

Handläggare: Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Sektor/Avdelning: Socialförvaltningen,  
Hälsa-och sjukvårdsenheten

Mottagare: Socialnämnden

# Patientsäkerhetsberättelse

Skinnskattebergs kommun

År 2025



# Inledning

## Patientsäkerhetsberättelse, enligt (SFS 2010:659)

### Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1 januari 2011. Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 som gäller från 1 januari 2011 ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med lagen är att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och jämförlig verksamhet genom att tydliggöra vårdgivarens ansvar.

### Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369)

I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till patientsäkerhetslagen (2010:659).

### Patientberättelsens tillgänglighet

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 10 § ska det finnas en patientsäkerhetsberättelse tillgänglig för den som önskar ta del av den. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara upprättad senast den 1 mars varje år.

### I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå;

- Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående år.
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
- Vilka resultat som uppnåtts.

# Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Inledning.....	2
Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
Engagerad ledning och styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	13
En god säkerhetskultur.....	18
Adekvat kunskap och kompetens.....	19
Patient som medskapare.....	22
Agera för säker vård.....	23
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	28
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	29
Säker vård här och nu.....	30
Riskanalys.....	30
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelse.....	38
Klagomål och synpunkter.....	44
Öka, riskmedvetenhet och beredskap.....	44
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	45

# Sammanfattning

Organisationen Socialförvaltningen, vård- och omsorg i Skinnskattebergs kommun 2025 består av socialchef, enhetschefer, sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, medicinskt ansvarig sköterska, MAS samt omvårdnadspersonal. Vi tillsammans ansvarar för att följa upp hur patientsäkerheten inom kommunens särskilda och ordinära boendeformer bedrivs. Vi ansvarar tillsammans för att rutiner och riktlinjer utformas enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Skinnskattebergs kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för patienter som bor i särskilt boende (SÄBO), LSS-boende samt patienter i ordinärt boende där behov av hemsjukvård har blivit bedömt. Kommunen ansvarar också för hembesök till personer över 18 år där behov av hembesök via 1177 föreligger samt enstaka uppdrag från primärvård där uppdraget tex kan vara utprovning av hjälpmedel och provtagning mm. Vi utför också uppdrag från specialistvården.

Under 2025 har patientsäkerhetsarbetet fortsatt. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten. Basala hygienrutiner och klädregler har följts och egenkontroller vad gäller hygienföreskrifter har utförts. Samarbetet med vårdhygien, smittskydd i region Västmanland har skett kontinuerligt under året samt vid behov för att hålla oss uppdaterade angående smitta och vaccinationer mm. Vaccination mot covid-19 har genomförts under våren och under hösten. Vaccin mot säsongsinfluensa samt pneumokockvaccin mot lunginflammation har erbjudits alla över 65 år på särskilda boenden och i ordinära boenden i oktober. Mötena med vårdhygien har skett digitalt via teams där berörda från alla kommuner och regionen medverkat. Rutiner från vårdhygien och smittskydd har reviderats under året och lokala rutiner.

Den stora förändringen i rutiner är det förebyggande arbetet kring smitta gällande virusinfektioner framför allt säsongsinfluensan. Smittskydd har upprättat en algoritm som sjuksköterskor ska följa och som i stora drag innehåller provtagning, förebyggande läkemedel och observation. Under 2025 har algoritmen följts och enstaka patienter har blivit provtagna och även påbörjat behandling med det förebyggande läkemedlet. Att arbeta proaktivt räddar liv. Enligt smittskydds enheten har direktiv kommit för att arbeta förebyggande hos våra sjuka, sköra och äldre. Sjuksköterskan ska vara observant vid förkylningssymtom som kan tyda på influensa, covid eller RS och ska påbörja förebyggande behandling med läkemedel efter kontakt med ansvarig läkare. Det har lett till en förbättrad kvalitetssäkring.

Samverkanmöten med vårdcentralen har skett kontinuerligt. Följsamheten till basala hygienrutiner är god och det finns ett närvarande ledarskap.

Egenkontroller, kvalitetskontroller, riskbedömningar och avvikelsetredningar har genomförts enligt rutin. Systematiskt kvalitetsarbete i form av en avvikelserutin och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. strategier för förebyggande åtgärder har presenterats för samtliga medarbetare inom socialförvaltningen. Säker läkemedelshantering kontrolleras, förutom via avvikelshanteringen, även genom en kvalitetsgranskning av läkemedel av extern farmaceut. klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vår kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen, såväl internt som externt.

Under -25 har arbetet i Cosmic fortsatt och sjuksköterskor (superanvändare) och MAS samverkat med region och andra kommuner för att journalsystemets upplägg för de som arbetar i systemet. Handledning har erbjudits både i grupp och individuellt för att skapa samsyn i det nya dokumentationssättet.

Arbetet kring "Nära Vård" fortsätter och samarbetet med närvårdsteamet i norra länsdelen fortgår. Den största förändring inom svenska sjukvård står för dörren. Samverkan och teamarbete är förutsättningar

för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt för en omställning till god och nära vård.

År 2025 har varit ett intensivt år och arbetet med att stärka patientsäkerheten i kommunens verksamheter har fortsatt. En korrekt informationsöverföring mellan yrkesgrupper som arbetar med en patient är avgörande för en god och säker vård och vi har fortsatt att lyfta utvecklingen av välfärdsteknik och digitala lösningar. Utgångspunkten är att ta tillvara på digitaliseringens möjligheter för att öka kvaliteten och använda resurser smartare.

Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshantering, såväl internt som externt väntar på att starta upp digital avvikelshantering system under 2026.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

Förutsätter en personal med lämplig utbildning och erfarenhet, en välfungerande organisation och arbetsledning. Rättssäkerhet, tillgänglighet, ett respektfullt bemötande och den enskildes delaktighet är också viktiga faktorer. Ett genomtänkt arbetssätt samt uppföljning och utvärdering av olika insatser är framgångsrikt.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens, patienten som medskapare.

### Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds inom vård och omsorg i Skinnskattebergs kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet utgå från identifierade risker, avvikelser och förbättringsområden och leda till förebyggande insatser som stärker patientsäkerheten.

Samverkan för patientsäkerhet är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och samverkan med andra vårdgivare. ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten. Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda händelser som uppkommit. När medarbetare använder

framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

De patienter som berörs erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen. Syfte är att reglera ansvaret så att samarbetet ska fungera väl, patienten ska alltid ges självbestämmande och vara delaktig för att garanteras trygghet och kontinuitet vid behov av vårdinsatser. Vardera parten har sitt ansvar gentemot de patientgrupper som berörs, respekt för varandras uppdrag i vården ska vara en självklarhet, parterna samverkar med bevakning av omvärldsorientering och arbetar gemensamt med utvecklingen från såväl regionalt som nationell nivå.

### Strategier för patientsäkerhetsarbetet

Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen med att utföra egenkontroller genom kollegial journalgranskning, erbjuda utbildning för att höja kompetensen. Fortsätta med regelbundna teammöten samt utveckla kvalitén gällande innehåll och struktur på dessa teammöten genom att förbättra befintliga rutiner och arbetssätt. Teamarbetet kring fall behöver utvecklas med nya arbetssätt och rutiner. Utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder genom kompetensutveckling och feedback egenkontroller och fler möten med hygienombud.

BPSD-registreringen och kunskapen om demenssjukdom har höjts under 2025 genom att personal har utbildats. Granskning av att korrekt information registreras i palliativregistret har utförts och har till stor del gjorts korrekt från kommunen. Utveckla nya arbetssätt och rutiner samt belysa avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten. Kompetensutveckling inom palliativ vård för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har genomförts. Rutiner om palliativ vård samt egenkontroll i palliativregistret har till viss del uppdateras kontinuerligt.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

## Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

### Vård och omsorg

Vård och omsorg ska inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Vård och omsorg ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

### Socialchef

Socialchef för vård- och omsorg, ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet, se till att det finns riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och analysera verksamheten så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten samt bevaka verksamhetens totala resursbehov.

Socialchef ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Socialchefen ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter utifrån de krav som ställs för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS har tillsammans med socialchef ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att riktlinjer och rutiner finns och att lagar författningsbestämmelser och andra regler är kända. Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning utifrån författningsreglering mellan funktionerna socialchef och MAS. Ansvarsfördelningen ingår som en del i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjerna och rutiner fastställda av socialchef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är väl kända och efterföljs ute i verksamheten. Enhetschefer för vård och omsorg, LSS samt socialpsykiatri har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet så att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt är kostnadseffektiv. De ansvarar också för att rutiner används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ansvarar för att personal har kompetens för att utföra arbetet patientsäkert. Enhetschefen har även ansvar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet fortgår enligt lag.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. Patientansvarig sjuksköterska (PAS) ansvarar för 15–26 patienter. PAS finns på enheten måndag-fredag 7.00-16.00. Kvällar helger och nätter finns en sjuksköterska som bedriver hälso- och sjukvård tillsammans med omvårdnadspersonal under kvällar, nätter och helger bedrivs endast jourverksamhet med ansvar för de patienter som är inskrivna i kommunen. Nytt för 2025 är att hemsjukvårdens sjuksköterska har telefontid för inskrivna i hemsjukvården, anhöriga och invånarna i Skinnskatteberg. Telefontid är 07.30-08.15.

Arbetsterapeut och fysioterapeut arbetar måndag-fredag 08.00-17.00. Rehab ansvarar för bedömningar tex av fysiska funktioner, gör individuella rehabiliteringsplaner, förskriver hjälpmedel och gör bostadsanpassningar

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet. Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i arbetet att tillgodose att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

### Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

**Folkhälsomyndigheten (FHM)** är en nationell kunskaps myndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Myndigheten har under 2025 haft en betydande roll för att vägleda och för att säkerställa ett effektivt smittskyddsarbete och har även haft en betydande roll i vaccinationsfrågor. Myndigheten fortsätter att ge nationella allmänna råd och rekommendationer kring olika infektionssjukdomar och främjar en god och jämlik hälsa genom att minska de påverkbara hälsoklyftorna, förebygger sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd och skydda befolkningen från olika former av hälsohot

**Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprovning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter

**Patientnämnden** ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål. Patientnämnden ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje region och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, Skinnskattebergs kommun är ansluten till Region Västmanlands patientnämnd.

**Socialstyrelsen** är en myndighet som tar fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. De tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur verksamheterna lever upp till föreskrifternas krav.

**Smittskydd/vårdhygien** i region Västmanland har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Västmanland främst genom rådgivning, riktlinjer och utbildning. Under 2025 har Skinnskattebergs kommun haft stöd av vårdhygien gällande vaccinationer och smittsamma virussjukdomar. Under 2025 planerades hygienronder på samtliga äldreboenden som kommer att genomföras under första kvartalet 2026 och därefter vart tredje år.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvalitén på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS och för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården. Samverkan sker på olika nivåer både nationellt, regionalt och lokalt där olika professioner i förvaltningen deltar utifrån uppdrag.

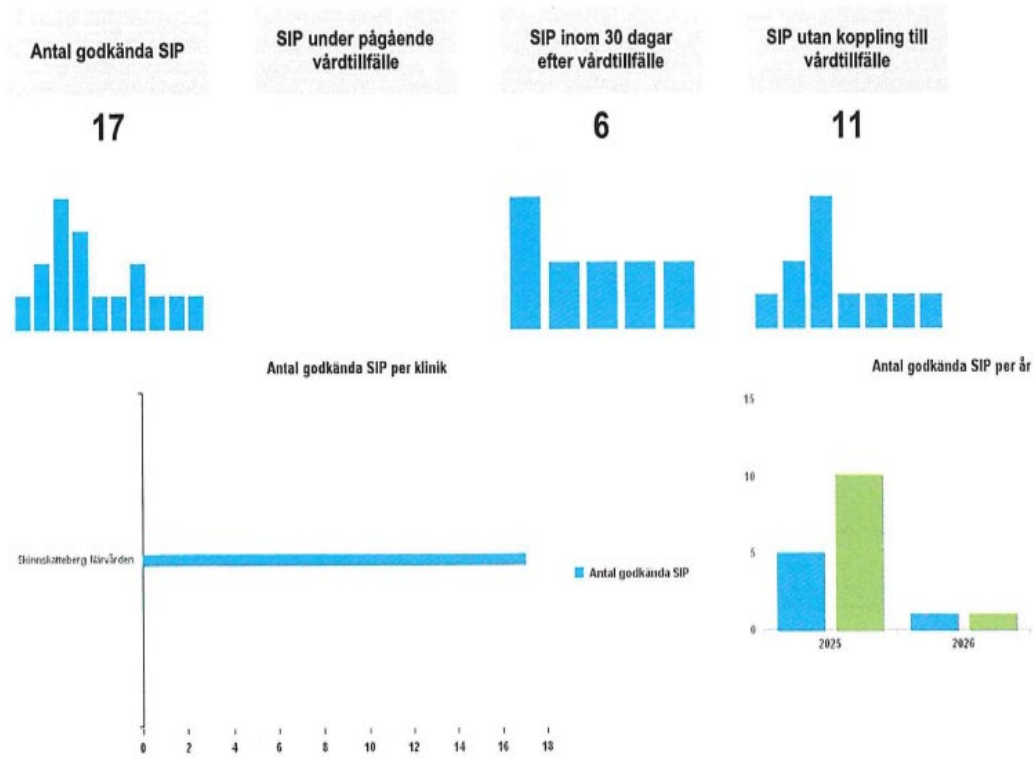
Lokala avtal finns för samverkan med den som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Avtalen reglerar hur samverkan ska ske mellan läkaren och verksamheten, vem som är patientansvarig läkare och tidpunkter för läkarens besök. Avtalen beskriver även hur informationsflödet för läkarinsatser mellan slutenvården ska vara till de olika kommunala verksamheterna, både planerade och akuta insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med verksamhetschef på vårdcentralen följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall som sedan rapporteras till regionen. Enhetschefer och legitimerad personal har fått information om de uppdaterade avtalet.

Vårdskada kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmän och annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhus, vårdcentral och kommunen.

### SIP

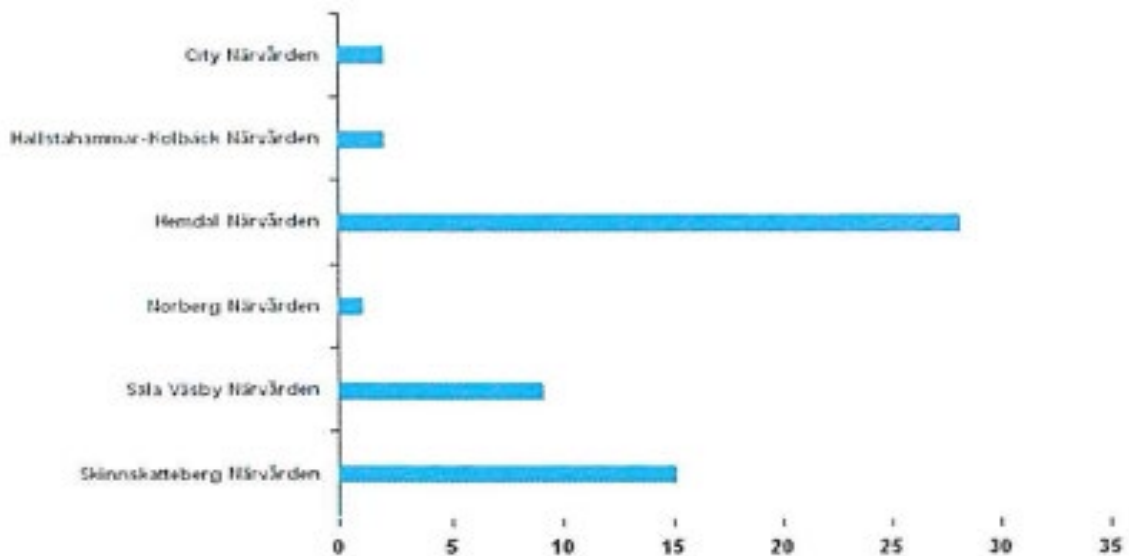
Samordnad individuell plan, SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att den enskilde patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. I lagstiftningen, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), finns bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. Under 2025 har flertalet samordnade individuella planer gjorts i kommunen och i samverkan med primärvårdens sjuksköterska. I Skinnskattebergs kommun görs många samordnade individuella vårdplaneringar (SIP). Det är önskvärt att alla kommuner följer samma mönster. SIP är viktigt för att stärka samverkan mellan olika aktörer och för den enskilde. MAS har under -25 medverkat i Rådet för samverkan vid utskrivning. Enligt DUVA (Cosmic), har statistik tagits fram. Vårdcentralen är den som ska vara sammankallande till SIP men även andra aktörer kan kalla till SIP. Vårdcentralen har varit sammankallande 17 gånger och kommunen 1 gång. Tillsammans har 18 planeringar gjorts under -25. Detta är ett bra resultat i jämförelse med andra kommuner i förhållande till folkmängd.

År: 2025,2026  
Vårdande Förvaltning: Närvården Västmanland  
Vårdande Klinik: Skinnskatteberg Närvården



År: 2025  
Vårdande Förvaltning: Närvården Västmanland  
City Närvården; Hallstahammar-Kolbäck Närvården; Hemdal Närvården; Norberg Närvården; Sala Väsby Närvården; Skinnskatteberg Närvården  
Vårdande Klinik: Närvården

**Antal godkända SIP per klinik**



## Läkare

Läkarstöd omfattas av ett samverkansavtal som gäller för patienter med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt de med korttidsplats. Läkarstöd ansvaras av vårdcentralen måndag – fredag under dagtid. Övrig tid finns MFLE, mobila familjeläkare enheten som arbetar när vårdcentralen är stängd. MFLE som ansvarar för akuta rådgivningar och bedömningar. Avtalet följs upp en gång om året av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschef på vårdcentralen.

## Samverkan externt

- Regelbundna träffar i lokal samverkansgrupp med primärvården och kommunen. Information och dialog kring förändringar i respektive verksamhet
- Ledningsgrupp har träffar med primärvården som görs regelbundet
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Västmanland finns och innefattar läkarmedverkan genom telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök i ordinärt och särskilt boende av läkare
- Kontakt med vårdcentralernas läkare för ordinationer, läkemedelsgenomgångar, medicinska bedömningar och förtydligande av behandlingsinsatser
- Ronder planerat 3 ggr/veckan. Läkare har rond 2 ggr/veckan på boendena, 1 ggr/veckan på vårdcentral
- Specialistvård med bland annat dietist, stomiterapeut, palliativa teamet, geritriken och minnesmottagning
- Årlig läkemedels-genomgång tillsammans med familjeläkarmottagningen, hemsjukvårdens och särskilda boendeformernas sjuksköterskor för säker läkemedelshantering
- Samarbete kring hjälpmedel via Hjälpmedelscentrum (HMC), inklusive förskrivning, service och utbildning
- Samverkan med Smittskydd/Vårdhygien. Två kommunala hygiensjuksköterskor delas med de andra kommunerna i Västmanland
- Gemensamma träffar med region Västmanland, samverkan om hälso- och sjukvård mm
- Nätverk för medicinskt ansvariga i Västmanland MAS och MAR från länets alla kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument kring hälso- och sjukvård framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet
- Kommunrepresentanter deltar i möten och olika utvecklings forum och med Region Västmanland
- Samverkan med Närvårdsteam 2 gånger/veckan sjuksköterska vårdcentral, sjuksköterska kommun och rehabiliteringspersonal från kommun samt vid behov
- Cosmic Link möten i samverkan med vårdcentralen 5 dagar/veckan sjuksköterska vårdcentral, sjuksköterska kommun, rehabiliteringspersonal kommun och biståndshandläggare
- Utskrivningsprocesser från sjukhus, daglig hantering av utskrivningar via gemensam digital plattform, inklusive vårdplanering, riskbedömningar och informationsöverföring.
- En samordnad individuell plan SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård. MAS medverkar i rådet för samverkan vid utskrivning.
- MAS medverkar i palliativa rådet som är en rådgivande expertgrupp som verkar stödjande vid framtagande av beslut och underlag med syfte att säkerställa en god och jämlik palliativ vård för alla oavsett ålder, diagnos, vårdform eller bostadsort i länet. Även att utveckla den palliativa vården i samma takt som övrig hälso- och sjukvård. Den palliativa värdefilosofin ska vara en naturlig grund för berörda vårdgivare

- Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård.
- Tillgång till läkarmedverkan finnas dygnet runt MFLE som utgår från Västerås sjukhus och får uppdrag från kommuner i hela länet. Teamet består av en läkare och en undersköterska. Uppdraget är att göra akuta läkarbesök och ge råd till sjuksköterskor per telefon från kommunens sjuksköterskor under jourtid.
- Samverkan med närvårdsteamet och primärvård kring gemensamma patienter
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall som sedan rapporteras till regionen
- Apoteket ABs farmaceut utför en gång om året kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende, hemsjukvård och LSS
- Under 2025 har vi haft gemensamma utbildningar och föreläsningar med vårdcentralen i Skinnskatteberg

### **Samverkan internt**

- Regelbundna MAS-möten med sjuksköterskegruppen och enhetschefer
- Avvikelsehantering sker idag manuellt via formulär i pappersform
- Avvikelse tas upp på arbetsplatsträffar med berörd personal. Händelser av allvarlig karaktär återkopplas till övriga verksamheter för ökad internsamverkan
- Enhetschef och MAS träffar sker kontinuerligt
- Samverkan med omvårdnadspersonal, daglig kommunikation om patienters hälsotillstånd, förändringar och uppföljningsbehov
- Utbildning och handledning kring tex läkemedelshantering, delegerade uppgifter och basal hygien
- Teamsamverkan hemtjänst, hemsjukvård, enhetschef hemtjänst och enhetschef hemsjukvård för att höja patientsäkerheten
- Det finns tillgång till tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende, LSS, korttidsavdelning och i hemsjukvård under dygnets alla timmar.
- Enhetschefer, HSL- personal, biståndshandläggare träffas varje torsdag för att få en gemensam bild av verksamheterna lediga lägenheter, lediga platser på korttids, avlidna, eventuella utskrivna patienter från sjukhuset, ansökningar, beviljade ansökningar mm
- Samverkan med biståndshandläggare (SoL) informationsutbyte tex kring funktionsförmåga, fallrisk och ökade behov Ett samarbete vid beslut om särskilt boende, korttidsplats, trygghetslarm, utökade insatser och återkoppling från HSL om nya eller förändrad medicinska behov. Deltagande i vårdplaneringar och SIP när både SoL och HSL är involverade patienten.

### **Munhälsa**

Den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning pågår i verksamheterna. Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg får ett ”Intyg om nödvändig tandvård” och personen får ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist på boendet och i hemsjukvård. Erbjudanden kommer i början av året. Samverkan med Tandvårdsenheten i Region Västmanland finns om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning i munvård för personal. All personal inom vård och omsorg har blivit uppmanade att göra Socialstyrelsens utbildning i munvård som är webbaserad. Efter utförd utbildning finns ett diplom som man själv skriver ut och lämnar till enhetschef.

## Nära vård

Innebär att fler vårdgivare samverkar för att möta invånarnas behov i norra länsdelen. Nära vård i norra länsdelen har en målsättning att ge en sammanhållen och tillgänglig nära vård- och omsorg som skapar trygghet och delaktighet för invånarna i norra länsdelen. Nära vård har inneburit vård på rätt vårdnivå. Ett krav har varit att vi gått in i sammanhållen journalföring (Cosmic). Cosmic journalsystem har underlättat för både legitimerad personal och patienter i den bemärkelsen att vi kan ta del av det som dokumenteras, vi får en helhetsbild av patienten och patienten blir delaktig. Stipendiet för utveckling av Nära vård som beviljades 2024 kommer att användas under innevarande år med inriktning på att stärka sammanhållningen och teamkänslan. Medlen ska möjliggöra aktiviteter och insatser som utvecklar samarbete, ökar förståelsen för varandras roller och bidrar till ett tryggt, samordnat och personcentrerat arbetssätt. Syftet är att skapa ett mer sammanhållet team som tillsammans kan driva omställningen till en nära och proaktiv vård med hög kvalitet.

Närvårdsteamet har gjort stora framsteg för att ge tryggare och mer tillgänglig vård till våra mest sårbara invånare, särskilt äldre och patienter vid livets slut.

Sedan starten har insatserna lett till:

- färre akutbesök
- färre ambulansresor
- att patienterna känner sig trygga och får den vård de behöver i hemmet

Tillsammans med Fagersta och Norberg har vi tillgång till regionens mobila läkarteam och palliativa bakjour, vilket gör det möjligt att ge avancerad vård direkt i hemmet. Vårt närvårdsteam samarbetar också tätt med kuratorer, logopedier, dietister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att ge ett heltäckande stöd till patienter och deras familjer i våra kommuner.

Utanför närvårdsteamets ordinarie arbetstid, kvällar, nätter och helger tar kommunens hemsjukvård över ansvaret för teamets patienter. Hemsjukvården fungerar då som ett tryggt stöd och säkerställer att patienter får nödvändig vård, tillsyn och åtgärder vid behov.

Målet är att närvårdsteamet ska kunna utföra samtliga planerade och mer avancerade insatser under sin aktiva arbetstid, medan hemsjukvården täcker upp så att vården är sammanhållen och trygg dygnet runt. Hemsjukvården ingriper vid akuta behov, förändrat hälsotillstånd eller andra åtgärder som inte kan vänta tills teamet är i tjänst igen.

**Målet** för 2025 är uppfyllt

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de gallras. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor. **SITHS** är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i Lifecare, Pascal, Cosmic Link, nationell patientöversikt (NPÖ), nationella

läkemedelslistan (NLL) och utfärdande av tandvårdskort samt kvalitetsregister. SITHS kort utfärdas efter att behörighetsbedömning genomförts

**SEFOS** En plattform för säker kommunikation. SEFOS är ett verktyg för att skicka säkra meddelanden och hålla säkra digitala möten. Som har använts mer under 2025.

**Loggkontroller** har utförts en gång i månaden enligt gällande rutin. Stickprov av HSL-personal har utförts och utifrån frågeställningen:

- Kontroll mot medarbetarens arbetstid och närvaro
- Informationssökning som medarbetaren inte haft behov av för att kunna utföra sina arbetsuppgifter
- Personer med släktskap eller kollegor
- Personer med medialt intresse, lokalt och nationellt
- Person med diagnos eller situation som kan väcka särskilt intresse

Alla datorer har autentisk sids-kort för inloggning i datorerna.

Förvaltningen rapporterar vårdåtgärder enligt KVÅ-koder, då det är obligatoriskt att rapportera dessa till Socialstyrelsen. KVÅ koder är enligt Socialstyrelsen en klassifikation av åtgärder anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), det vill säga vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning (åtgärdskod) som ska användas tex. en kod omfattar sårvård en annan kod omfattar omläggning av sår. I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården finns specificerat vilka uppgifter kommunerna ska lämna till Socialstyrelsen.

**Målet** för 2025 är uppfyllt

### **Mobilt arbetssätt**

Ett mobilt arbetssätt innebär att ha tillgång till aktuella arbetsverktyg utan att behöva finnas på kontoret/arbetsplatsen. Genom ett mobilt arbetssätt minskar dubbelarbete, att medarbetaren kan använda sin tid mer effektivt i delar av sitt uppdrag, vilket kan leda till både ökad effektivisering av verksamheten och bättre arbetsmiljö för medarbetarna. Det leder också till ökad tillgänglighet och

ökad trygghet i vården samt ett mer personcentrerat arbetssätt. Utifrån ett mobilt arbetssätt behöver inte handlingar finnas utskrivna till olika möten, vilket tillsammans med direkt dokumentation i system, ökar rättssäkerheten. Gruppen sjuksköterskor har möjlighet att använda bärbara datorer för att nå samtliga system vilket stärker patientsäkerheten. Under 2025 har en investering gjorts i ytterligare en bärbar dator. Vi arbetar utifrån omställningen till Nära vård genom att skapa en mer sammanhållen mobil och personcentrerad kommunal hälso- och sjukvård det innebär att personalen kan arbeta var som helst där det behövs.

**Målet** för 2025 är delvis uppfyllt

### **Journalgranskning**

Journalgranskning utförs ca två gånger i månaden, tidigare en gång i månaden, granskningarna blir kortare men mer effektiva. Effektiv journalgranskning innebär att man granskar färre journaler men mer träffsäkert, genom att välja ut de patienter där risken för avvikelser, brister eller

förbättringsområden är störst. I stället för att granska många journaler ytligt, fokuserar man på ett mindre antal.

Journalgranskning utförs för att:

- säkerställa dokumentationen i patientjournal med syfte att tillförsäkra patienten en god och säker vård.
- identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten
- lärandeprocess genom den kollegiala granskningen
- identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten

### **Metod:**

Journalgranskningen är ett led i att säkerställa kvalitén i den kommunala hälso- och sjukvården och personalen är enligt gällande författningar skyldiga att medverka i kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

- Under 2025 har granskningar gjorts 1 gång månad med uppehåll under sommarmånaderna
- Granskningen planerades att göras 2 gånger i månaden men p.g.a. hög arbetsbelastning genomfördes det ej
- Tid som behöver avsättas för journalgranskningen är ca 1½ timma/grupp
- Granskningen utförs av en grupp bestående av tre till fyra personer. En till två sjuksköterskor som är superanvändare i Cosmic patientjournal, en arbetsterapeut alternativt en fysioterapeut samt medicinskt ansvarig sköterska.
- Granskningen kräver dator, projektor och slumpgenerator

### **Utförande:**

Utsedda personer i gruppen träffades och granskade journaler som slumpmässigt togs ut via slumpgeneratorn.

- Cirka 5 journaler slumpades fram från området SÄBO, LSS, hemsjukvård
- Granskningsmall har använts, en per granskning.
- Områden som har granskats: samtycke, kommunikativ förmåga, mätvärden, ett lätt språk utan förkortningar, bakgrund till vården
- Granskning av ordinationer som ska utföras av omvårdnadspersonal
- Gruppen träffades vid flertalet tillfällen för granskning och sammanställning
- Granskningen finns dokumenterad och sparad i en mapp under "egenkontroller".

### **Journalgranskningen utfördes i tre faser:**

- Fas 1 – granskning av journaler enligt utsedd mall
- Fas 2 – analys av resultaten
- Fas 3 – upprättande av handlingsplan som berör enhetschef för hemsjukvård. Vid träffen avseende analys, sammanställdes resultatet i ett dokument. Kommentarer och förslag till utvecklingsåtgärder togs fram. Enhetschef för hemsjukvården ansvarar för att delge resultaten i HSL-gruppen samt tid för införandet av aktuella åtgärder enligt handlingsplan. Utförd journalgranskning presenteras på APT.

## Journalgranskning

Journalgranskning	Samtycke Äldre än ett år	Finns kommunikativa Förmåga beskrivet	Mätvärden relevanta	Språk lätt att förstå	Bakgrund till vården
<b>Januari</b> hemsjukvård	3 av 3	2 av 3	3 av 3	3 av 3	3 av 3
<b>Februari</b> Klockarbergsgården	2 av 2	1 av 2	2 av 2	2 av 2	1 av 2
<b>Juni</b> Hemsjukvård	3 av 3	0 av 3	2 av 3	1 av 3 Förkortningar används	2 av 3
<b>September</b> SÄBO	3 av 3	2 av 3	1 av 3	2 av 3 Förkortningar används	3 av 3
<b>Oktober</b> LSS	4 av 4	4 av 4	4 av 4	4 av 4 Förkortningar förekommer	4 av 4
<b>Resultat</b>	100% Har ett godkänt samtycke som inte är äldre än ett år jämfört med -24 då det var 86%	66,7% av de granskade journalerna har beskrivit kommunikativ förmåga jämfört med -24 då det var 84%	80% av de granskade journalerna har relevanta värden dokumenterat jämfört med -24 det var 67%	80% av de granskade journaler ett språk som är lätt att förstå utan förkortningar jämfört med -24 Då det var 81%	87% av de granskade journaler har dokumenterat "bakgrund till vården" jämfört med -24 då det var 90%

Under arbetsplatsträffar har alla sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal blivit informerade om den lagstadgade dokumentationsskyldigheten. Vi har även tagit upp hur viktigt det är att det finns ett godkänt samtycke och att samtycket från patienten måste förnyas en gång om året. Enligt granskningen har samtyckts registreringen ökat från 86% till 100% i de granskade journalerna. Med relevanta värden menas tex. blodtryck och blodsockerkontroller och enligt granskningen har en ökning skett procentuellt från 67% till 80%. Dessa värden ska finnas och uppdateras och vara relevanta till just den enskilde patienten. Under rubrik "Bakgrund till vården" har dokumentationen har legat lika -25 i jämförelse med -24. Granskning av journaler leder till mycket diskussioner och lärdomar. Vi kan bara bli bättre på att dokumentera. Dokumentationsskyldigheten enligt patientdatalag 3kap. (2008:355) upprepas under granskningen och under arbetsplatsträffar.

**Målet** för 2025 är inte uppnått

## SVOD

I november 2025 gick vi över till att registrera samtycke i Cosmics nya samtyckesfönster I fönstret finns det möjlighet att registrera två samtycken: samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) och samtycke till Nationella läkemedelslistan (NLL).

Nytt samtycke behövs eftersom Cosmic 2025 skiljer mellan lokalt samtycke och sammanhållen journal, kräver tydligare spårbarhet och eftersom SVOD innebär mer strukturerad dokumentation som kräver rätt typ av samtycke innan den får delas.

**SVOD**= En sammanhållen vård och omsorgsdokumentation har som primärt syfte att förbättra och förenkla kommunikationen mellan olika vårdgivare och omsorgsgivare.

Samtycke till SVOD behövs för att ta del av journaluppgifter som är dokumenterade av en annan vårdgivare. Hälso- och sjukvårdspersonal har rätt att ta del av vårddokumentation som tillhör samma vårdgivare när de deltar i vården av patienten, eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete. För åtkomst till andra vårdgivers uppgifter inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation krävs även ett aktivt samtycke från patienten.

Tidigare inhämtades och registrerades samtycke till sammanhållen journal övergripande, d.v.s. en vårdgivare kunde inhämta ett samtycke som sedan gällde mellan alla vårdgivare. Detta dokumenterades i journalen i ett gemensamt dokument som hette samtycke mellan vårdgivare.

Det nya samtyckesstödet kräver att varje verksamhet (medicinskt ansvarig enhet/klinik/motsvarande) inhämtar och registrerar ett eget samtycke.

Enligt patientdatalagen måste individen ge sitt aktiva samtycke innan information kan delas mellan olika vårdgivare och omsorgsutförare, utan samtycke får informationen inte göras tillgänglig.

#### **Dokumentation som tidigare bara syntes i ett system kommer nu att kunna delas:**

- mellan kommunens enheter
- mellan kommun och region
- mellan olika utförare

Därför måste personen godkänna just denna utökade delning.

#### **Samtycket säkerställer att individen:**

- förstår **vem** som får se information
- förstår **varför** den delas
- kan **säga ja eller nej**

Det stärker integritet och självbestämmande. När samtycke finns kan personalen ta del av rätt information direkt. SVOD höjer patientsäkerheten.

#### **Primärvårdsplan**

En gemensam planering mellan regionens primärvård och kommunens hälso- och sjukvård för våra gemensamma patienter påbörjades under 2025.

**Syfte**, att samordna insatser och tydliggöra vem som gör vad. Tillsammans vill vi undvika att patienten hamnar mellan stolarna. Att göra en gemensam planering utan att behöva göra en SIP (samordnad individuell plan). Vi samordnar ansvar, åtgärder och uppföljningar för patienter med ett delat vårdbehov.

**Situation**, patienten har hemsjukvård och primärvården har det medicinska ansvaret för patienter exempelvis med diabetes, hjärtsvikt, KOL, smärta, psykisk ohälsa. Regionen gör medicinska insatser och kommunen gör de praktiska omvårdnadsinsatserna, omläggningar, injektioner, provtagning, rehabilitering eller när primärvården behöver kommunen för att genomföra delar i en behandling, genom stöd i läkemedelshantering, uppföljning i hemmet, egenvårdsstöd.

Från Skinnskatteberg pekar färdplanen ut sex utvecklingsområden som ska leda, stödja och driva omställningen, kompetensutveckling, personcentrerat arbetssätt, förebyggande arbete, hälsofrämjande arbete, samverkan och kommunikation och tillgänglighet.

*En gemensam plan binder ihop ansvaret.*

**Målet** för 2025 är ej uppnått

### **De förslagen till åtgärder under -24 har till stor del åtgärdats -25**

- Utbildning i dokumentation och verksamhetssystem har fortgått under 2025
- Översyn av arbetsrutiner har blivit gjorda men inte fullt ut
- Att bilda en journalgrupp, journalgruppen består av två sjuksköterskor som är superanvändare som håller sig uppdaterade i journalsystemet Cosmic, utbildar nya medarbetare samt går själva på utbildningar
- Mer samarbete med systemadministratören har uppfyllts och resulterat i att vi arbetar mer säkert i systemen och med det arbetar vi mer patientsäkert

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

## **En god säkerhetskultur**

### **Säkerhetskulturen påverkar allt arbete**

Så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. För att nå det målet behövs en god säkerhetskultur. Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Under 2025 arbetar vi aktivt med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Detta genom att det är fasta punkter på våra arbetsplatsträffar, ledningsträffar, samverkan etc. Vi arbetar i team och har schemalagd reflektionstid för att stärka gruppen. Vidare har vi ett tillåtande klimat där det inte är ”syndabocksutpekande” att rapportera brister eller tillbud. Vi pratar aktivt om att avvikande rapporter vi är till för att utveckla och lära. På vår arbetsplats vill ta tillvara medarbetares förslag och idéer, för att tillsammans utveckla och förbättra vilket har fortgått under 2025.

En god säkerhetskultur i vår kommun kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador
- ett aktivt arbete med att minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser
- en organisation där alla lär av det som har gått bra

En god säkerhetskultur innebär alltså att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

## Risikanalyser

Risikanalyser med tillhörande handlingsplan genomförs inför sommaren och jul gällande bemanning, beställningar, kompetens och annat som kan vara relevant vid semester. Även riskanalyser till organisationsförändringar och värmebölja genomförs.

## 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. Kunskap och kompetens kartläggs utifrån analys av patientflöden och behov. Därefter säkras eventuellt behov av kompetensutveckling.

- Kunskap om säker vård är en förutsättning på alla nivåer i hälso- och sjukvård.
- Kompetensförsörjning är en viktig faktor som påverkar patientsäkerheten.
- Ett mål i kommunen är att aktivt jobba med kompetensförsörjning vi ser fram emot en hälsofrämjande arbetsmiljö genom att skapa en attraktiv och innovativ miljö också för att locka kompetenta medarbetare till vår verksamhet.
- Patientens upplevelse är nödvändig för att uppnå god vård.
- Patienter involveras i vården, är medvetna om risker samt deltar i vårdens utvecklingsarbete.
- Patientsäkerhet består av många olika delar som påverkar och är ömsesidigt beroende av varandra.
- Att ha kunskap om helheten och att förstå sin roll i det stora sammanhanget.

Legitimerad personal har fått kompetenshöjande utbildningar via Fagersta sjukhus under -25. Fördjupning i medicintekniska hjälpmedel som tex läkemedelspumpar. Genomgång av olika tappningsförfaranden av tex lunga. Fortbildningar i palliativvård. Dialogmöten med förstärkt kompetens från Region Västmanland som presenterar utbildningar som Regionen erbjuder. Kliniskt träningscentrum (KTC) är en del av utbildningsenheten som erbjuder en anpassad miljö för färdighets-, team- och interprofessionell träning. Miljön syftar till att simulera vårdssituationer utifrån verkliga fall. Kliniskt träningscentrum finns i Västerås hit kan alla våra medarbetare träna på olika moment i vårdarbetet tex provtagningar, kateterinsättning mm inga avgifter tas ut. Under 2025 har vi inte nyttjat dessa tjänster från regionen. Sjuksköterskor använder vårdgivarwebben för att fortbilda. Det är ett krav på diplom eller bevis på utförd utbildning. Vårdgivarwebben Region Västmanland och Socialstyrelsen erbjuder kompetenshöjande föreläsningar som genomgått under 2025. Under året har sjuksköterskor gått utbildning för att få ordinera vaccin, alla sjuksköterskor har utbildningen men under 2026 kommer utbildningen inte täcka för att kunna ordinera vaccin. Sista kvartalet 2025 eftersöks utbildningar utan resultat. Utbildningen ska uppfylla Socialstyrelsens rekommendationer. En ökad kompetens resulterar i att verksamheten inte behöver köpa kompetens utifrån.

## Resultat nulägesanalys

Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Att ha rätt utbildning är en förutsättning för en patientsäker vård.

Under året har en sjuksköterska fullgjort sin utbildning till specialistsjuksköterska, vård av äldre. Efter att ha gjort sin magisterexamen ligger fokus på området demens. När vi gick in i det nya året -25 hade vi inga konsulter i sjuksköterske-gruppen. I rehabiliteringsgruppen har vi haft en konsult (arbetsterapeut) under höst och vinter -25 som arbetat tre till fyra dagar i veckan.

Kommunen har ett glesbefolkat och vidsträckt område, vilket medför lång restid, ökad tid mellan patientbesök och hög belastning på befintlig rehabiliteringspersonal.

Konsekvenser:

- fysioterapeut och arbetsterapeut får därmed lägga stora delar av sin arbetstid på transporter, vilket minskar den faktiska patienttiden
- långa väntetider för bedömningar och insatser
- försämrade möjligheter att arbeta i multiprofessionella team
- ökad belastning på hemtjänst och sjuksköterskor
- ökad risk för inläggningar och återinläggningar i slutenvården

För att möta framtidens hälso- och sjukvård måste det finnas legitimerad personal, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och utbildad omvårdnadspersonal i tillräcklig utsträckning för att bedriva en god och säker vård samt för att klara omställningen till Nära vård.

Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL)

## Delegering

*SOFS 1997:14*

Delegering av läkemedelshantering. För att få genomgå delegeringsutbildning krävs att man arbetat i verksamheten under två månader. Inför sommaren 2026 kommer mentorskap att genomföras inför en delegering vilket innebär att vikarien kommer att följa en läkemedelsdelegerad personal som meddelar sjuksköterskan när hen är klar för delegering. Hen får då genomföra utbildning och delegeringstest med ett godkänt resultat innan delegering kan bli aktuell. Sjuksköterskorna har presenterat och har aktivt startat ett utbildningsprogram under 2024 gällande läkemedelsdelegering till omvårdnadspersonal. Revideringar har gjorts under 2025. Vi har haft och har utbildningen med uppföljningar. Uppföljningar sker kontinuerligt för att få en bild över hur utbildningen fungerar för personen som ska få läkemedelsdelegering. Testet har pågått under 2025 och innebär att personal som är klara för delegering får genomgå en utbildning på plats som tidsmässigt tar cirka två timmar inräknat skriftligt test med övervakning. Utbildningsledaren är leg. sjuksköterska. Utbildningsledaren har ansvaret för att utbilda och även rätta kunskapstesten. Testet riktar sig till två grupper av personal den ena gruppen har basen och den andra gruppen med krav på undersköterska för att få delegering på mer avancerad nivå. Avslut på denna utbildning följs av att genomföra ett kunskapstest. En delegering ska följas upp årligen och i samband med denna uppföljning genomförs en webbaserad delegeringsutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”, innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.

## Blåsdysfunktion

Alla som har en blåsdysfunktion ska få sina problem utredda och för den enskildes livskvalitet är det även viktigt att utreda besvärens karaktär. Kvalitetsregistret Senior alert har blåsdysfunktion som en process med delarna riskbedömning, orsaker, åtgärder och uppföljning, för att ge stöd i utredningen. En sjuksköterska har gått utbildning 7,5 hp i inkontinens under våren -25. Det innebär att idag har vi tre sjuksköterskor som kan förskriva, utreda och bedöma patienternas behov av inkontinenshjälpmedel och att säkerställa att patienten, den enskilde får rätt inkontinenshjälpmedel. När förskrivning följer lagkrav, utredning och uppföljning minskar både kostnader och arbetsbelastning.

Medför:

- Direkta ekonomiska besparingar på inkontinenshjälpmedel
- Tidsbesparingar för personal
- Minskade vårdskador och medicinska kostnader
- Höjd patientsäkerhet

## Inkontinenshjälpmedel år 2025

### Resultat:

**2024** Kostnad för inkontinenshjälpmedel **326 399 kr**

**2025** Kostnad för inkontinenshjälpmedel **177 449 kr**

En **sänkning** med **148 950 kr** eller **45,6%** som är ett mycket bra resultat!

### Orsak till minskad åtgång av inkontinenshjälpmedel:

Den främsta orsaken till förbättringen bedömer vara det omtag som genomfördes under våren och hösten 2025. I samband med detta fick omvårdnadspersonalen utbildning i vikten av att rätt inkontinensskydd ska vara förskrivet till rätt person. Detta har sannolikt varit en betydande bidragande faktor till det positiva utfallet.

Arbetet har varit ett gemensamt ansvar i hela teamet, där medarbetarna kontinuerligt har påmint varandra om vikten av exempelvis läckagemätning samt att inkontinensskydden sitter korrekt på patienten och bättre löpande uppföljningar kring förskrivningarna. Att vi nu har fler förskrivare av inkontinenshjälpmedel stärker patientsäkerheten ökar tillgängligheten snabbare bedömningar och uppföljningar kan genomföras, vilket minskar risken för felaktiga ordinationer och komplikationer. Sammantaget leder fler förskrivare till en tryggare, mer personcentrerad och kvalitetssäkrad hantering av inkontinenshjälpmedel. Den bredare kompetensen skapar dessutom en mindre sårbar organisation med bättre kontinuitet för patienterna.

**Mål** för 2025 är uppnått

## Hygienrutiner

Basala hygienrutiner är grundläggande för att minska smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Samma hygienregler som gäller i sjukvården gäller också vid arbete inom hemtjänst,

hemsjukvård, särskilda boenden och inom omsorgen, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen. All personal har erbjudits utbildning, webbaserad utbildning samt ombud har varit på utbildning i Västerås.

Inom vård och omsorg finns utsedda hygienombud för varje enhet och de har som ansvar att hålla sig uppdaterade inom området hygien, samt informera och göra hygienrutinerna kända för sina kollegor. Under 2025 har vi haft två ombudsträffar, flera träffar har ställts in eftersom arbetsbelastningen varit hög på våra äldreboenden. Hygienombud, ansvarar för att egenkontroller genomförs under 2025. Förbättringsområde är att detta blir en återkommande dialog i verksamheten och att eventuella brister åtgärdas.

Vi fortsatte under 2025 att påminna om basala hygienrutiner och nya hygienrutiner ute i verksamheten. Ombuden ska vara uppmärksamma på att hygienrutinerna efterföljs och meddela MAS om de inte följs. Ombuden ska delta vid hygienronder som genomförs minst vart tredje år med enhetschef och hygienombud 2025. Ronderna ska följas upp och åtgärder ska utföras. Personalen har god kännedom om basala hygienrutiner i Skinnskattebergs kommun.

Inom vård och omsorg har arbete pågått fortlöpande under hela 2025 gällande hygienrutiner. I Västmanlands kommuner använder vi SFVH:s checklista för vårdhygienisk egenkontroll (VEK) ett verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal vård och omsorg. Alla enheter gör egenkontrollen, hygienombud tillsammans med enhetschef. Vi har följt årshjulet till viss del -25 som vårdhygien sammanställt för 2025.

**Mål** för 2025 är delvis uppfyllt

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienten som medskapare En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. 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 § Patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet, detta ska erbjudas vid samtalet kring genomförandeplanen. Patienten ska alltid känna till vad som är planerat för just henne/honom och kunna ta del av den i sin journal.

Vid inlämnande av synpunkter/klagomål för patient och/eller anhörig kommer en återkoppling från verksamheten. Utvecklingsområde för verksamheten finns när det gäller att bjuda in patienter och/eller patientorganisationer medverkar vid utvecklingsarbeten.

Vi ska hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vi ska samverka för att förebygga vårdskador SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 §.

Teamet har ansvar för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov. Teamet kring patienten består av arbetsterapeut, biståndshandläggare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska, kontaktpersonal/omsorgspersonal, samt vid behov andra specialister inom regionens verksamheter. Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet. Team-träffar (vårdlagsträffar) är ett arbetsätt som ökar patientsäkerheten.

Varje profession dokumenterar och följer upp insatta åtgärder och hjälpmedel inom sitt ansvarsområde. På team-träffar (vårdlagsträffar) analyseras genomförda riskbedömningar och händelser, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas. Under 2025 har träffarna kommit igång med initiativ från legitimerad personal. Dessa har utförts vårdlagsträffar kontinuerligt. I Skinnskatteberg använder vi kvalitetsregistret Senioralert som ett verktyg.

Patienter erbjuds årligen en medicinsk vårdplanering som inkluderar läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska där närstående/anhöriga inbjuds att delta efter patientens samtycke.

ADL, aktivitetsbedömningar ansvaras och utförs av arbetsterapeut. Bedömningarna syftar till att bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga för att vara så självständig som möjligt i det dagliga livet. ADL bedömningen ska ligga till grund för en eventuell plan för rehabilitering.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

## Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

### Stickkontroller läkemedelsskåp

Utföra stickprovskontroller har blivit gjort en gång i år med ett bra resultat. Stickproven blev tagna i patienternas läkemedelsskåp på SÄBO, LSS och hemsjukvård. Två skåp på varje avdelning blev kontrollerade. Kontrollerna var gjorda en gång under våren. Sjuksköterskan har ansvaret för läkemedelsskåpen och att skåpen kontrolleras en gång i månaden av sjuksköterska enligt rutin.

Resultatet av stickprovskontroll i patientens medicinskåp var godkänt. Patienternas medicinskåp är städade och kontrollerade, inga utgående datum på läkemedelsförpackningarna. Insulinpennor var märkta med datum, namn och personnummer. Datum märkning på förpackningar med tex ögondroppar och insulinpennor var gjorda. Läkemedelslistor som sjuksköterskan ansvarar var tydliga.

Sammantaget ser det bra ut i medicinskåpen. Alla läkemedelsskåp är digitala som är uppsatta inom SÄBO och det innebär full transparens då alla låshändelser loggas i systemet. Digitala läkemedelsskåp finns hos alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården och personer som bor på SÄBO, LSS-boende samt korttidsboendet 2025. Under 2025 har skåpen med tillhörande kodade nycklar fungerat utan störande problem. Under senare delen av 2025 påbörjas arbetet med att komplettera skåpen med ett mindre skåp för enbart narkotikaklassade läkemedel, med loggfunktion. Detta stärker patientsäkerheten ytterligare.

**Målet** är för 2025 är delvis uppnått

### Loggkontroll

Logguppföljningen säkerställer kommunens trovärdighet gentemot den enskilde individen genom att dels kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt den enskildes uppgifter, dels avhålla personal från att läsa dokumentation som inte kan anses tillhöra arbetsuppgiften. En gång i månaden har loggkontroller genomförts i de olika system som verksamheten använder.

Resultat: Inget anmärkningsvärt har noterats vid dessa loggkontroller

Mål för 2025 är uppnått

### Hygienmätning

Mätningar har gjorts under året under veckorna 11–12 och vecka 46–47 på tre enheter angående basala hygienrutiner och klädregler med mycket gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna. Observationen gjordes på följsamhet i basala hygienrutiner och följsamhet klädregler samt hur skyddsutrustning ska användas på ett korrekt sätt.

Observation av:

- Desinfektion av händer före
- Desinfektion av händer efter
- Användning av handskar
- Användning av engångsförkläde av plast
- Följsamhet till basala hygienrutiner
- Rätt arbetsdräkt
- Fri från ringar, klockor och armband
- Korta omålade naglar, ej lösnaglar
- Kort eller uppsatt hår.
- Följsamhet till klädregler

Målet för 2025 är ej uppnått

### Läkemedelsgenomgångar

Vårdgivaren ska erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel, en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård och inflyttning i särskilt boende. Enkel läkemedelsgenomgång ska dessutom erbjudas en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende. Bestämmelser om läkemedelsgenomgångar finns i HSLF-FS 2017:37.4 Symtomskattningsskalan PHASE-20 som innehåller 20 frågor, används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha ett samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att minska olämpliga läkemedel. I den uppdaterade läkemedelsrutinen finns rutiner för läkemedelsgenomgångar som ska göras i samverkan med läkaren på vårdcentralen.

- De som är inskrivna i hemsjukvård har alla fått medicinsk vårdplanering under -25.
- De som bor på LSS-boende har fått tid till läkare på vårdcentral eller ett läkarbesök på boendet.
- Av de som bor på SÄBO har de flesta patienter fått läkemedelsgenomgångar och resterande genomgångar fortsätter under våren -26

Sjuksköterskorna har lagt stort fokus på att de årliga läkemedelsgenomgångarna blir gjorda det kan finnas de patienter som släpat efter men genomgången kommer att utföras under våren -26. Det viktiga är att vi är i fas.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

### Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteket AB har årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på de enheter där kommunen har ett hälso-och sjukvårdsansvar. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar och enligt lokala rutiner, "Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården" (HSLF-FS 2017:37, 4 kap. 3 §). Åtgärdsplan/Rapport från kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering enligt gällande föreskrifter juni-25 i Skinnskattebergs kommun särskilda boenden, korttids, hemsjukvård och LSS- boendet har påbörjats under 2025.

Eventuella brister som uppmärksammas redovisas i form av en åtgärdsplan för de olika verksamheterna att arbeta med. Brister åtgärdas och följs upp som senast vid nästkommande års granskning ska vara åtgärdade. De vanligaste bristerna är otydligheter i lokala rutiner, felaktig förvaring av läkemedel och felaktiga/inaktuella signeringslistor. Städning av läkemedelsskåp hos patienten, viktigt att följa rutinen. Vid allvarliga brister kan MAS välja att följa upp med ett nytt verksamhetsbesök ett fåtal veckor efter utförd granskning. Denna åtgärd har inte behövts.

Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar. Fokusområden har varit lokala instruktioner, signeringslistor narkotika, läkemedelsavvikelse.

Vid en översyn i ett antal förbrukningsjournaler tillhörande såväl brukare som förråd inom samtliga verksamheter så noterades att journalföringen är god och noggrann och att kontroller utförs regelbundet (i stort) enligt uppsatta rutiner.

Under 2025 har alla patienter med hemsjukvård digitala läkemedelsskåp i ordinärt boende och särskilda boendena, alla skåp är spårbara vilket stärker patientsäkerheten.

### Infektionsregistrering

Utförs varje månad och registreras och rapporteras in till vårdhygien region Västmanland. Registreringen innefattar bara de personer som bor på särskilt boende.

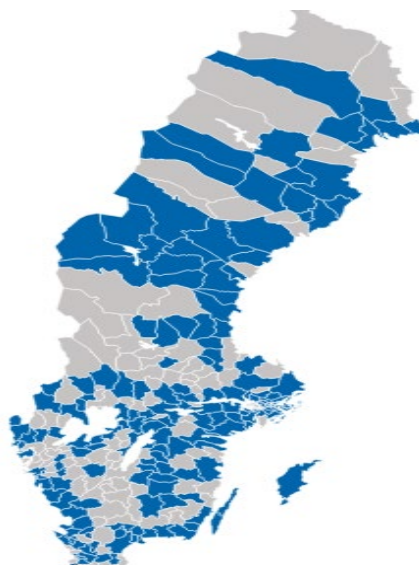
Resultatet av inregistreringar till vårdhygien varje månad har kommit in i tid och inga påminnelser har kommit MAS tillhanda under -25 vilket är en förbättring mot året innan. Det som gått att utläsa i statistik från infektionsregistreringen har under -25 registrering av antibiotika behandlad infektion förekommit:

- En (1) brukare *med* urinkateter och tillsammans har de haft nio (9) urinvägsinfektioner
- Tretton (13) urinvägsinfektioner var registrerade för personer *utan* kateter
- Ingen magsjuka konstaterad
- Fyra(4) brukare har haft konstaterad lunginflammation
- Sex (6) brukare med sårinfektion
- Hudinfektion fem (5) brukare
- Ingen konstaterad säsongsinfluensa
- Ingen brukare på SÄBO bar på multiresistenta bakterier

## HALT

Svenska HALT. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistenta bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. I stället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer. Mätningen utfördes under november 2025 under vecka 46–47 valfri dag.

**Resultat:** Mätningen har utförts på 3 demensavdelningar och 2 avdelningar allmän vård och omsorg. Det var endast en patient som var under behandling för urinvägsinfektion den valfria dagen.



Kommuner som genomfört HALT under 2025.

## Nattfasta, mätning

Under 2025 arbetade vi vidare med nutritionsarbetet. Målet var att nattfastan skulle vara 11 timmar eller kortare för samtliga patienter inom SÄBO. Nattfaste-mätning genomfördes två gånger under året och registrerades under tre dygn. Målet för 2025 att mätning skulle ske 2 gånger per år av personalen på boendet har uppfyllts. Sjuksköterskan har dokumenterat resultatet i HSL-journalen. Resultatet är nära Socialstyrelsens rekommendation om att inte överskrida 11 timmars nattfasta.

Resultatet återkopplades till ansvarig sjuksköterska, enhetschef och diskuterades utifrån ett patientperspektiv. Nutritionsbedömning görs för att fånga upp patienter i riskzon för undernäring och för att åtgärder ska kunna sättas in i tid. Omvårdnadspersonal på boendena deltog i nutritionsarbetet tillsammans med patientansvarig sjuksköterska. Vi behöver påminnas och vara delaktiga i arbetet för nå ett så bra resultat som är möjligt för att förebygga undernäring. Alla brukare/patienter ska erbjudas något som bryter nattfastan. Det är viktigt att kvalitetsregistret Senioralert används på rätt sätt eftersom det är ett bra verktyg där man får en helhetsbild över vad patienten har för behov.

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas

till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

Vi arbetar efter dietisternas nutritionsrutin som är lätt att förstå och bör användas i det dagliga arbetet.

## Resultat

Resultatet från nattfaste mätningen 2025 visar att de flesta boende bryter nattfastan men inte alla trots rekommendationer om att inte överskrida 11 timmars nattfasta. De som inte uppfyllt Socialstyrelsens rekommendationer ska erbjudas något att förtära under nattetid. Patienterna erbjuds något som bryter nattfastan vid planerad tillsyn under natten eller genom andra åtgärder som är beslutade. Arbetet runt nutrition följer med mätningen och nattpersonal ska erbjuda något som bryter nattfastan Socialstyrelsens rekommendationer har uppfylls. Det visar sig att ett envist arbete runt nattfastan ger ett gott resultat.

**Målet** för 2025 är ej uppnått

## Medicintekniska produkter

Vårdgivaren ansvarar för att de medicintekniska produkter som köps in är säkra och funktionsdugliga. Det görs genom att produkterna kontrolleras genom exempelvis besiktning. Det ska göras på det sätt och med det intervall som leverantören föreskriver. Skinnskattebergs kommun köper in olika typer av medicintekniska produkter; omvårdnadshjälpmedel, undersökningsutrustning och hjälpmedel som är grundutrustning. En del köps in och hanteras av enheten för omvårdnadshjälpmedel och en del köps in av verksamheterna själva. För de medicintekniska produkter som köps in av verksamheterna själva, ansvarar enhetschef för att ha rutiner som säkerställer att kontroll blir genomförd. För dessa produkter fanns ingen egenkontroll för att granska följsamheten saknats arbetssätt för hur de ska registreras vilket har gjort att vårdgivaren inte har kännedom om vilka produkter som finns ute i verksamheterna och var. Ett Excel ark är upprättat som är strukturerat.

Omvårdnadshjälpmedel som enheten köpt in ansvarar enhetschef för att utbildad tekniker inom fastställda intervaller gör kontroller. Egenkontroll för att granska följsamhet till kraven på kontroll finns men behöver bli bättre.

Det utförs som:

- besiktning av mobila personlyftar och taklyftsmotorer (frekvens: varje år)
- besiktning av vårdsängar (frekvens: vartannat år)
- gamla sängar byts ut och köps in och hyrs av oss från Hjälpmedelscentralen (HMC)

**Målet** för 2025 är delvis uppfyllt.

## Fallprevention

Våren -23 startade dåvarande MAR arbetet med fallprevention. Nu 2025 har rehabiliteringsenheten haft hög arbetsbelastning så fallpreventionsarbetet har inte fortgått. Ett mål 2026 är att börja där vi slutat. Fallolyckor orsakar samhället stora kostnader och enskilda individer stort lidande. Genom att arbeta för att förebygga fallolyckor bland äldre personer kan kommunen undvika stora kostnader. Syftet är att minska antalet fall och fallskador.

Fallförebyggande insatser utgörs dels av åtgärder som riktar sig till personal som träffar äldre i sitt arbete, dels av individanpassade åtgärder för enskilda äldre. Insatser till personal är exempelvis utbildning i fallriskbedömning och hur man minskar risker hemma hos de äldre. Det finns bedömningsmetoder att tillgå för fallriskbedömning av äldre i flera olika sammanhang inom SÄBO och hemsjukvård. Bedömningarna baseras bland annat på om personen har fallit tidigare använder om hen är ordinerad flera olika läkemedel. Patienten kan ha problem med balansen och av något skäl ha nedsatt muskelstyrka man tittar på faktorer som ökar fallrisken såväl inomhus som utomhus samt individanpassade insatser tex synkontroll, tekniska hjälpmedel, halkskydd och fysisk träning.

**Målet** under 2025 är ej uppfyllt

Under 2025 hankade vi oss fram med konsulter och kunde inte fortsätta arbetet med fallprevention. Förhoppningar finns att under 2025 komma i gång igen med arbetet som startades -23.

Fysioterapeut har under 2025 ansvarat för utbildning i förflyttningsteknik för både ordinarie personal och semestervikarier inom de olika verksamheterna, syftet är att säkerställa trygga, ergonomiska och patientsäkra förflyttningar samt att minska risken för arbetsskador.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen samt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren säkerställa:

- att personal har tillräcklig kompetens
- att vården bedrivs så att risker minimeras
- att hjälpmedel används korrekt
- att arbets sättet utförs korrekt

HSL har krav på en god och säker vård.

Felaktiga förflyttningar utgör en patientsäkerhetsrisk, därför behöver personal utbildas.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Alla händelser som har eller kan medföra en vårdskada skrivs på avvikelseblankett. Samtliga händelser analyser och följs upp; varför hände det? Vad kan vi göra för att det inte ska hända igen? Denna analys kan se ut på olika sätt beroende på innehåll. Riskområden som är relevanta i vår organisation är att patienten, andra vårdgivare inte alltid har/känner till patientens planering. Detta arbetar vi med genom att förbättra både den muntliga och skriftliga planeringen.

Verksamheten uppmantrar all personal att skriva avvikelse då det upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser inklusive inkomna patientklagomål. Flera avvikelser har lett till förbättringsåtgärder på enheterna. En mycket vanlig åtgärd är att avvikelser lyfts på gemensamma arbetsplatsträffar för att öka engagemanget och dialogen kring patientsäkerhetsfrågorna. Detta ökar kunskapen om vad som drabbar den enskilde när resultatet av vård, omsorg och socialtjänst inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för den enskilde ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer sedan upp hur arbetsplatsen arbetat med de åtgärder som beslutats.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Följsamheten till basala hygienrutiner är god och det finns ett närvarande ledarskap. Egenkontroller, kvalitetskontroller, riskbedömningar och avvikelsetredningar har genomförts enligt rutin. Hygienombud, vilka ansvarar för att månadsvis rapportera in mätningar av hygienrutiner och klädregler. Förbättringsområde är att detta blir en återkommande dialog i verksamheten och att eventuella brister åtgärdas.

### Skapa och säkra processer som bidrar till patientsäkerhet och lika vård

Utbildningarna i förflyttningsteknik utförs av rehabiliteringspersonal i kommunen, en praktisk utbildning som är obligatoriska för all omsorgspersonal. Utbildningarna ska genomföras vid nyanställning och repeteras kontinuerligt. Utbildningen behöver prioriteras i verksamheterna. Planering har påbörjats för en separat utbildning i lyftteknik och arbetet kommer att fortsätta under 2026 för att färdigställa en obligatorisk utbildning för all omsorgspersonal.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

### Läkemedelsautomater

Arbetet med införandet av läkemedelsautomater var klar våren 2025 inom ordinärt boende. Syftet är att öka individens självständighet och samtidigt bibehålla en säker läkemedelshantering. Idag har vi ca 13 automater utplacerade i kommunen. Behovet samt resultatet av riskbedömningen styr utplacering av automater. De patienter som är kandidater till en automat genomgår en riskbedömning och följs upp kontinuerligt under två veckor.

**Målet** för 2025 är uppnått.

### APPVA (MCSS) digital signering

Digital signering hade skarpt läge i november -25 och ett arbete med att bredd införa digital signering av hälso- och sjukvårdsuppdrag i alla verksamheter. Målet med digital signering är en ökad patientsäkerhet och minskad administration. Mer specifikt är mål och fördelar följande:

- Minskat antal läkemedelsavvikelser
- Minskad tidsåtgång för administrering av signeringslistor
- Minskad pappersanvändning
- Säkra delegeringsprocessen så att personer med rätt behörighet utför delegerade arbetsuppgifter
- Kontroll av utförda insatser

**Målet** för 2025 är uppnått.

## Beslutsstöd-ViSam

Beslutsstödet ViSam är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal primärvård som ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Checklistan ger stöd för sjuksköterskan att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och att informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras. Under 2025 har vi jobbat efter beslutstödet men vi hade som mål att alla sjuksköterskor skulle utbildas i beslutstödet ViSam under 2025. Vi har nu som mål att under 2026 utbilda legitimerad personal i ViSam.

Målet för 2025 ej uppnått.

## Säker vård här och nu

Vi kommer att arbeta patientsäkert i framtiden. Genom ledningssystemet ska vi fortsätta planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamheternas inriktning och omfattning. Det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten. Vi behöver fortsätta överblicka våra kvalitetsmätningar och utforma åtgärder så att kvalitén ökar. Dessutom behöver vi fortsatt att årligen beskriva i en patientsäkerhetsberättelse hur man arbetat med patientsäkerhet under året, vilka åtgärder som vidtagit och vilka resultat som nått.

Riskbedömningar strategin att genomföra, åtgärda, utvärdera och följa upp riskbedömningar i sådana processer som rekommenderas på nationell nivå, med stöd av kvalitetsregister, har fortsatt under 2025. Värdering av risker sker kontinuerligt och görs i verksamheten i syfte att säkerställa patientsäkerheten. Fokus har legat på teamarbete inom samtliga verksamheter, utredningar och uppföljningar av avvikelser kopplade till enskilda patienter och medarbetare kopplade till patienten. Riskbedömningar med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert har under 2025 fortsatt och särskilda boendena står för ett bra resultat gällande åtgärdsplaner som följts upp jämfört med hemtjänsten som halkat långt efter under -24. Under 2025 har det varit lättare att ta fram rätt statistik för patienter/brukare med hemsjukvård. Sjuksköterskan har flaggat för ett bättre samarbete med planerare och hemtjänst. Vid inskrivning i kommunal hälso-och sjukvård görs en riskbedömning av fall, trycksår, smitta och undernäring.

All personal har fått utbildning i hur man rapporterar en HSL avvikelse i samband med delegeringsutbildningen. All personal skriver avvikelser i pappersform. Vi arbetar för att alla avvikelser ska vara omhändertagna och utredning ska vara påbörjad så fort det är möjligt önskvärt inom två veckor. Är det en akut händelse eller en externavvikelse ska utredningen påbörjas snarast möjligt.

## Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I Patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett angående vikten av preventionsarbete. Samtliga enheter har rutiner för riskanalys vid förändrad verksamhet, mottagande av nya patienter, och för årlig riskbedömning i arbetslaget. Socialstyrelsen handbok för risk- och händelseanalys utgör grunden i hälso- och sjukvårdsarbetet. Genomgång av riskanalyser behöver aktivt utvecklas i verksamheterna. Utbildningsinsatser behövs fortlöpande, och vägledning sker bland annat genom kvalitetsregistret Senior alert. I enhetlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och följer verksamhetens ledningssystem samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. MAS använder även

riskanalys enligt Socialstyrelsen vid större utredningar och anmälningsärenden. Under 2025 har en avvikelser har lett till en IVO anmälan.

## Sannolikhet- och konsekvensmatris

För att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Allvarlighetsgrad	Konsekvens	Lagrum	Exempel
Mindre	Ingen/obetydlig	HSL	Obehag eller obetydlig skada, Exempel feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fallolycka utan att skada uppstått
Mindre	Ingen/obetydlig	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse beviljad insats som leder till mindre obehag, exempel Utebliven städning eller tvätt
Måttlig	Mindre allvarlig skada	HSL	Övergående funktionsnedsättning, exempel utebliven dos men utan att det leder till men för patienten/brukaren. Feldosering Har inte följt rutin, dock liten eller ingen konsekvens för patienten/brukare. Fallolycka med måttlig skada, ej fraktur. Sjukhusbesök som inte medför inläggning. Trycksår grad 1 och 2.
Måttlig	Mindre allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven veckodusch eller inköp.
Betydande	Allvarlig skada	HSL	Kvarstående måttlig funktionsnedsättning, förlängd vårdtid. Missade läkemedel som insulin, Waran och narkotikaklassade läkemedel. Förväxling av doser, feldosering. Vårdrelaterade infektioner. Fallolycka med betydande skada, exempelvis fraktur. Trycksår grad 3 och 4.
Betydande	Allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven tillsyn eller personlig hygien då det fanns omfattande behov.
Mycket hög, katastrofal	Dödsfall	HSL	Dödsfall eller större kvarvarandefunktionsnedsättning exempel fallskada med dödsfall som följd.
Mycket hög, katastrofal	Mycket allvarlig skada	SoL/LSS	Fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp. Brist i omsorgen som utgör ett hot mot enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Brott mot sekretesslagen.

## 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 och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

### Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt 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. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador. Senior alert används på varje patient (inom äldreomsorg och LSS) och med samtycke från patienten.

Verksamheterna bör också kontinuerligt utbilda/fortbilda personalen i att arbeta med Senior alert för att stärka patientsäkerheten. Personalen bör också känna till sambanden mellan till exempel dålig munhälsa, som leder till undernäring, som leder till trycksår, fall och blåsdysfunktion. Sjuksköterskor har till hjälp av Senior alert ombud på varje avdelning och åtgärdsplanerna följs upp och dokumenteras vid vårdlagsträffar (team träffar). Uppföljningar sker kontinuerligt. Sjuksköterskor dokumenterar också de fem områdena i Cosmics CDS i patientens journal. Sjuksköterskorna har under -25 dokumenterat i både Senior Alert och Cosmic för att säkerställa patientsäkerheten. Under 2025 har vi jobbat för att det ska finnas Senior Alert ombud i hemtjänsten. Sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och senioralert ombud har kommit igång med att riskbedöma och följa upp. Teamarbetet har blivit mycket bättre och gett ett bra resultat under -25 jämfört med -24.

**Målet** är delvis uppnått.

### Trycksår enligt Senior Alert

**KATEGORI 1** = hudrodnad som inte bleknar vid tryck.

**KATEGORI 2** = delhudsskada.

**KATEGORI 3** = fullhudsskada.

**KATEGORI 4** = djup fullhudsskada.

Sex personer 2025 har haft trycksår, jämfört med 2024 då det var fyra patienter. En patient har ett sår av **kategori 4** som är en djup fullhudsskada. Två patienter har sår av **kategori 3**. Två patienter har sår av **kategori 2** och en patient har sår av **kategori 1**, en hudrodnad som inte bleknar vid tryck.

Dokumentationen är gjord i Senior Alert 2025 där man har riskbedömt trycksåren. Fyra trycksår lokaliserades i rygglut/sacrum och två trycksår uppkom på häl. Dokumentation tyder på att två trycksår uppstod hos annan vårdgivare och två trycksår hos egen vårdgivare. Två trycksår kan ha uppkommit antingen hos annan vårdgivare eller hos egen vårdgivare.

Sår kategori	2024	2025
1	2	1
2	0	2
3	0	2
4	3	1

## PPM

PPM registreringar är gjorda v.11–12 och v. 40–41 vad gäller basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete resulterade bra, det är endast ett moment som tidigare mätningar visar att man glömt att sprita händerna innan patientnära arbete. Enhetschefer har lyft detta på arbetsplatsträffar.

Under 2025 har vi höjt procenten vad gäller sprita händer före handskar från 44% till 65% av 68 observationer. Vi behöver jobba med korrekta händer före handskar. Hygienombudsmöten kommer att utökas till två gånger på våren och två gånger på hösten, tidigare två gånger om året. Ombuden kommer att jobba med att alla i verksamheten spritar händer före handskar. I samtliga åtta steg var andel korrekta 2024 34% jämfört med 2025 53% vilket är en ökning med 19%. Skinnskattebergs kommun utför egenkontroller två gånger om året.

**Målet för 2025 är ej uppnått**



## Svenska palliativ registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder, eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät med ca 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet och vi har även en enkät för närstående. Personalen använder sedan resultaten för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultaten från svenska palliativregistret för uppföljning. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporten för 2025 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Forskning bedrivs utifrån resultaten i svenska palliativregistret.

**Analys:** Personer som vårdas i livets slut i Skinnskattebergs kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö i ensamhet. Fortfarande under 2025 behöver vi bli bättre på att smärtskattning och munhälsobedömning (sjuksköterskans ansvar). Statistik över utförda brytpunktsamtal visar en försämring under 2025, troligen har samtalen inte dokumenterats rätt i palliativregistret (sjuksköterskans ansvar).

Brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede från tidig palliativ fas till sen palliativ fas är en gräns där vården ändrar riktning och målet går ut på att lindra. Brytpunktsamtal ansvaras och genomförs av läkare ofta tillsammans med kommunens sjuksköterska när den kurativa vården övergår till att vara palliativ.

Under 2025 har palliativa gruppen inom vård och omsorg träffats regelbundet. Genomgång av rutiner som har reviderats. Palliativa ombuden har gjort ett fantastiskt arbete med att skriva rutiner med tillhörande genomgångar av rutiner som tillsammans reviderats, delaktighet har gett resultat. Ombuden har träffats varje månad och arbetat för att våra patienter ska få det allra bästa omhändertagandet, med all värdighet den sista tiden i livet. Utbildningar i palliativvård har genomförts. Ett av ombuden har samordnat och sammankallat till alla ombudsträffar som skett under -25. Detta gjorts med ett stort engagemang som har resulterat i att Skinnskattebergs kommun har ett mycket fint omhändertagande av våra palliativa patienter i ordinära och särskilda boenden. Även anhöriga och närstående har fått ett mycket fint omhändertagande och bemötande.

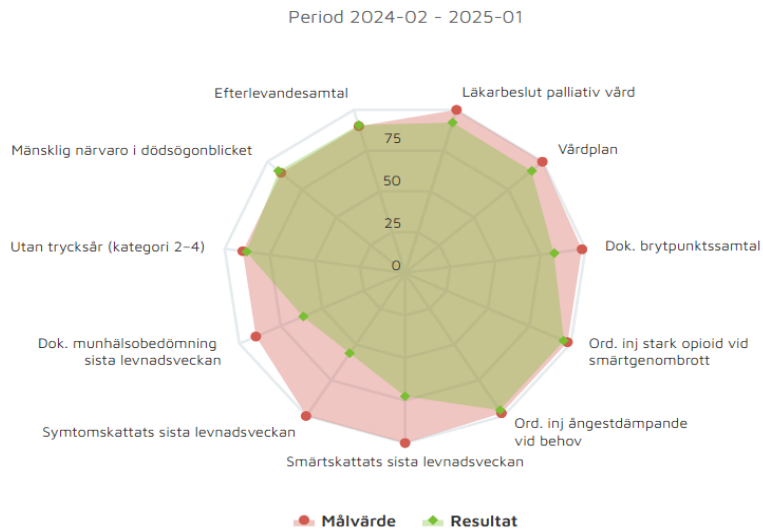
**Palliativa rådet** ska verka för att fånga upp behov och strukturera insatser samt utveckla multidisciplinära teamarbetet inom den palliativa vården och möjliggöra en bättre samverkan mellan olika vårdgivare. Rådet har också en rådgivande funktion till ledning och verksamheter. Palliativa rådet har som mål att säkerställa en god och jämlik palliativ vård för alla oavsett diagnos, vårdform eller var man bor i länet. Palliativa vården ska utvecklas i samma takt som övrig hälso- och sjukvård. Den palliativa värdegrunden ska vara en självklar utgångspunkt för berörda vårdgivare.

Palliativa rådet har möten kontinuerligt var 3:e månad i Västerås. MAS representerar Skinnskattebergs kommun.

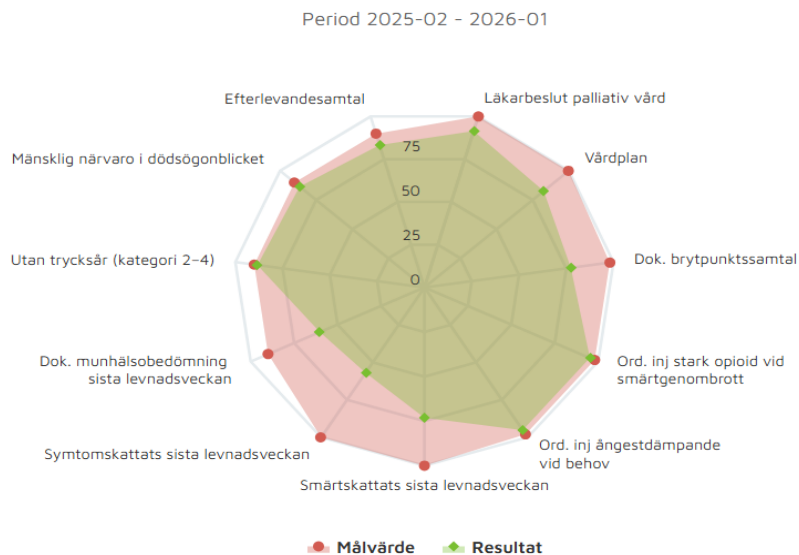
Diagrammen visar kvalitetsindikationer för Skinnskattebergs kommun där man klart ser vad som inte når målvärdet. Smärtskattning, munhälsobedömning och brytpunktsamtal under sista levnadsveckan behöver förbättras. Även en jämförelse från året innan kan ses i de olika spindeldiagrammen. Skinnskatteberg ligger nästan lika jämfört med föregående år 2025 var ”utan trycksår” och målvärdet 90% och resultatet 88,5%. Resultat av skriven **vårdplan** 93,8% målvärde 100%. Vilket är ett sämre resultat än året innan. Det vi ser är att vi behöver jobba med att symtomskatta samt att göra munhälsobedömning.

Jämförelse i diagram mellan åren 2024 och 2025

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

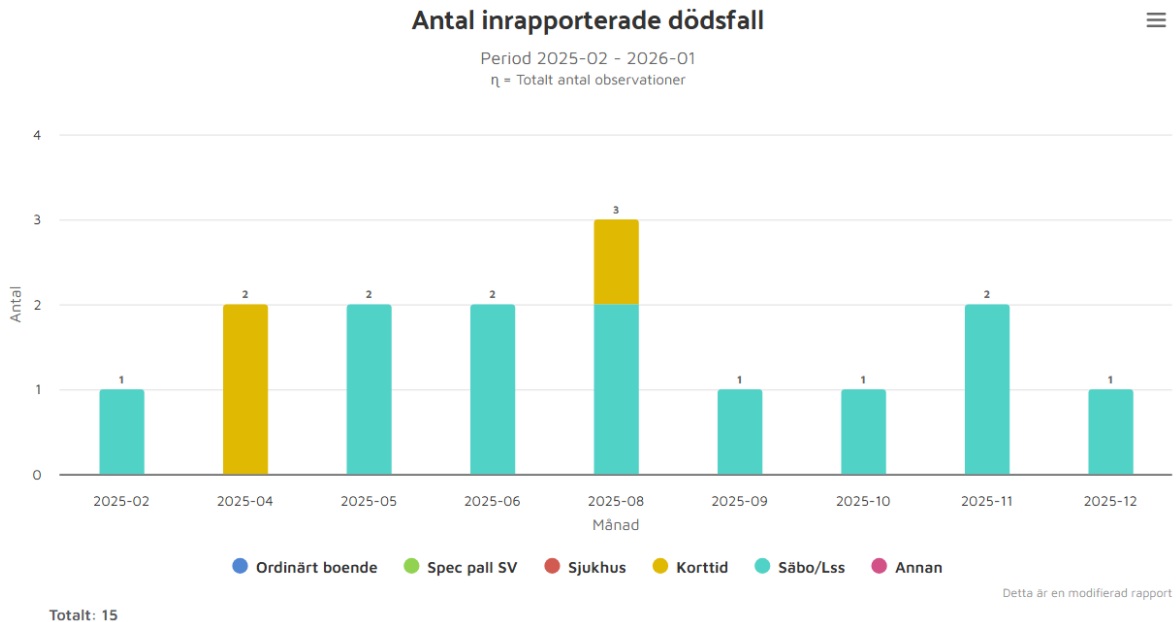


### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



**Målet för 2025 ej uppnått**

## Dödsfall inom äldreomsorgen i Skinnskattebergs kommun



## BPSD-registret

Kvalitetsregister BPSD registret BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister och syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens.

Att arbeta med BPSD-registret bidrar till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

**Mål:** God och säker demensvård

## Utbildning i BPSD

Under 2025 har Norbergs kommuns demensteam utbildat tre sjuksköterskor och tolv omvårdnadspersonal i BPSD. Eftersom få är utbildade i arbetssätt med BPSD har inte arbetet och registreringar varit igång på vissa avdelningar (Ej demensavdelningar) som en naturlig del i verksamheten. För att öka kunskap och registreringar i BPSD krävs att ännu fler personal utbildas i till administratörer i BPSD. Denna utbildning är obligatorisk för att få arbeta i programmet. Det finns enbart ett fåtal inom äldreomsorgen som har inloggning och behörighet att arbeta i programmet varför vi behöver fler som kan arbeta i programmet men även lära ut. BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens drabbar ca 90% av alla personer med demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, oro, hallucinationer och orsakar ofta lidande för personen med demenssjukdom men är även svåra att hantera för anhöriga och vårdpersonal.

Observation av symtom görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory (NPI) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör man en utvärdering.

Data sammanställs till en rapport som kan skrivas ut och användas i det dagliga arbetet på enheten. Från registret kan även statistik över egna data jämföras med övriga riket.

Alla personer i Skinnskattebergs kommun med demensdiagnos som bor SÄBO och demensboendet är registrerade i kvalitetsregistret BPSD. Sammantaget 20 personer är registrerade vid utgången av 2024 och det arbetas aktivt i registret med handlingsplaner, uppföljningar och skattningar. Planering av att utbilda utbildningar i BPSD gjordes och ska utföras under 2025.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

## Avvikelser

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

### Avvikelser

Skinnskattebergs kommun har lokala anvisningar för avvikelshantering med syfte att förbättra patientsäkerhet genom avvikelshantering. Processen innefattar identifiering, dokumentation och rapportering av negativ händelse, risk och tillbud samt fastställa och åtgärda orsak. Orsakers effekt ska utvärdera och sammanställa och erfarenheterna återföras till berörda parter. Det övergripande syftet med avvikelshantering är att dra lärdom av inträffade händelser för att vidta förebyggande åtgärder så att händelsen inte återupprepas.

### Rapportering av avvikelser

All personal som arbetar inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar att medföra en skada för den enskilde. I den skyldigheten ingår också att ta emot klagomål och hantera dessa. Alla medarbetare inom vård och omsorgsförvaltningen ska ha kännedom om sin rapporteringsskyldighet och tillgång till avvikelssystem för att kunna rapportera avvikelser och klagomål. Inom vård- och omsorg finns en riktlinje för avvikelser, klagomål och

synpunkter inom vård- och omsorgens verksamheter som övergripande beskriver hur avvikelser ska hanteras och vilket ansvar olika roller har i verksamheten.

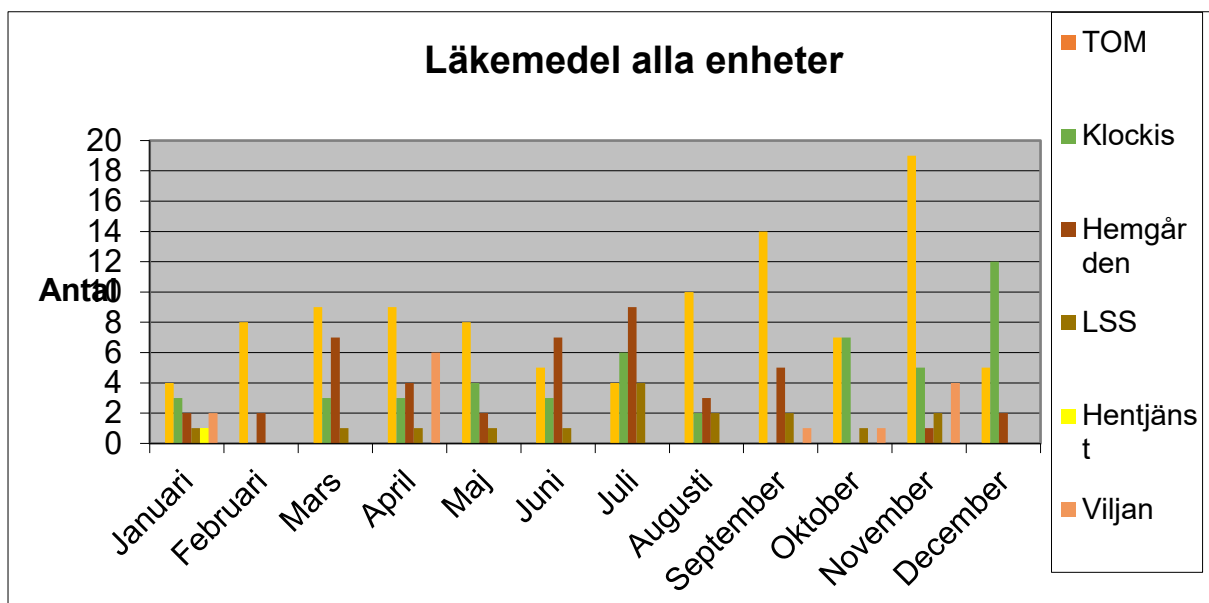
För verksamheter inom vård och omsorg finns en rutin som beskriver arbetssättet med avvikelser. Avvikelser skrivs på papper. För patientsäkerheten är det viktigt att den digitaliseras. Resultat och analys SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 § MAS sammanställer avvikelser och klagomål halvårsvis, redovisar därefter till verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den årliga sammanställningen redovisas även till nämnden.

Händelser och synpunkter som anmäls eller rapporteras till verksamheterna som avvikelser eller klagomål utreds och analyseras enligt framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys. Resultatet används som underlag för fortsatta förbättringsarbeten. MAS och enhetschef analyserar och sammanställer.

En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. MAS bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och ska anmälas till IVO enligt lex Maria. Alla avvikelser har genomgått sannolikhets- och konsekvens matrisen. Under 2025 anmäldes en lex Maria till IVO.

### 2025

Avvikelser	Fall	Läkemedel	Övrigt
Januari	7	10	3
Februari	5	18	3
Mars	13	20	3
April	10	23	6
Maj	14	15	6
Juni	25	11	7
Juli	23	23	0
Augusti	20	17	0
September	11	22	0
Oktober	15	16	0
November	14	31	1
December	20	19	11
<b>Sa</b>	<b>177</b>	<b>225</b>	<b>40</b>



### Sammanfattning

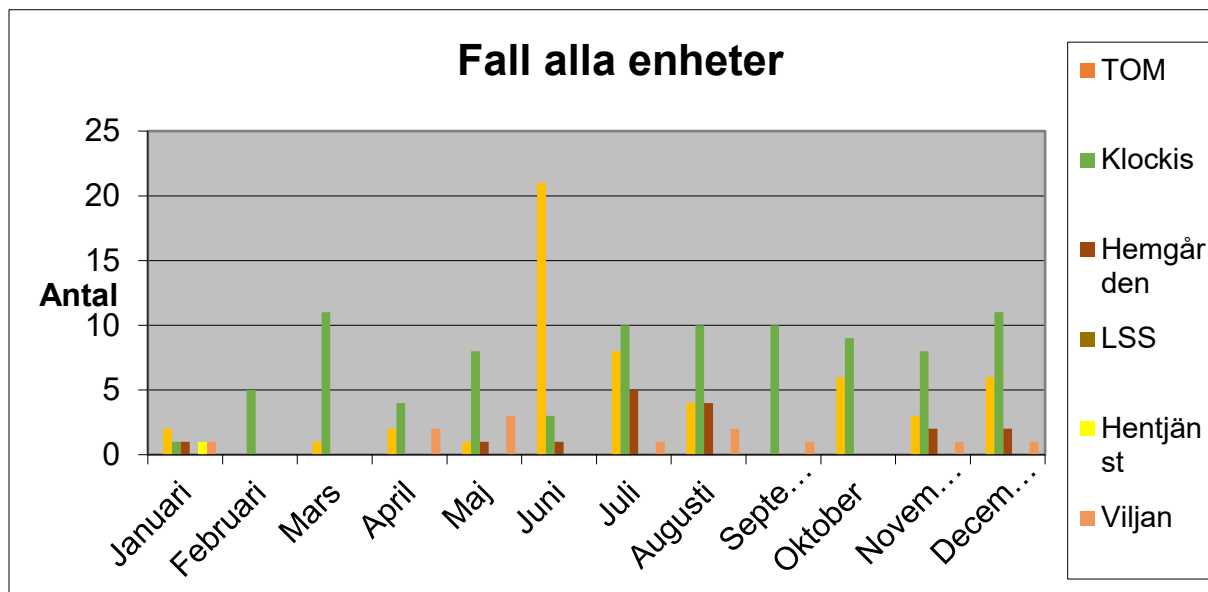
Antalet läkemedelsavvikelser har minskat jämfört med föregående år. De staplarna visar månad för månad antal rapporter den höga gula stapeln (hemtjänst) i september var att planerade besök gällande läkemedel hade ej blivit gjort personal hade vid flertalet tillfällen glömt ge läkemedel. Hög stapel i november beror på att digital signering infördes och personal signerade inte omgående efter givet läkemedel. Samtal gjordes och förbättringar har utförts. Den höga gröna stapeln (Klockarbergsgården) i december visar att digitalsignering medförde att man inte signerade omgående efter att läkemedlet givits.

Orsaker till ett högt antal avvikelse rapporter *kan bero på*:

- att det skrivs fler avvikelser.
- att det är fler inskrivna i hemsjukvård.
- att det är fler läkemedelstillfällen som läkemedlen ska ges på
- att många fler arbetar i hemtjänst än på SÄBO

Orsaker till det höga antalet avvikelse rapporter *beror på*:

- fel i planeringen
- dåligt ansvarstagande
- enligt personal otydliga ordinationer
- otydliga uppdrag till utföraren
- tidspress hos brukaren/patienten
- ej signerat på läkemedelslistor



### Sammanfattning

Den gula stapeln (hemtjänst) i juni visar att det är två brukare som står för majoriteten av fallen, här har man satt in de åtgärder som är möjliga för en arbetsterapeut och fysioterapeut man kan även se att detta fått ett bra resultat då fallen minskar i juli. Grön stapel (Klockarbergsgården) där är staplarna jämnt fördelade månad för månad. Rapporterna visar att det är en och samma patient som faller ofta och åtgärder har satt in. Hjälpmedel som rörelsesensor, se över läkemedel, följa och dokumentera i kvalitetsregister BPSD och extra personal i form av punktmarkering mm. Även andra patienter har haft enstaka fall med efterföljande åtgärder som följs upp.

### Jämförelse, avvikelserapporter

Rapporter	2024	2025
<b>Totalt (läkemedel + fall)</b>	<b>548</b>	<b>385</b>
Fall	217	160
Läkemedel	331	225
Sjuksköterska	13	19 ingår i läkemedel (rapport)
Patientnämnd	0	0
Lex Maria anmälan	0	1
Planering HSL-uppdrag l.m.	40	8 ingår i läkemedel (rapport)

## Interna läkemedelsavvikelser

**Resultat läkemedelsavvikelser:** En **minskning** med **32%** eller 106 rapporter, från 331st -24 till 225st -25.

**Hemtjänst** har inkommit med flest avvikelser 82 av 225 ca **36%** av läkemedelsavvikelser

**Klockarbergsgården** inkom med 51 avvikelser av 225 vilket är **23%** av totala antalet läkemedelsavvikelser.

**Hemgården** inkom med 43 avvikelser av 225 ca **19%** av totala antalet rapporter

**Sjuksköterskor** inkom med 19 läkemedelsavvikelser ca **8 %**

**Domherren LSS** inkom med 16 rapporter vilket är ca **7%**

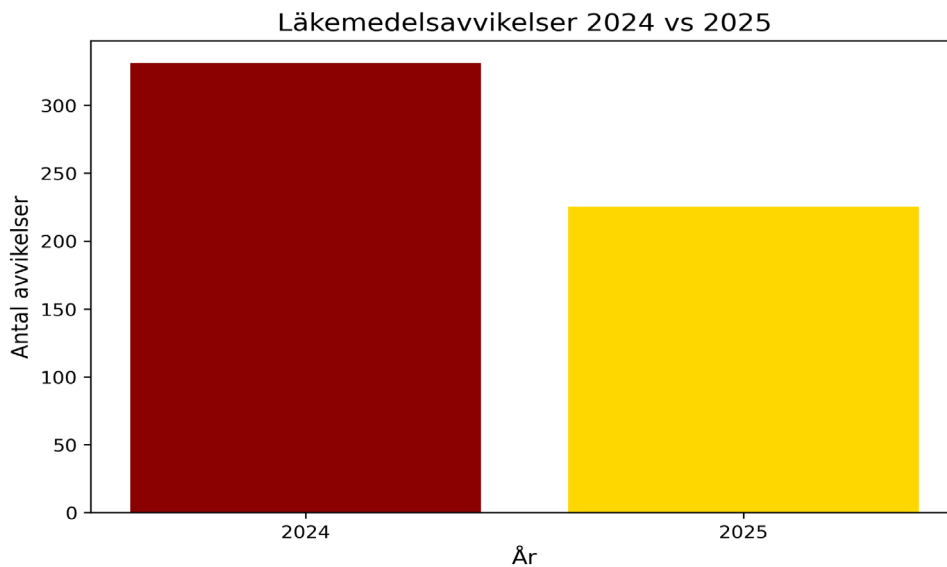
**Viljan korttids** inkom med 6 rapporter ca **3%**

**Planering HSL-uppdrag** inkom med 8 rapporter ca **3,6%**

**De flesta läkemedelsavvikelser 2025 avser:**

- Ej signerat
- Uteblivna doser, glömt ge läkemedel
- Dubbeldoser
- Fördröjning att signera

**Målet** för 2025 är delvis uppnått



## Fallavvikelser enligt HSL

Under 2025 inkom 160 fallavvikelser. Jämfört med året innan är det en minskning med **ca 26%**.

**Klockarbergsgården** med 90 rapporter som är **ca 56% av alla fallrapporter** en och samma person står för flertalet fallrapporter. Personen har bara ett fåtal fall nu efter att läkaren gjort medicinändringar och personal har observerat personen inom synhåll. Det är viktigt att följa upp fallavvikelser som många gånger kan leda till en allvarlig vårdskada tex en fraktur. Är man gammal och skör och har kognitiv svikt ökar fallrisken. Vi behöver förebygga fall och jobba aktivt med fallprevention.

**Hemtjänsten** inkom med 42 rapporter **ca 26% av alla rapporter i äldreomsorg**

**Hemgården** inkom 16 rapporter **ca 10% av alla rapporter i äldreomsorg**

**Domherren** 0

**Viljan** 12 rapporter **ca 7,5% av alla rapporter i äldreomsorg**

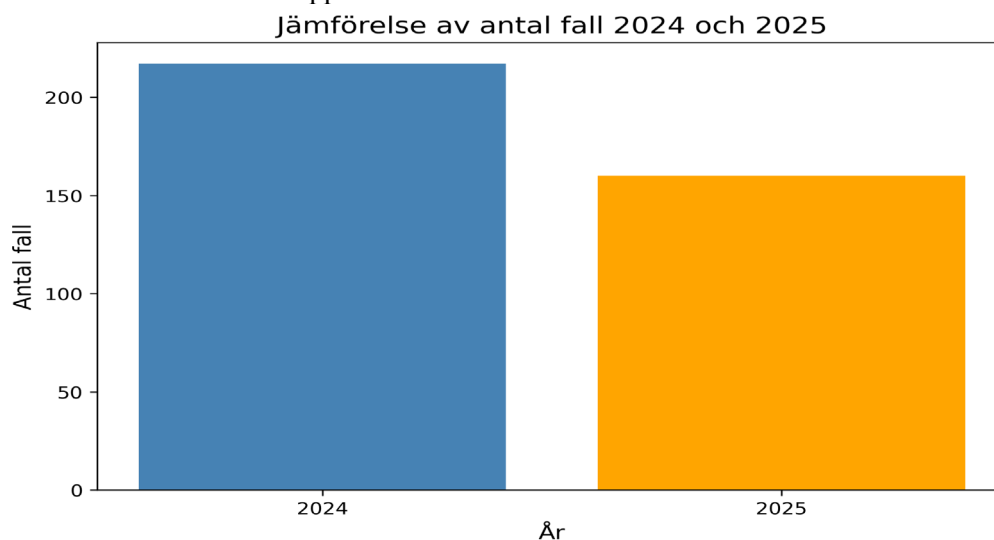
Under år 2025 har verksamheten arbetat aktivt med kvalitetsregistret Senior Alert som bland annat innehåller riskbedömning och åtgärder som kan vidtas för att förhindra fallolyckor. Sjuksköterskan och fysioterapeut i kommunen håller i utbildningar när tid finns.

Exempel på utbildningar:

- Trygga förflyttningar
- Läkemedelskunskap
- Observation vid fall
- Demens och beteenden
- Riskbedömningar

Inga allvarliga fallolyckor har inträffat under 2025

**Målet** för 2025 är delvis uppnått



## Övriga avvikelser:

**Hemgården:** Bemötande mot patienter och kollegor behöver förbättras

**Domherren:** Inga rapporter under övrigt som gäller patientsäkerhet.

**Klockarbergsgården:** Många avvikelser som går under Lex Sarah och påverkar också patientsäkerheten i stor grad. Sensorlarm som inte fungerar eller där personal vänder larmen mot en vägg vid omvårdande insatser och glömmer ställa tillbaka i rätt läge. Omvårdnad med brister av hygien

**Hemsjukvård (hemtjänst):** Fel planering av insatser

**Sjuksköterskor:** Bemötande mot omvårdnadspersonal

**Planering av HSL uppdrag:** Fel i planering av HSL insatser har räknats in under läkemedelsavvikelser.

**Externa avvikelser:** Ett antal har rapporterats gällande bemötande och där kompetens hos omvårdnadspersonal brustit.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen, såväl internt som externt vi väntar på att starta upp digital avvikelshantering under 2025. Synpunkter/klagomål behandlas som andra avvikelser förutom att patienten och/eller anhöriga kontaktas telefonledes. Vi hanterar synpunkter och klagomål skyndsamt och har kontakt med patient/anhöriga. Berörda medarbetare informeras. Vi anser att vi har ett fungerande arbetssätt för detta. Vid händelseanalyser är patient/närstående delaktiga och får berätta sin del och eventuella förbättringsområden. Allvarliga klagomål kommer till medicinskt ansvariga för vidare utredning. En bedömning görs om klagomålet har kunnat medfört eller har medfört en allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommunens hälso-och sjukvård är en viktig samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden och säkerhet och gäller även under en krissituation. Det finns behov av att bygga en ökad krisberedskap och robusthet för att stå emot eventuella hot mot vår säkerhet och självständighet eller tillsammans med andra aktörer. Hur vi hanterar förbrukningsartiklar, skyddsutrustning, läkemedel och journalhantering undre kris.

Kärnan i kommunens arbete med krigs- och krisberedskap finns i det krisberedskapsarbete som sker i varje enskild verksamhet. Det består av att varje verksamhet arbetar med att upprätta och underhålla kontinuitetsplanering vilket har gjorts under 2025. Det har anordnats utbildningar för att kunna upprätta en kontinuitetsplan. Syftet med en fungerande kontinuitetsplanering är att reducera den initiala effekten vid en incident och reducera verksamhetens eventuella avbrottsid. Kontinuitetsplanen är påbörjad och 4 aktiviteter är färdiga.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål och strategier för hälso- och sjukvårdsorganisationen 2025. Fortsätta med att öka kvalitén på vården genom att utifrån individens perspektiv ge effektiv och säker vård. Att rätt vård ges på rätt vårdnivå genom strukturerade bedömningar och säker informationsföring. Arbetet med att använda Life Care som ett kommunikationsverktyg mellan legitimerad och delegerad personal vad gäller vårdbegäran, HSL-uppdrag har pågått och ett fortsatt gott resultat har uppnåtts 2025. För de utmaningar som inte uppnått målen 2025 blir en utmaning 2026.

- SBAR för legitimerad personal och omsorgspersonal/personliga assistenter. SBAR är en struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska genomföras på ett patientsäkert sätt. Webbutbildningar planeras starta och en utbildningsgrupp bestående av sjuksköterskor kommer att hålla i en utbildning under 2026.

**Målet** för 2025 är ej uppnått

- Att använda Visam som är ett beslutsstöd för sjuksköterskor för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patienter i den kommunala hälso-och sjukvården Vi satsar på en gemensam utbildning under 2026

**Målet** för 2025 är ej uppnått

- Att legitimerad personal och omsorgspersonal/personliga assistenter använder lämpliga bedömningsinstrument vid smärta. En åtgärd som palliativa ombuds gruppen har tagit fram. Verkyget Abbey pain scale som är ett verktyg vårdhandboken rekommenderar. Skalan fylls i vid misstanke om smärta men utvärdering bör göras cirka 1 timme efter smärtlindring givits uteblir. Under 2025 har en förbättring skett och under 2026 kommer verkyget att användas mer i utvärderingssyfte.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

- Utarbeta en handlingsplan för vårdhygien samt arbeta aktivt med att åtgärda brister efter utförd hygienrund under januari 2026
- Utifrån framtagna journalgranskningsmall genomföra journalgranskning av HSL-journaler regelbundet i teamet som mål 2 gånger i månaden med färre patienter att granska som resulterar i längre diskussioner under 2026

**Målet** för 2025 är uppnått

- Fortsätta arbetet med en lokal handlingsplan för patientsäkerhet.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

- Implementering av kvalitetsledningssystem ska genomföras på samtliga enheter inom vård och omsorg.

**Målet för 2025 är delvis uppnått**

- Implementera digitala signeringslistor för läkemedelshantering.

**Målet för 2025 är uppnått**

- Förbättrad dokumentation vid palliativ vård, arbete pågår i arbetsgruppen Cosmic.

**Målet för 2025 är uppnått**

- Bedriva vård och omsorg på ett säkert sätt och med hög kvalitet.

**Målet för 2025 är delvis uppnått**

- Öka säkerheten med läkemedelshantering ordinära boenden nyckel fri hemtjänst samt digitala läkemedelsskåp. Alla brukare i Skinnskattebergs kommun har under 2025 digitala läkemedelsskåp

**Målet för 2025 är uppnått**

### **Sammanfattande bedömning**

Den sammanfattande bedömningen är till belåtenhet, av tio mål har fyra mål blivit uppnådda, fyra mål är delvis uppnådda och två mål blev inte uppnådda under 2025 av uppsatta utmaningar.

Mål för 2026 är att de mål som inte är uppnådda ska nå målet.

Under 2025 har arbetet med att förebygga utbrott av Covid-19 genom vaccination vårdosen och den så kallade höstdosen dos 8 erbjuds under hösten närmare bestämt i början av oktober med samvaccinering mot säsongsinfluensan.

Ingen konsulterande sjuksköterska har behövts i verksamheten och vi har inte behövt ny rekrytera sjuksköterska till enheten. Arbetsterapeut slutade sin anställning och ersattes av en konsult ca tre dagar i veckan från och med augusti-25. En tillsvidareanställd arbetsterapeut rekryterades under 2025 och kommer att börja sin anställning under mars-26.

Vårdbegäran mellan beställare och utförare har påbörjats via kommunikationsverktyget i Life Care för att kvalitetssäkra patientsäkerheten vilket i slutet av 2025 gav ett gott resultat.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas bedömning och kommentar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar tillsammans med verksamhetschef enligt 11 kapitel 4 § i hälso- och sjukvårdslagen för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunen är patientsäker. MAS har dels genomfört granskningar utifrån enskilda händelser, dels utifrån uppgjord plan. Återföring av granskningarnas resultat har skett till berörda verksamheter som ansvarar för det fortsatta förbättringsarbetet. MAS bedömning är att förbättringsarbetet behöver prioriteras av hela verksamheten framledes. Framför allt behöver vi en kompetenshöjning av omvårdnadspersonal

MAS vill lägga tyngdpunkt på att patienten får rätt individuellt inkontinenshjälpmedel förskrivet dels personcentrerat, dels för kostnadseffektiviteten. Mer tid bör läggas för arbetet med inkontinens och hjälpmedel. Bra resultat under 2025.

**Målet** för 2025 är delvis uppnått

MAS anser att digital läkemedelssignering som gick in i skarpt läge nov-25 var en förutsättning för att få ökad följsamhet till ordinationer vilket bidrar till en patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet. Digital läkemedelssignering möjliggör rätt insats i rätt tid av rätt person.

Att signera elektroniskt bedöms stärka patientsäkerheten eftersom tjänstgörande sjuksköterska får larm om läkemedel inte signeras inom ett givet tidsintervall. Genom att ha säkrat upp med läkemedelsskåp i hemsjukvård och på boenden under 2025 har vi höjt åtkomst och spårbarhet och även patientsäkerheten.

**Målet 2025 är uppnått**

MAR från och med den 1 juli 2026 införs, ett lagstadgat krav på att det ska finnas en Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) i alla kommuner. Denna roll är en legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast som ansvarar för att rehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård är säker, ändamålsenlig och av god kvalitet. Ansvaret för rekrytering ligger hos vårdgivaren.

MAS anser att rehabiliteringspersonal ska jobba med tidiga insatser, förebyggande arbete, tätare uppföljningar och teamarbete nära patientens hem framför allt i omställningen till Nära vård. MAS hävdar att med nuvarande bemanning är detta inte genomförbart. Personalen tvingas idag arbeta reaktivt i stället för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, vilket strider mot omställningens intentioner.

**Målet 2025** ej uppnått

MAS anser att demensvården behöver lyftas och MAS flaggar för kompetenshöjning på demensboendena både hos legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. Utbildning i BPSD kvalitetsregister har utförts under 2025. Personal från olika verksamheter har gått utbildningen och de vi har sett är att det höjer kvaliteten för de med kognitiv svikt och psykisk ohälsa. Vi behöver erbjuda fler personal att gå utbildningen under 2026.

**Målet 2025** är delvis uppnått

MAS anser att man bör titta mer aktivt på möjligheten till ett digitalt avvikelssystem. Det finns risker att allvarliga avvikelser bedöms fel och hamnar fel. Detta borde vara prioriterat eftersom det stärker patientsäkerheten, det är viktigt att få rapporter samlade och underlätta för att avvikelser hamnar hos rätt utredare och som även skulle kunna medföra att man arbetar mer aktivt med uppkomna avvikelser. Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen, såväl internt som externt, det är viktigt att starta upp digital avvikelshantering under 2026.

**Målet 2025** ej uppnått

MAS anser att man behöver en tydlig strategi för att säkerställa rekrytering och behålla erfaren personal, tillsammans med en strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda. Mer kompetens och nya arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar behöver säkerställas och detta ska ge ökade möjligheter att säkerställa utförandet av ordinerade insatser.

**Målet för 2025** är delvis uppnått

MAS anser att grundläggande förutsättningar behövs för att minska risken för vårdskador genom:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Vi fortsätter att kvalitetssäkra verksamheten genom att planera, leda och kontrollera genom att genomföra egenkontroller och uppföljningar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

**Målet för 2025** är delvis uppnått

MAS förespråkar att införa interna workshops med fokus på resultat från egenkontroller

**Målet för 2025** ej uppnått

MAS har förslag till ett bättre samarbete mellan hemsjukvårds chef och hemtjänst chef för att stärka patientsäkerheten och förståelsen för hemsjukvård och hemtjänstens olika roller. Samarbetet ska kugga i varandra och målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte, de äldre ska uppleva trygghet i relation till vård- och omsorg.

**Målet för 2025** är delvis uppnått