

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Omsorgskontoret



Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING	3
2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	4
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2.2 En god säkerhetskultur.....	8
2.3 Adekvat kunskap och kompetens	8
2.4 Patienten som medskapare.....	11
3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
3.1 1. Identifiering	12
3.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
3.3 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	23
3.4 Säker vård här och nu.....	24
3.5 Stärka analys, lärande och utveckling	25
3.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29

1 SAMMANFATTNING

Under 2025 arbetades det till stor del med införandet av det nya journalsystemet Viva och verksamhetssystemet för individuellt förskrivna hjälpmedel Myloc. Införandet av båda systemen samtidigt blev resurskrävande och påverkade övrigt kvalitetsarbete.

Under året har utbildningstillfällen hållits på våra enheter inom bland annat det vårdhygieniska området, trycksår, demens och förflyttningsutbildning. Antalet deltagare har dock varierat p.g.a. bristande planering och samordning vilket behöver förbättras inför kommande år.

Det har arbetats med de nationella kvalitetsregistren i olika utsträckning. Palliativa registret och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga arbetet utifrån Senior alert, men det behöver göras ett omtag och ligger därför som ett mål för 2026.

Det finns behov av att förbättra uppföljningar inom samtliga områden t.ex. uppföljning av vårdplaner, ordinerade insatser, riskbedömningar och hjälpmedel.

Under våren har kvalitetsutvecklande åtgärder vidtagits kring utskrivningsprocessen. Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande utökade med 2 hemtagningsteam som också ansvarar för trygg och säker utskrivning de två första veckorna vid behov, vilket är ett förändrat arbetssätt från det att det bara fanns ett hemtagningsteam. Under året har kommunen inte haft några kostnader för utskrivningsklara och sannolikt är det ett resultat av ett väl fungerande arbetssätt med multiprofessionella hemtagningsteam och utökade korttidsplatser.

Inom det vårdhygieniska området har målet inte uppnåtts kring BHK-mätningar och vårdhygieniska egenkontroller vilket blir ett uppdrag för 2026.

Antalet avvikelser och lex Maria-ärenden var jämförbara med föregående år och arbete är påbörjats med kvalitetshöjande åtgärder utifrån de brister som identifierats vilket fortsätter under 2026.

2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



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

2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

En av de primära förutsättningarna för att säkerställa en god och säker vård är att vårdgivaren har ett ändamålsenligt ledningssystem som innehåller de aktuella riktlinjerna, rutinerna och instruktionerna som behövs för ett systematiskt

kvalitetsarbete där man förebygger vårdskador, avvikelser och felbehandlingar samt att i de fall felaktigheter uppstår kunna identifiera och åtgärda det som inträffat. Under hösten påbörjades ett utvecklingsarbete för översyn av ledningssystemets rutiner och riktlinjer för att säkerställa att vi har aktuella och relevanta rutiner som ligger på rätt plats så att de är lätta att hitta.

En hälso- och sjukvård med hög säkerhet utmärks också av multiprofessionella team, hög omvårdnadskompetens, säker läkemedelsanvändning, riskförebyggande arbete, säkra och individanpassade hjälpmedel samt gränsöverskridande informationsöverföring. Detta medför att det behövs rätt kompetens i tillräcklig omfattning och med god kontinuitet för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt och bibehålla en god arbetsmiljö.

Under året har man genomfört vissa justeringar inom organisationen för legitimerade för att uppnå en så optimal resursfördelning som möjligt. Bl.a. utökades sjuksköterskornas nattorganisation till två sjuksköterskor nattetid på vardagar. Även organisationen inom rehab har utökats med två arbetsterapeutjänster och en fysioterapeutjänst varav 50 % fysioterapeutjänst är öronmärkt till den nya korttidsenheten.

Patientens medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, för att säkerställa att patientens behov och önskemål tillgodoses så långt som möjligt. Patientens delaktighet lägger grunden till en trygg och säker vård. Därav ska patienten vara delaktig i såväl utformningen som uppföljningen av den individuella vårdplanen.

Den övergripande strategin under 2025 har varit att genomföra en säker övergång till ett nytt journalsystem och att anpassa både system och arbetssätt mot en sammanhållen vård och omsorgsdokumentation. I övrigt har vi också arbetat med att förbättra teamsamarbetet kring riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår och munhälsa.

Under året flyttades också korttidsenheten till vårdcentrum vilket medförde att antalet korttids- och växelvårdsplatser kunde utökas och fler platser inom särskilt boende kunde frigöras.

Detaljerade mål och måluppfyllelse kopplade till de målområden som var för 2025 redovisas under kapitlet ”Agera för säker vård”.

2.1.2 Organisation och ansvar

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

Vård och Omsorgsnämnden har som vårdgivare det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Nämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål samt följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för Omsorgskontoret.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschef med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Omsorgskontoret och har tillsammans med verksamhetschef ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Inom Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

1. Patienter får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för; a) Läkemedelshantering (MAS), b) Rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen, c) Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det (MAS)

MAS och MAR har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

MAS och MAR ansvarar för att det i samråd med verksamhetschef, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert. Det ska finnas tydliga mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- Hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet
- Aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- Arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, där vården så långt det är möjligt

- utföras i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- Föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg
 - Genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin till omsorgspersonal.
 - Delegerad omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av den delegerade arbetsuppgift som de utför, därav är även de inkluderade i ovan.

2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan olika vårdgivare är viktigt för patientsäkerheten.

Samverkan internt

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR): MAS och MAR organiserades i början av 2024 under olika verksamheter och chefer. MAS är organiserad under socialchefen och MAR under HSL/LSS verksamhetschef. MAS deltar på ledningsgruppen som socialchefen håller i samt MAS och MAR deltar i ledningsgruppen som HSL/LSS verksamhetschef ansvarar för.

MAS och MAR: Deltar kontinuerligt i möten med enhetschefer och verksamhetschefer inom vård och omsorg. MAS och MAR ansvarar för de olika forumen med legitimerade där även enhetschefer deltar (MAS-möten, Hjälpmiddels- / MAR möten, HSL forum). På dessa möten sker bland annat information och dialog inom HSL-området gällande förebyggande arbete, riktlinjer, rutiner, avvikelser/tillbud, identifierade risker och åtgärder, planerade och vidtagna åtgärder.

Verksamheter: Varje verksamhet har ärendeträffar och biståndsmöten där teamsamverkan sker mellan bistånd, HSL, SOL och LSS personal.

Samverkan externt

Hemtagningssteam: Representanter från regional och kommunal primärvård, myndigheten för bistånd samt enhetschefer samarbetar dagligen lokalt på varje tätort för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården.

Avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH): Drivs av Region Uppsala och utgår ifrån Tierp. ASH och kommunens sjuksköterskor har återkommande samverkansmöten för att säkerställa samverkan kring palliativa patienter som är inskrivna i ASH. Ett övergripande uppföljningsarbete gällande samverkan kring palliativa patienter där ASH är delaktiga pågår, då länets kommuner påpekat brister i samverkan.

Primärvård: Årliga samverkans möten äger rum mellan HSL Östhammars kommun och vårdcentraler där överenskommelser om samverkan skrivs.

Läkarmedverkan via vårdcentral och jourmottagning, Mobila närvårdsteamet, Äldrevårdsenheten, och NVE

Länsövergripande samverkan

Övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län: Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO, är länets övergripande forum för samverkan mellan Regionen och länets kommuner. Samverkan sker på politisk och tjänstemannanivå, där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade.

HSVO beslutar om de gemensamma dokument *Vård i samverkan - ViS* som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala.

Regionens Nära vård och hälsa samt Patientsäkerhetsgrupp: Kommunernas MAS och MAR deltar i dessa forum för samverkan.

Regionala och nationella nätverksmöten: Separata MAS och MAR möten samt gemensamma MAS/MAR möten sker kontinuerligt.

Utvecklingsgrupper: Arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Cosmic Link samt med riktlinjer och övergripande samverkansrutiner. Syftet är att patientsäkra in- och utskrivning till och från slutenvården.

Hjälpmedel Uppsala Län (HUL): Samverkansavtal för bland annat hantering av individuellt förskrivna medicintekniska produkter mellan HUL och länets sju kommuner (exklusive Älvkarleby). Hjälpmedelsansvarig / MAR deltar i länsövergripande möten samt nätverksträffar med länets hjälpmedelsansvariga.

Länsövergripande samverkan mellan kommun och region gällande individuellt förskrivna hjälpmedel inom rörelse och kognition: Samverkan sker till viss del på olika nivåer och forum i länet. Det kommer att tillsättas en arbetsgrupp för fortsatt utveckling och samverkan under 2025 utifrån uppdrag ifrån TL HSVO.

2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet handlar om att begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.

SITHS-kort: Används för inloggning till kvalitetssystem och kommunikationssystem med regionen. Dokumentations- och kommunikationssystem styrs av behörigheter om vad varje profession ska kunna läsa och skriva om patienten utifrån arbetsplats. Identifiering inom kommunernas hjälpmedelssystem *Myloc* i länet görs också med SITHS-kort eller Bank-ID.

Loggkontroll. Rutiner för loggkontroller ska finnas för samtliga journalsystem (Viva, MCSS, Cosmic Link och NPÖ). *Resultat:* under 2025 har loggkontrollerna i det nya journalsystemet inte blivit genomförda i den omfattning som är tänkt sannolikt för att systemet var nytt och instruktionen kommunicerades sent på året. Ett mål för 2026 är att göra en översyn av rutinerna kring loggkontrollerna för samtliga system för att kvalitetssäkra genomförandet av loggkontrollerna.

Cosmic Link: Digitalt kommunikationsverktyg mellan region och kommun för en säker informationsöverföring mellan huvudmän vid in- och utskrivning från slutenvården och inskrivning i den kommunala primärvården. Loggkontroller ska utföras regelbundet

Information till anställda: Samtliga nyanställda får information om vad sekretess innebär samt hur personuppgifter ska hanteras på ett säkert sätt inom hälso-och sjukvården.

Digitala läkemedelsskåp: Ökar spårbarheten samt säkerställer läkemedelshanteringen. Logg och behörighetsstyrning regleras inom verksamheten

Digital signering av insatser: Östhammars kommun använder sig av det digitala signeringssystemet MCSS - Medication and Care Support System. I MCSS signerings app ser användaren vilka insatser som ska utföras. Vid inloggning och signering kontrolleras behörighet samt aktuell delegering. Även insatser som inte kräver delegering kan signeras i MCSS. Den digitala signeringen säkerställer även följsamhet och att insatsen utförs i rätt tid och av rätt person. Digital signering av läkemedelsinsatser ger en spårbarhet och en säker

tilldelning.

Säker e-post samt säkra digitala möten används för att skicka personuppgifter eller samtala om känsliga uppgifter.

2.2 En god säkerhetskultur



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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Säkerhetskulturen ska kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Det är viktigt med ett öppet arbetsklimat där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Att

lära av både negativa och positiva händelser skapar förutsättningar för patientens möjlighet att vara delaktig och kunna arbeta förebyggande. Arbetet med att skapa en god säkerhetskultur behöver prioriteras av ledningen och vara både långsiktig och synlig.

Drabbas en patient av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen och får vara delaktig i utredningen. Vid samtycke är det även viktigt att närstående får vara delaktig. Det är även av stor vikt att den personal som var inblandad i händelsen får det stöd som den behöver.

Östhammars kommun arbetar med erfarenhetsutbyte och lär av händelser som inträffat och tar tillvara på erfarenheter för att använda detta som ett underlag för lärande utveckling och förbättringar. Vi ser att detta arbetssätt minskar risken för att liknande händelser och vårdskador ska uppstå.

2.3 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.

Delegeringsutbildning av hälso- och sjukvårds uppgifter:

En utbildningsansvarig sjuksköterska håller i delegeringsutbildningarna för läkemedelshantering. Delegerande sjuksköterska ansvarar sen för att säkerställa kunskapsnivån innan delegeringsbeslutet fastställs.

Under 2025 stod i snitt 50 sjuksköterskor för nästan 900 delegeringar. Andelen delegeringar/sjuksköterska varierar

mellan enheterna och verksamhetsområdena. En målsättning är att fördela antalet delegeringar så jämt det går mellan sjuksköterskorna på varje enhet för att uppföljningar och förnyelser ska kunna genomföras på ett säkert sätt enligt rutin.

Inom LSS har det större delen av året varit endast två sjuksköterskor vilket innebär att de har haft flest delegeringar/sjuksköterska (113 resp 115 vardera) . I övrigt hade ca 35% av

sjuksköterskorna mellan 1-10 delegeringar vardera och ca 25% av sjuksköterskorna hade mellan 31-40 delegeringar vardera. Ett fåtal (5%) av sjuksköterskorna hade mellan 41-50 eller 51-70 delegeringar vardera.

Under 2025 har två av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna delegerat 21 omsorgspersonal i handhavande av tippbräda. Det är liknande siffror som förra året Under 2026 planeras en översyn och revidering av rutinen för delegering igen med anledning av förändrade föreskrifter.

Hygienutbildningar. Utbildningar inom det vårdhygieniska området har genomförts för omvårdnadspersonal i samverkan med Vårdhygien under året inom särskilt boende, hemtjänst och LSS. Utbildningsinsatserna fortsätter under 2026. Även cheferna inom särskilt boende och hemtjänst har fått ett utbildningstillfälle av Vårdhygien. Vi hade också en hygienombudsträff under hösten tillsammans med vårdhygien

En målsättning är att alla som arbetar inom vård och omsorg ska genomföra grundutbildningen Basala hygien och klädregler. Chefer ska också genomgå utbildning inom utbrottshantering. Enhetschef och verksamhetschef ansvarar för uppföljning och egenkontroll.

Utbildning inom Demens. Under året har Siliviasystrar utbildat hemtjänstpersonal i egen regi i grundläggande kunskaper kring bemötande av personer med demenssjukdom. Utbildningsinsatsningen fortsätter under 2026 inom Särskilt boende. Inom LSS har det också varit utbildningar inom demens i form av Stjärnmärkt.

En målsättning är att all omvårdnadspersonal genomför avsedd webb-utbildning Demens ABC. Enhetschef ansvarar för uppföljning och egenkontroll

Allmän palliativ vård: Webbutbildning för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig men rutin för att kvalitetssäkra genomförandet saknas vilket vi måste ta fram under 2026.

Förskrivningsutbildning för sjuksköterskor gällande inkontinensprodukter: Under 2024, har 3 sjuksköterskor gått förskrivarutbildning av inkontinensprodukter på Uppsala universitet denna utbildning är 5 heldagar. Denna utbildning är ett krav för att sjuksköterskor ska förskriva inkontinensprodukter..

SBAR-utbildning: Den planerade utbildningsinsatsningen för att säkerställa en säker kommunikation mellan personal, SBAR, blev inte genomförd under 2025 som var en målsättning. En bidragande orsak var sannolikt införandet av det nya journalsystemet som blev väldigt resurskrävande och omfattande så det inte fanns utrymme för ytterligare utbildningar. Vi planerar för att återuppta planeringen för genomförandet under 2026

SÄBO-dagarna är en årlig återkommande länsgemensam utbildningsdag för regional och kommunal primärvård. Den riktar sig främst till sjuksköterskor och läkare som arbetar inom särskilt boende men hemsjukvårdens sjuksköterskor och rehab-personal är också välkomna att delta. Tema för 2025 var aktuella SÄBO-frågor (bla läkaruppdraget, medicinska vårdplaneringar mm) , Urinvägar och Neurologi.

Trycksårsutbildning. Under hösten har MAS haft grundläggande utbildning kring trycksår för omvårdnadspersonal på två av våra särskilda boenden och utbildningarna fortsätter under 2026 på övriga enheter.

Förflyttningsutbildning: Det har utförts basal förflyttningsutbildning inom ett antal verksamheter och orter under 2025. Utbildningarna utgår ifrån patientperspektivet,

rehabiliterande förhållningssätt avseende funktion, aktivitet och ökad delaktighet.

Resultat: Flera utbildningstillfällen blev dock inställda på grund av bristande planering och därav fick endast ett fåtal personal utbildning under året. Vi ser ett behov av förbättrad planering så kommunens resurser används på ett kostnadseffektivt sätt när personalen utbildas för att förhindra vårdskador som sker i samband med förflyttningar. Vi ser även ett behov av att införa lyftlicensutbildningar för att förhindra allvarliga skador i samband med förflyttningar med lyft och lyftsele.

Förskrivarutbildning medicintekniska produkter inom rörelse och kognition: HUL (Hjälpmedel Uppsala Län) arrangerar kontinuerligt specifika utbildningar för förskrivare inom upphandlat hjälpmedelssortiment samt minimässor i samband med nytt sortiment. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor ansvarar för att gå de utbildningar som krävs för att kunna förskriva inom aktuella produktområden.

Hjälpmedelsverksamheten har genomfört utbildning och aktiviteter i förebyggande syfte:

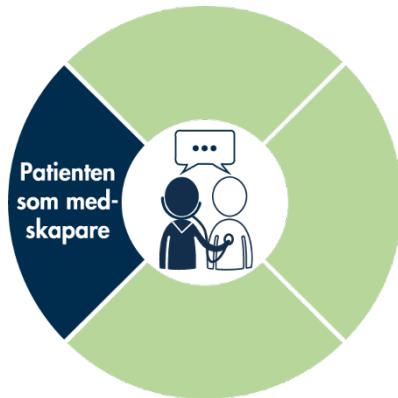
- *Grundläggande förskrivningsrätt* för nyanställd legitimerad personal
- Hygien genomgång i kommunens Hjälpmedelsförråd på Albrektsgatan 14C har utförts med hygienombud och Vårdhygien
- Förskrivare har fått fördjupad teoretisk och praktisk kunskap via leverantörer i hantering av hjälpmedel som till exempel mekarkurs med rullstolar, dynor, mobila hygienhjälpmedel
- Rollatortält på respektive ort i kommunen. Syftet är främst patientsäkerhet, men också för uppföljning och information till den enskilde. Det var 49 besökare under 2025 jämfört med 63 besökare år 2024. Detta görs i samarbete med tekniker inom Enheten för arbete och integration (EIA), förskrivare, rehabassistenter, förrådsansvarig och hjälpmedelsansvarig. Under 2025 var även anhängkonsulent delaktig för att ge information om kommunens anhörigstöd

Syn- och hörselinstruktör: Alternativen att träffa syn- och hörselinstruktör har funnits genom hembesök, besök hos syn- och hörselinstruktör samt drop-in på kommunens bibliotek. Besökarna har ökat under flera års tid. 2025 var det till exempel 347 besökare på biblioteken (2024 var det 225 besökare) en ökning med 54 %. Det ökade antalet besökare antas bero på det ökade antalet äldre som använder dessa hjälpmedel.

Förebyggande hembesök: Under 2025 har 235 medborgare i kommunen fyllt 80 år och som inte haft andra insatser än färdtjänst. Annonser skickades ut i annonsnytt vid två tillfällen under året och 172 informationsmappar skickades ut enligt önskemål och 64 hembesök och hälsosamtal utfördes. 88 personer gick inte att nå av de 235 medborgarna. Samtliga personer som förebyggande gruppen har varit i kontakt med har varit positiva till att de blivit uppmärksammade och erbjudna informationsmapp och/eller hembesök precis som tidigare år.

Introduktionsutbildning. Inför sommaren för omvårdnadspersonal för att öka kunskapen generellt kring hälso- och sjukvård och olika riskfaktorer som kan uppstå under sommaren.

2.4 Patienten som medskapare



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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd och delaktighet med patienten och närstående. Det är viktigt att patienten har fått tydlig och

anpassad information. Detta för att aktivt kunna delta i sin vård och har möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar. Relationen mellan patient och vårdpersonal genomsyras av ömsesidig respekt och förståelse. Det är viktigt att utgå ifrån patientens behov och önskemål.

Närstående får en förutsättning att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, i de fall patienten så önskar och samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. I praktiken innebär det att patienten och /eller närstående deltar i vårdplaneringar, riskbedömningar (Senior alert), SIP (Samordnad individuell vårdplan), uppföljningar av omvårdnadsinsatser och medicinska behandlingar och rehabilitering.

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras och vara delaktiga i utredningen. Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot enligt rutin. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras av berörd enhetschef och i förekommande fall av MAS och MAR.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

3.1 1. Identifiering

Egenkontroll 2025

Egenkontroll	Omfattning	Vem
Avvikelser.	Kontinuerligt under året . Se resultat under stycke 3.6.2	Enhetschef, legitimerad personal, MAS och MAR
Läkemedelshantering	Kontrollräkning av narkotika 1 gång/månad	Sjuksköterska
	Extern kvalitetsgranskning 1 gång/år.	MAS. Apotekare. Enhetschef. Sjuksköterska
	Läkemedelsgenomgångar 1 gång/år	Sjuksköterska och läkare
Genomförda HSL-insatser	Rapport från MCSS (Appva)	MAS och MAR
Journalgranskning	Journalgranskning 1/år Kollegial journalgranskning 2-4 ggr/år	MAS och MAR Legitimerad personal
Vårdhygien	Mätning av Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)1 ggr/mån	Enhetschef och Hygienombud
	Vårdhygienisk egenkontroll alla verksamheter 1 gång/år	Enhetschef och MAS
	Hygienrund av Vårdhygien 1 gång/4 år	Vårdhygien, MAS, Enhetschef
	Handlingsplan smittsamma sjukdomar 1 gång/år	Enhetschef
	Vårdrelaterade infektioner (VRI) 1 gång/mån	Sjuksköterska
Kvalitetsregister	Rapport från BPSD-registret 2 ggr/år	MAS
	Rapport från Palliativ registret 2 ggr/år	MAS
	Rapport från Senior Alert 2 ggr/år	MAS
Uppföljning av medicintekniska produkter	Elrullstolar och drivaggregat 1 gång/år	Arbetssterapeut
	Tippbråda och ståstöd 1 gång/år	Fysioterapeut/Sjukgymnast
	Lyftselar 2 gånger/år.	Arbetssterapeut / fysioterapeut / sjukgymnast. Utförs av rehabassistent
	Kontroll av lyftar 1 gång/år	Enhetschef, HUL
	Uppföljning av vårdängar och basutrustning 1 gång/vartannat år	Enhetschef, HUL och Roux Health Care

Avvikelser

Avvikelser följs upp löpande under året. Allvarliga avvikelser går alltid till MAS och MAR för kännedom. Se mer information och resultat under kapitlet avvikelser

Läkemedelshantering

Kontroll av narkotiska läkemedel 1 gång/mån

Resultat: Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel har utförts enligt rutin. Under året har ett vi uppmärksammat ett tillfälle med narkotikasvinn i måttlig mängd där vi inte kunde utesluta misstanken om stöld. Det finns kameror i läkemedelsrummen men rutinerna kring användningen av dessa var vid den tidpunkten oklara och kunde inte användas i utredningen. Bedömningen var också att dessa hade inte hade underlättat utredningen i det aktuella fallet.

Extern kvalitetsgranskning 1 gång/år (HSLF-FS 2017:37)

Resultat: En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i respektive verksamhet genomfördes av leg. Apotekare under hösten 2025. Rapport och åtgärdsplan upprättades för varje enhet och man har påbörjat arbetat med åtgärder kring de brister som påtalades.

Riktlinjen för läkemedelshantering behövde också revideras för att kvalitetssäkra ett enhetligt och säkert arbetssätt inom alla våra verksamheter vilket blir ett av målen för 2026.

Läkemedelsgenomgång minst 1 gång/år

Alla patienter som har hjälp med sin läkemedelshantering av hemsjukvården och som är ordinerade minst fem läkemedel ska oavsett ålder erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år. **Resultat:** Inom särskilt boende har mellan 85 – 100% av patienterna fått en läkemedelsgenomgång. Inom ordinärt boende är det oklart hur stor andel som fått en strukturerad läkemedelsgenomgång under året.

Genomförda HSL-insatser - rapport från MCSS (Appva)

Insats Läkemedel. Totalt 1 117 950 stående läkemedels-insatser har signerats (2024= 1 044 624). 86% har givits i tid , andel signerade insatser 97% (oförändrat jmf med 2024)

Insats Rehab (träning, kontrakturprofylax, ortos, andningsträning osv). Totalt 59 708 stående insatser för rehab har signerats (2024= 57 385). 72% har genomförts i tid. Andel signerade insatser 85% (oförändrat jmf med 2024).

Åtgärd: Uppföljningar av att ordinerade HSL-insatser sker enligt ordination är en del av egenkontrollen. Uppföljning kvartalsvis av MAS-MAR i samverkan med respektive enhet.

Journalgranskning

Under våren 2025 infördes nya journalsystemet Viva i kommunen och i samband med införandet fick alla berörda professioner utbildning i systemet.

Mål: att dokumentationen i patientjournalen blir utförd i enlighet med gällande föreskrifter. Egenkontroll via journalgranskning minst 1 gång/år. Genomförs av MAS, MAR och dokumentationsgruppen. Ett delmål för 2025 var att ta fram en mall och ny rutin för journalgranskning för det nya journalsystemet

Resultat: Mål uppnått avseende ny mall och rutin för journalgranskning. Journalgranskning genomfördes av dokumentationsgruppen under hösten som planerat enligt ny mall. De brister som identifierades var måttliga och till stor del förväntade då journalsystemet var nytt för alla och att rutinen för HSL-dokumentation inte har blivit uppdaterad mot det nya journalsystemet ännu. Resultatet från journalgranskningen kommer att användas som grund för det kvalitetsutvecklande arbetet som fortsätter under 2026. Uppbyggnaden av journalsystemets mallar hade utarbetats väl av en utsedd arbetsgrupp med legitimerade som också implementerade det nya journalsystemet vid införandet. Detta kan ha bidragit till att de brister som identifierades vid journalgranskningen var förväntade .

Åtgärd: Under 2026 fortsätter vi att kvalitetsutveckla HSL-dokumentationen med hjälp av dokumentationsgruppen. Rutinen för HSL-dokumentation ska också revideras och implementeras på nytt igen. Ett mål för 2026 är att minst 75% av vårdplanerna ska bli uppföljda enligt rutin – egenkontroll genomförs kvartalsvis av MAS/MAR.

Vårdhygien

I vår *Handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner* framgår vilka vårdhygieniska åtgärder som ska genomföras inom vård och omsorg, för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Handlingsplanen ska följas upp årligen och resultatet redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamheten till basala hygien och klädregler (BHK) är en viktig del i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI). Mätningar av följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädreglerna (BHK) sker med hjälp av strukturerade observationsstudier av medarbetare när de arbetar i nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Det är oftast hygienombuden på respektive enhet som utför dessa BHK-mätningar och ansvarar för att de registreras i avsedd e-tjänst på intranätet som sammanställer inregistrerad data till ett resultat.

Mål: 10 observationer på varje enhet 1 gång/månad. Resultatet ska användas för att arbeta med kvalitetsförbättrande åtgärder och beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser.

Resultat: BHK-mätningarna har under året genomförts inom särskilt boende, LSS och Närvårdsenheten men endast till en viss del och i varierande grad på de olika enheterna. Ca 1/3 av det förväntade antalet observationsmätningar blev genomförda inom särskilt boende och LSS under året. Närvårdsenheten har dock helt uppnått målet då de varje månad har genomfört 10 observationer under hela året.

I de BHK-mätningar som under året blivit genomförda inom särskilt boende och LSS visar resultatet att 70 % av personalen hade en total följsamhet till hygien- och klädreglerna i genomsnitt. Inom NVE låg det resultatet på ca 65 %.

I samarbete med vår hygiensjuksköterska från Vårdhygien har vi under året haft hygienutbildningar på flera av våra särskilda boenden, vissa hemtjänstgrupper samt för enhetscheferna inom äldreomsorgen. Vi har också haft en gemensam hygienombudsträff under hösten. Det har också varit ett digitalt utbildningstillfälle för delar av LSS-personalen

Den låga andelen utförda BHK-mätningarna beror sannolikt på att det saknats förutsättningar i form av personal med rätt kompetens att utföra observationsmätningarna regelbundet på alla enheter. Antalet BHK-mätningar sker i lägre omfattning under sommaren vilket påverkar genomsnittet negativt. Sommarhalvåret med nya medarbetare som har olika erfarenhet och kompetens inom det vårdhygieniska området kan också innebära en ökad patientsäkerhetsrisk då BHK-mätningarna inte blir genomförda i samma omfattning.

Vårdhygienisk egenkontroll och hygienrond

Vårdhygienisk egenkontroll är en del i det systematiska kvalitetsarbetet, för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal eller regional vård och omsorg. (SOSFS 2011:9).

Mål: Vårdhygienisk egenkontroll ska genomföras 1 gång/år på alla enheter inom kommunal vård och omsorg. Vart 4e år genomförs hygienrond med stöd av Vårdhygien på Särskilt boende för äldre inkl. Korttidsenheten[1]

Resultat: Under året har vi tillsammans med Vårdhygien genomfört planerad hygienrond inom Korttidsenheten och Närvårdsenheten samt uppföljningar av föregående års hygienrondsprotokoll på övriga enheter inom Särskilt boende. På hygienronderna deltar enhetschefer, hygienombud, MAS och hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Det systematiska arbetet med att genomföra vårdhygieniska egenkontroller inom alla enheter har dock inte blivit genomfört annat än på någon enstaka enhet där man uppmärksammat en risk vilket innebär att vi inte uppnår målet i det arbetet.

Arbetet med hygienronderna vart 4e år tillsammans med vårdhygien är ett väl inarbetat arbets sätt och fungerar bra då Vårdhygien är med och planerar in dem.

När det gäller de årliga vårdhygieniska egenkontrollerna som omfattar alla verksamheter inom

vård och omsorg så har de inte utförts i den omfattning som anges avsedd ViS-riktlinje sannolikt för att det har saknats en rutin för det genomförandet.

Handlingsplan smittsamma sjukdomar

Varje medarbetare inom vård och omsorg ska ha goda kunskaper inom vårdhygieniska området och aktivt arbeta enligt gällande rutiner för att förhindra VRI och smittspridning i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar.

Mål: Alla enheter inom vård och omsorg ska enligt rutin upprätta en handlingsplan för utbrottshantering för att tidigt kunna sätta in åtgärder som motverkar risken för smittspridning av smittsamma sjukdomar. Handlingsplanen ska vara känd av alla medarbetare på enheten och skickas in till Vårdhygien varje höst.

Resultat: Alla enheter har följt rutinen att skicka in handlingsplanen till Vårdhygien och förmedlat information ut till medarbetarna. Vi hade dock ett omfattande magsjukeutbrott på en av våra särskilda boenden i början av året. Händelseanalysen påvisade dels kunskapsbrister men också brister i överrapportering och dokumentation var identifierade faktorer som påverkat förloppet. Med hjälp av Vårdhygien hade vi därav extrainsatta utbildningstillfällen för personal och enhetschefer inom särskilda boenden.

Målet är uppnått avseende inskickade handlingsplaner men vi ser att det är en stor utmaning för enhetscheferna att se till så alla medarbetare har all kunskap, information och förutsättningar för att kunna hantera ett smittutbrott rent praktiskt så det blir en säker vård. Inom vissa enheter saknas också en del förutsättningar i vårdmiljön som medför svårigheter att arbeta helt enligt de vårdhygieniska riktlinjerna. Tex avsaknaden av spoldesinfektor.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och förekomst av antibiotika på SÄBO

Mål: Infektionsregistreringar genomförs på SÄBO för äldre varje månad och registreras i en databas som hanteras av Vårdhygien. Resultatet sammanställs av Vårdhygien i samarbete med STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens). Syftet är att få ett underlag till kvalitetsförbättrande åtgärder. MAS återkopplar resultat till enhetschefer och sjuksköterskor.

Resultat: Vi har helt eller delvis uppnått målet med att skicka infektionsregistreringarna till vårdhygien under året. 4 av 5 enheter har skickat in registreringarna för hela året och 1 enhet delvis. Sammanställningen/rapporten från Vårdhygien brukar komma ut sent under våren därav redovisas endast de delar som vi tagit del av via SAS-rapporten i Cosmic Link.

Behandling med kvarliggande urinkateter (KAD) medför en ökad risk för vårdrelaterade infektioner. Inom Östhammars kommun förekommer behandling med KAD hos ca 9% av vårdtagarna vilket är något lägre än riket (ca 10%) [2] Den vanligaste indikationen för antibiotikabehandling inom SÄBO var urinvägsinfektioner hos personer utan kvarliggande urinkateter (KAD).

Åtgärd: Översyn av arbetssätt kring BHK-mätningarna. Revidera rutin/handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner (VRI) för att ge stöd i genomförandet av vårdhygieniska egenkontroller. Analys av infektionsregistreringarnas resultat i samverkan med Vårdhygien och SÄBO-läkarna. Tillsammans med Vårdhygien fortsätta arbetet med kvalitetsförbättrande åtgärder för att minska risken för omfattade smittutbrott.

Rapport från BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

Syfte och mål med det nationella BPSD-registret är att genom multiprofessionella

vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. BPSD-skattningar genomförs av speciellt utbildad personal och BPSD-administratörer. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell med syftet att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet kring demens.

Mål: BPSD-skattningar ska genomföras när en person med demenssjukdom flyttar in på särskilt boende och därefter vid behov (vid förändringar eller som uppföljning efter insatt åtgärd), men minst 1 gång/år. Vid behov används även BPSD-skattningarna inom ordinärt boende.

Ett delmål för 2025 var att utveckla demensstödet inom ordinärt boende genom att göra rehab-enhetens personal involverad tidigt vid demensdiagnos

Resultat: Under året har man registrerat 175 BPSD-bedömningar (2024: 213 st). De flesta registreringar är inom särskilt boende (172) och ett fåtal inom ordinärt boende (3st).



Kommunen har haft ett samverkansmöte kring demens om flöden och samtycken och tidig information till både sjuksköterskor och rehabpersonal när meddelanden kommer till biståndsenheten från minnesmottagningen. När en person får en demensdiagnos satt på vårdcentral saknas det samverkan mellan region och kommunen. Sammanfattningsvis är målet delvis uppfyllt för kommunintern hantering via tidig information från biståndsenheten till den kommunala primärvården

På två av våra äldreboenden har man genomfört BPSD-skattningar på nästintill samtliga personer vilket påvisar att man uppnått målet och arbetar systematiskt med att kvalitetsutveckla omvårdnaden av personer med kognitiv sjukdom/demens. Att resultatet var något lägre än föregående år kan till viss del bero på att några av administratörerna hade avslutat sin anställning och att man inte hunnit utbilda nya ännu.

Åtgärd: BPSD registreringarna fortsätter som tidigare med målet att öka antalet. Även utbildningsinsatserna fortsätter som planerat under 2026

Rapport från Palliativ registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit genom en dödsfallsenkät som innehåller ca 30 frågor om hur den palliativa vården har planerats och hur vården blivit genomförd. Resultatet

används sedan som ett verktyg för att kvalitetsutveckla den palliativa vården i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Ett mål för 2025 var att förbättra kvalitetsindikatorerna i Palliativregistret 2025 gentemot 2024. *Strategier* Följa upp kvalitetsindikatorerna var 3 månad på APT för sjuksköterskor. Involvera de palliativa ombuden i förbättringsområden som rör palliativ vård. Ta fram handlingsplaner utifrån varje verksamhets behov

Mål: Samtliga dödsfall där vi har ett vårdgivaransvar ska registreras i svenska palliativregistret. Utifrån resultatet i palliativa registret ska en åtgärdsplan och/eller handlingsplan upprättas i verksamheten och uppföljning sker genom analys av resultat från Svenska palliativregistret.

Resultat: Vi har inte uppnått det uppsatta målet för 2025. Av de 29 dödsfallsenkäter som registrerades under 2025 är kvalitetsindikatorerna oförändrade jämfört med föregående år. Andelen registreringar i registret var också lågt under året, vilket inte var helt oväntat med tanke på att det var en tuff period under våren där man behövde prioritera arbetet med övergången till nya journalsystemet, uppstarten av nya korttidsenheten, osv

Särskilt boende. Under året registrerades 29 dödsfallsenkäter i Palliativa registret (2024=47st). Täckningsgrad ca 50 %. Vi har nästintill uppnått målvärdena i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för läkemedel mot smärta/ångest, utan trycksår, och helt uppnått målet för mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. De kvalitetsindikatorer vi är nära att uppnå målen för är Läkarpbeslut om palliativ vård (ca 83%), brytpunktsamtal (76%), Efterlevandesamtal (72%). Vi har inte uppnått målen för vårdplan (62%), munhälsobedömning (27%) samt symtomskattning och smärtskattning sista veckan (55 resp 58%)

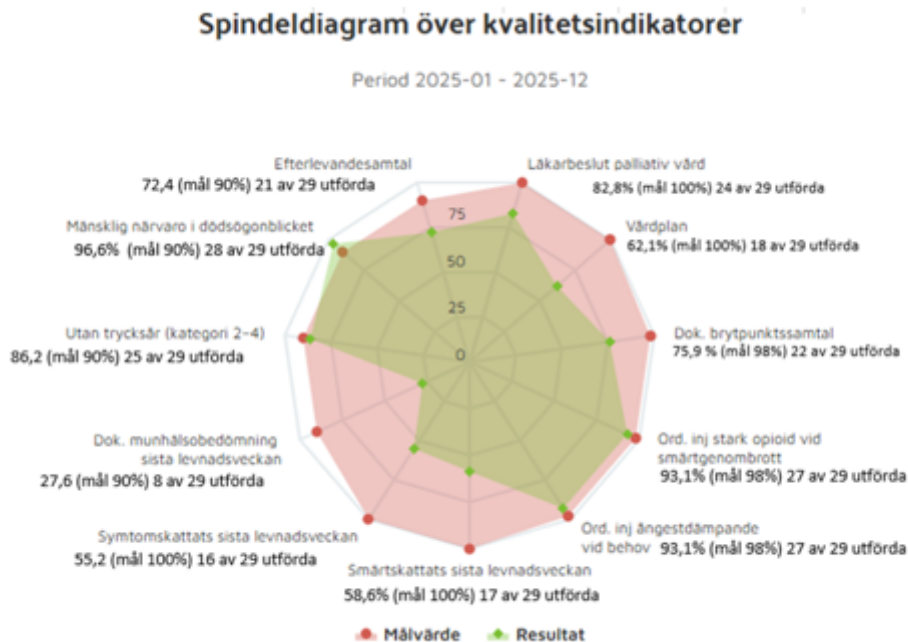


Bild: Spindeldiagram för Särskilt boende. Palliativ registret.

Ordinärt boende, hemsjukvård. Under året registrerades endast två dödsfallsenkäter för ordinärt boende (2024=12st)

Närvårdsenheten: Närvårdsenheten har under året registrerat 28 dödsfallsenkäter (ca 28

avlidna) vilket innebär att de har uppnått målet med att registrera samtliga dödsfall. Resultatet ligger mycket nära de målvärden som satts upp av socialstyrelsen i de flesta kvalitetsindikatorerna. Det påbörjade arbetet med kvalitetsutveckla arbetet kring munhälsobedömningarna behöver dock fortsätta under 2026

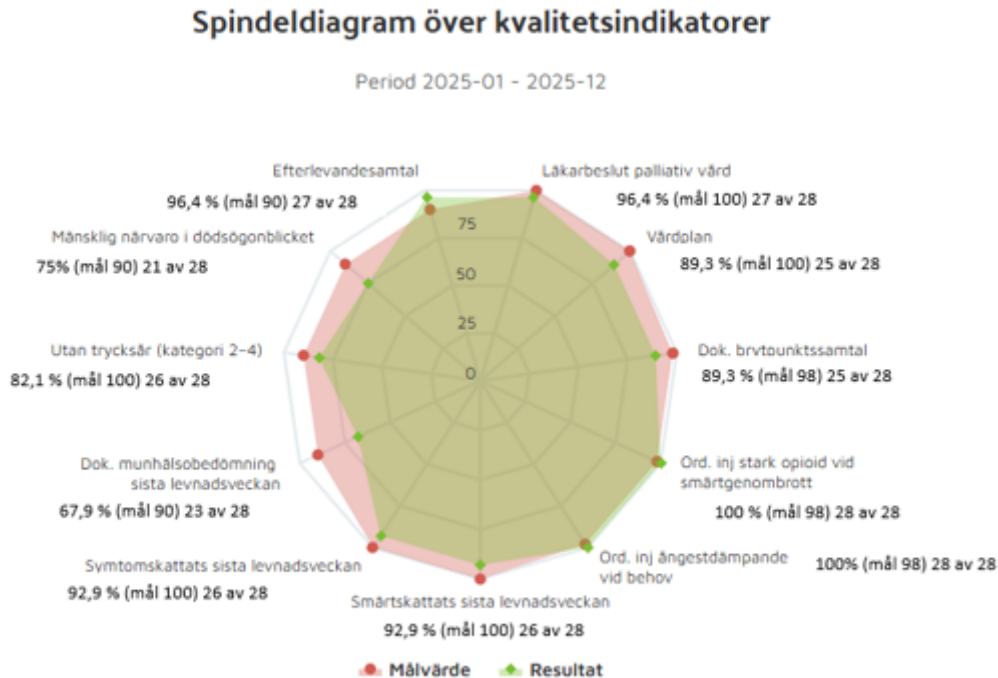


Bild spindeldiagram för Närvårdsenheten

Åtgärd: En målsättning för 2026 är att förbättra resultatet kring såväl täckningsgrad som kvalitetsindikatorer. Utvecklingsarbete inom palliativ vård generellt, tex se över utbildningsbehoven, palliativa ombudens roll etc.

Rapport från Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg vi använder oss av i vårt vårdpreventiva arbete med riskbedömningar och förebyggande åtgärder avseende fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Mål: Arbeta förebyggande med riskbedömningar enligt rutin avseende fall trycksår undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Vårdplaner med förebyggande åtgärder ska upprättas när risk identifierats. En målsättning för 2025 var att minst 80 % av patienterna på varje särskilt boende och minst 50% för patienter inom ordinärt boende ska få en riskbedömning enligt rutin.

Resultat

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Säkerhetsplaner skapade vid risk	Åtgärdsplaner vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	SM-22	Fall	Mortality grad 2
Östhammars kommun	306	95% 288 av 302	76% 230 av 306	87% 267 av 306	68% 213 av 312	72 47 personer	111 personer	21 20 personer	106 personer
Edsvägen	45	98% 44 av 45	71% 32 av 45	84% 38 av 45	35% 16 av 45	5 5 personer	18 personer	4 4 personer	16 personer
Kortförsenheten	16	94% 15 av 16	60% 10 av 16	80% 13 av 16	100% 16 av 16	0 0 personer	6 personer	1 1 personer	6 personer
Lärkbacken Gimo	32	94% 30 av 32	40% 13 av 32	57% 18 av 32	8% 3 av 32	2 2 personer	13 personer	4 3 personer	12 personer
Närvårdsenheten	130	96% 125 av 130	89% 116 av 130	99% 129 av 130	98% 127 av 130	30 20 personer	42 personer	6 6 personer	19 personer
Olandsgården Alunda	13	92% 12 av 13	75% 10 av 13	83% 11 av 13	50% 7 av 14	2 2 personer	3 personer	1 1 personer	6 personer
Parkv 7-9 Österbybruk	28	97% 27 av 28	90% 25 av 28	90% 25 av 28	56% 16 av 28	12 8 personer	9 personer	3 3 personer	18 personer
Öregrund Talparksgården	22	92% 20 av 22	78% 17 av 22	83% 18 av 22	18% 4 av 22	4 3 personer	8 personer	1 1 personer	9 personer
Östhammar Hemtjänst	42	93% 39 av 42	58% 24 av 42	78% 33 av 42	18% 8 av 42	17 11 personer	19 personer	1 1 personer	22 personer
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Särskilt boende. 140 personer har under året fått minst en riskbedömning enligt rutin (2024: 151 personer) och det genomfördes totalt 158 riskbedömningar. Andelen personer som fick en riskbedömning varierar mellan enheterna men i genomsnitt blev 64% av patienterna inom särskilt boende riskbedömda enligt rutin. En enhet uppnådde målet på 80 %.

Risker identifierades på nästintill alla personer och åtgärder sattes in för ca 80% av dessa, vilket är inom målvärdet. Uppföljningarna av riskbedömningar med risk har genomförts i endast ca 35% av fallen vilket påvisar ett behov av kvalitetsutveckling inom området för att uppnå målet

Ordinärt boende i hemsjukvård: 43 personer har under året fått en riskbedömning enligt rutin (år 2024, 34 personer), Andelen personer som blivit riskbedömda varierar mellan orterna men i genomsnitt har endast 13% av de inskrivna i hemsjukvården fått en riskbedömning.

I nästan 80% av riskbedömningarna skapades en åtgärdsplan med förebyggande åtgärder vilket är inom målvärdet men uppföljningar av identifierade risker och åtgärder har endast utförts i ett fåtal fall (18%).

Närvårdsenheten: Under året har 130 personer fått en riskbedömning på Närvårdsenheten (2024, 107 st). Andelen riskbedömda personer är nära 100%. Även här har man identifierat risker i 96% av de genomförda riskbedömningarna. Åtgärdsplaner har upprättats för samtliga identifierade risker och även uppföljningarna av dessa har genomförts i en mycket god omfattning (98%).

Trycksår. Inom Säbo hade ca 12 % trycksår (17 av 140) (2024: 12%). De flesta trycksåren hade uppkommit inom den egna verksamheten och var av kategori 1 (44%) men trycksår kategori 4 förekom i 24% av fallen. Inom ordinärt boende hade 26% (11 av 42) trycksår ca 50 % hade uppstått inom egna verksamheten. Inom Närvårdsenheten hade 15% (20 av 130) trycksår varav de flesta hade uppkommit hos annan vårdgivare

Undernäring. Inom särskilt boende hade 36 % (51 av 140) BMI 22. Inom ordinärt boende

hade 45% (19 av 42) BMI22 och inom NVE hade 32% (42 av 130) BMI22,

Fall. 89 % (141 av 158) har risk för fall men det är endast ca 8 % (12 av 140) där förekomst av fall har angivits. I jämförelse med antalet fallavvikelser kan detta värde verka felaktigt men sannolikt beror detta låga antal på att riskbedömningarna oftast genomförts i början av vårdperioden när personen nyligt flyttat in på boendet. NVE 5% hade nån gång fallit

Munhälsa. Inom särskilt boende hade 43% måttliga besvär med munhälsan (grad 2 av en 3-gradig skala). Inom ordinärt boende var motsvarande siffra 52% (22 av 42) och inom NVE ca 15% (19 av 130).

Antalet genomförda riskbedömningar inom särskilt boende varierar mellan enheterna. En enhet uppnådde målet på 80% men två av de andra enheterna var inte långt ifrån målet (70 – 74%). Övriga enheter har haft lite svårt att hitta förutsättningarna för ett systematiskt arbetssätt kring kvalitetsregistret av olika orsaker. Det ska dock tilläggas att identifierandet av olika hälsorisker ofta är en naturlig del av det dagliga arbetet inom omvårdnaden och förebyggande åtgärder blir oftast insatta när behov uppstår även om det inte alltid blir registrerat i kvalitetsregistret. En bidragande orsak till att vi inte har uppnått målet på alla enheter var sannolikt att vi införde ett nytt journalsystem under våren, vilket krävde mycket tid och resurser i anspråk och att man behövt tid för att anpassa sig mot det.

Det har också varit en utmaning med få en god kontinuitet av legitimerade vissa perioder vilket också är viktig för ett systematiskt arbetssätt. En strategi för 2025 var att utbilda omvårdnadspersonalen i riskbedömningar enligt Senior Alert och detta arbete har påbörjats vilket kan ha bidragit till att samarbetet i teamet kring riskbedömningar och ärendeträffarna har blivit mer regelbundna på dessa enheter.

Andelen trycksår är högre inom ordinärt boende vilket kan bero på att inskrivning i hemsjukvården sker när olika besvär redan uppkommit. Under året påbörjade vi med extra utbildningsinsatser kring trycksår för omvårdnadspersonal för att öka medvetenheten och med målet att minska antalet trycksår. Andelen trycksår inom särskilt boende har också ökat något jämfört med tidigare år vilket vi också uppmärksammat genom avvikelseutredningar.

Andelen personer med lågt BMI och nedsatt munhälsa är också ett tecken på att vi behöver fortsätta det påbörjade arbetet att utveckla det systematiska arbetssättet med riskbedömningar och planeringen av förebyggande vårdåtgärder.

Åtgärd: Vi fortsätter under 2026 att arbeta med riskbedömningar enligt Senior Alert och målet kvarstår att minst 80% av de som bor inom särskilt boende samt minst 50% av de som omfattas av hemsjukvård ska få en teambaserad riskbedömning samt att andelen uppföljningar ska uppnå målvärdet på minst 75%. Utbildningsinsatser för omvårdnadspersonalen fortsätter.

Uppföljningar av medicintekniska produkter

Mål: Säkerställa att Hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedel, HSL/LSS och SOL enheternas basutrustning hanteras utifrån gällande förordning Medical Device Regulation (MDR) 2017/745 för att säkerställa spårbarhet och märkning.

Kontroll av lyftar ska ske 1 gång per år. Alla individuellt förskrivna elektriska rullstolar och drivaggregat samt ståstöd och tippbrädor ska också ske 1 gång per år eller oftare om behov förändras. Alla individuellt förskrivna lyftselar ska följas upp 2 gånger per år. All basutrustning ska följas upp vartannat år.

Strategin för 2025 var att implementera det nya digitalt verksamhetssystemet för individuellt förskrivna hjälpmedel MyLock under första kvartalet 2025.

Resultat:

Verksamhetssystemet Myloc för individuellt förskrivna hjälpmedel togs i bruk enligt plan under mars månad. Upphandling för nytt digitalt verksamhetssystem för basutrustning blev inte genomförd på grund av ekonomiska faktorer.

Samtliga individuellt förskrivna lyftar och lyftar som ingår i basutrustning är kontrollerade via externa serviceavtal.

Elektriska rullstolar och drivaggregat som är individuellt förskrivna har inte gått att få korrekta resultat vid sökningar i det nya verksamhetssystemet Myloc, men enligt egna listor har kommunen 57 elektriska rullstolar och drivaggregat, varav 14 är uppföljda. En anledning till fåtalet gjorda uppföljningar bedöms bero på brist på arbetsterapeutresurser under flera år.

Det finns 7 ståstöd och 5 tippbrädor förskrivna i december 2025 varav 6 ståstöd och 2 tippbrädor är förskrivna av regionens förskrivare på Habiliteringen. Uppföljning har gjorts till 50 % av sjukgymnast/fysioterapeut inom kommunen.

De ståstöd och tippbrädor som är förskrivna via regionens förskrivare är uppföljda enligt rutin.

Nytt arbetssätt för att följa upp individuellt förskrivna lyftselar var sjätte månad enligt rutin implementerades under året. Två undersköterskor med specialistkompetens inom rehabilitering som arbetar på Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande planerades utföra uppföljningarna utifrån delegerat ansvar.

Det har inte utförts till fullo och en anledning är bristen i att söka efter specifika hjälpmedel i journal och införandet av nytt verksamhetssystem Myloc.

Basutrustning har till viss del genomförts genom inköp av flera nya vårdsängar men i övrigt är det bristande följsamhet till rutinen avseende spårbarhet och årliga kontroller vilket kan innebära en patientsäkerhetsrisk

Åtgärd: Nya arbetssätt planeras implementeras under 2026 för att uppföljningar av medicintekniska hjälpmedel ska utföras enligt rutin. Fortsatt utvecklingsarbete med verksamhetssystemet Myloc och journalsystemet Viva pågår kontinuerligt. Rutinen för basutrustning ska också revideras.

3.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador



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

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

3.2.1 Har vården varit säker

Alla avvikelser och risker rapporteras i DF respons. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker

oavsett lagrum. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys samt anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

Under 2025 har 6 stycken anmälan enligt vårdskada (lex Maria) rapporterats till IVO.

2 anmälningar om allvarlig vårdskada relaterat till en vårdrelaterad infektion (VRI) i samband med ett smittutbrott. IVO har avslutat dessa ärenden då de bedömt att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser och de var nöjda med de åtgärder som vårdgivarens vidtagit

2 anmälningar om risk för allvarlig vårdskada relaterat till fördröjd vård och behandling. IVO har inkommit med besked i ett av dessa ärenden där de anger att de inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med vårdgivarens utredning och åtgärder. I det andra ärendet har IVO inte förmedlat något beslut ännu.

2 anmälningar om trycksår. En avser anmälan om allvarlig vårdskada och den andra anmälan avser risk för allvarlig vårdskada. IVO har inkommit med besked i båda fallen där de anger att de inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med vårdgivarens utredning och åtgärder.

3.3 Tillförlitliga och säkra system och processer



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

3.3.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system.

Exempel på metoder och mätinstrument som används är handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, Svenska palliativa registret, BPSD registrering och Senior alert, Bergs Balans test, 6 minuters gångtest, TUG, Diff-TUG, Ashworths, Sunnaas ADL Index, ADL Taxonomin.

Under året har det påbörjats en översyn av kvalitetsledningssystemet för legitimerad personal, eftersom det var otydligt och svårt att hitta aktuella riktlinjer, rutiner och styrdokument.

Det nya journalsystemet Viva är infört under året efter ett omfattande förberedande arbete med strukturen i systemet. Förberedelserna av tex mallar för anamnes och vårdplaner, fras texter och uppbyggnaden av organisationsträdet samt genomgång av KVÅ koder påbörjades redan under hösten 2024.

Under första kvartalet 2025 implementerades ett nytt verksamhetssystem, Myloc, för registrering /avregistrering av individuellt förskrivna hjälpmedel i samtliga kommuner i länet. Verksamhetssystemet används även för hanteringen av hjälpmedel inom hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedelsförråd.

Det strukturerade arbetet i hemtagningsteamerna skapar goda förutsättningar till att all planering och samverkan kring utskrivningsprocessen blir genomförd på ett samordnat och patientsäkert arbetssätt. Vilket minskar riskerna för återinläggning och ger en ökad trygghet för patienten

Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande har i mars 2025 utökat med 2 hemtagningsteam med 2 arbetsterapeuter (AT) och 2 fysioterapeuter/sjukgymnaster (FT/SG) som utreder och planerar tillsammans med övriga professioner som arbetar med hemtagning för samtliga patienter som skrivs in i Cosmic Link. Rehabs hemtagningsteam ansvarar för trygg och säker utskrivning de två första veckorna vid behov vilket är ett förändrat arbetssätt från det att det bara fanns ett hemtagningsteam.

Under året har inte kommunen haft några kostnader för utskrivningsklara. Hemtagningsteamerna har sannolikt varit en bidragande framgångsfaktor för detta i kombination med utökade korttidsplatser och en god samverkan med Närvårdsenheten.

3.4 Säker vård här och nu



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

3.4.1 Är vården säker idag

Vårdgivaren har ett ansvar att vara medveten om risker, bedöma och hantera om det skulle uppstå någon störning som kan påverka patientsäkerheten.

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till säker vård oavsett vilken roll man har i organisationen som chef eller medarbetare.

Omvärldsanalys: Omställningen till Effektiv vård ställer krav på kommunen att kunna bedriva vård och omsorg i patientens hemmiljö. Det ställer krav på kommunen att stärka patientens och närståendes delaktighet och medverkan för ökad patientsäkerhet.

Den kommunala vården ska kunna hantera svårt sjuka patienter vilket kräver resurser och kompetens/kompetensutveckling för bland annat omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjukgymnaster.

3.4.1.1 Riskhantering

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

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

3.5 Stärka analys, lärande och utveckling



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

Avvikelser

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

Sammanställning av avvikelser gällande hälso-och sjukvård för år 2023, 2024 och 2025.

Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Fall	1293	1323	1424 (1323*)
Läkemedel	743	717	853 (708*)
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	89	88	122 (85*)
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	36	63	59 (52*)
Brist i/utebliven rehabilitering	5	6	3 (3*)
Brist i information, kommunikation, samverkan	90	116	136 (120*)
Brist i/utebliven dokumentation	43	62	108 (66*)
Tryckskada/trycksår	9	17	32 (20*)
Bruten sekretess	1	10	10 (7*)
Övrigt	55	131	140 (127*)
Summa:	2362	2533	2887 (2511*)

*För 2025 har sökningen i avvikelssystemet genomförts utifrån registreringsdatum då sökning på händelsedatum medförde att en betydande del av vissa avvikelser från 2025 inte kom med i resultatet. Inom parentes anges sökvärdet enligt föregående års urval där man

sannolikt sökte på händelsedatum. Detta kan vara en av förklaringarna till att siffrorna är högre för 2025 än föregående år.

Typ av avvikelser

Under 2025 har 2887 avvikelser rapporterats inom hälso-och sjukvården (HSL). Motsvarande siffra för 2024 var 2533. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer, därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det kan noteras att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att avvikelser ska hamna i rätt kategori, rätt ansvarsfördelning och utredare för att få en så korrekt statistik som möjligt som kan användas och göras jämförelser med.

Fallavvikelser

Mål: Förekomsten av fall som kunnat förhindras ska minska.

Resultat: Under 2025 registrerades 1424 fall, vilket är en viss ökning jämfört med åren 2023-2024. Vilket kan bero på olika saker. Det kan bero på ett ökat antal inskrivna men också ökad kunskap hos personal att skriva avvikelser. De flesta fallen (1086) är av mindre allvarlighetsgrad och bara 1 fall med katastrofal allvarlighetsgrad. 27 av fallen är av betydande allvarlighetsgrad och 245 är av måttlig allvarlighetsgrad.

54 % av alla fall sker på särskilt boende och mer än en tredje del av alla fall gäller upprepade fall för samma person. I de flesta av fallen anges att den enskilde överskattar sin fysiska förmåga som den bakomliggande orsaken och därefter är det att den enskilde glömde använda rekommenderat gånghjälpmedel, omgivningsfaktorer och övrigt. Endast i 89 av fallen är det skrivet att den enskilde använder läkemedel som påverkar balans och gångförmåga.

Verksamheterna arbetar med fallförebyggande åtgärder, men behöver arbeta mer analytiskt i avvikelserapporten, strukturerat och teambaserat vilket blir ett mål för 2026.

Läkemedelsavvikelser

Mål: Patientsäker läkemedelshantering som genomförs i enlighet med riktlinje och ordination

Resultat: Under året registrerades 853 avvikelser avseende läkemedelshändelser. Resultatet påvisar ett något lägre antal än föregående år (2024=909 st.) när man söker i avvikelssystemet med samma urval. 55 % av läkemedelsavvikelserna (462st) handlade om utebliven dos, 13% (110st) fel dos/dubbel dos, 1% (12st) förväxling av person. Riskanalys (allvarlighetsgrad x sannolikhet) låg risk 85% (721 st.), måttlig risk ca 5%(39st), ingen klassades som hög risk. I ca 6 % (53st) av avvikelserna anges stöld/svinn av narkotika. En händelse har polisanmälts.

Utebliven dos är den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse och beror ibland på brister i planering men sannolikt även på vilka förutsättningar som finns för att arbeta strukturerat. Larmfunktionen i signeringssystemet MCSS (Appva) ger stöd för att upptäcka missade läkemedelsdoser eller icke utförda insatser. I samband med den externa läkemedelsgranskningen identifierades risker när larmen för både SoL-insatser och HSL-insatser inte hanterats regelbundet i MCSS (Appva). För många aktiva larm medförde en minskad uppmärksamhet. Alla berörda enheter har nu vidtagit åtgärder för att larmen ska hanteras regelbundet för att minska risken för uteblivna doser. Fel dos och förväxlingar är oftast en följd av att rutinen för kontroller innan administrering inte följs, Åtgärder i form av uppföljning av delegeringsbeslut och att generellt belysa detta problem på APT är vanliga åtgärder.

Händelse med hjälpmedel, teknik och fysisk miljö

Mål: Säkra och ändamålsenliga medicintekniska produkter

Resultat Under 2025 har 59 avvikelser registrerats. Vid analys bedöms de flesta av dessa handla mer om tekniska lösningar som larm som slutat fungera och avvikelser i fysiska miljön. Där ett exempel är att patienten har trampat på ett trasigt glas på golvet. Många av avvikelserna handlar också om läkemedel och brister i handhavandet. När statistik ska analyseras behövs det tydliga ställningstaganden vad som menas under varje rubrik för att få en så rättvis statistik som möjligt. Om vi ska kunna analysera om förskrivningsbara hjälpmedel används korrekt och/eller en negativ händelse har hänt behöver rubriken tydliggöras.

Brist i/utebliven rehabilitering

Mål: Att alla patienter med bedömt behov ska få den rehabilitering de har rätt till

Resultat Under 2025 har bara 3 avvikelser registrerats under denna rubrik. Två av dessa gäller externa avvikelser där patienter skrivits ut från slutenvården utan överrapportering enligt Vård i Samverkan och patienterna har inte fått rehabilitering innan utskrivning. Den tredje avvikelserna bedöms vara skriven på fel rubrik då det handlar om avsaknad av bäcken på särskilt boende.

Tryckskada / trycksår

Mål: Att arbeta med förebyggande insatser mot en nollvision för trycksår

Resultat: Avvikelser om trycksår har ökat från 17 st. 2024 till 32 st. 2025. Avvikelseerna handlar bland annat om brist i utförande av riskbedömningar, kommunikation mellan HSL personal och omvårdnadspersonal, brukare med nedsatt insikt och som har svårighet att ta instruktioner.

Vårdkedjeavvikelser - avser avvikelser mellan kommunen och region Uppsala.

Mål: Att bibehålla patientsäkerheten vid vårdens övergångar. Genom gemensam analys av avvikelser i samverkan kan vi förbättra processerna som skapats för att förebygga risker och negativa händelser

Resultat: Under året har totalt 50 st. vårdkedjeavvikelser rapporterats från Östhammars kommun till regionen (2024=86 st.). Avvikelseerna till Akademiska (27st) handlade om brister i samverkan kring utskrivningsprocessen, kommunikation kring hjälpmedel och rehabiliteringsbehov, otydliga läkemedelsordinationer. Ett fåtal om brister i samverkan med ASH. Avvikelseerna till primärvården (23st) handlade främst om bristande följsamhet till rutin för inskrivningsprocessen till Närvårdsenheten men även några avvikelser kring utebliven informationsöverföring kring förändrade ordinationer och ett fåtal om bristande samverkan vid planering palliativ vård.

Under året har 16 st. avvikelser inkommit från Region Uppsala, jämt fördelade från Akademiska och Primärvård. De handlade bland annat om synpunkter på medföljande personal, någon enstaka handlade om fördröjd utskrivningsprocess och bristande informationsöverföring.

Antalet vårdkedjeavvikelser till regionen sjönk med 42 % under 2025 jämfört med föregående år. Det positiva resultatet kan vara en effekt av regionens eget utvecklingsarbete men sannolikt även för att våra Hemtagningsteam arbetar systematiskt och har en aktiv dialog med både utskrivande avdelningar och primärvården.

Övriga avvikelser

Under rubriken övriga avvikelser finns det 127 avvikelser registrerade. Dessa rör till exempel larm som inte fungerar, läkemedel som glömts bort och, fel på hjälpmedel.

Åtgärder: Under 2026 planeras revidering och implementering av rutinen för avvikelshantering för att säkerställa att utredningar genomförs mer systematiskt för att öka patientsäkerheten. En översyn kommer också att göras av avvikelssystemet.

3.5.1 Klagomål och synpunkter

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

Medborgare kan lämna klagomål och synpunkter via kommunens hemsida, Östhammar direkt, e-post, telefon eller personligt möte. Inkomna synpunkter hanteras enligt rutin och sammanställs regelbundet till en rapport som redovisas till nämnd.

Synpunktshanteringen är en möjlighet för kommuninvånare att påverka och bli lyssnad på. Synpunktshanteringen är ett verktyg i kvalitetsarbetet och genom att utreda synpunkter kan systematiska brister påvisas och skapa möjlighet till förbättring

Under 2025 har två ärenden anmälts till patientnämnden.

1. Närstående hade synpunkter på bedömning och omvårdnad samt brister i information om behandlingsbegränsning. Önskemål om yttrande har inte förmedlats.
2. Närstående hade synpunkter på bedömning samt brister i information om behandlingsbegränsning. Närstående har fått återkoppling i ärendet av MAS.

Övriga synpunkter och klagomål redovisas tertialsvis till nämnd.

3.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

3.6.1 Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Under 2025 har arbetet kring kris och beredskap kopplat till hälso- och sjukvården fortlöpt och detta arbete har flätats ihop över organisation gränser.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kompetens kan förändras snabbt men är central, och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård.

Det är viktigt att samverkan sker bland annat inom olika delar av organisationen som hanterar förändrade omvärldsfaktorer, identifierade risker och vilka åtgärder som behöver vidtas.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2026 kommer vi fortsätta arbeta med alla påbörjade kvalitetshöjande åtgärder inom de områden som beskrivits under rubrikerna Agera för säker vård och Stärka analys lärande och utveckling.

De mål och strategier som beskrivs nedan omfattar de områden som vi lägger ökat fokus på under 2026.

Område	Mål	Planerade åtgärder/aktiviteter	Egenkontroll
Avvikelser	Arbeta systematiskt med avvikelser	Utvecklingsarbete kring utredning, analys och åtgärder kopplade till avvikelser. Översyn av avvikelssystemet.	Avvikelsesystemet
Dokumentation	Patientsäker dokumentation enligt föreskrift	Revidera och implementera rutinen för HSL-dokumentation. Översyn av rutiner för loggkontroller för samtliga journal system Öka antalet genomförda loggkontroller, minst 4 kontroller under 2026	Ledningssystem
Medicintekniska produkter	Uppföljningarna av MTP ska ske enligt rutin.	Nytt systematiskt arbetssätt införs för uppföljningar av individuellt förskrivna hjälpmedel. Rutinen för basutrustning revideras och implementeras.	Ledningssystemet
Utbildningar	Ökad kompetens för en säker vård	Ny utbildning inför lyftlicens.Rehabiliterande förhållningssättFortsättning av: FörflytningsutbildningarBPSD, Trycksårsutbildning Grundutbildning i palliativ vård.	Sammanställning hos enhetschef
Palliativ vård	En god palliativ vård	Kvalitetsutvecklingsarbetet fortsätter med bl.a.. 2 Ombudsträffar, Öka täckningsgraden till 100% för registreringar i kvalitetsregistret	Palliativa registret
Verksamhetsuppföljning	Säker vård	Egenkontroller för att kontrollera följsamheten till gång/kvartalVerksamhetsuppföljning avseende HSL inom samtliga enheter.	MAS MAR

Utmaningar

Att utveckla teamsamarbetet när det gäller riskbedömningar och insättandet av riskförebyggande åtgärder vid förändrade hälsotillstånd är en viktig del för att uppnå en god patientsäkerhet. Detta kan dock bli en utmaning att genomföra när vi är organiserade under olika verksamhetsområden och förutsättningarna för att samarbeta med alla berörda professioner kan variera mellan olika enheter.

Resan mot en God och Nära vård är ständigt pågående och innebär stora utmaningar för den kommunala primärvården som behöver arbeta proaktivt med utbildningsinsatser och översyn av organisatoriska förutsättningar och resurser generellt .

Vi ser också en utmaning inför utvecklingsarbetet mot kris och beredskap som inom kort kommer att regleras i nya föreskrifter. Vi behöver bl.a. förbereda för att kunna ha ett större lager av medicintekniska produkter vilket medför en förutsättningar i form av en god planering och struktur.