

## **Granskning av kommunal Hälso- och sjukvård, Vård och omsorgsboende 2025**



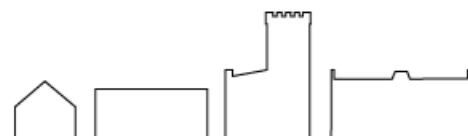


## Sammanfattning

Årets hälso- och sjukvårdsgranskning 2025 visar att verksamheterna uppfyller kraven på god och säker vård samt god hygienisk standard. Ett fåtal brister på acceptabel nivå har uppmärksamats vid detta granskningstillfälle. Områden som berörs är hjälpmedel och vård i livets slut. Här har några verksamheter brister kring följsamhet gällande aktuella rutiner för hjälpmedel och en verksamhet behöver göra noggrannare registreringar i Palliativa registret. Verksamheterna som fått påpekanden har därmed fått handlingsplaner för att åtgärda bristerna innan årets slut.

## Rapport

Datum: 2025-10-22  
Socialförvaltningen  
Susanne Fäldt





## Innehåll

Granskning av kommunal Hälso- och sjukvård, Vård och omsorgsboende 2025 .....	1
Sammanfattning.....	2
Inledning .....	4
Metod.....	4
Resultat .....	5
Bedömning.....	8

## Inledning

Socialnämnden, Danderyd kommun, ska som huvudman erbjuda en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet och en god hygienisk standard enligt Hälso-och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvården omfattar även habilitering, rehabilitering samt att tillgodose behovet av hjälpmedel.

Kommunal hälso- och sjukvård regleras genom författningar och omfattas även av nationella riktlinjer samt överenskommelser mellan regioner och kommuner. Vårdgivaren och dess utförare ska även följa Danderyd kommuns och MAS riktlinjer samt de krav som framgår i avtal med kommunen.

Under hösten 2025 har en granskning av hälso-och sjukvården gjorts inom Danderyd kommuns vård- och omsorgs boenden för äldre där personer bor efter beviljat biståndsbeslut från kommunen. Granskningen har utförts av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) på uppdrag av socialnämnden.

## Metod

Granskningen är utförd under tidperioden 2/9–21/10–2025. Samtliga verksamheter har fått ett fysiskt besök av MAS och granskningen har genomförts i dialog med verksamhetschefer, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Genomgång av patientsäkerhetsberättelser, läkemedels granskningar från Apoteket, kontroll av dokumentation samt resultat i kvalitetsregister har genomförts och ligger till grund för rapporten. Vidare har en okulär kontroll gjorts i till exempel läkemedelsrum, tvättstugor och kök.

En sammanvägd bedömning av respektive ämnesområde redovisas med färgmarkeringar:

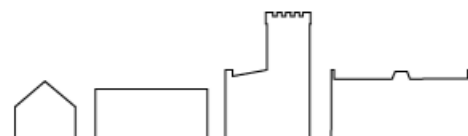
Omfattande och allvarliga brister.	Allvarliga brister förekommer.	Acceptabel nivå där mindre brister förekommer.	Nivå som uppfyller ställda krav för en god och säker vård.
------------------------------------	--------------------------------	--	--

Grön nivå innebär att vården är god och säker utifrån uppställda krav.

Gul nivå innebär att det finns identifierade brister men som inte bedöms allvarliga.

Orange nivå innebär att allvarliga brister, alternativt flera mindre allvarliga brister som sammantaget bedöms som allvarliga, har identifierats.

Röd nivå innebär att verksamheten har alarmerande brister som kräver omgående åtgärd.





Resultaten återkopplas till verksamhetschefer av MAS. Brister åtgärdas enligt upprättad handlingsplan för respektive verksamhet och följs upp av MAS.

## Resultat

### Egen regi

2023

2024

2025

#### Annebergsgården

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemanning

Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Samverkan och  
informationsöverföring

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

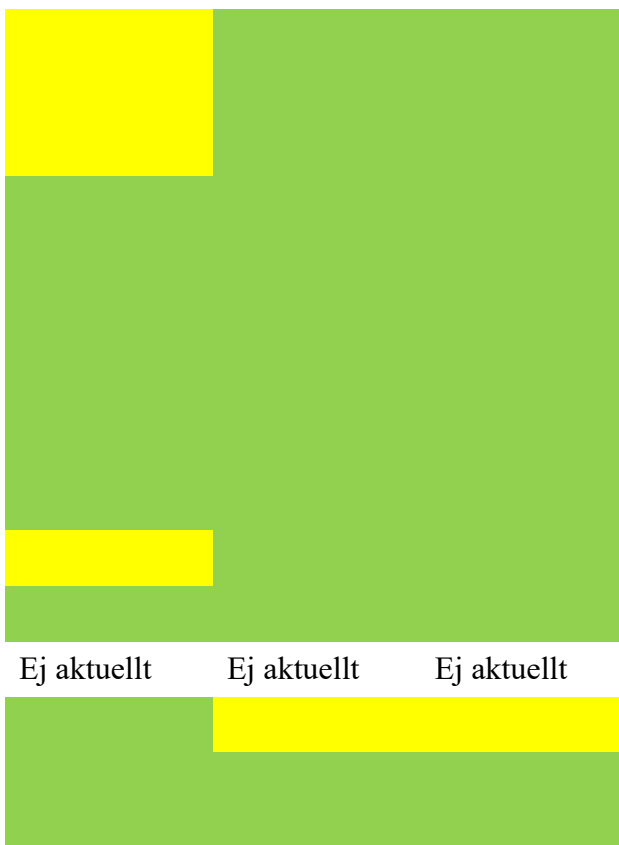
Rehabilitering/ Habilitering

Vård i livets slut

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel

Undernäring, Trycksår,  
Munhälsa



### Egen regi -

2023

2024

2025

#### Stocksundsgården

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemanning





Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Samverkan och  
informationsöverföring

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

Rehabilitering / habilitering

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel

Undernäring, Trycksår,  
Munhälsa

Vård i livets slut

**Egen regi -Klingsta**

**2023**

**2024**

**2025**

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemanning

Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

Rehabilitering / habilitering

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel

Undernäring, Trycksår  
Munhälsa

Vård i livets slut



**Egen regi -Storkalmar**

**2023**

**2024**

**2025**

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemanning

Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

Rehabilitering / habilitering

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel

Undernäring, Trycksår

Munhälsa

Vård i livets slut

**Blomsterfonden-  
Tallgården**

**2023**

**2024**

**2025**

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemanning

Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

Rehabilitering / habilitering

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel



Vård i livets slut

Undernäring, Trycksår

Munhälsa

Vård i livets slut



**Blomsterfonden-Svalnäs**

**2023**

**2024**

**2025**

Kompetensutveckling

Ledningssystem för kvalitet

Vårdhygien

Bemannning

Systematiska  
patientsäkerhetsarbetet

Patientjournal och hantering  
av personuppgifter

Rehabilitering / habilitering

Vård vid demenssjukdom

Hjälpmedel

Undernäring, Trycksår

Munhälsa

Vård i livets slut





## Bedömning

### Annebergsgården, Stocksundsgården, Klingsta och Storkalmar

#### Kompetensutveckling

*I gällande LOV-avtal ska utföraren på ett systematiskt sätt arbeta för att de krav som ställs i Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar inom socialtjänstens omsorg om äldre, (SOSFS 2011:12 och HSL-FS 2021:107) Vårdgivaren ska också svara för att löpande ge personalen adekvat kompetensutveckling, fortbildning och handledning för att ge en god och säker vård.*

Samtliga utförare arbetar kontinuerligt med fortbildning och repetition av färdigheter utifrån verksamheternas interna behov. Lokala utbildningar pågår till exempel ombudutbildning i BPSD registret (Beteende och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom). Registrerat är ett av de kvalitetsregister som verksamheterna ska arbeta med enligt gällande Lov avtal för att stärka den personcentrade omvårdanden för boende med kognitiva sjukdomar. Vidare fortsätter flera verksamheter inom egenregion i år med ätprojektet ÄT UPP i syfte att bibehålla sin certifiering som de tidigare fått efter att alla personal genomgått utbildningarna. Årlig utbildning i förflyttningsteknik har genomförts för all personal. På grund av personalomsättning och för att upprätthålla kunskapsnivåerna hos redan anställd personal behöver flera interna utbildningar repeteras. Vårdhygien och dokumentation är exempel på utbildningar som ges regelbundet.

#### Ledningssystem för kvalitet

*Ledningssystemet ska vara utformat i enlighet med den senaste versionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. I gällande LOV avtal framgår att leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera, förbättra verksamheten.*

Samtliga utförare arbetar enligt SOSFS 2011:9. Årets granskning visar att samtliga verksamheter visar på god följsamhet gällande egenkontrollen. Stickprovskontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att anteckningar och uppföljningar av insatser från

sjuusköterska har god följsamhet och händelseförlopp kan följas. Återkoppling till personalgruppen görs regelbundet enligt verksamheternas rutiner och åtgärder vidtas. Verksamheterna genomför egenkontroll enligt års hjul utan anmärkning.

### **Vårdhygien**

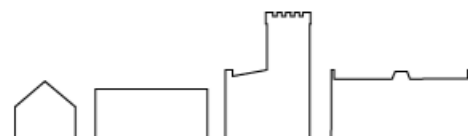
*Enligt gällande LOV-avtal ska utföraren arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utföraren ska genom Vårdhygiens avtal genomgå hygienrond med bedömning av verksamhetens hygieniska standard regelbundet. Vidare ska utföraren arbeta med systematiska egenkontroller för att kunna följa resultat, mönster och trender och kvalitetssäkra en god hygienisk standard inom verksamheten (MAS riktlinje Vårdhygien).*

2025 års granskning visade att samtliga utförare påvisade en god och säker vård utifrån gällande regelverk, avseende vårdhygien på vård- och omsorgsboendena. Utmaningen är att upprätthålla basala hygienrutiner varför verksamheterna har praktiska utbildningar och kontroll av personal görs regelbundet under året. Verksamheterna följer varje månad vårdrelaterade infektioner, vilket redovisas och lätt kan följas. Okulära kontroller utifrån lokala rutiner har gjorts vid granskningstillfället som tvättstugor, kök och personalutrymmen utan anmärkning.

### **Systematiska patientsäkerhetsarbetet**

*Enligt gällande LOV-avtal ska utföraren rapportera i relevanta kvalitetsregister. Utföraren ska vara ansluten till och kunna arbeta med riskbedömningar i Senior alert för att tidigt upptäcka risker och förebygga trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen för den enskilde där behov föreligger. Utföraren ska vara ansluten till och rapportera i Svenska Palliativregistret. Utförare som driver en demensenhet ska vara ansluten till och arbeta teambaserat utifrån BPSD kvalitetsregister (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).*

Samtliga utförare gör riskbedömningar i aktuella kvalitetsregister. Årets granskning visar på god följsamhet gällande åtgärder och uppföljning av olika riskfaktorerna som till exempel nutrition, munhälsa och vikt, vilket framgår av dokumentationen. Arbetet i det Palliativa



registret visar god registrering och följsamhet där de översiktliga resultaten för varje enhet visar på god palliativ vård.

### **Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel**

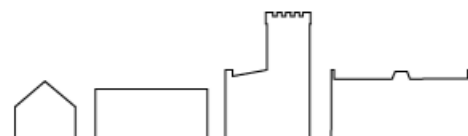
*Enligt gällande LOV-avtal ska verksamheterna ansvara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa ska utföras i syfte att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt med målsättning att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion.*

Årets granskning visar att verksamheterna tillhandahåller i huvudsak en god och säker rehabilitering / habilitering. Samtliga verksamheter har genomfört fortbildning i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal. Vidare får personalen också handledning av fysioterapeut eller arbetsterapeut praktiskt och man tar upp behov regelbundet på veckomöten. Dokumentation för spårbarhet gällande hjälpmedel kopplat till respektive boende finns hos alla verksamheter (SOSFS 2008 Kap.13 § 6). Under året har konsulter använts i stor utsträckning. Vid granskningstillfället fanns vissa oklarheter gällande den lokala rutinen om vart man kan hitta information om boendes hjälpmedel och hur man använder dessa. Detta måste verksamheten förtydliga och säkerställa för all personal.

### **Vård vid demenssjukdom**

*Enligt gällande LOV-avtal ska utförare med demensinriktning erbjuda en personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Utföraren ska arbeta teambaserat utifrån kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Personal ska ges möjlighet att utbildas till BPSD administratörer. Vård-och omsorgspersonal ska få kontinuerlig utbildning, träning och handledning inom området.*

Samtliga boende med demenssjukdom är registrerade i BPSD -registret. De boenden som vårdar personer med demenssjukdom visar årets granskning att den personcentrerade



omvårdnaden för målgruppen behöver fortsätta stärkas och utvecklas. Verksamheter med demensinriktning arbetar med att upprätthålla kompetensen genom att arbeta med kvalitetsregistret och fortbilda personalen. Detta görs bland annat genom veckomöten och följa upp handlingsplaner som gjort för att minska BPSD symtom.

### **Vård i livets slut**

Verksamheterna ska registrera boende i livets slut i Svenska Palliativa registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registreringen är att förbättra vård i livets slut för den boende och dennes anhöriga. Vidare ska MAS riktlinje Vård i livets slutskede -Palliativ vård följas.

Årets granskning visar på god följsamhet i Palliativa registret i samband med vård i livets slut. Verksamheterna arbetar aktivt med palliativa ordinationer och brytpunktssamtal för anhöriga. Aktuella läkemedelsordinationer för vård i livets slut finns dokumenterade för symtomkontroll.

## **Blomsterfonden Tallgården och Svalnäs**

### **Ledningssystem för kvalitet**

*Enligt gällande LOV-avtal ska utföraren rapportera i relevanta kvalitetsregister. Utföraren ska vara ansluten till och kunna arbeta med riskbedömningar i Senior alert för att tidigt upptäcka risker och förebygga trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen för den enskilde där behov föreligger. Utföraren ska vara ansluten till och rapportera i Svenska Palliativregistret. Utförare som driver en demensenhet ska vara ansluten till och arbeta teambaserat utifrån BPSD kvalitetsregister (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).*

Båda verksamheterna arbetar i ovan angivna kvalitetsregister med god följsamhet kring riskbedömning och åtgärder i Senior Alert. Båda verksamheterna är Ät upp certifierade med hjälp av Kunskapslyftet och syftar till att minska malnutrition, nattfasta och viktnedgång hos de äldre. Verksamheterna redogör för en god följsamhet gällande egenkontrollen och arbetar utifrån ett års hjul för planerad egenkontroll och verksamhetsutveckling som patientsäkerhet

och kompetensutveckling. Båda verksamheterna har arbetat med kompetensutveckling inom bland annat inkontinensvård, munhygienutbildning, läkemedelsutbildning från Apoteket, hygienutbildning från Vårdhygien och anhörigombud.

## **Vårdhygien**

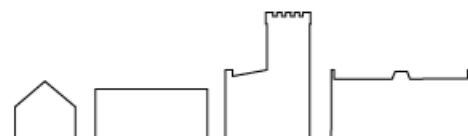
*Enligt gällande LOV-avtal ska utföraren arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utföraren ska genom Vårdhygiens avtal genomgå hygienrund med bedömning av verksamhetens hygieniska standard regelbundet. Vidare ska utföraren arbeta med systematiska egenkontroller för att kunna följa resultat, mönster och trender och kvalitetssäkra en god hygienisk standard inom verksamheten (MAS riktlinje Vårdhygien).*

Årets granskning visar på god av hygienrutiner och egenkontroll. Egenkontroller är gjorda regelbundet. Okulära besiktningar görs. Verksamheten utför regelbundet skattningar för vårdrelaterade infektioner. Svalnäs har stärkt arbetet med basala hygienrutiner med anledning av tidigare MRSA spridning i verksamheten. Samlad bedömning är att verksamheterna har en god hygienisk standard.

## **Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel**

*Enligt gällande LOV-avtal ska verksamheterna ansvara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa ska utföras i syfte att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt med målsättning att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion.*

Båda boendena har god kontroll på hjälpmedlen. Dokumenterad spårbarhet finns till förskrivna hjälpmedel (SOSFS 2008 Kap13. § 6). Verksamheterna visar en god kontinuitet för habiliteringsinsatser för de boende och teamsmöten med paramedicinare genomförs regelbundet. Förflytningsutbildningar för personalen genomförs enligt avtal. Fallrund görs regelbundet för att förebygga och /eller utreda fallskador. Sammanlagd bedömning är att verksamheterna har en god och säker vård för det boende inom det paramedicinska området.



### **Vård vid demenssjukdom**

*Enligt gällande LOV-avtal ska utförare med demensinriktning erbjuda en personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Utföraren ska arbeta teambaserat utifrån kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Personal ska ges möjlighet att utbildas till BPSD administratörer. Vård-och omsorgspersonal ska få kontinuerlig utbildning, träning och handledning inom området.*

Verksamheterna arbetar aktivt i kvalitetsregistret BPSD med handlingsplaner för boende med demenssjukdom. Under sommaren har uppföljningarna uteblivit både på Tallgården och Svalnäs. Tre sjuksköterskor har under 2025 utbildats i BPSD registret och utbildning av baspersonal pågår. Vid årets granskningstillfälle släpar uppföljningarna efter men ligger inom ramen för godkänt enligt min bedömning.

### **Vård i livets slut**

Verksamheterna ska registrera boende i livets slut i Svenska Palliativa registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registreringen är att förbättra vård i livets slut för den boende och dennes anhöriga. Vidare ska MAS riktlinje Vård i livets slutskede - Palliativ vård följas.

På boendet Tallgården och Svalnäs fortsätter verksamheterna med att stärka den palliativa kompetensen. Tallgårdens resultat i Palliativa registret är bättre i år, då fler brytpunktsamtal och smärtskattningar är registrerade. Verksamheterna har en palliativt ansvarig sjuksköterska om flera ombud ska utbildas under året. Svalnäs däremot behöver göra noggrannare registreringar gällande munvård och smärtskattning vid vård i livets slut. Bedömningen är att det finns brister på acceptabel nivå men vilka behöver adresseras.