning av delegeringar bidrar till en säker delegeringsprocess och minskad risk för vårdskador.

Riskbedömningar ska även genomföras vid organisationsförändringar, inför införande av nya arbetssätt samt vid förändringar i patientgruppernas vårdbehov. Detta möjliggör tidig identifiering av risker kopplade till exempelvis kompetens, arbetssätt, ansvarsfördelning och resursbehov, och ligger till grund för planering av förebyggande åtgärder.

Särskilt fokus riktas mot risker kopplade till bemanning. Vid perioder med lägre bemanning genomförs löpande riskbedömningar för att säkerställa att patienter får sina läkemedel i rätt tid, även i situationer där legitimerad personal inte finns på plats utan är tillgänglig via sjuksköterskejour. Vid behov vidtas förebyggande åtgärder såsom prioritering, omfördelning av resurser och förstärkt planering.

För att säkerställa en trygg och säker vård finns en strukturerad plan för introduktion av ny personal, där kompetens, kunskap om rutiner och arbetssätt samt förståelse för patientsäkerhetsarbetet ingår. Vid behov ges även stöd till verksamheter med hög personalomsättning genom handledning, kompetensstöd och förstärkt uppföljning.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet 2026 utgår från den nationella visionen om god och säker vård samt från genomförd nulägesanalys. Arbetet inriktas mot ett mer systematiskt, förebyggande och analysdrivet förhållningssätt för att minska risken för vårdskador och stärka kvaliteten i hälso- och sjukvården inom särskilt boende.

Målet är att stärka organisationens robusthet, minska sårbarhet och skapa en mer enhetlig och förebyggande patientsäkerhetskultur där identifierade risker leder till konkreta och uppföljda förbättringar. Vården ska vara trygg, säker och personcentrerad för varje patient.

Systematik, analys och uppföljning

Samtliga verksamheter ska genomföra egenkontroller enligt internkontrollplan. Identifierade brister ska leda till åtgärd och strukturerad uppföljning.

Kvalitetsråd ska genomföras i alla verksamheter och avvikelser analyseras systematiskt för att öka kunskapen om bakomliggande orsaker och stärka det förebyggande arbetet.

Avvikelsehanteringen vidareutvecklas för att möjliggöra ett mer analysdrivet och lärande arbetssätt.

Lokal handlingsplan för patientsäkerhet färdigställs och implementeras under året.

Riskanalyser kopplade till bemanning och delegering ska stärkas.

Ett identifierat utvecklingsområde är att ta fram en tydlig rutin för ansvar och hantering av behörighetstilldelning i verksamhetens olika system. Det finns även behov av en användarvänlig checklista för samtliga system som används inom äldreomsorgen. Detta är en viktig förutsättning för att säkerställa att medarbetare har rätt behörigheter för sitt uppdrag och därigenom kan bedriva ett patientsäkert arbete.

Läkemedelshantering

Reviderad delegeringsrutin ska vara implementerad och samtliga delegeringar följas upp. Riskanalys kopplad till läkemedelshantering ska genomföras i alla verksamheter i syfte att minska läkemedelsrelaterade avvikelser.

Kompetensinsatser inom läkemedelshantering prioriteras under året.

Dokumentation och palliativ vård

En tydlig röd tråd mellan riskbedömning, åtgärd och uppföljning ska kunna påvisas i journal. Strukturerad symtomskattning i palliativ vård ska användas systematiskt.

Patientens och närståendes delaktighet ska stärkas genom systematisk uppföljning av vårdplanering, brytpunktssamtal och efterlevandesamtal.

Vårdprevention

Andelen patienter med trycksår ska minska. Patienter med identifierad risk ska ha dokumenterad och uppföljd åtgärdsplan.

Arbetet med fallprevention ska vara en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet redan vid

inflytt. Utifrån identifierad risk ska åtgärder genomföras på individ- och gruppnivå. Uppföljning sker genom punktprevalensmätningar (PPM) under året.

Resultat från PPM och kvalitetsregister ska analyseras och omsättas i förbättringsåtgärder. Arbetet med att systematiskt använda samtliga kvalitetsregister i förbättringsarbetet ska stärkas och utvecklas under 2026.

Medicintekniska produkter

Implementering av digital inventarieförteckning breddinförs i samtliga verksamheter efter utvärdering av genomförd pilot.

Kompetensförsörjning

En övergripande utbildningsplan för samtliga yrkesgrupper inom SÄBO ska tas fram och ligga till grund för en långsiktig och enhetlig kompetensförsörjning.

Kompetensinsatser prioriteras inom läkemedelshantering, avancerad vård, fallprevention, bedömning vid akut försämring, dysfagi och palliativ vård.

Arbetet under året fokuserar sammantaget på att stärka läkemedelssäkerhet, vårdprevention, dokumentationskvalitet och analys av avvikelser. Risker ska identifieras tidigt och omsättas i konkreta och uppföljda åtgärder.

Bergsunds vård- och omsorgsboende (VoB-område 3)

Sammanfattning

Bergsunds vård- och omsorgsboende har totalt 123 platser, boendet är Södermalms största. Boendet har totalt 8 avdelningar med 15–16 boende per avdelning fördelade på två hus. En avdelning med 16 platser är för boende med demenssjukdom och övriga är somatiska avdelningar.

Verksamheten har sjuksköterska dygnet runt, 2 arbetsterapeuter och 2 fysioterapeuter, 3 aktivitetscoacher (deltid), vaktmästare och administratörer.

En större schemaförändring genomfördes i slutet av året som tog mycket tid och kraft av alla yrkeskategorier. Ett stort arbete lades ned på att genomföra det så bra som möjligt, arbetslag på avdelningarna byttes även ut för att försöka sprida kompetenser över våningsplanen. Förändringen skapade en del oro hos personal som även påverkade anhöriga och boende till viss del.

I samband med schemaförändringen implementerades ett arbetssätt med arbetskort för att förbättra möjligheten till uppföljning av ansvarsområden och förenkla ansvarsfördelningen i grupperna.

Fokus har varit på teamarbete och följsamhet till rutiner. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor arbetar på varje våningsplan och ett naturligt arbetslag blir med de sjuksköterskor som arbetar på samma hus, under 2025 blev även rehabgruppen ansvarsfördelade till ett hus, detta har stärkt teamarbetet och närheten till teamet för de boende och baspersonal.

En kvalitetsutvecklare har anställts och verksamheten har förbättrade möjligheter till uppföljningar och analyser av händelser och åtgärder i verksamheten.

Verksamheten påbörjade utbildningsinsatser i säker läkemedelshantering samt planering av omvårdnads och bemötande utbildning av all personal.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



Verksamheten har under året haft fördjupad utredning gällande bristande följsamheter till hygienrutiner, bemötande, fördröjd vårdinsats, lång svarstid på larm och brister i informationsöverföring mellan vårdpersonal, läkemedelshantering och brister i omläggning av sår. Utredningen kring läkemedelshantering rapporterades som en Lex Maria och skickades till IVO.

Bristande följsamhet till processer och rutiner bedöms ha varit en bidragande orsak till det inträffade, då det skapat sårbarhet i informationskedjan och försvårat en trygg, säker och sammanhållen vård och omsorg.

Verksamheten har identifierat förbättringsområden utifrån fördjupad utredning där fokus ligger på engagemang, följsamhet till rutiner och att svara på boendes behov. Följsamheten till verksamhetens rutiner behöver följas upp på ett mer systematiskt sätt. Arbete med nya egenkontroll mallar påbörjades och kommer implementeras under 2026. I den nya egenkontrollmallarna ingår bla uppdaterade checklistor för hygien och larmkontroller. Arbetsledarrollen för omvårdnadsansvarig sjuksköterska lyfts i verksamheten. Ett nytt arbetssätt med arbetskort för omvårdnadspersonal har implementerats för att säkerställa att arbetsfördelning och ansvarsområden blir tydligare. Ett samarbete med stadsdelens kvalitetsavdelning påbörjades och utbildningsinsatser i omvårdnad, bemötande och kommunikation togs fram och påbörjas för all personal under 2026.

Verksamheten har rutiner för att hantera när en allvarlig avvikelse har inträffat som lett till vårdskada eller en risk för vårdskada har upptäckts. Verksamheten tar hjälp av stadsdelens Lex Sarah team för utredningar av händelse rörande SoL och av MAS/MAR gällande utredningar enligt HSL.

I den utredningen som skickades till IVO gällande läkemedelshantering identifierades flera förbättringsområden som beskrevs i en handlingsplan. Kopplat till den handlingsplanen hölls bla utbildning av förvaltningens kvalitetsutvecklare för sjuksköterskor i APPVA, lokalt samverkansmöte hölls 2 ggr med ansvarig läkare, läkemedelsgenomgångar hålls regelbundet

och gemensam genomgång av läkemedelsrutinen. Verksamheten hade utökade kontroller av narkotikaräkning under våren och sommaren och översyn av vidbehovs ordinerade läkemedel gjordes.

Avvikelse och utredningar tas upp på APT, kvalitetsråd samt diskuteras i övriga relevanta mötesforum såsom avdelningsmöte hos de det berör, HSLmöten och sjuksköterskemöten. Syftet är att sprida kunskapen och medvetenheten kring det inträffade och de bakomliggande orsakerna för att förhindra att händelser upprepas.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Verksamheten har under året arbetat strukturerat med att utveckla system, arbetssätt och vårdmiljö för att stärka patientsäkerheten. Arbetet har utgått från analys av avvikelser, synpunkter, egenkontroller och uppföljningar för att identifiera risker och förbättringsområden.

Strukturer och uppföljning

Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelse- och synpunktshantering samt regelbundna egenkontroller. Uppföljning av delegeringar genomförs kontinuerligt av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Extern läkemedelsgranskning genomförs årligen. Verksamheten har identifierat förbättringsområden kopplat till följsamhet till rutiner och processer, vilket i vissa fall har lett till revidering av befintliga rutiner. Nya arbetssätt har initierats, bland annat utökade egenkontroller, arbetskort samt förtydligade arbetsuppgifter och ansvarsområden. Implementeringen fortsätter under 2026.

Säker läkemedelshantering

Fokus har legat på att stärka strukturen kring läkemedelshantering. Fokus på det digitala signeringssystemet APPVA genomfördes under första halvåret 2025 med goda resultat. Under senare delen av året påverkades följsamheten av schemaförändringar och personalomflyttningar, vilket har identifierats som ett prioriterat förbättringsområde inför kommande år. Läkemedelsrum har organiserats för att stödja säkra arbetsprocesser och minska risken för fel.

Vårdhygien och smittförebyggande arbete

Basala hygienrutiner följs upp genom egenkontroller två gånger per år. Samtliga medarbetare ska genomföra webbutbildning två gånger årligen, vilket är ett identifierat förbättringsområde att säkerställa följsamhet till. Rutiner för personalens arbetskläder och tvätt har reviderats för att stärka hygien och minska smittspridning.

Teamarbete och personcentrerade processer

Ett tydligt fokus har legat på att stärka teamarbetet. Följsamheten till teammöten två gånger per år och boende har ökat, vilket bidrar till bättre samordning och säkrare vård.

Verksamheten arbetar med välkomstsamtal, vårdplaneringar och teammöten för att inkludera den boende i vården och stärka den personcentrerade processen.

Medicinsk samverkan och vårdprocesser

Läkarinsatser genomförs med rond två gånger per vecka. Årlig läkemedelsgenomgång sker i samverkan mellan läkare och sjuksköterska och digital rondplattform används som stöd i processen. Samverkan med MAS och beställarenheten har stärkts under året när behov uppstått.

Rehabiliterande och förebyggande arbetssätt

Rehaborganisationen har förtydligats genom att arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för varsitt hus, vilket stärker teamets kontinuitet och uppföljning. Gruppinsatser såsom sittgymnastik och balansträning har införts, med anpassade aktiviteter för demensavdelning. Riskbedömningar genomförs vid inflytt och minst var 6 månad avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt ADL-bedömningar, vilket stärker det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Kompetens och lärande kopplat till patientsäkerhet

Utbildningsinsatser har kopplats till identifierade förbättringsområden. Utbildning i säker läkemedelshantering har genomförts under 2025 och fortsätter 2026. Utbildning i handledning och basal omvårdnad planeras att påbörjas under 2026.

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.



Verksamhetens identifierade förbättringsområde med följsamhet till rutiner är fokusområdet framåt.

Implementering av arbetssätt och rutiner behöver fortsätta för att säkerställa en god och likvärdig vård över hela verksamheten. Verksamheten arbetar med ett närvarande ledarskap och öppen och tydlig kommunikation där avvikelser och händelser kan tas upp i nära anslutning för att skapa bättre förutsättningar för att arbetssätt och rutiner följs och arbetas med likadant på alla våningsplan och inom alla yrkeskategorier.

Det finns en risk i verksamheten för underrapportering av avvikelser. Rutinen och nyttan av att avvikelserapportera, lyfts på APT och avdelningsmöten. Personal påminns och uppmuntras att rapportera händelser i verksamheten.

Delegeringar i verksamheten har varit fokusområde och rutinen har reviderats. Apoteket har haft utbildningar i säker läkemedelshantering för personalen.

Teamarbetet har setts över och "ansvarshus" har getts till både Rehabgruppen och aktivitetsansvariga för att stärka teamarbetet i gruppen. Syftet är att skapa en personcentrerad vård och minska risken för brister i informationsöverföring mellan yrkesgrupper.

Checklistor används vid inflytt, introduktion och avslut för att säkerställa följsamheten till de olika delarna i respektive process.

Riskhantering

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

Verksamheten arbetar kontinuerligt med riskbedömningar. På verksamhetsnivå utförs riskbedömningar och handlingsplaner utifrån extrema väderlekar sommar och vinter, personalförsörjning inför längre storhelger och semestertider, tillgång till digitala system samt rutiner vid driftstopp av dessa, delegeringar hos baspersonal vid frånvaro och tillgång till legitimerad personal i verksamheten. Riskbedömningar görs även inför större omorganisationer och förändringar i verksamheten.

Verksamheten har 2025 identifierat risker främst gällande personalförsörjning gällande utbildade undersköterskor. Vid längre frånvaro av fast personal, tex sommarsemester finns en utmaning att täcka behovet. Under 2026 kommer verksamheten få hjälp av en central rekryterare för att avlasta och hjälpa verksamheten nå ut och rekrytera till sommaren.

Verksamheten arbetar även med riskbedömningar på boendenivå för att identifiera risker och säkerställa en patientsäker vård.

De riskbedömningar som systematiskt utförs vid inflytt samt minst 2 ggr/år är fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Hälsoplaner kopplas till de identifierade riskerna med åtgärder och uppföljningar.

Verksamheten har vid dokumentationsgranskningar identifierat dokumentationen i häsloplaner som ett förbättringsområde. HSL teamet tittar tillsammans på häsloplaner och undervisar varandra i dokumentation samt fått avsatt tid för genomgång av journaler som ett led i att säkerställa en god journalföring.

I kvalitetsrådet går kvalitetsombud igenom rapporterade avvikelser, analyserar trender och bakomliggande orsaker. Under 2025 identifierade verksamheten ett behov att strukturera upp dessa möten bättre framöver och ett arbete startades upp med tydligare agenda kring avvikelshantering.

En risk för underrapportering har uppmärksamats och personal uppmuntras på rapporter, APT och avdelningsmöten att rapportera in händelser. Ett sätt att fånga upp risker trots underrapportering är ett närvarande ledarskap. Enhetschefer är synliga på avdelningarna och har under 2025 deltagit i rapporter samt planering och strukturering av arbete på avdelningarna. På detta sätt kan mycket fångas upp informellt via diskussioner och observation.

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 använder sig av kvalitetsregister i patientsäkerhetsarbetet. Kvalitetsregistret Senior Alert används i det förebyggande arbetet och riskbedömningarna ligger till grund för att sätta in rätt åtgärder kring den boende. Uppföljningen av riskbedömningarna samt tillhörande häsloplaner bidrar till en ökad säkerhet och att förebygga vårdskador. I teamarbetet används riskbedömningarna som underlag för diskussion och framtagande av åtgärder, på detta sätt involveras alla yrkeskategorier samt, där det är möjligt, även vårdtagaren själv.

Indikator Senior Alert	Resultat 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2024
Område	Åtgärdsplan vid risk%	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %
Trycksår	99%	86%	96%	86%

Indikator Senior Alert	Resultat 2025	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2024
Undernäring	99%	86%	96%	86%
Fall	100%	85%	97%	86%
Munhälsa	99%	79%	94%	72%

Resultaten från Senior Alert har ökat något 2025 från redan ganska höga nivåer 2024. Utförda åtgärder vid åtgärdsplan bör ligga på samma nivå men ligger något lägre. Sjuksköterskorna är vana att arbeta med registret och eftersom det ligger till grund för exempelvis teammöten så är arbetet i registret en naturlig del av det systematiska arbetet.

Det palliativa registret är ett kvalitetsregister verksamheten använder för att få fram statistik för att se hur vi lever upp till en god palliativ vård. Efter dödsfallet svarar sjuksköterskan på frågor som resulterar i statistik och data kan analyseras på verksamheten, dels på individnivå men även på verksamheten för att se trender.

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	82,40%	100	88,50%
Dok. Brytpunktssamtal	76,50%	98	61,50%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	76,50%	98	80,80%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	82,40%	98	84,60%
Smärtskattats sista levnadsveckan	76,50%	100	73,10%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	64,70%	90	65,40%
Utan trycksår (kategori 2-4)	76,50%	90	80,80%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,20%	90	84,60%

Verksamheten ligger under målvärdet i samtliga kategorier 2025 och 2024.

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan ligger lägst under båda åren.

Brytpunktssamtal, smärtskattning och mänsklig närvaro har ökat något under 2025.

Verksamheten har tagit upp den palliativa vårdplanen på sjuksköterskemöte för att öka kompetensen kring dokumentationen kring den palliativa vården. Gemensam dokumentation och diskussion kring vårdplanen har skett i grupp med undervisning av kollegor. Under året har verksamheten haft en stor andel inflytt av boende av akut slag. Verksamheten planerar ett

fokus på palliativ vård under 2026 tillsammans med läkaren.

Risikanalyser som görs på verksamhetsnivå analyseras i efterhand för att upptäcka brister eller utmaningar inom de olika områdena. Lärdomar från dessa analyser hjälper oss med förändrade arbetssätt eller förändrat fokus hjälper oss att kunna sätta in rätt åtgärder. Ett exempel är den centrala rekryteraren som verksamheten kommer prova inför semestrar 2026 då kompetensförsörjningen visade sig vara en risk under 2025.

De verksamhetsövergripande riskanalyserna görs tillsammans med den eller de yrkesgrupper det berör för att öka delaktighet och kunskap hos medarbetare om de risker som finns samt ta tillvara på de kunskaper som de olika yrkesgrupperna besitter.

Verksamheten har en avdelning för personer med demensdiagnos. Avdelningen arbetar i team med BPSD registreringar. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom och att säkerställa ett arbetssätt där vi minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Verksamheten planerar in att Stjärnmärkas under 2026.

Verksamheten har en läkemedelsgranskning årligen av apoteket. En handlingsplan tas fram efter synpunkter och bidrar till en förbättrad läkemedelshantering och att eventuella brister uppmärksammas. Genomgång av läkemedels avvikelser inom HSLgruppen görs för att lyfta att vi arbetar enligt rutin och likadant då detta var en av synpunkterna i granskningen 2025.

HSL dokumentationen granskas efter mall från MAS och MAR 2ggr årligen. Resultatet analyseras och en åtgärdsplan tas fram. Verksamheten har identifierat brister gällande främst hälsoplaner och uppföljningar men även under sökord kopplade till status. Vid uppföljning av tidigare åtgärdsplaner och insatta åtgärder så beslutades att sjuksköterskegruppen sitter gemensamt med dokumentation av valda journaler med utmaningar för att både se, utföra och diskutera dokumentationen samtidigt.

Basala hygienrutiner följs upp 2ggr/årligen. Förbättring av uppföljning till webutbildning gällande basa hygien har identifierats och kommer följas upp under 2026. Central tvätt i verksamheten infördes för tvätt av arbetskläder samt uppfrysning av omklädningsrum och tvättstuga.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheten ser en risk för underrapportering av händelser. Uppmuntran till att rapportera och dialog kring vad det innebär - förbättring av verksamheten, sker på APT och avdelningsmöten. En viss ökning har skett mellan 2024 (237) och 2025 (276) men arbetet behöver fortsätta.

Verksamheten hade redan 2024 identifierat kvalitetsmötena som ett förbättringsområde, detta arbete påbörjades under 2025 men behöver fortsätta under 2026.

Allvarligare händelser eller händelser som ökar tas upp på avdelningarna samt APT för återkoppling och lärdomar kring vad som hänt.

Avvikelser Jan-december 2025		Jan-december 2024
Fall	197	179
Trycksår	2	2
Läkemedel	46	45
Specifik omvårdnad	20	9
Specifik rehabilitering	6	0
Vårdkedjan	5	2

Ökningen i antal inrapporterade avvikelser är marginell, till vissa delar skulle det kunna förklaras med att beläggningen också är högre under 2025 än 2024 så det är osäkert att säga att det är en ökning. Verksamheten ser risker med att det är en underrapportering av avvikelser, främst kan det baseras på de mycket få läkemedelsavvikelserna i förhållande till antal boende. verksamheten kommer fortsätta arbetet med att uppmuntra till att avvikelser rapporteras samt syftet med detta. Verksamheten arbetar med detta dels på avdelningarna men också på APT.

Mönstret skiljer sig åt och specifik omvårdnad rapporteras i högre grad 2025 än 2024, detta skulle kunna förklaras med en ökad förståelse för rapportering av händelser då den kategorin står för händelser kopplade mer mot brister i utförande, detta rapporterades i mindre grad 2024.

Även specifik rehabilitering har ökat från 0st 2024 till 6st 2025, detta är en klar förbättring och står för att rehabgruppen rapporterar in avvikelser när ordinationer blir felaktigt utförda. Alla anmälare i denna kategori är rehabpersonal.

Verksamheten har också haft ett stort fokus på långa svartstider gällande larm. Detta område är underrapporterat men uppmärksammas vid rapporter och närvaro av arbetsledande sjuksköterskor och enhetschefer. Rutinen har uppdaterats under 2025 och arbetet kommer fortsätta under 2026 med tätare egenkontroller.

Vid allvarliga händelser och risk för vårdskada tar verksamheten hjälp av Mas och MAR för fördjupade utredningar. Sjuksköterska i tjänst som tar emot händelsen signalerar enligt rutin till enhetschef direkt vid allvarliga händelser. Löpande läggs avvikelser in i Vodoks avvikelsemodul. Avvikelserna sammanställs och går igenom på kvalitetsmöte.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Verksamheten strävar efter att ha en god och nära kommunikation med boende och anhöriga för att fånga upp synpunkter tidigt. Synpunkter kommer därför ofta fram informellt under samtal eller via mail direkt.

Många av synpunkterna handlar om att vi brister i följsamhet till våra rutiner. Det handlar

främst om brister i hygien, städ, bristande engagemang och långa svarstider på larm. Ett ärende kom in via patientnämnden, även den gällande långa svarstider på larm och bristande följsamhet till rutiner kopplade till omvårdnad. Verksamheten har till följd av detta uppdaterat sin larmrutin, påbörjat ett arbete kring uppföljning av larmens svarstider, planerat in bemötandeutbildning och utbildning för läkemedelshantering för personalen. Verksamheten har även sett över och förändrat vårt teamarbete på organisatorisk nivå för att stärka teamarbetet samt börjat arbeta med arbetskort för förbättrade möjligheter till uppföljning. I flera fall beskrivs också att man i stort är nöjd med insatserna som ges.

Typ av synpunkt	Inkommet via esmaker/registraturet (st)	Inkommet på annat sätt (st)
Beröm		3
Idé		0
Klagomål		32

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.



Verksamheten har en uppdaterad krisrutin gällande oväntade händelser, hur man ska agera och kontaktuppgifter. Rutinerna finns i Verktyget digitalt samt utskrivet i en krispärm på avdelningarna.

Verksamheten har ett krisförråd med mat för en vecka samt filter och övrigt som kan behövas, en inventering påbörjades 2025 för att se över vad som behöver kompletteras. verksamheten har en relativt god tillgång till läkemedel pga vår storlek. Verksamheten har köpt in ett eget lager med skyddsutrustning och förbrukningsmaterial.

Färdiga lådor för exempelvis smitta och behov av kohortvård finns förberedda i förråd.

Krisrutinen går igenom enligt årshjulet för APT i verksamheten.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2026 kommer vi fortsätta arbeta med de identifierade området följsamhet till rutiner. Verksamheten behöver fortsätta arbeta med implementeringen av rutiner och arbetskort på avdelningarna.

Under 2025 togs en hel del nya arbetssätt fram och utbildningsinsatser planerades för att gå hand i hand. Detta arbete fortsätter under 2026. Äldreomsorgens vårdlärare har tagit fram en utbildning i omvårdnad där även bemötande och kommunikation ingår, utbildningen kommer hållas på plats på Bergsund under hela våren. Verksamheten kommer fortsätta med utbildningar i säker läkemedelshantering.

Teamarbetet har förstärkts och viss omorganisation skedde som har fallit väl ut och vi kommer 2026 fortsätta utveckla det med den kvalitetsutvecklare som anställdes i slutet av 2025 samt med aktivitetscoacherna. Under 2026 kommer verksamheten få en egen dietist och teamarbetet kommer fortsätta utvecklas även där.

Under det större förändringar som verksamheten genomfört under 2025 på verksamhetsnivå med arbetssätt, schemaförändringar och rotation av medarbetare har en ökad oro och synpunkter från anhöriga setts. Detta behöver verksamheten ta till sig och ökade informations/anhörigträffar planeras inför 2026 för att fånga upp synpunkter och oro hos boende och anhöriga. Det ökade andelen utförda teammöten tillsammans med den boende och i vissa fall anhöriga behöver fortsätta.

Verksamheten har identifierat en ökad förfrågan om platser för boende i behov av mer specialiserad vård. En diskussion har påbörjats 2025 om hur en kompetensutveckling av både HSL samt baspersonal skulle se ut för att tillgodose det ökade behovet.

Under 2026 planeras arbetet med att Stjärnmärka verksamheten påbörjas.

Hornskrokens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Sammanfattning

Hornskrokens vård- och omsorgsboende är ett särskilt boende för personer över 65 år med kognitiv sjukdom och omfattar 53 permanenta platser. I verksamheten ingår även Pensionat Hornskroken med fyra korttidsplatser med inriktning på avlastning för anhöriga. Verksamheten är stjärnmärkt och bedriver personcentrerad vård och omsorg i enlighet med nationella riktlinjer för demensvård.

Under 2025 har verksamheten haft ett tydligt fokus på att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Efter övergången till Stockholm stad har lokala rutiner reviderats och anpassats för att säkerställa följsamhet till gällande lagstiftning, föreskrifter och stadens riktlinjer. Arbetet har präglats av att tydliggöra ansvarsfördelning, stärka uppföljningsstrukturer samt säkerställa att arbetssätt är kända och implementerade i hela verksamheten.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädkoder har följts upp kontinuerligt i syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska risken för vårdskador. Under året har digital läkemedelssigenering (Appva) införts, vilket har stärkt spårbarheten och säkerheten i läkemedelshanteringen. Medarbetare med delegering har genomgått utbildning i läkemedelshantering i samverkan med Apoteket, vilket har bidragit till ökad kunskap och tydligare ansvar i delegeringsprocessen.

Det förebyggande arbetet har bedrivits genom tvärprofessionell samverkan och strukturerade egenkontroller. Risker har identifierats och följts upp inom ramen för verksamhetens kvalitetsråd och avvikelshantering. Genom analys av rapporterade händelser har det dock framkommit att avvikelssystemet inte utnyttjas fullt ut. Underrapportering förekommer och det finns behov av att stärka personalens kunskap och trygghet i att skriva avvikelser. Vidare behöver uppföljning och återkoppling utvecklas för att säkerställa att rapporterade händelser leder till systematiska förbättringsåtgärder.

Verksamheten har därför identifierat utveckling av en mer öppen och lärande avvikelsekultur som ett prioriterat förbättringsområde. Även följsamhet till rutinen att kontakta legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd och vid fall behöver säkerställas ytterligare.

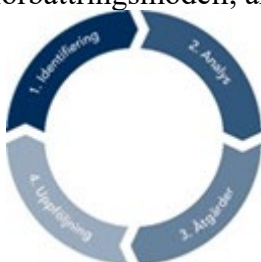
Under 2025 har Hornskrokens vård och omsorgsboende fortsatt arbetet med att förbättra vården i livets slutskede. Samtidigt behöver vi fortsätta stärka dokumentationen av vårdplaner, smärtskattning och munhälsobedömningar för att nå målvärdena och säkerställa en fullständig och värdig vård för alla patienter.

Inför 2026 kommer fokus att ligga på att befästa ledningssystemets strukturer, stärka

avvikelsehanteringen genom utbildning och förbättrad uppföljning, samt vidareutveckla den palliativa vården i enlighet med verksamhetens stjärnmärkning. Målsättningen är att ytterligare minska risken för vårdskador och säkerställa en trygg, säker och personcentrerad vård med hög kvalitet.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



I enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), HSLF-FS 2017:40 samt SOSFS 2011:9 utreds händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada genom strukturerad analys i verksamheten, vid behov i samverkan med MAS/MAR. Syftet med utredningarna är att identifiera bakomliggande orsaker, bedöma om vårdskada uppstått samt vidta åtgärder för att förebygga upprepning.

Under 2025 har tre fördjupade utredningar genomförts. Ingen händelse har bedömts som allvarlig vårdskada och ingen Lex Maria-anmälan har gjorts.

Samtliga fördjupade utredningar har avsett fallhändelser. En utredning avsåg ett fall där analysen visade behov av organisatoriska åtgärder. Åtgärder som vidtogs var justering av

schemaläggning, ökad kontinuitet genom tillsättning av ordinarie personal samt riktade kompetensutvecklingsinsatser inom dokumentation, rapportering, förflyttningskunskap och hjälpmedelshantering.

En utredning avsåg fall från mobil lyft. Analysen identifierade brister i introduktion och praktisk kunskap kring användning av hjälpmedel. Verksamheten har därefter säkerställt att samtliga medarbetare får strukturerad introduktion med checklista, samt erbjudit utbildning i förflyttning och hjälpmedel. Information och lärdomar har även återkopplats på APT för att stärka det gemensamma lärandet.

Den tredje utredningen avsåg ytterligare en fallhändelse där brister i informationsöverföring vid överrapportering identifierades som en bidragande orsak. Som åtgärd har en checklista för överrapportering tagits fram, rutiner för trygghetslarm och rörelselarm har tydliggjorts samt förflyttningsutbildning erbjudits.

Den samlade analysen visar att fall utgör det mest framträdande riskområdet i verksamheten. Utredningarna visar att händelserna i huvudsak har upptäckts och hanterats i nära anslutning till inträffandet, men att bakomliggande orsaker ofta är kopplade till kommunikation, informationsöverföring, följsamhet till rutiner samt kompetens i förflyttning och hjälpmedelshantering. Något mönster av allvarliga vårdskador har inte identifierats, men analysen visar behov av fortsatt förebyggande arbete för att minska fallrisk och stärka säkerhetskulturen.

Identifierade riskområden är främst fall, brister i informationsöverföring samt behov av stärkt kompetens i användning av hjälpmedel. Prioriterade insatser framåt är fortsatt utbildning i säker förflyttning, förbättrad introduktion för nyanställda, stärkt uppföljning av att rutiner följs samt utveckling av teamkommunikation. Arbetet integreras i verksamhetens ledningssystem och följs upp i kvalitetsråd och egenkontroll.

Sammanfattningsvis bedöms vården på Hornskroken ha varit säker under året, utan konstaterade allvarliga vårdskador. Utredningar av avvikelser och klagomål har samtidigt bidragit till ökad kunskap om bakomliggande orsaker och gett underlag för riktade förbättringsåtgärder, med syfte att ytterligare minska risken för vårdskador.

Enheten arbetar aktivt med risker kopplade till fall och förebyggande åtgärder. Säkerhetsstopp införs vid alla lyft och dubbelbemanning används alltid vid förflyttning med lyft. Vid infektion hos boende ökar tillsynen för att minska fallrisk. Rörelselarm ska hanteras korrekt och handenheter bäras av omvårdnadspersonalen dygnet runt.

Verksamheten har identifierat behov av förbättringar inom smärtskattning och dokumentation i BPSD samt symptomlindring. Dessutom är tidig vårdplanering vid palliativ vård viktig, även om patienten inte befinner sig i livets slutskede, för att skapa trygghet och säkerhet i vården. Genom dessa åtgärder och det kontinuerliga säkerhetsarbetet stärker Hornskroken patientsäkerheten och tryggheten för de boende i det dagliga arbetet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av

verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Under 2025 har verksamheten arbetat systematiskt för att säkerställa hög patientsäkerhet och minska risker för vårdskador. Processer och arbetssätt har kontinuerligt utvärderats för att säkerställa tillförlitlighet och förbättringsmöjligheter.

Basala hygienrutiner och klädregler följs upp genom två årliga observationer. Resultaten diskuteras på APT och används som underlag för handledning och förbättringar, vilket bidrar till att arbetsprocesserna blir mer tillförlitliga och att risken för vårdrelaterade infektioner minskar.

Läkemedelshantering har stärkts genom årliga läkemedelsgenomgångar för samtliga boende, där sjuksköterska och läkare tillsammans går igenom ordinationer. Under 2025 implementerades digital läkemedelssignering via Appva, vilket ökar säkerheten och minskar risken för felmedicinering. Extern läkemedelsgranskning från Apoteket genomförs en gång per år, och egenkontroll av delegeringar sker kontinuerligt.

Teamarbete och proaktiv riskhantering är centralt i verksamheten. I teammöten analyseras fallrisker, trycksår, undernäring och beteendeproblematik utifrån Senior Alert. Fallprevention har gett mycket goda resultat och arbetet sker förebyggande med tydliga rutiner. Även förebyggande insatser mot undernäring har utvecklats, med uppdaterade riskbedömningar och anpassad kost samt näringsberikning.

Resultaten från blåsdysfunktionsundersökningen hösten 2025 visar att alla boende utretts inom sex månader och andelen kvarliggande katetrar är lägre än riksgenomsnittet (HALT), vilket visar på hög tillförlitlighet i processerna kring blåsdysfunktion. Samtidigt har antalet skyddsåtgärder ökat, vilket identifierats som ett område att följa och analysera, kopplat till att boende blir äldre och sjukdomen försämras.

Trycksårsprevention har minskat risken kraftigt, men identifiering av risker och dokumentation behöver fortsatt utvecklas för att förebygga vårdskador. Det finns även behov av förbättrad dokumentation av avvikelser i både hälso- och sjukvårdsjournalen samt den sociala journalen, för att säkerställa kontinuitet i vården.

Sammanfattningsvis har 2025 präglats av ett proaktivt arbete med digitala verktyg, teamarbete och systematiska processer. Genom uppföljning, riskbedömningar, utbildning och förbättring av rutiner har verksamheten stärkt patientsäkerheten och minskat risker för vårdskador.

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.



Varje arbetspass inleds med daglig planering där omvårdnadspersonalen gemensamt går igenom de boendes aktuella behov, förändringar i hälsotillstånd, risker och planerade insatser. Detta skapar en gemensam lägesbild och ger förutsättningar för att prioritera rätt insatser under dagen med sjuksköterskan närvarande. Förändringar rapporteras omgående till ansvarig sjuksköterska för bedömning och vidare åtgärd.

Utifrån analyser av tidigare avvikelser har verksamheten stärkt strukturen för överrapportering mellan arbetspass. En checklista används vid varje överrapportering för att säkerställa att information om risker, avvikelser, läkemedelsförändringar, planerade åtgärder och särskilda observationspunkter alltid överförs systematiskt. Detta har minskat risken för informationsbortfall och ökat kontinuiteten i vården.

Vid bemanning säkerställs att det alltid finns personal med giltig delegering för aktuella hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ingen medarbetare utför delegerade insatser utan att delegeringen är aktuell och uppföljd enligt rutin. Enheten har gruppleddare som delvis arbetar i omvårdnaden och som har delegering, vilket skapar flexibilitet och möjlighet att snabbt stötta upp vid behov.

Schemaläggning sker med hänsyn till vårdtyngd, kompetens och erfarenhet. Under 2025 har verksamheten genomfört en schemaförändring samt omfördelat kompetens i hela verksamheten för att säkerställa jämn kvalitet och stärkt patientsäkerhet. Samtliga vakanta rader har tillsatts med tillsvidareanställd personal och andelen timanställda har minskats, vilket har ökat kontinuiteten och tryggheten för de boende. I början av 2025 övergick verksamheten till sjuksköterskepatrull, vilket har tydliggjort ansvarsfördelningen och säkerställt tillgänglig sjuksköterskekompetens dygnet runt.

Läkemedelshanteringen sker i Appva, där administrering signeras i direkt anslutning till genomförd insats. Signeringar följs upp dagligen och eventuella avvikelser hanteras omgående i dialog med ansvarig sjuksköterska och enhetschef. Detta säkerställer spårbarhet och minskar risken för felmedicinering eller utebliven.

Verksamheten är Stjärnmärkt, vilket innebär ett strukturerat och personcentrerat arbetssätt inom demensvården. För att upprätthålla kvaliteten säkerställs årligen att minst 80 procent av

medarbetarna genomgår utbildning inom ramen för Stjärnmärkningen. Detta bidrar till ökad kunskap, gemensamt förhållningssätt och stärkt kompetens i bemötande, observation och omvårdnad av personer med kognitiv svikt. Den kontinuerliga kompetensutvecklingen är en viktig del i att förebygga vårdskador och skapa trygghet för de boende.

Riskbedömningar avseende fall, trycksår och nutrition genomförs fortlöpande och uppdateras vid behov. Minst två gånger om året enligt rutin ska riskbedömningar följas upp och uppdateras. Förebyggande åtgärder sätts in utan dröjsmål vid identifierad risk. Avvikelser rapporteras löpande och analyseras i verksamheten. Identifierade brister leder till konkreta förbättringsåtgärder som implementeras i det dagliga arbetet.

Verksamheten har idag fyra boende från Stockholms kranskommuner. Enligt överenskommelse har dessa boende ett separat individavtal. En utmaning är att dessa individer inte registreras i verksamhetens digitala system där den övriga dokumentationen sker i social journal. Patientjournal finns, men omvårdnadspersonalen behöver enligt socialtjänstlagen dokumentera insatser på papper.

Det finns brister i följsamhet till rutin och uppföljning, och socialjournalen och hälso- och sjukvårdsjournalen samverkar inte fullt ut. Detta skapar utmaningar för patientsäkerheten, då viktig information om vård och omsorg riskerar att bli fragmenterad och svår att överblicka. Verksamheten ser behov av åtgärder för att säkerställa att dokumentationen blir korrekt, samordnad och följer gällande rutiner, för att minimera risker och upprätthålla en trygg och säker vård för alla boende.

Sammanfattningsvis bedöms vården på Hornskroken vara säker idag. Säkerheten upprätthålls genom daglig planering, strukturerad överrapportering med checklista, säker bemanning med delegerad personal, noggrann läkemedelshantering i Appva, aktiv avvikelshantering samt kontinuerlig kompetensutveckling inom ramen för Stjärnmärkningen. Patientsäkerhetsarbetet är en integrerad del av varje arbetspass och varje beslut som fattas i verksamheten.

Inför 2026 har verksamheten identifierat konkreta förbättringsområden utifrån genomförda avvikelseanalyser. Ett prioriterat område är att säkerställa att samtliga avvikelseblanketter fylls i fullständigt och med tillräcklig och relevant information. Kvaliteten i dokumentationen behöver stärkas, både i Vodok och Parasol, så att händelseförlopp, orsaksanalys och vidtagna åtgärder tydligt framgår. En förbättrad dokumentation skapar bättre förutsättningar för analys, lärande och förebyggande åtgärder.

Verksamheten behöver även arbeta vidare med rutiner kring rörelselarm, dess placering och hantering. Det ska vara tydligt var larm är placerade, hur de används och hur uppföljning sker. I detta arbete ingår också att säkerställa att handenheter alltid bärs av omvårdnadspersonal under arbetspasset och inte lämnas utan tillsyn, då detta kan innebära fördröjd responstid vid larm.

Analys av avvikelser visar vidare behov av att förstärka följsamheten till rutiner vid förflyttningar. Verksamheten behöver säkerställa att säkerhetsstopp genomförs vid samtliga lyft samt att dubbelbemanning alltid används vid förflyttning med personlyft. Detta är avgörande för att förebygga fall, klämrisk och belastningsskador samt för att skydda både boende och personal.

Genom att tydligt arbeta vidare med dessa identifierade förbättringsområden under 2026 stärker Hornskroken den operativa patientsäkerheten ytterligare och skapar ännu bättre förutsättningar för en trygg och säker vård i det dagliga arbetet.

Riskhantering

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

Hornskroken bedriver ett systematiskt riskhanteringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 (5 kap. 1 § och 7 kap. 2 § p. 4). Risker för vårdskador identifieras, analyseras och åtgärdas både på individ- och verksamhetsnivå, med fokus på att förebygga att händelser leder till vårdskada.

Risker uppmärksammas dagligen genom observationer i omvårdnadsarbetet, rapportering i avvikelshanteringssystemet samt genom dialog i teamet. Inrapporterade risker och avvikelser analyseras löpande av ledning och legitimerad personal. Bedömning görs om händelsen kan inträffa igen och vilka åtgärder som krävs för att minska sannolikhet och konsekvens. Åtgärder kan exempelvis vara förändrade arbetssätt, förtydligade rutiner, kompetensinsatser eller anpassad bemanning.

Riskanalyser på verksamhetsnivå genomförs inför perioder med känd ökad sårbarhet, såsom sommarsemestrar och större helger. Då analyseras särskilt risker kopplade till bemanning, delegeringar, kontinuitet, tillgång till sjuksköterska samt åtkomst till digitala system samt vårdhygien. Även risker vid exempelvis värmebölja eller ökad vårdtyngd beaktas i planeringen.

Avvikelser och identifierade risker följs upp i kvalitetsråd, HSL-möten och arbetsplatsträffar. Dessa forum fungerar som lärande mötesplatser där händelser analyseras gemensamt och förebyggande åtgärder beslutas. Ett konkret exempel är införandet av checklista vid överrapportering samt förstärkt följsamhet till rutiner kring lyft och dubbelbemanning, vilket beslutats efter analys av återkommande avvikelser.

Ledningens närvaro i det dagliga arbetet är en viktig del av riskhanteringen. Genom dialog med personal och kontinuerlig uppföljning fångas tidiga signaler upp, även sådana som inte alltid formellt rapporteras. Detta möjliggör snabba korrigerande åtgärder.

Verksamhetens samlade analys visar att de flesta risker uppstår i samband med brister i kommunikation, överrapportering eller följsamhet till befintliga rutiner snarare än avsaknad av rutiner. Viktiga lärdomar är därför betydelsen av strukturerad informationsöverföring, tydlig ansvarsfördelning och kontinuitet i personalgruppen.

Analysen visar även att kvaliteten i dokumentationen är avgörande för att kunna göra tillräckligt djupa orsaksanalyser. Förbättrad och mer fullständig dokumentation i Vodok och Parasol är därför ett prioriterat utvecklingsområde.

Sammanfattningsvis har Hornskroken ett aktivt och integrerat riskhanteringsarbete där identifierade risker leder till konkreta åtgärder i verksamheten. Fokus ligger på att tidigt upptäcka svagheter i system och arbetssätt samt att omsätta lärdomar i praktisk handling för

att förebygga vårdskador.

Verksamheten har under 2025 genomfört en organisationsförändring. Förändring avser schema och placering av personal samt hälso- sjukvårdspersonal och övergång till sjuksköterskepatrull. I samband med införande av detta har verksamheten satsat på kompetensutveckling av befintlig personal i SBAR och NEWS. Samtlig personal har idag relevant utbildning i SBAR och NEWS samt vet hur de ska rapportera vidare. Verksamheten har efter riskbedömning och inför genomförande av organisationsförändring implementerat hygienlåda, palliativ låda och akutlåda. Verksamheten har också säkrat upp akutkuvert om boende har behov av annan vårdnivå.

Verksamheten har en uppdaterad krispärm som ska följas vid kris.

Verksamheten kan kontakta övrig vård- och omsorgsboende vid behov av arbetsledning kvällar/helger och nätter.

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.



Kvalitetsregister Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Enheten har tidigare inte skrivit risk gällande trycksår i Senior Alert 2024 därmed visar resultatet på en ökning.

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Område	Åtgärdsplan vid risk%	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %
Trycksår	100	92	100	100	100	56
Undernäring	100	83	100	100	99	62
Fall	100	78	100	90	100	43

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Munhälsa	100	70	100	80	100	28
<p>Analys kvalitetsregister Senior Alert: Enheten har tidigare inte skrivit risk gällande trycksår i Senior alert 2024 därmed visar resultatet på en ökning vilket vi inte kan dra en slutsats av. Fall har ökat och kan bero på bakomliggande sjukdomar och läkemedel. Resultatet i jämförelse med 2024 blir svårt att analysera då en månad saknas. Analys visar på att enheten gör riskbedömningar i tid. Analysen visar på en förbättring kring att skriva åtgärdsplan vid risk. Inga riskbedömningar är äldre än sex månader, andelen med risk för undernäring är oförändrat och positivt är att andelen med undernäring enligt MNA minskat från 17% till 10. En bidragande orsak är att cirka hälften av de boende har en specialanpassad kost utifrån logoped - bedömning.</p>						

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Redovisas i procent enligt spindeldiagrammet

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	74,4	100	
Dok. Brytpunktssamtal	82,1	98	63
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	95,9	98	75
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	95,6	98	75
Smärtskattats sista levnadsveckan	71,6	100	75
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	64,5	90	63
Utan trycksår (kategori 2-4)	86,1	90	100
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,7	90	63
<p>Analys: Analys visar att vi uppfyller den palliativa standarden vad gäller vården. Målvärdena är höga och vi ser en förbättring i jämförelse med föregående år. Vi kan inte dra några slutsatser vad gäller trycksår. Vad gäller smärtskattning så behöver verksamheten bli bättre och använda Abby pain scale vid smärtskattning. Verksamheten kommer att arbeta med att ha en tidig vårdplan vad gäller palliativ vård enligt nya nationella riktlinjer. Verksamheten har ett prioriterad område år 2026 att rapportera avvikelser kring trycksår. Verksamheten har 100% riskbedömning kring fall. Det är väldigt bra. Bedömning enligt Roag är 100% för munhälsa.</p>			

BPSD - Verksamheten är stjärnmärkt och har flertal BPSD administratörer. Verksamheten arbetar aktivt med BPSD. Det vi ser och kan arbeta vidare med 2026 är att registrera alla boende i BPSD. Resultatet visar på att verksamheten har väldigt liten mängd av lugnande läkemedel detta är någonting verksamheten kommer fortsatt arbeta med att bibehålla.

SveDem används för att systematiskt följa upp personer med demenssjukdom och för att stödja teamets arbete med individanpassad vård. Det vi ser kring SveDem är att arbeta mer personcentrerat och använda oss av levnadsberättelsen i det dagliga samt att ha en tidig palliativ vårdplan för att involvera anhöriga i processen.

Delegering - läkemedelshantering, uppföljning (observation, APPVA) sker enligt delegeringsrutiner med uppföljning av signering och observation i APPVa. Enheten genomför regelbundna interna läkemedelsgranskningar. PPM-resultat analyseras och åtgärder implementeras vid behov, till exempel justering av läkemedelsordinationer eller kompetenshöjande insatser. Hornskroken har 100% som mål i Appva och resultat 2025 visar på att enheten når upp till målet på flertal våningar.

PPM-resultat och analys och åtgärder Görs enligt rutin. Resultat och analys görs tillsammans med HSLF-teamet. Hornskroken ligger bra till. Alla boende har en basal utredning yngre än sex månader. Andelen kvarliggande katetrar är lägre än riket. Aktiv toalett assistans används och stödjer målet att bevara kontinens så långt som möjligt. Andelen skyddsåtgärder har ökat och analys visar på att de boende blir sämre i sin sjukdom. Samtycke finns ordinerat. Verksamheten arbetar aktivt utifrån nollvision.

Extern läkemedelsgranskning

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen på Hornskroken bygger på Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:37 och syftar till att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i hela läkemedelsprocessen. Granskningen omfattade genomgång av föregående rapport, översyn av lokal rutin, diskussion om praktiskt arbete, kontroll av läkemedelsförråd och patientskåp samt förbrukningsjournaler för narkotika.

Resultatet visar att rutinerna generellt är väl implementerade och att förvaring, dokumentation och delegering fungerar enligt föreskrifterna. Stickprov på narkotika och patientbundna skåp visade inga anmärkningar, och journalföring följer gällande krav. Samtidigt identifierades områden för förbättring, bland annat tydligare beskrivning av tillförsel och kassation av narkotika, dokumentation av delegeringsuppföljning i APPVa, uppdatering av läkemedels- och signeringslistor samt rutiner för städning och rengöring av personbundna skåp.

Åtgärder har planerats med ansvariga och tidsplaner för att säkerställa implementering. Analysen visar att verksamheten kontinuerligt arbetar med läkemedelshantering som en del av sitt kvalitetssäkringsarbete och att identifierade förbättringsområden tydligt följs upp för att minimera risker och säkerställa korrekt, trygg och säker läkemedelshantering för de boende.

Dokumentation - granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Analysen visar att vårdprocessen kan följas i dokumentationen, vi behöver dock bli bättre på att dokumentera om patientens personfaktorer för att kunna arbeta personcentrerat och göra patienten mer delaktig i sin vård.

Vi behöver också bli bättre på att följa upp och utvärdera hälsoplanerna.

Teamarbetet framgår i journalerna, det syns bland annat genom att de olika teammedlemmarna har kopplade åtgärder till hälsoplaner.

All HSL-personal har erbjudits och uppmanats att delta i workshops om dokumentation i Vodok under hösten 2025.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan specifika händelser lyftas för dialog.

Avvikelse enligt PSL	Jan-december 2025	Feb-december 2024
Fall	96	74
Trycksår	10	0
Läkemedel	31	19
Specifik omvårdnad	11	4
Specifik rehabilitering	3	2
Vårdkedjan	2	0
Analys:		

År 2024 fanns det totalt 113 registrerade avvikelser i Vodok. Under år 2025 registrerades totalt 153 avvikelser i avvikelsemodulen. Vad gäller 2024 gick verksamheten över till Stockholm Stad 1 februari därmed saknas resultat för januari månad för år 2024.

Under året har vi sett en ökning utav registrering av samtliga avvikelser, vilket kan ses som en ökad öppenhet kring händelserapportering.

Verksamheten på Hornskroken strävar efter att arbeta med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar personalen att rapportera avvikelser för att kunna analysera dem, ta lärdom och vidta åtgärder som förebygger att liknande händelser uppstår igen. Rapporteringen används även för att identifiera eventuella risker i arbetssätt eller rutiner och för att uppdatera dessa vid behov.

Alla händelser utreds, sammanställs och analyseras, och återkoppling sker till berörd personal men behöver förbättras. Under 2025 registrerades totalt 153 avvikelser i Vodok, jämfört med 113 för 2024 (feb–december). Fördelningen visar 96 fall, 10 trycksår, 31 läkemedelsavvikelser, 11 specifika omvårdnadsavvikelser, 3 specifika rehabiliteringsavvikelser och 2 vårdkedjeavvikelser. Ökningen i registrering av avvikelser kan tolkas som en förbättrad öppenhet och medvetenhet kring händelserapportering.

Analysen av avvikelser visar vissa tydliga trender och mönster. Fall dominerar avvikelsebilden och är ofta kopplade till underliggande sjukdom, läkemedelsbehandling eller

behov av ökad tillsyn. Trycksårsregistreringar har ökat, vilket beror på förbättrad dokumentation och fokus på riskbedömning i Senior Alert. Läkemedelsavvikelser analyseras med särskilt fokus på signering, delegering och uppföljning i APPVa. Avvikelser inom specifik omvårdnad och rehabilitering har lett till förtydligade rutiner och kompetensinsatser i teamet.

Sammantaget visar analysen att Hornskroken arbetar strukturerat med att identifiera risker, följa upp händelser och vidta åtgärder. Lärdomar från avvikelser har lett till flera förbättringsområden, bland annat ökad noggrannhet vid förflyttningar, säkerhetsstopp vid lyft, dubbelbemanning vid förflyttning med lyft, korrekt hantering av rörelselarm och handenheter, samt förbättrad smärtskattning och dokumentation i BPSD. Genom detta lärande och kontinuerliga förbättringsarbete stärks patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Under 2025 har Hornskroken systematiskt diariefört och hanterat alla synpunkter och klagomål som inkommit. Samtliga ärenden har utretts omgående, återkopplats till berörda parter och följts upp för att säkerställa att åtgärder genomförs och att lärdomar sprids i verksamheten. Under året har enheten mottagit sju synpunkter och klagomål.

Dessa rörde bland annat en organisationsförändring gällande schema och omfördelning av omvårdnadspersonal för att öka kompetensen i huset, stark belysning längs korridoren på flera våningsplan, bemötande från personal, förekomst av rökluft, samt inredningsförslag och förbättringar i samband med inköp av nya varor och beröm för aktiviteter.

Regelbundna månadsbrev till anhöriga/närstående har genomförts på ett strukturerat sätt för att förbättra information och transparens om verksamhetens aktiviteter och förändringar. Ärenden som rör miljö, såsom stark belysning, rökluft och inredning i samband med nya inköp, har åtgärdats genom tekniska justeringar, anpassning av inredning och rutiner för underhåll och placering. Bemötandearärenden har diskuterats i team- och personalmöten för att stärka samsyn och följsamhet till verksamhetens värdegrund. Verksamheten har enligt årshjul för APT arbetat med personalpolicyn och tydliggjort ansvar.

Analysen visar att många synpunkter kan kopplas till informationsöverföring, bemanning, miljö och följsamhet till rutiner. Genom de vidtagna åtgärderna och spridning av lärdomar i personalgruppen har verksamheten stärkt patientsäkerheten, förbättrat kommunikationen med anhöriga/närstående och ökat tryggheten för de boende.

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.



Verksamheten har en känd krisrutin samt krisförråd med mat för en vecka. Verksamheten har förbrukningsmaterial för oväntade händelser tex smitta.

Krislådor med exempelvis extra lampor, radio, värmefiltar m.m. finns i angivet utrymme.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2026 fortsätter Hornskroken arbetet enligt Stjärnmärkt, med målet att minst 80 % av medarbetarna ska vara utbildade och att nyanställda erbjuds introduktion. Reflektionstillfällen enligt Stjärnmärkt kommer återupptas för att stärka teamarbete, delaktighet och patientsäkerhet.

Verksamheten kommer vidareutveckla teammöten och öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska Palliativregistret. En särskild fokus ligger på tidig vårdplanering enligt nya nationella riktlinjer för palliativ vård, så att vårdplaner upprättas i tidigt skede och inte endast vid livets slut. Samtliga ombudsroller, framförallt palliativa ombud, ska ses över, och kvalitetsrådet kommer fortsätta genomföras en gång per månad för lärande och uppföljning.

Hornskroken deltar även aktivt i nätverk med andra vård- och omsorgsboenden på Södermalm för erfarenhetsutbyte, utveckling av rutiner och ökad patientsäkerhet.

Prioriterade områden är fortsatt personcentrerad vård med fokus på den äldre behov och önskemål, hälsofrämjande och förebyggande insatser mot fall, undernäring och trycksår, systematisk samverkan med anhöriga och hälso- och sjukvård samt hållbar och resurseffektiv äldreomsorg med heltid som norm, välfärdsteknik och kompetensutveckling.

Målen följs upp genom utbildningsgrad, genomförda reflektionstillfällen, registrering i kvalitetsregister, antal upprättade vårdplaner i tidigt skede samt återkoppling i kvalitetsråd och teammöten. Dessa insatser syftar till att ytterligare stärka kvalitet, trygghet och patientsäkerhet för de boende under 2026.

Hornstulls servicehus

Sammanfattning

Verksamheten bedriver hälso- och sjukvård i servicehus med 88 lägenheter för äldre personer med somatiska sjukdomar. Hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut i samverkan med omsorgspersonal och ansvarig läkarorganisation.

Patientsäkerhetsarbetet under 2025 har utgått från analys av 2024 års resultat, där utvecklingsområden identifierades inom dokumentationskvalitet, läkemedelshantering och uppföljning av delegeringar. Under året har fokus legat på att stärka signeringsuppföljning i Appva, genomföra strukturerade teammöten, förbättra kvalitet på dokumentation, utveckla delegeringsuppföljning samt fördjupa analys av avvikelser och risker.

Två händelser har utretts enligt Lex Maria och bedömts som allvarliga vårdskador. Utredningarna har visat brister i dokumentation, informationsöverföring och ansvarsfördelning. Rutiner har reviderats och uppföljning har förstärkts.

Riskbedömningar enligt Senior Alert har genomförts systematiskt och arbetet med palliativ vård har följts genom registrering i Svenska palliativregistret. Läkemedelssäkerheten har stärkts genom loggkontroller, extern läkemedelsgranskning och uppföljning av delegeringar.

Verksamheten bedöms ha en fungerande struktur för att identifiera och hantera risker. Utvecklingsbehov kvarstår inom följsamhet av rutiner, systematisk analys och förebyggande arbete, vilket prioriteras kommande år.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Genom identifiering, utredning och analys av händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada ökar verksamhetens kunskap om bakomliggande orsaker och riskfaktorer. Denna kunskap används för att prioritera åtgärder och stärka patientsäkerheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

Under perioden har två händelser utretts fördjupat i samverkan med MAS som underlag för bedömning enligt Lex Maria. Ingen av händelserna har bedömts som inträffad allvarlig vårdskada, men en har bedömts som risk för allvarlig vårdskada och en som risk för betydande vårdskada.

Den första händelsen avsåg stöld och manipulation av narkotikaklassade läkemedel. Upprepade rapporter om saknade doser ledde till fördjupad kontroll där det konstaterades att apodospåsar manipulerats och att ordinerat läkemedel ersatts med okänt preparat. Utredningen omfattade journalgenomgång, loggkontroll av SALTO-systemet, genomgång av delegeringar samt intervjuer med berörd personal. Händelsen innebar risk för att patienten inte erhållit ordinerad behandling samt riskerat att få i sig främmande läkemedel. Analysen visade brister i behörighetsstyrning till läkemedelsskåp, otillräcklig spårbarhet av huvudnyckel, avsaknad av tydlig eskaleringsrutin vid upprepade läkemedelsavvikelser samt behov av förstärkt uppföljning av delegerad läkemedelsadministration.

Den andra händelsen avsåg fördröjd diagnostik och behandling av bröstcancer. En knöl i bröstet uppmärksammades men dokumenterades inte i HSL-journal och rapporterades inte vidare till läkare. Först flera månader senare uppmärksammades att remiss inte skickats. Utredningen visade bristande dokumentation, otydlig ansvarsfördelning mellan sjuksköterskor samt avsaknad av strukturerad överrapportering och systematisk uppföljning i team. Händelsen bedömdes ha medfört risk för betydande vårdskada genom fördröjd diagnos och behandling.

Samlad analys visar att händelserna upptäcktes, men att det i båda fallen funnits tidigare signaler som inte eskalerats i tid. Ett mönster som identifierats är brister i struktur och uppföljning snarare än i medicinsk bedömning. Riskområden som framkommit är dokumentationskvalitet, tydlighet i ansvarsfördelning, systematik i överrapportering, behörighetsstyrning till läkemedelsskåp samt uppföljning av upprepade avvikelser.

Utifrån utredningarna har prioriterade insatser genomförts. För läkemedelshantering har rutiner införts för månatlig kontroll av SALTO-behörigheter kopplat till giltig delegering, förbättrad spårbarhet av huvudnyckel samt tydlig eskaleringsrutin vid upprepade

läkemedelsavvikelser. Observation vid delegeringsuppföljning har förstärkts. För att förebygga fördröjd behandling har uppdragsbeskrivning för sjuksköterska förtydligats, strukturerade teammöten införts två gånger per år per patient, journalgranskning genomförs regelbundet och checklista för morgonrapport har implementerats för att säkerställa att nytillkomna symtom dokumenteras och följs upp.

Kunskapen om inträffade vårdskador sprids genom genomgång av händelser i sjuksköterskegrupp, arbetsplatsträffar och ledningsforum. Händelserna används som lärande exempel med fokus på systemförbättring. Uppföljning av handlingsplaner sker strukturerat och dokumenteras i verksamhetens ledningssystem.

Genom detta arbetssätt stärks verksamhetens förmåga att identifiera risker i tid, analysera bakomliggande orsaker och vidta åtgärder som minskar risken för upprepning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Under 2025 har Hornstulls servicehus fortsatt att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen. Arbetet har haft både ett proaktivt och reaktivt perspektiv med fokus på att stärka följsamheten till rutiner och säkerställa tillförlitliga arbetsprocesser inom hälso- och sjukvården. Identifierade utvecklingsområden har framför allt rört dokumentation, läkemedelshantering, informationsöverföring och strukturerad uppföljning.

Strukturerad kommunikation har varit ett prioriterat område. Under året har verksamheten arbetat med att stärka användningen av SBAR som stöd vid rapportering och medicinsk kommunikation. Syftet har varit att minska risken för informationsbortfall och öka tydligheten i medicinska bedömningar och åtgärder. Uppföljning har skett i sjuksköterskemöten och arbetsplatsträffar för att säkerställa att verktyget används konsekvent.

Det digitala rondsystemet används i samverkan med ansvarig läkarorganisation för att strukturera medicinska frågeställningar och ansvarsfördelning inför och efter rond. Genom att systematiskt dokumentera aktuella bedömningar, planerade åtgärder och uppföljning har tillförlitligheten i informationsöverföringen stärkts och risken för uteblivna åtgärder minskat.

Det multiprofessionella teamarbetet mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och

omsorgspersonal har utvecklats under året. Regelbundna teammöten genomförs där varje boende genomlysas strukturerat, inklusive uppföljning av riskbedömningar enligt Senior Alert. Genom ökad samsyn kring vårdplaner och prioriteringar har variation i arbetssätt minskat och kontinuiteten stärkts.

Vid inflyttning används en reviderad checklista för att säkerställa att riskbedömningar genomförs, läkemedelsordinationer kontrolleras och vårdplan upprättas utan dröjsmål. Processen har minskat risken för att viktiga bedömningar försenas i samband med vårdövergångar.

Fallprevention har varit ett prioriterat område. Riskbedömningar genomförs systematiskt och individuella åtgärdsplaner upprättas och följs upp i team. Efter inträffade fall genomförs analys av bakomliggande orsaker. Arbetssättet har stärkt den förebyggande insatsen och ökat riskmedvetenheten i verksamheten.

För att minska risken för informationsförlust mellan arbetspass har en strukturerad överrapporteringsmodell införts. Förändringar i hälsotillstånd, pågående behandlingar och planerade åtgärder följs upp och dokumenteras systematiskt.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har följts genom egenkontroller, observationer och återkoppling i verksamheten. Utbildningsinsatser har genomförts och resultaten har analyserats i ledningsforum. Arbetet syftar till att minska risken för vårdrelaterade infektioner och säkerställa en god hygienstandard.

Inom läkemedelsområdet har regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförts i samverkan med ansvarig läkare. Uppföljning av delegeringar och observation av läkemedelsadministration har förstärkts. Rutiner för kontroll av behörigheter till läkemedelsskåp har skärpts och månatlig genomgång av åtkomst sker. Dessa åtgärder har genomförts för att stärka säkerheten och minska risken för felaktig hantering.

Medicintekniska produkter har inventerats och funktionskontrollerats under året. Ansvarsfördelning har tydliggjorts och dokumentationen har kvalitetssäkrats för att minska risken för felanvändning.

Den palliativa processen har kvalitetssäkrats genom strukturerade brytpunktssamtal, symtomskattning och säkerställd ordination av vid-behovs-läkemedel. Uppföljning sker via Svenska palliativregistret och i teammöten.

Det hälsoförebyggande arbetet bedrivs systematiskt inom områdena fall, trycksår, nutrition, munhälsa och inkontinens. Riskbedömningar och åtgärder dokumenteras och följs upp regelbundet. Den fysiska vårdmiljön har också setts över med fokus på fallrisk, belysning och hjälpmedel för att skapa en trygg och säker miljö.

Sammanfattningsvis bedöms arbetsprocesserna vara tillförlitliga men fortsatt utvecklingsarbete krävs för att ytterligare stärka dokumentationskvalitet, systematisk uppföljning och konsekvent användning av fastställda rutiner. Arbetet under 2025 har tydliggjort vikten av strukturerade arbetssätt och kontinuerlig uppföljning för att säkerställa en säker vård för de boende på Hornstulls servicehus.

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.



Hornstulls servicehus har under 2025 identifierat ett antal områden som är särskilt relevanta för verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessa rör framför allt kontinuitet i bemanning, läkemedelshantering, vårdprevention samt strukturerad kommunikation och riskhantering.

Ett prioriterat område har varit bemanning och kontinuitet. Inhyrd personal har endast använts under sommaren för att säkerställa bemanning och följsamhet till rutiner. Den ökade kontinuiteten har minskat risken för informationsbrister, otydlig ansvarsfördelning och avvikelser kopplade till bristande lokalkännedom.

Läkemedelshantering är ett fortsatt prioriterat riskområde. Den reviderade delegeringsprocessen har tydliggjort kompetenskrav, språkliga förutsättningar och krav på praktisk observation vid delegering. Uppföljning sker systematiskt och syftar till att säkerställa säker läkemedelsadministration. Regelbunden dialog förs med ansvarig läkare kring läkemedelsgenomgångar för att minska risken för polyfarmaci och läkemedelsrelaterade problem.

Inom vårdprevention arbetar verksamheten strukturerat med riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Risker identifieras tidigt och åtgärdsplaner upprättas och följs upp i team. Detta förebyggande arbete är centralt för att minska vårdskador och för att säkerställa att förändringar i hälsotillstånd uppmärksammas i tid.

Strukturerad kommunikation har identifierats som en viktig säkerhetsfaktor. Implementeringen av SBAR har fortsatt under året för att stärka tydlighet vid överrapportering och kontakt med läkare. Patientsäkerhetsfrågor integreras i det dagliga arbetet genom strukturerade överrapporteringar, rondarbete, teammöten och arbetsplatsträffar. Ett öppet rapporteringsklimat uppmuntras och avvikelser används som underlag för analys och förbättring.

Verksamheten har inte haft utlokaliserade patienter eller överbeläggningar, då boendeformen inte medger detta. Leveransproblem av läkemedel eller medicintekniska produkter har inte utgjort något återkommande riskområde under året, men rutiner finns för att hantera restnoterade läkemedel i samverkan med ansvarig läkare och apotek.

Ett identifierat utvecklingsområde är att det systematiska arbetet med dokumenterade riskanalyser ännu inte är fullt implementerat. För att ytterligare stärka det förebyggande perspektivet planeras ett mer strukturerat arbetssätt för riskanalys kopplat till förändringar i organisation, arbetssätt eller bemanning.

Är vården säker idag?

Sammantaget bedöms vården vid Hornstulls servicehus vara säker. Kontinuiteten i bemanning har stärkts, strukturerad kommunikation har utvecklats och uppföljningen av läkemedelshantering och preventiva riskbedömningar har systematiserats. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt utveckling av strukturerade riskanalyser för att ytterligare förstärka det proaktiva arbetet.

Verksamheten arbetar aktivt med att utveckla ett lärande arbetssätt där identifierade risker omsätts i konkreta förbättringsåtgärder. Detta skapar förutsättningar för en stabil och successivt mer robust patientsäkerhetskultur.

Riskhantering

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

Riskhantering i det dagliga arbetet

Riskidentifiering är en del av det dagliga arbetet och sker kontinuerligt i samband med överrapporteringar, rond, teammöten och direkt patientarbete. Förändringar i hälsotillstånd, avvikelser i läkemedelshantering eller brister i informationsöverföring uppmärksammas och hanteras skyndsamt. Ett öppet rapporteringsklimat uppmuntras och samtliga medarbetare förväntas rapportera risker och avvikelser i avvikelsehanteringssystemet.

Avvikelser analyseras på individ- och systemnivå. Fokus ligger inte enbart på det inträffade utan även på bakomliggande orsaker såsom arbetsbelastning, otydlig ansvarsfördelning, kommunikationsbrister eller avsaknad av rutiner. Resultatet återkopplas i team och på arbetsplatsträffar för att säkerställa gemensamt lärande.

Strukturerade verktyg för riskhantering

Verksamheten använder flera kompletterande metoder för att identifiera och analysera risker:

- **Avvikelsehanteringssystemet** utgör grunden för systematisk uppföljning av inträffade händelser och risker.
- **Riskanalyser** genomförs vid behov, exempelvis inför förändringar i arbetssätt, organisation eller bemanning.
- Vid mer komplexa händelser används ett fördjupat analysarbete med fokus på hur olika faktorer samverkat i processen, inspirerat av systembaserade analysmodeller såsom FRAM där samspelet mellan organisation, arbetsprocesser och mänskliga faktorer beaktas.

Under 2025 har verksamheten påbörjat ett mer strukturerat införande av framåtsyftande riskanalyser för att i högre grad identifiera sårbarheter innan avvikelser uppstår.

Chefens och ledningens roll

Ledningen har en aktiv roll i riskhanteringen genom kontinuerlig dialog med medarbetare, närvaro i verksamheten och strukturerad uppföljning av avvikelser. Riskbedömning beaktas vid planering av bemanning och resursfördelning.

Risker som identifieras i det dagliga arbetet lyfts till ledningsnivå när de bedöms ha organisatorisk betydelse eller kräva strukturella åtgärder.

Samlad analys och viktiga lärdomar

Den samlade analysen visar att de flesta risker uppstår i övergångar – mellan arbetspass, mellan professioner eller vid förändringar i hälsotillstånd. Lärdomar från årets arbete visar att:

- Strukturerad kommunikation minskar risken för informationsbortfall.
- Kontinuitet i personalgruppen minskar variation i arbetssätt och ökar möjligheten till tidig upptäckt av risker.
- Tydlig ansvarsfördelning och fast professionsanknytning per hus stärker den medicinska uppföljningen.
- Systematisk uppföljning av mindre avvikelser förebygger allvarligare händelser.

Erfarenheterna visar även att när risker analyseras ur ett systemperspektiv snarare än individperspektiv ökar kvaliteten i förbättringsåtgärderna.

Framåtblick

Under kommande år kommer Hornstulls servicehus att vidareutveckla arbetet med strukturerade riskanalyser och stärka kopplingen mellan identifierade risker, beslutade åtgärder och uppföljning av effekt. Målet är att ytterligare fördjupa det förebyggande arbetet och skapa en ännu mer robust och lärande patientsäkerhetskultur.

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.



Senior Alert

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Område	Åtgärdsplan vid risk%	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %
Trycksår	100	100	100	100	91	23
Undernäring	100	100	100	100	88	29
Fall	100	50	100	100	97	35
Munhälsa	100	76	100	100	63	30

Arbetet med Senior Alert vid Hornstulls servicehus har under 2025 blivit mer strukturerat, systematiskt och integrerat i det dagliga arbetet. Riskbedömningar genomförs konsekvent och åtgärdsplaner upprättas i samtliga identifierade riskområden. Det visar att verksamheten har etablerat en fungerande struktur för att tidigt identifiera risker och skapa en gemensam plan i teamet. Senior Alert fungerar därmed som ett aktivt styr- och förbättringsverktyg snarare än enbart ett registreringsinstrument. Inom trycksår och undernäring syns ett tydligt genomslag i hela processen – från riskidentifiering till genomförd och uppföljd åtgärd. Detta indikerar att områden med tydliga medicinska och omvårdnadsrelaterade rutiner, där ansvarsfördelningen är klar och uppföljningen naturligt integrerad i arbetet, har nått en hög och stabil kvalitet. Munhälsa visar också en tydlig förbättring, vilket tyder på ökad medvetenhet om betydelsen av förebyggande omvårdnadsinsatser. Samtidigt finns fortsatt variation i genomförandet, vilket visar att området är mer beroende av kontinuitet i det dagliga arbetet och att åtgärder behöver följas upp mer systematiskt för att nå full effekt. Fallprevention är det tydligaste utvecklingsområdet. Riskbedömningar och planering genomförs konsekvent, men genomförandet av åtgärder når inte samma nivå. Detta visar på ett glapp mellan planering och praktiskt utförande. Fallförebyggande arbete är komplext och påverkas av flera faktorer: den boendes självständighet, kognitiv svikt, dagsform, följsamhet till hjälpmedel samt behov av samverkan mellan omvårdnad och rehabilitering. Åtgärderna är ofta beroende av kontinuitet och gemensam samsyn i arbetsgruppen, vilket gör dem mer sårbara för variation i arbetssätt och uppföljning. Analysen pekar därför på att nästa utvecklingssteg inte handlar om att förbättra riskbedömningarna, utan om att stärka genomförandekraften. För fallprevention innebär detta tydligare ansvarsfördelning, tätare uppföljning vid förändrad risk, fördjupad teamanalys vid upprepade fall samt en starkare koppling mellan Senior Alert, genomförandeplan och det dagliga omvårdnadsarbetet. Det handlar också om att öka den boendes delaktighet i de åtgärder som påverkar självständighet och integritet. Den samlade bedömningen är att Senior Alert nu är väl förankrat i verksamheten och används aktivt i kvalitetsarbetet. För 2026 behöver fokus ligga på att minska variation i genomförandet, särskilt inom fallprevention och munhälsa, samt säkerställa att varje identifierad risk leder till en konkret, genomförd och systematiskt utvärderad åtgärd. Genom stärkt uppföljning, tydligare ansvar och fortsatt teamarbete kan det förebyggande arbetet hålla en jämn och hög kvalitet i samtliga delar av verksamheten.

Palliativregistret

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	100	100	67
Dok. Brytpunktssamtal	98	100	34
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	98	100	67
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	98	100	67
Smärtskattats sista levnadsveckan	100	50	100
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90	50	67
Utan trycksår (kategori 2-4)	90	100	67
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	100	67
<p>Analys: Resultaten visar att den palliativa vården vid Hornstulls servicehus har stärkts tydligt under 2025 och nu präglas av större struktur, framförhållning och medicinsk beredskap än tidigare. Arbetet har gått från att vara mer händelsestyrt till att bli systematiskt och planerat, där vårdens inriktning klargörs tidigt och följs upp kontinuerligt. En viktig utveckling är att den personcentrerade dimensionen har förstärkts. Samtal om vårdens mål genomförs i högre grad och dokumenteras, vilket skapar trygghet för både den boende och närstående samt tydlighet i teamets arbete. Den medicinska beredskapen är också mer robust, vilket minskar risken för bristande symtomlindring och onödigt lidande i livets slut. Det förebyggande arbetet har fått genomslag även i den sena palliativa fasen. Förbättringar inom trycksårsprevention och munhälsa visar att omvårdnadsperspektivet är integrerat och inte nedprioriteras i livets slutskede. Samtidigt synliggör analysen att den största utmaningen framåt inte handlar om kunskap eller struktur, utan om att nå full konsekvens i genomförandet i samtliga fall. Det gäller särskilt områden som rör omvårdnadsåtgärder och närvaro i dödsögonblicket, där ambitionen är att skapa likvärdig kvalitet oavsett situation. Sammanfattningsvis visar resultaten att Hornstulls servicehus har tagit ett tydligt kvalitetssteg inom den palliativa vården. Arbetet är mer systematiskt, mer teamförankrat och mer personcentrerat, vilket stärker värdighet, trygghet och patientsäkerhet i livets slutskede.</p>			

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelse enligt PSL		Jan-december 2025	Jan-december 2024
Fall	268		205
Trycksår	1		2
Läkemedel	30		31
Specifik omvårdnad	1		1
Specifik rehabilitering	1		0
Vårdkedjan	3		1

Avvikelsebilden för 2025 visar att fall fortsatt är den dominerande händelsetypen och har ökat jämfört med föregående år. Ökningen bedöms delvis bero på förbättrad rapporteringskultur, där även mindre händelser dokumenteras. Analysen visar att fallen oftast sker i den boendes lägenhet i samband med vardagsaktiviteter och är kopplade till nedsatt balans, kognitiv svikt, varierande dagsform och vilja till självständighet. Det framkommer också att vissa individer står för en återkommande andel av fallen, vilket tydliggör behovet av fördjupad individuell analys och tätare uppföljning av förebyggande åtgärder.

Läkemedelsavvikelser ligger på en stabil nivå och rör främst utebliven dos, tidpunkt eller signering. Bakomliggande orsaker är oftast arbetsbelastning eller brister i informationsöverföring mellan arbetspass. Detta visar att strukturen i läkemedelshanteringen fungerar men att följsamhet och kommunikation behöver upprätthållas kontinuerligt.

Avvikelser inom trycksår och övriga områden är få, vilket tyder på att det förebyggande arbetet där är stabilt. Enstaka händelser visar dock att övergångar mellan arbetspass är en sårbar punkt där tydligare och mer strukturerad rapportering kan minska risken för missförstånd eller uteblivna insatser.

Den samlade bedömningen är att verksamheten har en fungerande rapporteringskultur och god förmåga att identifiera risker. Utvecklingsområden inför kommande år är fördjupad och individanpassad fallprevention, stärkt uppföljning av beslutade åtgärder samt förbättrad och mer konsekvent rapportering mellan olika arbetspass för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Typ av synpunkt	Inkommet via esmaker/registraturet (st)	Inkommet på annat sätt (st)
Beröm	0	10
Idé	0	10
Klagomål	6	13

Totalt har 39 synpunkter och klagomål inkommit under året. Majoriteten av klagomålen har inkommit direkt till verksamheten, vilket tyder på att närstående och boende i första hand vänder sig lokalt för dialog och lösning. Enstaka ärenden har inkommit via registratur. Under perioden har inga ärenden lett till tillsynsåtgärd från IVO, men verksamheten hanterar samtliga ärenden enligt samma strukturerade rutin oavsett ingång.

Analysen visar att orsakerna ofta är kopplade till arbetsbelastning, otydlighet i prioritering eller brister i kommunikation snarare än medicinska felbedömningar. Det framkommer också att upplevelsen av bristande information kan förstärka oro, även när insatsen i sak varit korrekt utförd.

Mönstret bekräftar tidigare identifierat riskområde kring kommunikation och övergångar i arbetspass. Det tydliggör vikten av tydlig återkoppling till boende och närstående, särskilt vid förändringar eller förseningar.

Samtidigt visar antalet inkomna idéer och beröm att det finns en grundläggande tillit till verksamheten och en vilja till dialog och förbättring.

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.



Hornstulls servicehus bedriver ett aktivt och strukturerat arbete för att stärka riskmedvetenhet och beredskap i verksamheten. Alla delar av hälso- och sjukvården behöver planera för att kunna upprätthålla funktionalitet även vid kortsiktiga eller långsiktiga förändringar, såsom personalbortfall, smittspridning, leveransstörningar eller samhällskriser. I

patientsäkerhetssammanhang beskrivs denna förmåga som resiliens – förmågan att anpassa sig, upprätthålla kärnverksamhet och fortsätta leverera säker vård under varierande och oväntade förhållanden.

Under 2025 har Hornstulls servicehus fortsatt att utveckla sin organisatoriska beredskap. Verksamheten är planerad för att kunna arbeta flexibelt vid störningar utan att äventyra patientsäkerheten. Krispärmar och tydliga handlingsplaner finns tillgängliga och uppdateras regelbundet. Krislådor, matförråd, triangiakök, vevradio, nödfiltar och reservkraftaggregat finns på plats och kontrolleras löpande.

Krisorganisationen är känd i verksamheten och roller och ansvar är tydliggjorda. Övningar och genomgångar genomförs regelbundet för att säkerställa att både medarbetare och chefer är förtrodda med sina uppdrag vid en krissituation. Detta stärker handlingsberedskapen och minskar risken för osäkerhet vid oväntade händelser.

Informationssäkerheten är en integrerad del av beredskapsarbetet. Klassning av informationsmängder, utbildning i informationssäkerhet samt uppdaterade rutiner för incidenthantering bidrar till att skydda känsliga personuppgifter och säkerställa tillgång till korrekt information även vid tekniska störningar.

Extern uppföljning av leverantörer och elektroniska inköp bidrar till att säkerställa leveranssäkerhet, kvalitet och kostnadseffektivitet. Detta minskar sårbarheten vid exempelvis leveransproblem av läkemedel eller medicintekniska produkter.

Kunskap och kompetens inom beredskap upprätthålls genom teammöten, verksamhetsnära utbildningar och reflektion över inträffade händelser. Erfarenheter från avvikelser och störningar dokumenteras och används för att justera rutiner och stärka organisationens motståndskraft.

Den samlade bedömningen är att Hornstulls servicehus har en väl fungerande och systematiskt uppbyggd beredskap. Genom tydliga strukturer, kontinuerlig träning och lärande av erfarenheter stärks verksamhetens resiliens, vilket bidrar till trygghet för de boende och en stabil patientsäkerhet även under förändrade eller oväntade förhållanden.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Mål och strategier för 2026

Utifrån den samlade analysen av 2025 – inklusive resultat i Senior Alert och Svenska Palliativregistret, avvikelser enligt PSL samt inkomna klagomål och synpunkter – är den övergripande inriktningen för 2026 att stärka genomförandekraften i patientsäkerhetsarbetet och minska variation i det dagliga arbetet. Verksamheten har under året utvecklat stabila strukturer för riskbedömning, vårdplanering, medicinsk beredskap och avvikelshantering. Nästa steg är att säkerställa att alla identifierade risker konsekvent leder till genomförda, dokumenterade och systematiskt uppföljda åtgärder.

Analysen visar att fall fortsatt är den största patientsäkerhetsutmaningen. Riskerna är ofta kopplade till komplexa individuella faktorer såsom nedsatt balans, kognitiv svikt, varierande dagsform och vilja till självständighet. Samtidigt finns ett behov av att minska gapet mellan

planerade och faktiskt genomförda fallförebyggande åtgärder.

Så ska vi arbeta med fallprevention 2026

Arbetet med fallprevention ska under 2026 fördjupas och tydligare integreras i det dagliga omvårdnadsarbetet genom:

- Tätare och mer individanpassad uppföljning vid ny eller förändrad fallrisk.
- Fördjupad analys vid upprepade fall, där teamet gemensamt identifierar bakomliggande orsaker och justerar åtgärder.
- Tydlig ansvarsfördelning för varje beslutad åtgärd samt tidsatt uppföljning.
- Stärkt samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabpersonal för att säkerställa att hjälpmedel, träning och tillsyn används och följs upp.
- Förbättrad rapportering mellan arbetspass, så att aktuell riskbild och pågående åtgärder är kända av all personal.
- Ökad delaktighet för den boende, där åtgärder planeras i dialog för att skapa motivation och följsamhet.

Målet är att varje identifierad fallrisk ska leda till en konkret, genomförd och utvärderad åtgärd, samt att antalet upprepade fall ska minska.

Utöver fallprevention kommer verksamheten fortsatt utveckla det förebyggande arbetet inom nutrition, trycksår och läkemedelssäkerhet. Strukturerade kommunikationsverktyg såsom SBAR ska användas konsekvent för att stärka informationsöverföring mellan arbetspass. Avvikelser och klagomål ska fortsatt analyseras systematiskt och användas aktivt i förbättringsarbetet.

Egenkontroll sker genom regelbunden uppföljning av kvalitetsregister, journalgranskningar, analys av avvikelser samt återkoppling i kvalitetsråd och på APT. Kontinuitetsplaner och ansvarsfördelning ska följas upp för att säkerställa organisatorisk stabilitet.

Sammanfattningsvis går Hornstulls servicehus in i 2026 med en stabil grund och tydlig utvecklingsinriktning. Fokus ligger på att omsätta analys till konkret handling, särskilt inom fallprevention, stärka uppföljningen av beslutade åtgärder och skapa en ännu mer sammanhållen, trygg och säker verksamhet.

Katarinagårdens vård- och omsorgsboende, VoB-område 1

Sammanfattning

Katarinagården är ett vård- och omsorgsboende i stadens regi med totalt 55 lägenheter, fördelade på tre avdelningar med sammanlagt 33 platser med inriktning mot personer med somatisk sjukdom samt två avdelningar med totalt 22 platser för personer med demenssjukdom. Verksamheten har i uppdrag att erbjuda en trygg, säker och personcentrerad vård och omsorg med hög kvalitet, där den enskildes behov och förutsättningar står i centrum.

Under 2025 har verksamheten fortsatt sitt systematiska arbete för att stärka patientsäkerheten. Målsättningen har varit att ytterligare öka följsamheten till rutiner och riktlinjer, stärka medarbetarnas kompetens, förbättra informationsöverföringen mellan professioner samt säkerställa kontinuitet och trygghet för de boende.

För att uppnå detta har samtliga medarbetare genomgått Siviahemscertifiering i tre steg, vilket har stärkt det personcentrerade arbetssättet och bidragit till en gemensam värdegrund. Den digitala plattformen Verktyget med rutiner har implementerats med uppdaterade lokala hälso- och sjukvårdsrutiner samt omsorgsrutiner för att säkerställa enkel tillgång och ökad följsamhet. Arbetet i det digitala signeringssystemet APPVA har vidareutvecklats och omfattar nu även rehabiliteringsinsatser. Funktionen ”Att göra-listan” i Vodok har införts för att öka kontinuitet och tydlighet i uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser. För att ytterligare stärka säkerheten i läkemedelshanteringen har digitala läkemedelsskåp installerats i samtliga lägenheter samt i läkemedelsrum.

Under året har även en digital rondstruktur via Collabodoc införts i samverkan med Familjeläkarna. Detta har skapat en mer strukturerad informationsöverföring, tydligare ansvarsfördelning och förbättrad dokumentation, vilket har minskat risken för missförstånd och uteblivna åtgärder. Inom hemtjänsten har ett projekt med utbildningsplattformen Lingio påbörjats i syfte att stärka yrkessvenska och kommunikativ kompetens, vilket bidrar till ökad kvalitet och säkerhet i mötet med brukare.

Verksamheten har under året också säkerställt god kontinuitet genom tillgång till stadigvarande vikarier samt genom ett aktivt arbete med tidig uppföljning av sjukfrånvaro. I samverkan med förvaltningens kvalitets och utvecklingsenhet har kunskapsnivån stärkts inom samtliga personalkategorier.

Resultatet av årets insatser är ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer, förbättrad informationsöverföring, stärkt kompetens i personcentrerat arbetssätt samt ökad säkerhet och spårbarhet i läkemedelshanteringen. Sammantaget har detta bidragit till ökad trygghet, kvalitet och kontinuitet för de boende.

Inför kommande år behöver verksamheten fortsätta utveckla den systematiska uppföljningen av avvikelser, fördjupa det tvärprofessionella samarbetet samt ytterligare stärka kompetensen inom demensvård och kommunikation. Genom ett långsiktigt och strukturerat förbättringsarbete fortsätter verksamheten att utveckla kvaliteten och säkerställa en hög patientsäkerhet.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



Under 2025 har en händelse på Katarinagården lett till att en Lex Maria-rapport upprättades. En boende med infektion på foten fick inte full uppföljning enligt ordination, och anhörig tog därför boende till akutmottagning på egen hand. Utredningen visade brister i bedömning, dokumentation och kommunikation med anhörig, vilket innebar risk för vårdskada.

Under samma period inkom fyra Lex Sarah-rapporter till enheten. I två av fallen bedömdes missförhållande ha förelegat, medan ett ärende fortfarande är under utredning. De huvudsakliga bristerna har varit kopplade till bemötande och dokumentation.

Som åtgärder har enheten reviderat och implementerat rutiner och arbetssätt för hela verksamheten, förstärkt det personcentrerade arbetssättet och använt händelserna som lärande exempel vid arbetsplatsträffar, våningsplansmöten och enskilda samtal med berörda medarbetare.

Kvalitetsarbetet har dessutom förstärkts genom tillsättandet av en ny kvalitetssamordnare. Sammantaget har dessa åtgärder bidragit till förbättrad dokumentation, tydligare

ansvarsfördelning, bättre bemötande och ökad trygghet och säkerhet för de boende. Verksamheten fortsätter att fokusera på systematisk uppföljning, förbättrad kommunikation och personcentrerad vård för att förebygga att liknande situationer upprepas.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Under 2025 har verksamheten fortsatt att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen. Arbetet har haft både ett proaktivt och reaktivt perspektiv med fokus på att stärka följsamhet till rutiner och säkerställa en trygg och säker vård för de boende. Verksamheten upplever att verksamhetsnära utbildningar, reflektionsmöten och tvärprofessionella forum har ökat medarbetarnas kunskap, riskmedvetenhet och förståelse för hur arbetsprocesser och system påverkar patientsäkerheten. Genom uppföljning av avvikelser, egenkontroller och dialog i teamen har behov av att ytterligare utveckla och kvalitetssäkra befintliga processer identifierats, vilket har lett till att ett strukturerat förbättringsarbete har påbörjats. Arbetet har successivt implementerats inom utvalda områden med målsättning att stärka följsamheten till rutiner och därigenom reducera risken för vårdskador.

Verksamheten har under året identifierat behovet av ett mer strukturerat kommunikationsverktyg för att säkerställa informationsöverföring och patientsäkerhet, vilket har lett till att implementeringen av SBAR har påbörjats. Genom regelbunden uppföljning på arbetsplatsträffar och teammöten har syftet varit att öka tydlighet och minska risken för informationsbortfall i medicinska bedömningar och åtgärder. Den digitala rondplattformen Collabodoc har också tagits i bruk i samverkan med Familjeläkarna, vilket har förbättrat strukturerad informationsöverföring, dokumentation och tydlig ansvarsfördelning mellan professioner, samtidigt som risken för missförstånd eller uteblivna åtgärder har minskat.

Det multiprofessionella teamarbetet mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal har stärkts under året. Regelbundna teammöten har haft fokus på riskbedömningar, avvikelser, förebyggande åtgärder och uppföljning. Genom gemensamma genomgångar har samsynen kring vårdplaner och prioriteringar ökat, vilket har minskat variation i arbetssätt och stärkt kontinuiteten för de boende. En reviderad checklista vid inflytt har implementerats för att säkerställa att riskbedömningar, läkemedelsordinationer, individuell

vårdplan och information från tidigare vårdgivare genomförs i tid, vilket har minskat risken för att viktiga bedömningar fördröjs eller uteblir.

Fallprevention har fortsatt vara ett prioriterat område, med systematiska riskbedömningar, individuella åtgärdsplaner, teamgenomgångar efter inträffade fall samt analys av bakomliggande orsaker. Arbetet har ökat riskmedvetenheten och möjliggjort tidiga insatser. För att minska risken för informationsförlust mellan arbetspass har en strukturerad överrapporteringschecklista implementerats, vilket säkerställer korrekt överföring av förändringar i hälsotillstånd, pågående behandlingar och planerade åtgärder.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har stärkts genom upprepade utbildningsinsatser, egenkontroller, observationer och återkoppling på arbetsplatsträffar, vilket har minskat risken för vårdrelaterade infektioner. Arbetet med medicintekniska produkter har omfattat inventering, funktionskontroller och utbildning, med tydlig ansvarsfördelning och dokumentation som minskar risken för felanvändning. Regelbundna läkemedelsgenomgångar i samverkan med ansvarig läkare har bidragit till säkrare läkemedelsbehandling genom minskad polyfarmaci, identifiering av brister och förebyggande av biverkningar.

Den palliativa vården har kvalitetssäkrats genom strukturerade brytpunktssamtal, symtomskattning och säkerställd ordination av vid-behovs-läkemedel, där teamet haft gemensamma reflektionstillfällen för att stärka kompetens och trygghet. Hälsoprebyggande arbete och preventionsprocesser har fortsatt med systematiska insatser inom områdena fall, trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens, med regelbunden uppföljning och dokumentation. Den fysiska vårdmiljön har ses över med fokus på fallrisker, belysning, hjälpmedelsplacering och en lugn och strukturerad miljö för personer med kognitiv svikt, vilket skapar förutsättningar för säker vård.

För att säkerställa kontinuitet och god vård har intern och extern kommunikation stärkts genom strukturerad dokumentation, regelbunden dialog med närstående, tydliga kontaktvägar med läkare och andra vårdgivare samt uppföljning av avvikelser och återkoppling i organisationen. Genom detta arbete har risken för missförstånd och brister i vårdkedjan minskat, vilket bidrar till en tryggare och säkrare vård för alla boende.

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.



Under 2025 har verksamheten fortsatt att arbeta systematiskt med riskhantering för att förebygga vårdskador och säkerställa trygg vård för de boende. Riskbedömning och identifiering av potentiella problem är en integrerad del av det dagliga arbetet och sker på flera nivåer. I det dagliga arbetet används strukturerade rutiner som stöd för riskhantering, vilket möjliggör snabb identifiering av avvikelser, risker och behov av omedelbara åtgärder. Medarbetare uppmuntras att dela observationer och reflektioner kring potentiella risker för att öka säkerheten i vårdmiljön.

Ledningen fångar upp signaler om risker genom observationer, avvikelserapportering, direkt dialog med personal samt i mötesplattformar. Regelbundna observationer i verksamheten samt återkommande dialoger säkerställer att risker uppmärksammas tidigt och kan hanteras förebyggande. Riskbedömning är även en naturlig del av ledningens dagliga arbete och beaktas vid planering, bemanning och prioriteringar. Vid exempelvis schemaläggning och resursfördelning vägs kända risker in, såsom kompetensbehov, erfarenhet hos personalen och de boendes specifika vårdbehov. Detta bidrar till att verksamheten kan förebygga situationer som kan äventyra patientsäkerheten.

Identifierade risker leder alltid till konkreta åtgärder. Avvikelser dokumenteras, analyseras och följs upp i team och vid APT. Åtgärder kan omfatta uppdatering av rutiner, utbildning, anpassning av bemanning eller individuella insatser för de boende. Erfarenheter och lärdomar från identifierade risker sprids till hela organisationen, vilket säkerställer ett kontinuerligt lärande och förbättrar den systematiska riskhanteringen.

Under 2025 har verksamheten även påbörjat arbetet med att systematiskt införa riskanalyser som ett kompletterande verktyg för att identifiera risker innan de leder till avvikelser. Detta arbete kommer att vidareutvecklas under kommande år för att fullt ut nyttja potentialen i förebyggande riskhantering.

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.



Under 2025 har verksamheten intensifierat arbetet med systematisk analys och lärande utifrån

flera källor:

Risikanalyser genomfördes vid kritiska perioder, såsom sommar, jul och nyår, samt vid smittorisker och schemaförändringar. Resultaten har identifierat områden där bemanning och rutiner behöver anpassas för att minska risker och säkerställa kontinuitet. Åtgärder har inkluderat planering av förstärkningar vid hög belastning och utbildning i smittskyddsrutiner. Uppföljning sker via teammöten och APT, där avvikelser och riskobservationer diskuteras.

Kvalitetsregister har använts systematiskt för att följa upp vården. Senior Alert och Svenska Palliativregistret har kartlagts, vilket har identifierat utvecklingsområden kring riskbedömningar, förebyggande åtgärder och uppföljning. Senior Alert används nu mer strukturerat med fokus på den äldre perspektiv och teamets ansvar, och arbetet har lett till ökad medvetenhet kring risker som behöver åtgärdas. Tätheten i registreringen har ökat jämfört med 2024, och resultaten används nu aktivt i handlingsplaner.

Under 2025 har verksamheten fortsatt att arbeta strukturerat med kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med BPSD har bidragit till ett mer personcentrerat och förebyggande förhållningssätt i omhändertagandet av personer med kognitiv svikt. Genom regelbundna kartläggningar, skattningar och uppföljningar har teamet identifierat bakomliggande orsaker till beteendemässiga och psykiska symtom och kunnat planera individuellt anpassade åtgärder.

Målet har varit att implementera ett strukturerat arbetssätt som stärker den tvärprofessionella samverkan mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal. Genom gemensamma genomgångar och uppföljningar har samsynen avseende bemötande, miljöanpassning och omvårdnadsåtgärder förbättrats, vilket har bidragit till minskad oro, färre akuta situationer samt ett minskat behov av begränsande åtgärder. Uppföljningar i BPSD-registret har möjliggjort systematisk analys av effekten av insatta åtgärder och har därigenom främjat kontinuerligt lärande och utvecklingsarbete i organisationen. Trots de positiva resultaten finns fortsatt förbättringspotential, och arbetet med att uppnå full implementering av ett tvärprofessionellt arbetssätt pågår kontinuerligt.

Journalgranskningar har genomförts löpande under året som en del av egenkontrollen. Granskningarna har fokuserat på dokumentationens kvalitet, följsamhet till genomförda riskbedömningar, vårdplaner, uppföljningar samt läkemedelsordinationer. Analysen visar att dokumentationen överlag håller god kvalitet och att kopplingen mellan riskbedömning och planerade åtgärder har stärkts jämfört med föregående år. Samtidigt har brister identifierats i genomförandeplaner och i social dokumentation, vilket har lett till att arbetet med att upprätta adekvata genomförandeplaner och säkerställa konsekvent följsamhet i socialjournalen fortsätter.

Resultatet av journalgranskningarna och uppföljningarna i BPSD-registret har återkopplats vid teammöten och arbetsplatsträffar, vilket har ökat medvetenheten om dokumentationens betydelse för patientsäkerheten samt möjliggjort identifiering av förbättringsområden. Arbetet har resulterat i revidering av rutiner samt ett fortsatt fokus på utbildningsinsatser och kvalitetssäkring av dokumentationen. Verksamheten fortsätter målmedvetet att utveckla dessa

områden för att ytterligare stärka patientsäkerheten och säkerställa hög kvalitet i vården för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

BHKR – basala hygienrutiner och klädregler har följts upp genom observationer och egenkontroller. Resultaten har bidragit till att förstärka rutiner och utbildning inom hygien, vilket minskar risk för vårdrelaterade infektioner.

Delegering och läkemedelshantering har analyserats genom observationer och uppföljning via APPVA. Den förnyade delegeringsprocessen har ökat personalens kunskap och säkerställt korrekt läkemedelsanvändning. Uppföljning visar att kunskap och följsamhet till rutiner har förbättrats, vilket minskar risken för läkemedelsrelaterade vårdskador.

PPM-resultat och medicintekniska produkter har granskats, vilket identifierat behov av kompletterande utbildning och rutinförbättringar för att säkerställa korrekt användning och säkerhet.

Narkotikakontroller, extern läkemedelsgranskning och dokumentationsgranskning har genomförts kontinuerligt. Resultaten har lett till åtgärder såsom uppdatering av rutiner, utbildning och systemförbättringar. Uppföljning sker via teammöten och dokumentationskontroller.

Sammanfattningsvis har resultaten från analyserna bidragit till ökat lärande och identifierat konkreta förbättringsområden. För 2025 har åtgärderna fokuserat på:

Stärkt struktur och användning av Senior Alert och Palliativregistret för att säkerställa riskuppföljning

Ökad medvetenhet kring risker i vardagen via egenkontroller och observationer.

Förbättrad läkemedelssäkerhet genom delegering, uppföljning och utbildning.

Förstärkta rutiner kring hygien, dokumentation och användning av medicintekniska produkter.

Uppföljning av vidtagna åtgärder sker kontinuerligt i team och vid APT, och lärdomar sprids genom interna forum. Detta arbete stärker den systematiska förmågan att förebygga vårdskador och utveckla verksamheten med fokus på säkerhet, kvalitet och hållbarhet.

Kvalitetsregister Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Område	Åtgärdsplan vid risk%	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %
Trycksår	97	96	100	100	89	56

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Undernäring	98	87	100	97	97	60
Fall	98	89	100	95	96	59
Munhälsa	97	89	100	95	95	55
<p>Analys kvalitetsregister Senior Alert: Under 2025 har verksamheten fortsatt att utveckla och stärka sitt systematiska patientsäkerhetsarbete med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert. Resultaten visar en tydlig förbättring i utförda åtgärder inom samtliga riskområden, vilket speglar ett mer enhetligt arbetssätt med riskbedömningar, planering och uppföljning integrerat i det dagliga arbetet. Jämförelse mellan 2024 och 2025 visar en tydlig positiv utveckling och ökad kvalitet i vården. Trots dessa förbättringar identifieras fortsatt behov av utveckling. Under 2026 planeras följande insatser för att ytterligare stärka patientsäkerheten: ökad genomförandegrad av planerade åtgärder genom tätare uppföljning och förbättrad dokumentation, uppmuntran till och möjliggörande av utbildning för ökad kompetens i användning av Senior Alert, fortsatt fokus på nutrition med måltidsobservationer, viktuppföljning och individanpassade nutritionsplaner, samt säkerställande av att riskbedömningar görs inom 14 dagar efter inflyttning och vid förändrat hälsotillstånd. Teamarbetet kommer även att utvecklas för att stärka helhetsperspektivet kring varje individs behov, med uppdaterade rutiner för uppföljning och dokumentation av förändringar.</p>						

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	74,4%	100%	71,7%
Dok. Brytpunktssamtal	82,2%	98%	81,9%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	95,6%	98%	95,9%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	95,6%	98%	95,4%
Smärtskattats sista levnadsveckan	71,6%	100%	68,9%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	56,7%	100%	62,2%
Utan trycksår (kategori 2–4)	86,1%	90%	68,5%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,75	90%	83,6%
<p>Analys: Verksamheten uppvisar en stabil och hög kvalitet när det gäller ordination av palliativa läkemedel, inklusive smärt- och ångestdämpande injektioner. Det finns också en tydlig förbättring inom förebyggande och behandlande åtgärder för trycksår i livets slutskede, vilket visar att det förebyggande arbetet fungerar väl. Samtidigt finns områden där verksamheten behöver fortsätta utvecklas och förbättras. Smärtskattning i livets slutskede, dokumenterad munhälsobedömning och vårdplanering är indikatorer som visar på förbättringspotential. Resultatet visar en positiv ökning för vårdplanering, men det ligger fortfarande under målvärdet. Cirka en fjärdedel av patienterna saknar dokumenterad individuell vårdplanering i livets slut, vilket gör det viktigt att säkerställa att vårdplanering upprättas i samband med brytpunktsamtal. En checklista vid övergång till sent palliativ fas kan bidra till att säkerställa att detta blir gjort. Verksamheten har infört nya rutiner kopplade till</p>			

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
palliativ vård och använder nu IPOS-blanketter som stöd. Dessa hjälper till att säkerställa att alla boende får den vård och omvårdnad som de behöver i livets slutskede. Brytpunktsamtal genomförs i hög grad och dokumenteras, men det finns utrymme för förbättring genom ökad fokus på dokumentation och uppföljning av dessa samtal.			

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Hantering av avvikelserrapporter

Verksamheten har en tydlig rutin för hantering av avvikelser. Samtliga avvikelser lämnas i avsedd brevlåda utanför sjuksköterskeexpeditionen för att säkerställa att de tas om hand på ett korrekt sätt. Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att registrera HSL-avvikelser i Vodok, medan SOL-avvikelser lämnas i brevlådan utanför administrationen.

Allvarliga händelser och avvikelser rapporteras alltid omedelbart till tjänstgörande enhetschef via telefon. Vid enhetschefens frånvaro kontaktas områdeschef, och händelser som inträffar utanför kontorstid eller under helger rapporteras till samtliga i ledningen. Genom denna rutin säkerställs att avvikelser hanteras snabbt, dokumenteras korrekt och följs upp på ett strukturerat sätt, vilket bidrar till förbättrad patientsäkerhet och kontinuerligt lärande inom verksamheten.

Avvikelse enligt PSL Jan-december 2025		Jan-december 2024
Fall	144	131
Trycksår	0	2
Läkemedel	54	71
Specifik omvårdnad	12	14
Specifik rehabilitering	0	0
Vårdkedjan	18	15
<p>Analys: Under perioden januari–december 2025 har verksamheten registrerat avvikelser inom flera områden, inklusive fall, trycksår, läkemedel, specifik omvårdnad, specifik rehabilitering och vårdkedjan. Jämfört med 2024 har antalet fall ökat från 131 till 144, medan antalet trycksår har minskat från 2 till 0. Avvikelser inom läkemedel har minskat från 71 till 54, och avvikelser inom specifik omvårdnad har minskat något från 14 till 12. Inga avvikelser har rapporterats inom specifik rehabilitering under båda åren. Avvikelser inom vårdkedjan har ökat från 15 till 18. En närmare genomgång visar att de flesta fall inträffar vid förflyttning eller vid aktiviteter i gemensamma utrymmen, vilket indikerar behov av fortsatt fokus på fallprevention och riskbedömning. De minskade avvikelserna inom trycksår och läkemedel visar på en förbättrad följsamhet till rutiner och ett mer systematiskt arbete med riskbedömningar, dokumentation och uppföljning. Avvikelser inom vårdkedjan tyder på behov av förbättrad kommunikation och informationsöverföring mellan olika professioner och skift. Utifrån den samlade analysen identifieras följande risk- och förbättringsområden: fortsatt utveckling av fallprevention, ökad uppföljning och genomförandegrad av planerade åtgärder inom Senior Alert, förbättrad dokumentation och överrapportering i vårdkedjan, samt kontinuerlig kompetensutveckling för att stärka säkerheten inom läkemedelshantering och omvårdnad. Trenderna visar att systematiskt arbete med rutiner, teamreflektioner och digitala verktyg, såsom Collabodoc och SBAR, bidrar till ökad patientsäkerhet och minskad risk för vårdskador, men att fokus måste kvarstå på att förebygga upprepade incidenter. Sammanfattningsvis visar avvikelsestatistiken att verksamheten gör framsteg inom flera områden, men att det</p>		

Avvikelse enligt PSL Jan-december 2025	Jan-december 2024
finns behov av fortsatt utveckling och systematiskt förbättringsarbete för att minska riskerna och säkerställa hög kvalitet och trygghet för de boende.	

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Det beröm som inkommer till enheten handlar i huvudsak om uppskattning för god omvårdnad samt palliativ vård. Goda exempel och positiv återkoppling uppmärksammas och lyfts i olika forum, såsom arbetsplatsträffar (APT), kvalitetsråd och genom veckobrev, i syfte att stärka engagemang och lärande i verksamheten.

De klagomål och synpunkter som inkommer rör främst brister i kommunikationen. Dessa tas kontinuerligt upp och diskuteras i verksamheten för att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder. Ett identifierat utvecklingsområde är att ytterligare stärka reflektionsstunderna, vilka har implementerats på enheten i samband med Silviahemscertifieringen, som ett forum för gemensam reflektion och lärande kring bemötande och kommunikation.

Flera klagomål och synpunkter bedöms kunna förebyggas genom en mer kontinuerlig och strukturerad dialog med den äldre och dennes närstående. Det har även inkommit klagomål som rör bemötande samt upplevelsen av att larm inte besvaras tillräckligt skyndsamt. Dessa synpunkter följs upp inom verksamheten och används som underlag för förbättringsarbete, med fokus på tillgänglighet, bemötande och trygghet för de boende.

Under nästkommande år är ett av våra utvecklingsområden att mer systematiskt hantera synpunkter/klagomål och beröm samt diareföra dessa.

Typ av synpunkt	Inkommet via esmaker/registraturet (st)	Inkommet på annat sätt (st)
Beröm	3	37
Idé		0
Klagomål		27

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.



Under 2025 har enheten fortsatt arbetet med att stärka riskmedvetenhet och beredskap för att säkerställa trygg och säker vård även vid kriser och störningar. Verksamheten planeras för att fungera flexibelt under förändrade eller oväntade förhållanden, vilket i patientsäkerhetssammanhang beskrivs som resiliens. Krispärmar, krislådor, matförråd, triangiakök, vevradioapparater, nödfiltar och reservkraftaggregat finns tillgängliga och kompletteras vid behov. Tillgång till basmediciner vid trygghetspunkter säkerställs, med tydlig ansvarsfördelning där endast sjuksköterska administrerar mediciner till de boende som har behov.

Beredskapen omfattar även personalplanering med gemensamma scheman vid högtider och tydliga rutiner vid frånvaro. Rutiner för specialkost och koordinering via gemensam kalender har reviderats för att säkerställa kvalitet och samordning. Krisorganisationen övas regelbundet, och medarbetare samt chefer är väl förtrodda med sina uppdrag. Informationssäkerheten stärks kontinuerligt genom klassning av informationsmängder, utbildningar, dokumentation i ledningssystem och uppdaterade incidenthanteringsrutiner.

Extern uppföljning av leverantörer och elektroniska inköp säkerställer leverans, kvalitet och kostnadseffektivitet. Kunskap och kompetens i beredskap upprätthålls genom träning, simuleringar, teammöten och verksamhetsnära utbildningar. Erfarenheter från avvikelser dokumenteras och används för lärande och förbättring av rutiner. Sammantaget visar detta att enheten har hög beredskap, stark rådighet och ett systematiskt arbetssätt som bidrar till patientsäkerhet och trygghet för de boende.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Utifrån analysen av 2025 är målsättningen för 2026 att ytterligare stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården genom ett systematiskt förbättringsarbete, ökad riskmedvetenhet och utveckling av medarbetarnas kompetens. De främsta utmaningarna består i att bibehålla och öka följsamheten till rutiner, säkerställa kontinuitet och kommunikation i vårdkedjan, förebygga fall och andra vårdskador samt att upprätthålla hög beredskap vid oförutsedda händelser och störningar.

För att möta dessa utmaningar planeras 2026 åtgärder som syftar till att öka genomförandegraden och uppföljningen av planerade åtgärder genom fortsatt utveckling av Senior Alert-arbetet med tätare uppföljning och förbättrad dokumentation för att säkerställa att riskbedömningar och åtgärder genomförs enligt plan. Kompetensförstärkning genom utbildning inom riskhantering, nutrition, personcentrerad vård och dokumentation prioriteras, och reflektionsmöten samt teamträffar fortsätter för att stärka tvärprofessionellt lärande och

samsyn. Kommunikation och dokumentation ska förbättras genom fortsatt användning och kvalitetssäkring av strukturerade verktyg såsom SBAR och digitala rondsystém, vilket minskar risken för informationsbortfall, tydliggör ansvarsfördelning och stärker kvaliteten i vårdkedjan.

Fall- och riskprevention fortsätter att vara ett prioriterat område, där systematiska riskbedömningar, teamgenomgångar och uppföljning av åtgärder bidrar till att förebygga fall, trycksår, undernäring och läkemedelsrelaterade problem. Beredskapen och resiliensen i verksamheten stärks genom att kontinuitetsplaner, krispärmar, reservkraft och basmediciner hålls uppdaterade och tillgängliga, samtidigt som övningar, simuleringar och träning säkerställer kunskap och handlingsförmåga vid oförutsedda händelser.

Genom dessa insatser är ambitionen att ytterligare öka tryggheten, kvaliteten och patientsäkerheten för de boende samt skapa en flexibel och resilient verksamhet som kan upprätthålla hög funktion och säker vård även under förändrade och oförutsedda förhållanden.

Kulltorps vård- och omsorgsboende (VoB-område 1)

Sammanfattning

Kulltorps vård- och omsorgsboende för personer över 65 år med både somatisk-, demens- och korttidsvård med totalt 70 platser. Under år 2025 har verksamheten påbörjat en omfattande renovering, som kommer slutföras under våren 2026. Detta möjliggör förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och mer ändamålsenliga utrymmen både för patienter samt vårdpersonal. Samtidigt har detta medfört ständiga förändringar för både medarbetare och boende, vilket har krävt temporära lösningar och flexibla arbetssätt.

Verksamheten blev i mars 2025 Silviahems-certifierad och under året har implementeringen av detta viktiga arbete fortsatt och fortsätter 2026. Vår ambition är att de fyra hörnstenarna (kommunikation, symtomkontroll, anhörigstöd och teamarbete) ska vara implementerade i våra rutiner och arbetssätt i alla led.

Verksamheten har under året arbetat med förbättringsområden inom särskilt teamarbete och kommunikation. Under året har en ny modell för teamarbete börjat användas och kommer även 2026 vara ett pågående förbättringsarbete. Kommunikation finns med som ständigt förbättringsarbete, både gällande interna och externa ytor. Säker läkemedelshantering och delegering har under 2025 haft ett särskilt fokusområde, med nytt kunskapsstöd digitalt från Apoteket AB samt fysiska utbildningstillfällen från Apoteket AB.

För fortsatt utveckling av verksamheten har en kvalitetssamordnare anställts och en specialistsjuksköterska har påbörjat utbildning till Silviasjuksköterska.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Under året har fördjupade utredningar gjorts gällande fall, fördröjd vårdåtgärd, dokumentation samt läkemedelsavvikelse.

För att öka kunskapen och förhindra att liknande händelser inträffar igen, kommuniceras dessa på kvalitetsråd, våningsmöten och HSL-möten.

Prioriterade insatser utifrån fördjupade utredningar: fortsatt arbete med teamarbetet, kommunikation, dokumentation samt delegering och uppföljning. Exempelvis workshops i dokumentation enligt HSL, fortbildning med Apoteket AB gällande läkemedelshantering, fortsatt utvecklingen av teamarbetet och rutinerna kring teamarbetet.

När en allvarlig avvikelse har inträffat och lett till vårdskada eller risk för vårdskada, har verksamheten en rutin för hur detta ska hanteras.

Tjänstgörande sjuksköterska ska så fort som möjligt rapportera avvikelser till enhetschef och MAS/MAR. Enhetschef samt kvalitetssamordnare påbörjar en utredning om händelsen samt konsekvenser av den. Enhetschef och MAS/MAR håller en dialog kring utredningen. Syftet med alla utredningar är att hitta den bakomliggande orsaken till den negativa händelsen och hitta åtgärder för att den inte ska upprepas. I utredningen ingår att enhetschef och kvalitetssamordnare har en muntlig dialog med de inblandade medarbetarna om avvikelserna om vad de tror är orsaken till det inträffade. Om information saknas i Vodoks avvikelsemodul, kompletterar enhetschef och kvalitetssamordnare detta efter samtal med berörda medarbetare.

MAS och MAR tar ställning till ev. Lex Maria-utredning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Verksamheten upplever att verksamhetsnära utbildningar och reflektioner ökar kunskap och förståelse för arbetsprocesser och system.

Basala hygienrutiner diskuteras på kvalitetsråd och våningsmöten samt följs upp med egenkontroll två gånger per år. Samtliga medarbetare genomför webbutbildning 2 gånger per år.

Under året har verksamhetens klädregler förbättrats med cirkulationstvätt och uppdatering av omklädningsrum.

Verksamheten har en uppdaterad inventarieförteckning gällande medicintekniska produkter samt en plan för uppdatering av medicintekniska produkter.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetens läkare gör en årlig läkemedelsgenomgång för alla listade boende. För att förbättra kontinuitet och uppföljning, trots frånvaro eller liknande, har vi sett ett behov av digitalt rondstöd. Utbildning och implementering av detta under december 2025-januari 2026.

Även intern och extern kommunikation har varit fokusområde under 2025.

Verksamheten arbetar med implementering av Silviahemscertifieringen, vilket medför ett ökat arbete kring teamarbete, kommunikation, anhörigstöd och symtomkontroll.

Modellen för teamarbete har reviderats och implementering påbörjats under 2025 - samverkan med beställarenhet samt hemrehab för en sömlös övergång från korttids till patients hem.

Hälsoförebyggande arbete i samarbete med verksamhetens aktivitetsansvarige med daglig sittgymnastik/rörelseträning.

Årlig läkemedelsgenomgång görs enligt rutin med Familjeläkarna.

Under året har verksamheten renoverats och vårdmiljön har förbättrats med exempelvis nytt läkemedelsrum med kylaggregat och läkemedelsskåp. Verksamheten har även sett över möbler i gemensamma utrymmen, för att bättra motsvara det behov som våra boende har. Köken har försetts med rostfria bänkar och vagnar, för att möjliggöra rengöring.

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.



Arbetet med resursteam både för legitimerad personal samt omvårdnadspersonal fortsätter i verksamheten. Verksamheten ser utmaningar gällande kontinuitet vid plötslig frånvaro hos legitimerad personal, trots utökad grundbemanning.

Händelser och risker i det dagliga arbetet rapporteras kontinuerligt. Ständigt arbete med ett öppet klimat kring händelserapportering. Verksamheten arbetar aktivt med en öppen kultur runt händelserapportering, för att minimera tystnadskultur och öka kontinuerligt lärande och förbättringsarbete. Verksamheten pratar om händelser som inträffade, istället för att fokusera på vem som gjorde vad.

Förnyad delegeringsprocess under året har gett samtliga medarbetare en ökad kunskap om läkemedelsbehandling och uppföljningsrutin för delegering har reviderats.

Gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte sker kontinuerligt i verksamheten genom kompletterande team med varierande yrkesroll och erfarenhetsnivå. Organisatoriskt sker detta vid kvalitetsråd, APT, våningsmöten och teammöten samt rapporter.

Vid introduktion för nyanställda används en checklista, för att säkerställa att alla nyanställda får samma information.

Riskhantering

Risikanalyser på verksamhetsnivå görs fortlöpande inför sommarperioder samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bl.a. vad gäller kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren beaktades. Verksamheten ser ett behov av att utöver att göra dessa på verksamhetsnivå, också samverka med övriga enheter i stadsdelen.

Verksamhetens månatliga kvalitetsråd, HSL-möten samt våningsmöten är ett lärande i organisationen för att säkerställa att den vård- och omsorg som ges är god och säker, samt för att negativa händelser som inträffat inte upprepas så att en vårdskada uppstår. Detta innebär att verksamheten gör en bedömning om händelsen kan hända igen och hur arbetet ska bedrivas för att den inte ska hända igen.

Ett närvarande ledarskap kan ge tidiga signaler kring risker i det dagliga arbetet, även om dessa inte rapporteras formellt.

Verksamheten har ett resursteam för att bättre kunna hantera den varierande vårdtygnden samt för att täcka korttidsfrånvaro. Resursteamet har skapat en bättre kontinuitet i verksamheten, men vi ser ett behov av ytterligare åtgärder för att använda resurserna på bästa möjliga sätt.

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.



Kvalitetsregister Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Indikator Senior Alert	Resultat 2025		Målvärde 2025		Resultat 2024	
Område	Åtgärdsplan vid risk%	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %	Åtgärdsplan vid risk %	Utförd åtgärd vid risk %
Trycksår	93	57	100	100	94	63
Undernäring	92	65	100	100	94	73
Fall	94	57	100	100	93	69
Munhälsa	96	38	100	100	96	56
Analys kvalitetsregister Senior Alert: Under 2025 har verksamhetens resultat i Senior Alert minskat något, vilket vi kan se som en följd utav personalomsättning och renovering. Inför 2026 har verksamheten sett över ett nytt arbetssätt. Ett pågående arbete med teammöte och fallrund, kommer bidra till förbättring kring åtgärder och uppföljning.						

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Redovisas i procent enligt spindeldiagrammet

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Vårdplan	90	100	75
Dok. Brytpunktssamtal	69	98	63
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	90	98	75
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	90	98	75

Indikator svenska palliativregistret	Resultat 2025	Målvärde 2025	Resultat 2024
Smärtskattats sista levnadsveckan	84	100	75
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	79	90	63
Utan trycksår (kategori 2-4)	95	90	100
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	90	63
<p>Analys: Vi ser ett förbättrat resultat under 2025 vilket vi aktivt kommer arbeta vidare med för att förbättra och bibehålla. Satsningen på Silviacertifieringen och palliativa ombud samt specialistsjuksköterskor tror vi kan vara en bidragande faktor.</p>			

Risikanalyser (sommar/jul och nyår, smitta)

Görs inför sommarperioden och jul- och nyårshelgerna. Riskanalyserna görs tillsammans med hela HSL-teamet, vilket gör medarbetarnas delaktighet och kunskap om riskerna och eventuella åtgärdsplaner. För att ytterligare säkerställa att riskerna minimeras vid exempelvis långa semesterperioder, så ser vi ett behov av att göra riskanalyserna tillsammans med övriga enheter.

BHKR

Görs enligt rutin, analyseras och resultatet lyfts på kvalitetsråd, våningsmöten och HSL-möten. Vi ser att klädrutinerna har förbättrats nämnvärt, sen cirkulationstvätt i verksamheten har setts över. Kontinuerligt lyft frågan på kvalitetsråd och våningsmöten hur vi kan förbättra våra rutiner och hur vi kollegialt kan påminna och lära varandra.

Delegering - läkemedelshantering, uppföljning (observation, APPVA)

Pågående arbete med utbildningsinsatser och tydligare rutin för uppföljning gällande delegering.

PPM-resultat och analys och åtgärder

Görs enligt rutin. Resultat och analys görs tillsammans med HSL-teamet. Vi ser brister kring riskbedömning, åtgärd och uppföljning.

MTP resultatkontroll

Besiktningar görs enligt rutin. Vid behov görs reparationer eller kassation av MTP.

Narkotikakontroll - granskning

Narkotikakontroller görs enligt rutin och vid avvikande kontroller görs utredning och uppföljning. Ökad spårbarhet med Salto-lås.

Dokumentation - granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Dokumentationsgranskningar görs regelbundet två gånger per år och åtgärder följs upp enligt

handlingsplan. Verksamheten har två sjuksköterskor som är dokumentationshandledare som stöttar sina kollegor vid behov.

Avvikelser

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan specifika händelser lyftas för dialog. En öppen och tillåtande händelserapporteringskultur eftersträvas, där fokus ligger på lärande och förbättring snarare än på skuld

Avvikelse enligt PSL	Jan-december 2025	Jan-december 2024
Fall	236	182
Trycksår	2	1
Läkemedel	75	71
Specifik omvårdnad	40	38
Specifik rehabilitering	4	16
Vårdkedjan	8	10
Analys:		

År 2024 fanns det totalt 319 registrerade avvikelser i Vodok. Under år 2025 registrerades totalt 366 avvikelser i avvikelsemodulen.

Under året har vi sett en ökning utav registrering av fall, vilket både kan ses som en ökad öppenhet kring händelserapportering men även som att en generell ökning av fall.

Verksamhetens renovering har under året medfört buller och ökad oro, vilket kan vara en förklaring till ökningen av fall. Verksamheten ser ändå att det finns en begriplighet kring hantering av dessa. Dels är det ingen subjektiv bedömning och personal har kunskap om avvikelseprocessen kring fall. Under utredning av fallavvikelserna har vi kunnat identifiera ett behov av att utveckla arbetet med riskbedömningar, teamarbete och uppföljning. Detta är ett pågående arbete, som fortsätter under 2026.

Avvikelser kring vårdkedja handlar oftast om brister i överrapportering till korttidsboende, ofta gällande läkemedelslistor och läkemedel för tre dagar.

Klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter hanteras omgående. Ärenden utreds, återkopplas och följs upp. Under året har vi sett att de flesta klagomål och synpunkter kunde undvikas genom förbättring av kommunikation, vilket stämmer överens med tidigare analys gällande klagomål och synpunkter. Vidare kan verksamheten se att kontinuerligt anhörigstöd och information kunde förhindra många klagomål, vilket kommer vara ett förbättringsområde under 2026.

Verksamheten ser klagomål och synpunkter som en viktig del i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Genom att ta emot och följa upp synpunkter från boende, närstående och personal skapas goda förutsättningar för att utveckla verksamheten och höja kvaliteten.

Alla klagomål och förbättringsförslag tas på allvar och hanteras skyndsamt enligt fastställda rutiner. Synpunkter dokumenteras, analyseras och följs upp för att identifiera eventuella brister och behov av förändringar. Vid behov vidtas åtgärder och dessa följs upp för att säkerställa att önskad förbättring uppnås.

Verksamheten strävar efter ett öppet och tillåtande klimat där det är enkelt att framföra synpunkter. Detta bidrar till ökad delaktighet, trygghet och en verksamhet som ständigt utvecklas.

Verksamheten redovisar sina klagomål och synpunkter kontinuerligt under året i T1, T2 och VB.

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande diverse oväntade händelser och hur man agerar vid dessa. Uppdaterad krispärm finns på en känd plats i verksamheten samt digitalt i Verktuget. Alla lokala rutiner finns utskrivna i händelse av strömavbrott.

Verksamheten har ett krisförråd med mat för en vecka samt ett större läkemedelsförråd p.g.a. korttidsboendet. Vattendunkar finns på varje våningsplan i angivet förråd. Verksamheten har ett eget lager med skyddsutrustning och förbrukningsmaterial som kontinuerligt används och förnyas.

Krislådor med exempelvis extra lampor, radio, värmefiltar m.m. finns i angivet utrymme.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2026 kommer vi fortsätta arbeta med Silviahems-certifieringen, för att detta ska genomsyra hela verksamheten. Vi ser att teamwork, kommunikation och anhörigstöd fortsättningsvis är viktiga delar för att vidareutveckla vår enhet.

Det förebyggande arbetet med exempelvis kost och fysisk aktivitet kommer också vara en

viktig del i det ständiga utvecklingsarbetet. Under året kommer verksamheten få en egen dietist och en utökning av arbetsterapeut för att kunna tillgodose detta.

Med tanke på stora pensionsavgångar ser vi också ett riktat fokus gällande kompetensutveckling av befintliga medarbetare. Vidare har vi även sett en utmaning kring akut frånvaro av legitimerad personal, vilket leder till ytterligare åtgärder inom denna yrkeskategori.

Vi deltar aktivt i nätverk med andra verksamheter för att utbyta erfarenheter, utveckla rutiner och säkerställa hög patientsäkerhet samt kvalitet i vården.

Magdalenagårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Sammanfattning

Magdalenagården är ett vård- och omsorgsboende i stadens regi med totalt 66 lägenheter, fördelade på 6 avdelningar med sammanlagt 24 platser med inriktning mot personer med somatisk sjukdom samt 4 avdelningar med totalt 42 platser för personer med demenssjukdom. Verksamheten har i uppdrag att erbjuda en trygg, säker och personcentrerad vård och omsorg med hög kvalitet, där den enskildes behov och förutsättningar står i centrum.

Under 2025 har verksamheten fortsatt sitt systematiska arbete för att stärka patientsäkerheten. Målsättningen har varit att ytterligare öka följsamheten till rutiner och riktlinjer, stärka medarbetarnas kompetens, förbättra informationsöverföringen mellan professioner samt säkerställa kontinuitet och trygghet för de boende.

För att uppnå detta har samtliga medarbetare genomgått utbildningen Stjärnmärkning våren - 26, där personcentrerad vård är det centrala, implementeringen pågår. Magdalenagården har arbetat med att hålla i och säkerställa att medarbetare har följsamhet för de basala hygienrutinerna och nogsamt följt de aktuella riktlinjerna, som uppdaterats regelbundet. All personal har genomgått förflyttningsutbildning och lyftutbildning med fysioterapeut och arbetsterapeut för att säkerställa en god och säker förflyttning.

Enheten har under året arbetat med att identifiera prioriterade områden med rutiner och riktlinjer. Vi har under året fortsatt med en ökad likställighet på alla våra vård- och omsorgsboenden. Att rutiner och riktlinjer är samma på alla vård- och omsorgsboenden är något som utvecklingsenheten, MAS, MAR och verksamheten har arbetat med och kommer att fortsätta med under 2026.

Arbetet med det digitala signeringssystemet Appva har fortsatt under året där personalen signerar läkemedel samt insatser ordinerade av rehab. Verksamheten använder delegeringsmodul från Apoteket för att höja nivån kring delegeringarna.

Under året har enheten haft flertalet verksamhetsförlagda utbildningar för att höja kunskapen och kompetensen hos medarbetarna. Förutom förflyttningsutbildning med fysioterapeut och arbetsterapeut har enhetens personal fortsatt utbildningen "Första hjälpen psykisk hälsa-äldre" för att vara bättre rustade för att se signaler av psykisk ohälsa hos våra äldre. Vi har även haft den årliga utbildningen om Munhälsa med OralCare.

Ett fåtal personal har gått instruktörsutbildning i HLR för att i senare skede utbilda vidare på plats i verksamheten.

Inför kommande år behöver verksamheten fortsätta utveckla den systematiska uppföljningen av avvikelser, fördjupa det tvärprofessionella samarbetet samt ytterligare stärka kompetensen inom demensvård och kommunikation. Genom ett långsiktigt och strukturerat förbättringsarbete fortsätter verksamheten att utveckla kvaliteten och säkerställa en hög patientsäkerhet.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



Under 2025 har fördjupade utredningar genomförts i verksamheten varav en av dessa utredningar bedömdes som risk för allvarlig vårdskada och utreddes vidare enligt lex Maria samt anmäldes till IVO.

De fördjupade utredningarna som gjorts handlade om palliativ vård, sväljningssvårigheter och anpassad kost, dokumentation vid inflyttning samt trycksår.

Utredningen gällande palliativ vård visar en bristfällig dokumentation i journalföring i Vodok. Kommunikation och dokumentation över alla professionsgränser samt brist i följsamhet av lokala rutiner. Verksamheten behöver bli bättre att arbeta i team kring palliativ vård, tydlighet ger trygghet. Verksamheten har infört nya rapportchecklistor för att säkerställa att rätt information kommuniceras. Verksamheten satsar 2026 på utbildningar och insatser via Palliativt kunskapscentrum (PKC) samt utveckla det lokala arbetet med palliativa ombuden på enheten. Rutin i teamarbetet tas upp i kvalitetsråd månadsvis.

Utredning sväljningssvårigheter och anpassad kost visar en okunskap gällande sväljningssvårighet, samt kommunikations brist mellan olika yrkeskategorier. Tydlighet saknades vid rapporteringar mellan olika yrkeskategorier, SBAR-NEWS. Utbildning för ökad

kunskap om dysfagi är planerad till våren -26, utbildningen är riktad för sjuksköterskor som senare handleder de övriga medarbetarna. Kontakt med logoped och dietist kommer fördjupas.

Bristfällig dokumentation vid inflytt är en av utredningarna i verksamheten. Vikten att dokumentation sker enligt rutin har nya checklistor tagits i användning. Alla yrkeskategorier använder sin egen checklista vid inflytt för att säkerställa en god och säker vård från den första dagen man flyttar till Magdalenagården.

Fördröjning av beställning av behandlande luftmadrass orsakar trycksår. Utredningen visar bristfällig kontroll över boendes hälsotillstånd. Verksamheten har köpt in egna förebyggande madrasser för att snabbt kunna byta ut vid behov, vid ev. risk för trycksår och i väntan av en behandlande luftmadrass.

Som åtgärder har verksamheten använt händelserna som lärandeexempel vid arbetsplatsträffar, våningsplansmöten och enskilda samtal med berörda medarbetare.

Under 2025 har vi även haft ökade HSL-möten, en gång per vecka, för att gå igenom rutiner och checklistor och HSL-uppdragsbeskrivningar för respektive yrkeskategori.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Arbetet med APPVA signeringssystem visar överlag goda resultat. Målet under året har varit 95 % signering i tid. Resultatet har varierat mellan 85–98 %. Uppföljning sker dagligen, och avvikelser återkopplas direkt i verksamheten. För att ytterligare stärka kvaliteten behöver vi utveckla vår användning av systemet och bättre ta tillvara dess funktioner. Planerade utbildningar och genomgångar genomförs under våren 2026.

Verksamheten har identifierat brister i kommunikation och rapportering mellan olika yrkeskategorier, både internt i boendet och externt, exempelvis vid utskrivning från sjukhus eller överrapportering från andra vårdgivare. För att säkerställa att korrekt och relevant information överförs har SBAR-NEWS implementerats, liksom en checklista för överrapportering. Nästa steg är att säkerställa följsamhet till arbetssättet genom uppföljning

och återkoppling, i syfte att minska risken för informationsförlust och felaktiga beslut.

Arbetet med BPSD-registreringar fortsätter. Delar av personalgruppen har genomgått utbildning till BPSD-administratörer. HSL-personalen på Magdalenagården har hittills varit drivande i arbetet, men målet är att stärka det multiprofessionella teamets delaktighet. Det är viktigt att hela teamet har kännedom om och följer de bemötande- och kommunikationsplaner samt omvårdnadsåtgärder som beslutas gemensamt. Följsamhet och uppföljning av åtgärdsplaner är ett fortsatt utvecklingsområde.

Användningen av resultat från svenska palliativregistret är ett utvecklingsområde inom den palliativa vården på Magdalenagården. Genom strukturerade brytpunktssamtal, regelbunden symtomskattning samt säkerställd ordination av vid-behovs-läkemedel kvalitetssäkrar vi vården i livets slutskede. Varje våningsplan har ett palliativt ombud som deltar i verksamhetsnära utbildningar och sprider kunskap vidare i arbetsgruppen. Det multiprofessionella samarbetet mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal ska fortsätta stärkas.

Basala hygienrutiner är en stående punkt på kvalitetsråd, arbetsplatsträffar och våningsplansmöten samt lyfts i veckobrev. Följsamhet följs upp genom egenkontroller två gånger per år. Samtliga medarbetare genomför webbutbildning 1–2 gånger per år och diplom återkopplas till närmaste chef. Varje våningsplan har ett hygienombud som deltar i verksamhetsnära utbildningar och stödjer implementering i det dagliga arbetet.

Under hösten 2025 genomfördes en granskning av verksamhetens förebyggande arbete mot fallskador av revisorer från Stockholms stad. Resultatet visade att teamet arbetar i enlighet med uppdragsbeskrivning och gällande fallpreventionsrutin. Arbetet följs kontinuerligt upp för att säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fortlöper och bidrar till en trygg och säker vård för de boende.

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.



Händelser och risker i det dagliga arbetet rapporteras kontinuerligt. Verksamheten arbetar aktivt för att upprätthålla ett öppet och tillåtande klimat kring avvikelser och riskrapportering. Medarbetare uppmuntras att dela observationer och reflektioner kring potentiella risker i syfte

att stärka säkerheten i vårdmiljön. Identifierade risker leder till konkreta åtgärder utan dröjsmål.

Riskbedömning är en integrerad del av ledningens dagliga arbete och beaktas vid planering och prioritering. Vid schemaläggning och resursfördelning vägs kända riskfaktorer in, såsom kompetensbehov, personalens erfarenhet och de boendes individuella vårdbehov. Detta bidrar till att förebygga situationer som kan äventyra patientsäkerheten och möjliggör en trygg och säker vård i det dagliga arbetet.

Avvikelse dokumenteras, analyseras och följs upp i team samt vid arbetsplatsträffar. Åtgärder kan exempelvis omfatta revidering av rutiner, riktade utbildningsinsatser eller anpassning av bemanning och arbetssätt. Erfarenheter och lärdomar från inträffade händelser sprids i organisationen, vilket bidrar till ett kontinuerligt lärande och en stärkt systematisk riskhantering.

Under året har delegeringsprocessen förnyats, vilket har stärkt medarbetarnas kunskap om läkemedelshantering. Den uppdaterade processen tydliggör kraven på både teoretisk kunskap och språklig förmåga för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering.

Inför semesterperioder genomgår vikarier introduktion och utbildning inom relevanta områden utifrån yrkesprofession. Checklistor används för att säkerställa att nödvändiga kunskaper och färdigheter är uppnådda innan självständigt arbete utförs.

Inför förändringar i verksamheten genomförs risk- och konsekvensanalyser för att säkerställa att patientsäkerhetsmålen fortsatt kan upprätthållas och att god och säker vård.

Riskhantering

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

Inför årets semesterperioder har verksamheten genomfört riskanalyser och planerat åtgärder för att säkerställa att väsentliga processer inom vård och omsorg kan upprätthållas.

Uppföljning av den senaste riskanalysen samt rapporterade avvikelser visar dock att bemanningsplaneringen under vissa perioder har påverkats av oförutsedda händelser. Detta har medfört situationer där patientsäkerheten riskerat att påverkas.

Analysen visar att riskhanteringen behöver vara särskilt framåtsyftande inför kända riskperioder såsom semester och storhelger. Den riskanalys som genomfördes inför jul- och nyårshelgen tydliggör vikten av att tidigt identifiera faktorer som kan påverka vårdtyngd, bemanning och kompetensbehov.

En central del av riskhanteringen rör kompetens- och bemanningsplanering. Verksamhetens erfarenheter visar att tillgången till delegerad personal är avgörande för att säkerställa att samtliga boende får sina läkemedel i rätt tid. Det behöver därför fortlöpande göras strukturerade bedömningar av om nuvarande kompetensnivå är tillräcklig eller om det finns behov av ökad sjuksköterskenärvaro. Riskbedömningar bör systematiskt inkludera analys av vårdtyngd, planerad och oplanerad frånvaro samt andra samtidiga händelser som kan påverka arbetsbelastningen.

Riskanalysen lyfter även betydelsen av ett närvarande och aktivt ledarskap under riskfyllda perioder. Chefens närvaro i verksamheten skapar bättre förutsättningar att tidigt

uppmärksamma förändringar i vårdtyngd och behov av förstärkta resurser. En identifierad utvecklingspunkt är att ytterligare stärka kommunikationen mellan medarbetare och verksamhetschef, så att avvikelser, oro eller signaler om ökad belastning fångas upp i tid. Ett aktivt och lyhört ledarskap – där dialog förs kontinuerligt och frågor ställs proaktivt – är en viktig förebyggande åtgärd inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Sammanfattningsvis visar analysen att verksamheten har grundläggande strukturer för riskhantering, men att fortsatt utveckling krävs avseende framförhållning, bemanningsstrategier, kommunikation och ledningens närvaro under riskperioder. Genom att integrera dessa delar i det löpande förbättringsarbetet stärks förutsättningarna för en trygg och säker vård för de boende.

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.



Enhetschefen för HSL följer kontinuerligt upp hur statistiken för registreringar i nationella kvalitetsregister ser ut i vårdenheten; vård- och omsorgsboendet (utifrån att samtycke för registrerade personer finns). Registreringar under Senior Alert, registreringar i det palliativa registret, BPSD-register, SVEDEM (Stjärnmärkning).

Våra boende och närstående uppmuntras att lämna synpunkter vid behov samt delta i den årliga Brukarundersökningen av Socialstyrelsen. Resultat från Brukarundersökningar behandlas vid arbetsplatsträffar. Resultat från 2025 visar att våra boende och närstående uppskattar sig nöjda med vården och omsorgen hos oss på Magdalenagården.

Analys av kvalitetsregister – Senior Alert

Genomgången visar att Senior Alert i nuläget inte används fullt ut som ett systematiskt stöd i det förebyggande arbetet. Alla boende är inte registrerade och arbetssättet varierar mellan avdelningarna. Andelen utförda och uppföljda åtgärder vid identifierad risk är låg, vilket tyder på bristande koppling mellan riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning.

Slutsatsen är att registret behöver reimplementeras i verksamheten. Samtliga legitimerade medarbetare ska genomgå basutbildningen och arbetet ska struktureras så att alla boende registreras, risker kopplas till tydliga åtgärder och uppföljning sker systematiskt i team. Detta är en förutsättning för att stärka det förebyggande arbetet och minska risken för vårdskador.

Analys – Palliativ vård 2025

Resultaten visar att verksamheten har en stabil grund i den palliativa vården med fungerande strukturer kring läkarbeslut, vårdplanering, symtomlindring samt omvårdnadsinsatser. Smärtskattning, trycksårsprevention och närvaro i livets slut visar på god medicinsk beredskap.

Det tydligaste utvecklingsområdet är dokumenterade brytpunktssamtal, där resultatet är lågt. Även symtomskattning och munhälsobedömning under sista levnadsveckan behöver stärkas för att säkerställa en mer systematisk uppföljning.

Av 23 avlidna har 8 registrerats i palliativregistret, vilket begränsar analysens tillförlitlighet. Registreringsgraden behöver därför öka och bli en självklar del av rutinen efter varje dödsfall.

Sammanfattningsvis behöver verksamheten stärka registrering, dokumentationsföljsamhet och struktur kring samtal och uppföljning för att säkerställa en jämlik och kvalitetssäkrad palliativ vård

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	87,5
Vårdplan	100,0	87,5
Dok. brytpunktssamtal	98,0	50,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	87,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	87,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	87,5
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	75,0
Dok. munhälsobedömnings sista levnadsveckan	90,0	75,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	87,5
Efterlevandesamtal	90,0	87,5

Analys – PPM-mätning

PPM (punktprevalensmätning) ger en ögonblicksbild av förekomst av bland annat urinkateter, trycksår, undernäring och skyddsåtgärder och används som underlag för förbättringsarbete.

Andelen boende med urinkateter har ökat från 11 % till 12 %, vilket ligger över nationellt snitt (10,4 %). Detta indikerar behov av stärkt uppföljning och tydlig medicinsk indikation i samverkan med läkare och sjukhus, särskilt vid in- och utskrivning.

Andelen trycksår ligger i nivå med nationellt snitt (ca 4,9 % enligt HALT), men utmaningen är att säkerställa att riskbedömningar genomförs minst var sjätte månad och att förebyggande åtgärder, såsom tryckavlastande madrass och nutritionsinsatser, sätts in i tid.

Andelen undernäring och risk för undernäring har ökat sedan våren. Utfallet påverkas sannolikt av att få riskbedömningar genomförts. Detta pekar på bristande systematik snarare än enbart förändrat hälsoläge. Identifiering av dysfagi och tydliga åtgärdsplaner behöver prioriteras, särskilt med hänsyn till tidigare allvarlig avvikelse kopplad till utebliven logopedbedömning.

Verksamheten behöver fortsatt arbeta för minskade skyddsåtgärder. En låg andel är viktig för att värna självbestämmande och minska risker. Samtliga skyddsåtgärder ska ha dokumenterat samtycke. Ökad vårdtyngd hos nyinflyttade kan delvis påverka utfallet, men förebyggande och individanpassat arbete ska vara utgångspunkten.

Sammanfattningsvis visar PPM-mätningen behov av ökad följsamhet till riskbedömningar, tydligare koppling mellan identifierad risk och åtgärd samt mer systematisk uppföljning för att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHKR)

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en grundförutsättning för att förebygga vårdrelaterade infektioner och säkerställa en trygg vårdmiljö. Arbetet följs upp genom egenkontroller två gånger per år samt kontinuerlig dialog i kvalitetsråd, arbetsplatsträffar och våningsplansmöten. Samtliga medarbetare genomför regelbundet webbutbildning, och hygienombud på varje våningsplan stödjer implementering och kunskapsspridning i det dagliga arbetet.

Fortsatt fokus ligger på att stärka följsamheten i praktiskt utförande och att omsätta kunskap i konsekvent beteende i det patientnära arbetet.

Årlig granskning av läkemedelshantering

Den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering har genomförts i enlighet med HSLF-FS 2017:37 och utgör en del av verksamhetens systematiska kvalitetssäkring. Granskningen visar att det i huvudsak finns fungerande strukturer för läkemedelshantering, men att flera områden behöver tydliggöras och följas upp för att stärka patientsäkerheten.

Förbättringsbehov har identifierats avseende uppdatering av lokal rutin så att den överensstämmer med praktiskt arbetssätt, särskilt kring narkotikakontroller och förvaring av läkemedel. Uppföljning och dokumentation av delegerade arbetsuppgifter behöver stärkas, liksom säkerställande av att läkemedelslistor och signeringslistor överensstämmer.

Vid stickprov noterades brister i narkotikahanteringen, bland annat saknade kontroller och en differens i personbundet skåp. Rutin för kontroll av tillförsel av narkotika behöver därför förtydligas. Även beredskap vid driftstopp i digital signeringslista samt temperaturkontroll i läkemedelskyl behöver säkras.

Sammanfattningsvis visar granskningen behov av ökad systematik, tydligare rutiner och stärkt uppföljning, särskilt inom narkotikahantering och delegering, för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheten arbetar med ett öppet och lärande klimat kring händelser. Enhetschefer uppmuntrar till händelserapporter, för att ta lärdom av händelser och undvika att dessa uppstår igen genom att se över eventuella risker som finns eller uppdatera våra rutiner.

Händelserna utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas. Verksamheten för statistik över händelserna och kategoriserar dem under olika rubriker. Händelserna följs upp kontinuerligt och sammanställning görs till kvalitetsråd. På våningsmöten och teammöten kan specifika händelser lyftas för dialog.

Kvalitetsregister har använts systematiskt för att följa upp vården. Senior Alert och Svenska Palliativregistret har kartlagts, vilket har identifierat utvecklingsområden kring riskbedömningar, förebyggande åtgärder och uppföljning. Registreringar i Senior Alert är en utvecklingsområde som vi fokuserar 2026.

År 2025 finns det nedan registrerade avvikelser i Vodok.

Avvikelse enligt PSL	Jan-december 2025	Jan-december 2024
Fall	99	79
Trycksår	2	1
Läkemedel	62	28
Specifik omvårdnad	9	8
Specifik rehabilitering	0	0
Vårdkedjan	7	2

Analys av avvikelser 2025

Antalet rapporterade avvikelser har ökat under 2025 jämfört med föregående år, särskilt inom fall (99 jämfört med 79) och läkemedel (62 jämfört med 28). Ökningen bedöms delvis bero på förbättrad rapporteringskultur, då vikten av att skriva avvikelser har lyfts återkommande i kvalitetsråd och HSL-möten. En mer aktiv rapportering ger ett bättre underlag för analys och förbättring.

Fall är fortsatt den största avvikelsekategorin. De flesta fall sker vid egen förflyttning och det förekommer att samma person faller upprepade gånger, vilket indikerar behov av ytterligare individanpassade och förebyggande åtgärder. Under året har fallförebyggande arbete prioriterats och en extern revision har bekräftat att verksamheten arbetar enligt gällande rutiner. Läkarorganisationen har återupptagit fallronder en gång per månad, vilket stärker det medicinska stödet i analys och åtgärd.

Läkemedelsavvikelserna rör främst utebliven dos och i vissa fall dubbel dos. Orsakerna är ofta kopplade till brister i överlämning och arbetsfördelning, vilket har lett till reviderad rutin vid skiftbyten. Ökningen kan även ses som en effekt av förbättrad rapporteringsbenägenhet hos både sjuksköterskor och omsorgspersonal.

Avvikelse inom specifik omvårdnad visar på brister i rutinföljsamhet och kommunikation, särskilt kring inkontinensskydd och KAD-hantering. Trycksårsavvikelserna har varit få men rör försenad upptäckt och bristfällig dokumentation, vilket pekar på behov av stärkt systematik i riskbedömning och uppföljning. Avvikelse kopplade till vårdkedjan avser främst bristande dokumentation.

Sammanfattningsvis visar avvikelsestatistiken både en förbättrad rapporteringskultur och behov av fortsatt systematiskt förbättringsarbete. Särskilt fokus framåt är att minska återkommande fall, stärka säker läkemedelshantering samt förbättra kommunikation och dokumentationsföljsamhet för att ytterligare öka tryggheten för de boende.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Enheten har haft sex synpunkter och klagomål. Ett är ett samlings ärende som avslutats. De klagomål och synpunkter som inkommer rör främst brister i kommunikationen och bemötande samt missnöjdhet. Beröm kan vara i form av blommor, tårta eller ett tack kort till personalen för den goda vårdtiden.

Vi går genom alla klagomål och synpunkter i kvalitetsråd och APT, i lärande syfte. Verksamheten ska bli bättre på att diarieföra alla klagomål och synpunkter.

Det är viktigt att den enskilde och närstående får tydlig och återkommande information om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på vår verksamhet, eftersom detta är en central del av vårt systematiska kvalitetsarbete. Blanketten för synpunkter och klagomål ska därför alltid erbjudas enligt gällande rutin. För att säkerställa att rutinen efterlevs kommer enheten att se över arbetssättet, göra blanketten mer synlig samt säkerställa att information om synpunkts- och klagomålshantering ges i närståendebrev, vid närståendeträffar och i samband med inflyttning.

Enhetschefer arbetar med att hantera synpunkter och klagomål skyndsamt, målet är att skapa en god kontakt och förtroende med närstående och boende.

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.



Rutin finns kring kris som samtliga medarbetare bör känna till. Detta ska gås genom vid

introduktionen av nya medarbetare inom varje profession, professionsspecifikt.

I krisrutiner beskrivs hur vi ska agera vid olika oväntade händelser. Verksamheten använder ett digitalt system Verktyget där samtliga verksamhetsrutiner ska finnas tillgängliga och uppdaterade för alla medarbetare. Rutiner planeras fortlöpande tas upp och medvetandegörs på månadsvisa arbetsplatsträffar.

En konkret åtgärd för krisberedskap är inköp av ett befintligt matförråd, innehåll som ska räcka för alla boende för en veckas tid. Krispärmar, triangiakök, vevradioapparater, nödfiltar, inkontinensskydd och vattendunkar finns tillgängliga i förrådet och kompletteras vid behov. Ansvar för förrådet är delat för 2 personer i verksamheten. Tillgång till basmediciner vid trygghetspunkter säkerställs, med tydlig ansvarsfördelning där endast sjuksköterska administrerar mediciner till de boende som har behov.

Erfarenheter från avvikelser dokumenteras och används för lärande och förbättring av rutiner. Sammantaget visar detta att enheten har hög beredskap och ett systematiskt arbetssätt som bidrar till patientsäkerhet och trygghet för de boende.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Utifrån analysen av 2025 är målsättningen för 2026 att stärka patientsäkerheten genom ökad systematik, förbättrad dokumentation och fördjupad kompetens i teamet. Som mindre verksamhet prioriteras ett begränsat antal utvecklingsområden som är möjliga att följa upp regelbundet i HSL-möten och kvalitetsråd.

Under 2026 genomförs Stjärnmärkning, vilket innebär ett utvecklat arbetssätt med fokus på personcentrerad omvårdnad, reflektion i team, stärkt anhörigstöd och tydligare gemensamt ansvar kring den boende. Medarbetare genomgår reflektionsutbildning och implementering sker under våren. Målet är att arbetssättet ska vara etablerat och integrerat i det dagliga arbetet före årets slut.

Kommunikation och dokumentation ska förbättras genom konsekvent användning av SBAR-NEWS och checklistor samt genom regelbundna tvärprofessionella teammöten där den boendes behov, risker och åtgärdsplaner följs upp minst årligen eller vid förändrat tillstånd. Resultat från kvalitetsregister såsom Senior Alert, SveDem, BPSD och Palliativregistret ska registreras mer systematiskt och följas upp månadsvis i HSL-möten. Målet är att samtliga boende ska vara riskbedömda och att identifierade risker alltid kopplas till dokumenterad åtgärd och uppföljning.

Säker läkemedelshantering är fortsatt prioriterad. Månatliga narkotikakontroller ska genomföras och dokumenteras enligt rutin, och kompetensen i det digitala signeringssystemet Appva ska säkerställas genom utbildning och uppföljning. Delegeringar ska följas upp strukturerat under året.

Kompetensutveckling inom palliativ vård, förflyttningskunskap och hjälpmedelshantering genomförs enligt plan, med särskilt fokus på att öka registrering och systematik i den palliativa vården.

En viktig utmaning är att som mindre verksamhet upprätthålla stabilitet och kvalitet med

begränsade resurser. Fokus under året är därför att konsolidera och fördjupa befintliga arbetssätt snarare än att bredda utvecklingsområdena. Målet är att skapa en trygg, sammanhållen och hållbar verksamhet där risker identifieras tidigt och åtgärdas systematiskt.

Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende (VoB-område 2)

Sammanfattning

Under 2025 har verksamheten på Nytorpgården, inom Södermalms stadsdelsförvaltning, präglats av ett målmedvetet arbete med att stärka ledning, struktur och systematik i det samlade patientsäkerhetsarbetet. En period med tillförordnade chefer har påverkat kontinuitet och uppföljning, vilket medfört behov av att tydliggöra ansvarsfördelning och säkerställa efterlevnad av gällande lagstiftning, föreskrifter och lokala riktlinjer. Under hösten tillträdde områdeschef som enhetschef med uppdrag att skapa stabilitet och långsiktighet i verksamhetens styrning.

Nytorpgården är ett vård- och omsorgsboende för personer över 65 år med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Verksamheten omfattade vid årets början 31 lägenheter och har under året utökats med sex lägenheter. Boendet består nu av totalt 37 lägenheter fördelade på fyra boendegrupper. Utökningen har genomförts parallellt med arbetet att säkerställa att kvalitet och patientsäkerhet upprätthålls i samtliga delar av verksamheten.

Det förebyggande arbetet har bedrivits genom strukturerade riskbedömningar i Senior Alert för de boende som lämnat samtycke. Riskbedömningarna genomförs i tvärprofessionella teammöten med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Identifierade risker avseende fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen ligger till grund för beslut om förebyggande åtgärder. Verksamheten har även registrerat i Svenska Palliativregistret som en del av kvalitetsuppföljningen av vård i livets slutskede.

Under året har behov identifierats av att ytterligare stärka kopplingen mellan genomförda riskbedömningar och implementerade åtgärder. Ett utvecklingsområde är att säkerställa en tydlig dokumentation och uppföljning av beslutade insatser så att dessa blir kända för samtliga yrkeskategorier och integreras i det dagliga omvårdnadsarbetet. Detta arbete är en del av den pågående strukturuppbyggnaden inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Kompetensutvecklingsinsatser har genomförts med fokus på säker förflyttning från golv. Arbetsterapeut och fysioterapeut har hållit återkommande utbildningstillfällen med både teoretiska och praktiska moment. Insatserna syftar till att stärka personalens kompetens, minska risken för vårdskador i samband med fall samt bidra till en trygg och säker vårdmiljö för både boende och personal.

Avvikelse har följts upp och analyserats inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet. Genomgång av rapporterade avvikelser under 2025 visar att ingen allvarlig vårdskada har identifierats. Arbetet med att utveckla en lärande avvikelsekultur och säkerställa återkoppling till medarbetare är en fortsatt prioriterad del av patientsäkerhetsarbetet.

Sammanfattningsvis har 2025 inneburit ett omfattande arbete med att skapa stabilitet, stärka ledningsstrukturen och utveckla en mer sammanhållen och systematisk styrning av patientsäkerhetsarbetet. Fokus inför 2026 är att befästa de etablerade strukturerna,

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.



En grundläggande förutsättning för en säker vård på Nytorpgården är att personalen har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Verksamheten arbetar systematiskt för att säkerställa att både legitimerad personal och omsorgspersonal har rätt yrkeskompetens, erfarenhet och kontinuerlig fortbildning.

Kompetensutveckling och fortbildning sker på flera nivåer och omfattar bland annat:

- **Tvärprofessionell utbildning** i säker förflyttning, fallprevention, basal hygien, läkemedelshantering och proaktiv vårdplanering
- **Introduktion och handledning** för ny personal, inklusive studerande och timanställda, för att snabbt integrera dem i verksamhetens rutiner och arbetsflöden
- **Specialkompetens** från dietister, vårdpedagog och rehabiliteringspersonal som ger stöd till övrig personal och säkerställer evidensbaserad vård
- **Systemförståelse** och kunskap om förbättringsarbete, där personalen deltar i avvikelseanalys, teammöten och implementering av nya rutiner

Vid schemaläggning och bemanning tas hänsyn till personalens kompetens, erfarenhet och arbetsbelastning för att säkerställa en trygg och säker vård. Detta innebär att varje team har rätt mix av yrkesgrupper och erfarenhet för att kunna möta boendes individuella behov.

Genom kontinuerlig kompetensutveckling, systematisk handledning och multiprofessionellt samarbete stärker Nytorpgården personalens förmåga att arbeta säkert, förebygga vårdskador och bidra till ett kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheten.

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.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Inflyttning, vårdplanering och delaktighet

På Nytorpgården genomförs alltid **inflyttningssamtal**/välkomstsamtal när en ny boende flyttar in. Vid dessa möten deltar kontaktpersoner, rehabiliteringspersonal, sjuksköterska och ibland kvalitetssamordnare. Syftet är att etablera en tydlig överenskommelse om samverkan under vården och omsorgen. Närstående bjuds aktivt in för att delta och bidra med sin kunskap om den boende.

Årligen planeras **återkommande vårdplaneringsmöten**, och vid behov hålls **uppföljningssamtal** utöver den löpande dialogen med kontaktperson, HSL-personal och övrig omsorgspersonal. Särskilt fokus läggs på att uppmärksamma individuella behov hos boende med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Vid behov deltar Nytorpgårdens deltar även PAL i samtalet. Målet är att säkerställa kontinuitet och att vården planeras utifrån den boendes behov.

I samband med inflytt tilldelas varje boende en kontaktperson (KP) och en vice kontaktperson (vice KP) som ansvarar för att stödja den boende i vardagen och fungera som kontakt till närstående.

Kontaktpersonen upprättar levnadsberättelse och genomförandeplan inom två veckor från inflyttningen. Levnadsberättelsen dokumenterar den boendes bakgrund, vanor, intressen och behov, vilket skapar en helhetsbild och möjliggör individanpassad omsorg. Genomförandeplanen beskriver hur den dagliga omsorgen ska genomföras utifrån den boendes behov, önskemål och förmågor, samt hur säkerhet och välbefinnande ska säkerställas.

Dessa dokument följs upp regelbundet och justeras vid behov i samråd med boende, närstående och övrig personal, vilket stärker delaktighet och trygghet i vården.

Verksamheten arbetar systematiskt med insamling och hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. Närstående och boende uppmuntras att framföra synpunkter så snart behov uppstår. Alla rapporter och avvikelser följs upp, åtgärdas och återkopplas i dialog med boende och/eller närstående. Resultaten sammanställs månadsvis och dokumenteras i årets patientsäkerhetsberättelse vilket skapar transparens och möjliggör kontinuerliga förbättringar av vården.

Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



En grundläggande förutsättning för en säker vård på Nytorpgården är en god säkerhetskultur, där organisationen skapar förutsättningar för lärande, öppenhet och systematiskt förbättringsarbete.

Verksamheten har aktivt arbetat för att motverka syndabockskultur och främja systemtänkande i hanteringen av händelser och avvikelser. Synpunkter även negativa ses som en möjlighet att förbättra verksamheten och medarbetarna uppmuntras att rapportera avvikelser även när det gäller egna avvikelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



På Nytorpgården säkerställs tillförlitliga arbetsprocesser och system genom kontinuerliga observationer, dokumentation och reflektion. Följsamhet till basala hygienrutiner mäts regelbundet, och resultaten diskuteras öppet med personalen för att skapa lärande och förbättring i det dagliga arbetet. Denna metod främjar en kultur där säkerhet och kvalitet ständigt prioriteras.

Årliga läkemedelsgenomgångar genomförs i samarbete med läkare, där Patientansvarig Läkare (PAL) tillsammans med sjuksköterska planerar och följer upp medicinering, provtagningar och symtomskattningar. En aktuell medicinlista är alltid tillgänglig för både vårdpersonal och läkare, vilket säkerställer korrekt och säker läkemedelshantering.

I de multiprofessionella teammötena analyseras och diskuteras risker som kan påverka patienternas säkerhet, såsom fall, undernäring, trycksår och beteendeproblematik. Riskerna identifieras gemensamt, och handlingsplaner utvecklas för att arbeta förebyggande och proaktivt. Genom att lyfta fram goda exempel och framgångsrika strategier motiveras personalen att upprätthålla hög patientsäkerhet och ett professionellt arbetssätt.

Systemen och rutinerna på Nytorpgården, inklusive dokumentation i Senior Alert och registrering i svenska palliativa registret, gör det möjligt att följa upp åtgärder och resultat över tid. Detta ger en robust grund för kvalitetssäkring, lärande och kontinuerlig förbättring av vården.

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.



Vid inflytt till Nytorpgården genomförs strukturerade riskbedömningar för att säkerställa en trygg och individanpassad vård. Bedömningarna omfattar bland annat fallrisk, nutrition, trycksårskrisk, munhälsa, behov av skyddsåtgärder samt eventuella arbetsmiljörisker. Identifierade risker leder till individuella åtgärdsplaner som dokumenteras och följs upp i teamet, vilket skapar förutsättningar för ett proaktivt och förebyggande arbetssätt.

Utöver detta genomförs riktade riskanalyser vid särskilda situationer, såsom värmebölja, smittspridning, utåtagerande beteende, avvikande från verksamheten, självskadebeteende samt vid egenvårdsbedömningar. Riskbedömningar registreras i Senior Alert och följs upp vid tvärprofessionella teammöten där åtgärder justeras utifrån den boendes aktuella behov.

Avvikelsehanteringen är ett prioriterat område. Rapporterade händelser analyseras i team och vid uppföljningsmöten för att identifiera bakomliggande orsaker och vidta förebyggande åtgärder. Arbetet syftar till att stärka kopplingen mellan inträffad händelse, analys och konkret förbättring i det dagliga arbetet.

För att förebygga vårdskador arbetar verksamheten kontinuerligt med:

kompetensutveckling inom basala hygienrutiner, säker förflyttning och fallprevention

användning av medicintekniska hjälpmedel för att förebygga trycksår

digitala läkemedelsskåp för ökad säkerhet i läkemedelshanteringen

individanpassade insatser tillsammans med dietist och vårdpedagog

handledning där sjuksköterska stödjer omsorgspersonal i arbetet med personer med kognitiv svikt

Det multiprofessionella teamarbetet är en central del i att omsätta riskbedömningar till praktisk handling. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och omsorgspersonal samverkar i planering, utbildning och uppföljning för att säkerställa att åtgärder genomförs och utvärderas kontinuerligt.

Genom strukturerade riskbedömningar, aktiv avvikelsehantering och ett nära teamarbete skapas förutsättningar för att upprätthålla en trygg och säker vård i det dagliga arbetet.

Riskhantering

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

På Nytorpgården hanteras avvikelser och rapporterade händelser systematiskt för att säkerställa kontinuerlig förbättring av vårdkvalitet och patientsäkerhet. Avvikelser följs upp både på teammöten och vid kvalitetsråd där personalen ges möjlighet att analysera och diskutera orsakerna till de rapporterade händelserna.

Om brister eller potentiella risker identifieras under uppföljningen vidtas åtgärder direkt. Detta kan innebära omedelbara åtgärder på lokal nivå eller att en mer omfattande handlingsplan upprättas för att hantera problemet. Handlingsplanen följs sedan upp och utvärderas regelbundet av ledningsgruppen, för att säkerställa att åtgärderna är effektiva och att återkommande problem förebyggs.

Denna systematiska och proaktiva metod bidrar till en förbättringskultur där fokus ligger på att skapa en trygg och säker vårdmiljö för alla boende. Erfarenheter från avvikelser används också för att förbättra rutiner, kompetensutveckling och samverkan mellan olika yrkesgrupper.

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.



Svenska Palliativregistret

Nytorpgården deltar i svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede oavsett diagnos och vårdgivare. Genom registreringen följer verksamheten kvaliteten i den palliativa vården, identifierar förbättringsområden och säkerställer att vården är personcentrerad och kunskapsbaserad.

Resultaten visar mycket god måluppfyllelse inom flera centrala medicinska och strukturella delar av den palliativa vården. Läkarbeslut om palliativ vård, dokumenterade brytpunktssamtal samt ordination av vid-behovs-läkemedel för smärta och ångest uppnår målvärdena. Detta tyder på en tydlig struktur kring vårdens inriktning och en god beredskap för symtomlindring i livets slutskede.

Samtidigt framträder tydliga utvecklingsområden i den löpande uppföljningen under sista levnadsveckan. Smärtskattning genomförs inte konsekvent, och symtomskattning samt dokumenterad munhälsobedömning visar låga resultat. Detta indikerar brister i systematik och dokumentationsföljsamhet i den mest vårdintensiva fasen. Även indikatorer kopplade till trycksår förekomst, närvaro i dödsögonblicket och efterlevandesamtal ligger något under målvärdena och behöver följas upp.

Sammanfattningsvis visar analysen att den palliativa vården har en stark struktur kring beslut och planering, men att verksamheten behöver stärka den kontinuerliga bedömningen, dokumentationen och uppföljningen under sista levnadsveckan för att säkerställa en fullt ut jämlik och systematisk vård.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	100,0
Vårdplan	100,0	85,7
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	71,4
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	28,6
Dok. munhälsobedömnings sista levnadsveckan	90,0	42,9
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	85,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	85,7
Efterlevandesamtal	90,0	85,7

Nattfasta

Arbetet med nattfastan på Nytorpgården är personcentrerat och genomförs minst två gånger per år. Varje boendes önskemål och självbestämmande respekteras, vilket ibland innebär att nattfastan kan överskrida rekommenderade tider. För de som väljer att inte inta nattmål finns vårdplaner som säkerställer adekvat energiintag under övriga tider på dygnet. Genomsnittlig nattfasta ligger på cirka 9–9,5 timmar och inga fall av ofrivilligt lång nattfasta har rapporterats under året.

Avvikelser och förbättringsarbete

Nytorpgården behöver utveckla arbetet med att skriva fler avvikelser för att säkerställa hög patientsäkerhet.

- **Fallavvikelser:** Majoriteten av fall involverar boende med kognitiva nedsättningar. Förebyggande åtgärder som fysioterapeuters och arbetsterapeuters handledning, användning av hjälpmedel och proaktiv rapportering har gjort att antalet fallavvikelser inte varit så hög under 2025,
- **Läkemedelsavvikelser:** genom att analysera signeringssystemet Appva har vi kunnat konstatera att det förekommer en del avvikelser. Dessa avvikelser består i främst på glömda signeringar, registreringar av vid behovsläkemedel och tillfälliga brister i tillgången på mediciner. Ett stort arbete kommer att läggas under 2026 där fokus kommer ligga på läkemedelshanteringen.
- **Utredning och återkoppling:** Alla avvikelser analyseras noggrant.

Systematiskt förbättringsarbete

stödfunktioner såsom kvalitetssamordnare, verksamhetsutvecklare, vårdpedagog kommer att lägga mycket arbete på att följa upp läkemedelshantering, fallförebyggande åtgärder och hygienrutiner på Nytorpgården.

Läkemedelsgenomgångar

Det är läkarens ansvar att erbjuda läkemedelsgenomgångar till alla boende vid inflyttning, och därefter minst en gång per år. Tillsammans med läkaren upprättar sjuksköterskan en plan för när dessa genomgångar ska genomföras och ansvarar för att kontroller, provtagningar och symtomskattningar utförs enligt fastställda rutiner. Resultaten av läkemedelsgenomgångarna utvärderas kvartalsvis tillsammans med den patientansvariga läkaren (PAL).

Basala hygienrutiner

På Nytorpgsgården behöver följsamheten till basala hygienrutiner utvecklas. Självskattningar och observationer visar att verksamheten behöver tydlighet kring ansvarsfördelningen för uppföljning och efterlevnad, exempelvis när det gäller handdesinfektion före användning av skyddshandskar.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheten på strävar kontinuerligt efter att säkerställa hög patientsäkerhet så att både boende och deras närstående kan känna sig trygga i vården. Vård- och omsorgspersonalen arbetar metodiskt för att minimera risken för vårdskador och arbetet med att förbättra hanteringen av avvikelser utvecklas ständigt.

Under 2025 har följande avvikelser rapporterats:

- Fall: 59
- Läkemedel: 51
- Specifik omvårdnad: 5
- Specifik rehabilitering: 2
- Trycksår: 0
- Vårdkedjan: 8
- Vårdrelaterade infektioner: 0

Den största kategorin av avvikelser utgörs av fall och läkemedel. Totalt rapporterades 59 fallavvikelser där flera berör personer med kognitiva nedsättningar. De flesta fall är kopplade till några få boende

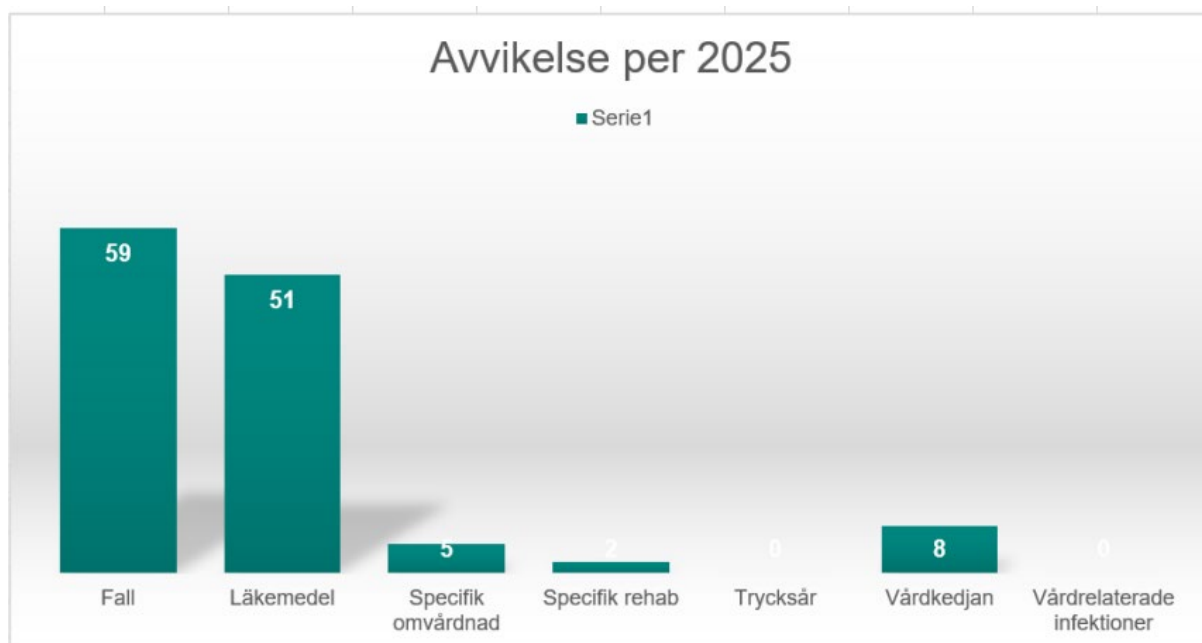
Läkemedelsavvikelserna är 51 stycken och orsakas ofta av glömda signeringar, missade registreringar av vidbehovsläkemedel samt problem med tillgång till ordinerade läkemedel. Ett viktigt säkerhetsarbete pågår för att minska dessa avvikelser, bland annat genom utbildning, digitala läkemedelssystem och kontinuerlig uppföljning av medicinhantering.

Stödfunktionerna i verksamheten tillsammans med tf. enhetschef har sedan i höstas spelat en stor roll i att implementera rutiner och säkerställa tydliga ansvarsområden för alla yrkesgrupper. Detta arbete har lett till en snabbare och mer effektiv hantering av avvikelser samt förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården.

Övriga avvikelser, såsom vårdkedjan och specifik omvårdnad eller rehabilitering, hanteras

noggrant med individuella åtgärdsplaner för att förebygga framtida risker.

Genom regelbundna granskningar och uppföljningar fortsätter Nytorpgården arbetet med att analysera orsaker och vidta nödvändiga åtgärder för att minimera risken för vårdskador och säkerställa en trygg vårdmiljö.



Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Inkomna synpunkter och klagomål från boende och deras närstående utgör viktiga återkopplingsmekanismer för att förbättra vårdkvaliteten och patienternas upplevelse av vården. På Nytorpgården analyseras dessa noggrant av det berörda teamet, som bedömer vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra vården.

Genom att samla in och utvärdera feedback identifieras områden där rutiner, kommunikation eller stödinsatser kan förbättras. Föreslagna åtgärder kan exempelvis omfatta implementering av nya rutiner eller protokoll, förstärkt kompetensutveckling för personalen eller förbättrad information och dialog med boende och närstående.

När åtgärderna är genomförda återkopplas resultaten till de berörda parterna, inklusive patienter och närstående. Denna transparens och öppna dialog visar på Nytorpgårdens engagemang för att lyssna på och agera på feedback, vilket främjar förtroende, respekt och samarbete inom vården.

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.



I verksamheten finns en känd krisrutin gällande olika oväntade händelser och agerande. Verksamheten har ett krisförråd med mat för en vecka. Risk och konsekvensanalys finns för boendet hur vi ska agera vid oväntade händelser.

Rutin finns för driftstopp avseende journalföring samt rutin för strömbrott.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

En säker och personcentrerad vård förutsätter tydlig styrning, stabil ledning och välfungerande samverkan. Under 2025 har Nytorpgsgården stärkt strukturer, tydliggjort ansvar och skapat organisatorisk stabilitet. Detta arbete utgör grunden för det fortsatta utvecklingsarbetet under 2026.

Målet för kommande år är att ytterligare stärka kvalitet, patientsäkerhet och samordning i hälso- och sjukvården genom tydliga arbetssätt, systematisk uppföljning och nära samverkan med våra vårdpartners.

Samverkan med ansvarig läkarorganisation säkerställs genom regelbundna ronder och löpande medicinsk dialog, vilket ger förutsättningar för snabb bedömning och kontinuitet i vården. Deltagande i lokala nätverk med andra vård- och omsorgsboenden bidrar till erfarenhetsutbyte och gemensam utveckling av arbetssätt.

Ett prioriterat område under 2026 är att vidareutveckla och kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen för att säkerställa struktur, spårbarhet och följsamhet till beslutade åtgärder.

Ytterligare ett prioriterat utvecklingsområde under kommande år är att stärka avvikelserapporteringen. Analys visar att det finns en differens mellan inträffade händelser och det som faktiskt rapporteras i avvikelssystemet. För att säkerställa ett tillförlitligt underlag för analys och förbättring behöver rapporteringsbenägenheten öka.

Fortsatta fokusområden under året är:

stärkt följsamhet till basala hygienrutiner

tydlig ansvarsfördelning inom HSL

implementering och uppföljning av SBAR som kommunikationsverktyg

kompetensutveckling för ombudsfunktioner

systematisk uppföljning av delegeringar

implementering av nytt digitalt trygghetslarm

utveckling av BPSD-arbetet

reflektionsgrupper kopplade till Silviacertifiering

En strategiskt viktig fråga under 2026–2027 är den planerade ombyggnationen och utökningen av verksamheten. Utökningen av antalet platser innebär förändrade flöden, omflyttningar av boende samt anpassning av personalresurser. För att säkerställa fortsatt god och säker vård kommer risk- och konsekvensanalyser att genomföras löpande, med särskilt fokus på patientsäkerhet, kompetensförsörjning och kontinuitet.

Sammanfattningsvis är målet att under kommande år konsolidera befintliga strukturer, stärka det multiprofessionella samarbetet och säkerställa att verksamhetens tillväxt sker med bibehållen kvalitet och hög patientsäkerhet.