



Patientsäkerhetsberättelse för Vingåkers kommun 2025



Datum:
Ansvarig för innehållet:

2026-02-07
Malin Lotterberg
Tillförordnad Medicinskt ansvarig
sjuksköterska
Tillförordnad Medicinskt ansvarig för
rehabilitering
SN 2026/73

Diarienummer:
Vingåkers kommun
643 80 Vingåker
Besöksadress
Västergatan 1

Växel 0151-191 00
E-post kommun@vingaker.se
Bankgiro 624-8371

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	4
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
2.1.1	Övergripande mål och strategier	5
2.1.2	Organisation och ansvar.....	6
2.1.3	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
2.1.4	Informationssäkerhet	8
2.2	En god säkerhetskultur	9
2.3	Adekvat kunskap och kompetens	9
2.4	Patienten som medskapare	9
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	12
3.2.1	Dokumentation i patientjournal	12
3.2.2	Läkemedelshantering	12
3.2.3	Hygien.....	13
3.3	Säker vård här och nu	13
3.3.1	Samverkan vid utskrivning från sjukhus	13
3.3.2	Munhälsobedömning	14
3.3.3	Nutrition	15
3.4	Riskhantering.....	15
3.4.1	Riskanalys	15
3.5	Stärka analys, lärande och utveckling	16
3.5.1	Kvalitetsregister	16
3.5.2	Demenssjukdom	16
3.6	Avvikelsehantering.....	16
3.6.1	Avvikelser	17
3.7	Klagomål och synpunkter	18
3.8	Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	19
4.1	Avvikelsehantering.....	19
4.2	Preventivt arbete.....	19
4.3	Demenssjukdom	19
4.4	Dokumentation.....	20
4.5	Hygien.....	20
4.6	Läkemedelshantering	20
4.7	Palliativ vård	20
4.8	Rehabilitering och habilitering.....	21

1 SAMMANFATTNING

De övergripande målen har uppnåtts i varierande omfattning. Flera åtgärder har fått skjutas upp till följd av att mycket fokus lagts på införande av nytt journalsystem. Dessutom har region Sörmlands bytt journalsystem under hösten som fått konsekvenser i form av bristande möjlighet till informationsöverföring under en längre tid vilket gjort att statistik inte varit tillgängligt i samma utsträckning som tidigare.

Under året har flera större förändringsarbeten påbörjats. Ett omfattande arbete pågår där nulägesanalys och riskanalys av den övergripande kommunala hälso- och sjukvården gjorts och en åtgärdsplan upprättats. En av de mer genomgripande åtgärderna är att sjuksköterskor som har områdesansvar inte längre arbetar kvällar och helger i syfte att öka kontinuitet och kvalitet på den vård som ges.

Under året har återsrapportering från region Sörmland gällande snitt på utskrivningsklar-dagar, dvs tiden mellan att läkare bedömt patienten utskrivningsklar från sjukhusvård till dess att patienten faktiskt skrivs ut från sjukhus gjorts varje månad. Snittet för Vingåkers Kommun ligger 2025 på 1,36 dagar vilket något över målvärdet <1. Trolig orsak till ökningen från 0,56 dagar under 2024 till 1,36 2025 är att beläggningen på korttidsavdelningen under perioden varit hög. Flera insatser på påbörjats för att åtgärda detta. Främst ett gemensamt arbete mellan biståndsenheten, HSL-enheten och planeringsenheten för hemtjänstinsatser där åtgärder med fokus på att patienten i större utsträckning ska kunna återvända direkt till hemmet efter sjukhusvistelse i stället för att först vara en tid på korttidsboende. Det har även gjorts en översyn av hur platserna för personer beviljade växelvård organiseras.

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

De övergripande målen har uppnåtts i varierande omfattning. Flera åtgärder har fått skjutas upp till följd av att mycket fokus lagts på bland annat införande av nytt journalsystem. Dessutom har region Sörmlands byte av journalsystem under hösten fått konsekvenser i form av bristande möjlighet till informationsöverföring under en längre tid. Bytena av journalsystem har även gjort att statistik inte varit tillgängligt i samma utsträckning som tidigare.

Användandet av digital signering har fortsatt under året och har möjliggjort en förbättrad kontroll över att planerade hälso- och sjukvårdsuppgifter utförts av delegerad baspersonal.

Till följd av den ökade belastningen i verksamheten har ingen punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner gjorts under året. En enhet har genomfört hygienrund.

I samband med att region Sörmland bytte journalsystem under hösten har även ett nytt informationsöverföringssystem mellan regionen och länets kommuner, Cosmic/Link, tagits i bruk. Tyvärr har övergången kantats av ett flertal tekniska fel och driftstörningar.

Uppstarten av ”Patientsäkerhetsdialoger” i samverkan med Vingåkers vårdcentral har skjutits upp till kommande år.

Under våren 2025 implementerades ett nytt patientjournalsystem, Treserva Hälsoärende. Ett stort arbete med manuell överföring av information till det nya systemet har gjorts. Bytet av journalsystem krävde dessutom en större revidering av verksamhetens manual för dokumentation i patientjournal. Som

en del i den interna kontrollplanen har granskningen av kvaliteten på dokumentationen i patientjournalen fortsatt under året.

Arbetet med munhälsovård har pågått under året. Totalt har 101 medarbetare genomgått grundutbildning i munhälsovård 2025.

2.1.2 Organisation och ansvar

Vårdgivare

Vårdgivare i Vingåkers kommun är socialnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienten ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården i verksamheten. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändningen och bemanningen är optimal för att kravet på en god och säker vård ska uppnås.

Vidare ansvarar verksamhetschefen för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs och som en del i detta arbete för att anmäla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Verksamhetschefen ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens så att de kan utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som enligt lag åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska /- för rehabilitering (MAS/MAR)

MAS/MAR har ett särskilt ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård och rehabilitering av god kvalitet i särskilda boendeformer, dagverksamheter samt i hemsjukvård. I uppgifterna ingår att utarbeta ett ramverk i form av riktlinjer och rutiner och säkerställa att dessa följs. MAS/MAR har det övergripande ansvaret för att samverka och samordning med andra vårdgivare sker och att ge råd och stöd i hälso- och sjukvårdsfrågor. MAS/MAR har ett delegerat ansvar från vårdgivaren att utreda och anmäla allvarliga vårdskador enligt Lex Maria till IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal utgörs av de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen. Utöver dessa grupper finns också läkare och dietist knutna till verksamheten genom avtal med andra vårdgivare. Dessa grupper har en skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Enhetschef

Enhetschefens ansvar är att säkerställa att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända i verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att arbetet med avvikelshantering görs systematiskt och att nödvändiga åtgärder vidtas och följs upp.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar inom de särskilda boendeformerna och hemsjukvården i nära dialog med läkare. Arbetet utförs i team tillsammans med övriga yrkesgrupper nära patienten. I sjuksköterskans uppdrag ingår att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade tillsammans med att övriga hälso- och sjukvårdsbehov uppmärksammas och åtgärdas. Delar av detta arbete utförs genom att utförande av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras till baspersonal.

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut

Paramedicinsk personal har det yttersta ansvaret för hjälpmedel och specifik rehabilitering med riktad träning. De är en del av det team som arbetar nära patienten. Baspersonal utför i vissa fall rehabiliteringsinsatser delegering eller instruktion av paramedicinsk personal. Paramedicinsk personal genomför regelbundet utbildning i förflyttningsteknik för baspersonal. Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt lokala rutiner.

Dietist

Socialförvaltningen köper dietistresurs motsvarande 20% från Katrineholms kommun som är riktad mot kommunens särskilda boenden. Dietisten håller i utbildning för personal, samverkar med övriga yrkesgrupper, utför bedömningar och ordinerar nutritionsbehandling samt följer upp resultaten på grupp- och individnivå. Dietisten ansvarar också för uppföljning av undernäring på särskilt boende. Uppkommer behov av dietist i övrig verksamhet tas kontakt med den vårdcentral där patienten är listad.

Baspersonal

Baspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegerats av legitimerad personal. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr den kommunala hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att rapportera risker och negativa händelser.

2.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har ett ramavtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland. Kopplat till ramavtalet finns ett lokalt avtal med Vingåkers vårdcentral som följs upp varje år.

Det finns även ett avtal med Region Sörmland Smittskydd och Vårdhygien som reglerar medverkan av hygiensjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården. Främst handlar medverkan om utbildningsinsatser, genomförande av hygienronder, utredning vid smittspridning och rådgivning.

Med Tandvårdenheten i Region Sörmland har verksamheten ett avtal om munhälsobedömning utförd av tandhygienist samt utbildning om munvård för baspersonal.

Med Apoex har verksamheten avtal om årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

MAS/MAR deltar i nätverk för MAS/MAR i Sörmland samt i Riksföreningen för MAS/MAR.

2.1.4 Informationssäkerhet

Loggkontroller genomförs i olika system löpande i syfte att upptäcka obehörigt användande och säkerställa dataskydd. Det handlar om åtkomst till dokumentationssystemet Treserva Hälsoärende, det digitala signeringsverktyget Appva, de nyckelfria låssystemen i läkemedelsskåp i patientens bostad och åtkomst till säkerhetsskåp i läkemedelsförråd.

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.

Inom särskilt boende och funktionshinderomsorgen genomförs varje månad s.k. teammöten där vårdplaner och genomförandeplaner följs upp och revideras. På korttidsboendet hålls varje vecka ett kort möte där samtliga yrkesgrupper som möter patienten tillsammans med biståndshandläggare stämmer av och följer upp planeringen av vården. I ett par av verksamheterna genomförs s.k. reflektionssamtal regelbundet. Under året har såväl intern som extern handledning i vårdarbete förekommit.



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.

Kompetensförsörjning är en pågående utmaning för verksamheten. Under året har bemanningspersonal varit en del av verksamheten. Såväl sjuksköterskor som paramedicinsk personal. Flera sjuksköterskor har specialistkompetens inom bland annat vård av äldre och psykiatrisk vård.



Grundläggande kompetens hos baspersonal är ett utvecklingsområde. Verksamheten använder sig av språktest vid anställning.

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.



I samband med att patienten skrivs in i hemsjukvård eller flyttar in på särskilt boende genomförs s.k. välkomstsamtal där syftet är att lämna information om vårdinnehåll och samtidigt ge möjlighet att uttrycka egna önskemål om vård

och behandling och få frågor besvarade. Vid samtalet är det vanligt att patientens närstående också medverkar.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Interkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med tidigare resultat eller i jämförelse med andra verksamheter, stickprovskontroller och andra uppföljningar. I nämndplanen för Socialförvaltningen, där den kommunala hälso- och sjukvården ingår, presenteras de kontroller som redovisas till socialnämnden.

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

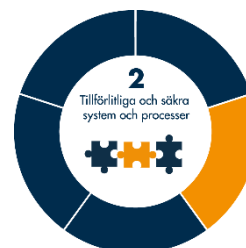
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Under gångna året har situationer där verksamheten inte upprätthållit god vårdkvalitet eller tillräckligt hög patientsäkerhet uppmärksammats via bland annat avvikelser och klagomål. Det handlar bland annat om bristande kommunikation och informationsöverföring som lett till fördröjning av bedömning och behandlande insatser och om brister i dokumentationen av insatser och uppföljning av detsamma. Ett omfattande arbete pågår där nulägesanalys och riskanalys av den övergripande kommunala hälso- och sjukvården gjorts och en åtgärdsplan upprättats. En av de mer genomgripande åtgärderna är att sjuksköterskor som har områdesansvar inte längre arbetar kvällar och helger i syfte att öka kontinuitet och kvalitet på den vård som ges. Andra åtgärder som pågår är bland annat revidering av rutiner, journalgranskning, och förändrat arbetssätt när det gäller delegering av läkemedelshantering och andra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Bland de planerade åtgärderna återfinns tillskapandet av en arbetsgrupp som ska fokusera på att identifiera och hantera riskområden i verksamheten samt ett ökat användande av kvalitetsregister i syfte att förbättra vårdkvaliteten.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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



3.2.1 Dokumentation i patientjournal

Granskning av patientjournaler genomförs varje månad enligt en framtagna granskningsmall. Resultatet av varje granskning återkopplas till berörd legitimerad personal. En övergripande sammanställning görs en gång per år och rapporteras till socialnämnden. Granskningen ligger även till grund för revideringar i rutinerna för dokumentation i patientjournal.

3.2.2 Läkemedelshantering

Lokala läkemedelsrutiner revideras vid behov dock minst en gång per år. Dessa baseras på den övergripande rutinen "Läkemedelshantering i Sörmland". Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen. Intern kvalitetsgranskning sker löpande under året.

Inom äldreomsorgen genomfördes extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering under våren 2025. Fokus för årets granskning var delegering av läkemedelshantering, hantering av narkotikaklassade läkemedel, Kontroll gentemot ordinationshandling, lokala rutiner för läkemedelshantering och hantering av avvikelser inom området läkemedel.

Punkterna i upprättade åtgärdsplaner av extern granskare var i stort likartade för alla områdena och omfattar bland annat:

- Ökad kännedom om lokal läkemedelsrutin i verksamheten
- Förbättrad hantering av kassation av läkemedel
- Förbättrad hantering av läkemedels hållbarhet
- Säkerställande av att delegeringar tas över från sjuksköterska som avslutat sin anställning
- Förbättrad ordning i läkemedelsskåp
- Säkerställande av att kontroll mot ordinationshandling vid administrering av läkemedel alltid görs

Resultatet av kvalitetsgranskningen redovisas som separat ärende till Socialnämnden.

3.2.3 Hygien

Arbete med att minimera risk för smittspridning har pågått under året. Information av MAS/MAR om gällande rutiner och riktlinjer för basal hygien och klädesregler vid arbetsplatsträffar har genomförts på alla enheter. Utöver detta har region Sörmlands hygiensjuksköterskor utbildat enhetscheferna inom äldreomsorgen i arbete med basal hygien och chefs roll i detta arbete.

Hygienrond har genomförts på en enhet inom funktionshinderomsorgen under 2025.

3.3 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.



3.3.1 Samverkan vid utskrivning från sjukhus

Under året har återrapportering från region Sörmland gällande snitt på utskrivningsklar-dagar, dvs tiden mellan att läkare bedömt patienten utskrivningsklar från sjukhusvård till dess att patienten faktiskt skrivs ut från sjukhus gjorts varje månad.

Snittet för Vingåkers Kommun ligger 2025 på 1,36 dagar vilket något över målvärdet <1. Trolig orsak till ökningen från 0,56 dagar under 2024 till 1,36 2025 är att beläggningen på korttidsavdelningen under perioden varit hög. Flera insatser på påbörjats för att åtgärda detta. Främst ett gemensamt arbete mellan biståndsenheten, HSL-enheten och planeringsenheten för hemtjänstinsatser där åtgärder med fokus på att patienten i större utsträckning ska kunna återvända direkt till hemmet efter sjukhusvistelse i stället för att först vara en tid på korttidsboende. Det har även gjorts en översyn av hur platserna för personer beviljade växelvård organiseras.

På grund av byte av journalsystem under september 2025 kan inte region Sörmland rapportera antalet utskrivningsklar-dagar för resterande delen av året.

Utskrivningsklar dagar 2025									
Månad	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker
<i>Januari</i>	0,59	1,46	0,26	0,72	1,90	0,76	1,86	0,70	0,77
<i>Februari</i>	0,50	2,06	0,03	0,63	2,54	1,80	2,17	0,56	0,54
<i>Mars</i>	0,62	3,35	0,70	0,59	1,08	2,46	2,57	0,21	1,50
<i>April</i>	0,54	1,88	0,34	0,46	1,28	1,39	1,77	0,35	2,96
<i>Maj</i>	0,62	1,83	0,22	0,78	0,97	0,70	1,10	0,24	1,50
<i>Juni</i>	0,72	1,42	0,62	0,91	0,45	0,77	1,12	0,80	1,43
<i>Juli</i>	0,58	1,79	0,25	0,48	0,57	0,82	0,62	0,73	0,76
<i>Augusti</i>	0,83	0,70	0,20	0,66	0,90	0,92	0,64	0,86	1,45
<i>September</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Oktober</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>November</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>December</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Snitt respektive kommun	0,63	1,81	0,33	0,65	1,21	1,20	1,48	0,56	01,36

3.3.2 Munhälsobedömning

Under 2025 genomfördes 95 munhälsobedömningar vilket är en liten ökning i jämförelse med föregående år.

För att säkra att patienter som har behov av assistans vid utförande av munvård får detta läggs dessa insatser nu in i det digitala signeringsverktyget Appva för att underlätta uppföljningen av att insatsen utförs.

Under 2025 har 101 baspersonal genomfört en utbildning i munvård. 2024 var det ingen baspersonal som genomförde utbildningen och 2023 var antalet som genomförde utbildningen 51. Målet med munvårdsutbildningen är att ge vård- och omsorgspersonal sådan motivation samt teoretisk och praktisk kunskap att munvård blir en självklar del av helhetsvården

3.3.3 Nutrition

Socialförvaltningen i Vingåkers kommun köper dietistresurs motsvarande 20 % från Service- och teknikförvaltningen i Katrineholms kommun. Denna resurs nyttjas till individuella ärenden och övergripande förbättringsarbete kring kost och nutrition.

Under 2025 har dietistresursen bland annat

- Varit delaktig i vård på individnivå
- Genomfört screening för undernäring på samtliga avdelningar (utom korttidsavdelningen). Resultatet av Screeningen har sammanställts och presenterats för socialnämnden.
- Bidragit med dietistkompetens i centralkökets kvalitetsutveckling av den flytande kosten.
- Uppdaterat sortimentet av kosttillägg utifrån egenskaper, pris och tillgänglighet.
- Sett över måltidsmiljön på demensavdelningarna på Humlegården i samverkan med demensvårdsutvecklare, avdelningspersonal och enhetschef.
- Utbildat personal på demensavdelningarna på Humlegården om bra måltider för äldre och anpassad måltidsmiljö för personer med demenssjukdom.
- Kvalitetssäkrat texter om mat och nutrition på seniorwebben som är en del av projektet Ekosystem för en åldersvänlig bygd.
- Planerat och lett mellanmålsworkshop på avdelningarna Lunden och Liljan på Ekgården. Fokus på proteinrika mellanmål.
- Deltagit i utbildning och implementering av journalsystemet Treserva, Hälsoärende.

3.4 Riskhantering

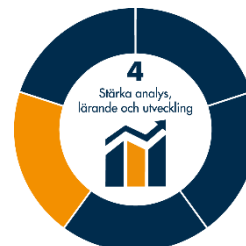
3.4.1 Riskanalys

Genomförande av riskanalyser är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet Under det gångna året har riskanalys gjorts inför införande av nytt journalsystem och utförande av hälso- och

sjukvårdsuppgiften traechealvård samt av den kommunala hälso- och sjukvården på övergripande nivå.

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.



3.5.1 Kvalitetsregister

Ett flertal kvalitetsregister används i verksamheten. Mest frekvent används registret Senior Alert för bedömning av risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Vid signalerad risk ska en bedömning av möjliga orsaker göras och åtgärder sättas in. Kvalitetsregistren Swedem och BPSD används inom demensvården och syftar till att öka livskvaliteten genom individanpassade åtgärder. Svenska palliativregistret används för att utvärdera och förbättra vård och omsorg den sista tiden i livet.

3.5.2 Demenssjukdom

För att förbättra omhändertagandet av personer med demenssjukdom har arbetet med att ta fram bemötandeplaner och åtgärdsplaner framför allt vid förekomst av psykiska symtom varit i fokus. Arbetet utgår ifrån ”Länsgemensamt program för vård och omsorg vid demenssjukdom i Sörmland”.

En grundläggande internetbaserad utbildning inom demensvård, Demens-ABC, via svenskt Demenscentrum ska all baspersonal genomgå.

Under 2023 och 2024 har samtliga enheter inom särskilt boende genomfört en utbildningssatsning i fyra steg för att erhålla kvalitetsstämpeln ”Stjärnmärkt”. Utbildningen syftar till att öka kunskapen om demens och att utveckla ett personcentrerat arbetssätt i verksamheten. Under 2025 har arbetet med uppföljning pågått så att verksamheten fortsätter vara ”stjärnmärkt”.

3.6 Avvikelsehantering

Alla medarbetare oavsett yrkeskategori har en skyldighet att rapportera avvikelser och risksituationer som inträffar i verksamheten. En avvikelse kan

inträffa vid exempelvis läkemedelshantering, informationsöverföring, fall och användande av hjälpmedel.

Enhetschef ansvarar för handläggningen av avvikelser och ska säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas och sedan följs upp. Många avvikelser handläggs tillsammans med områdesansvarig sjuksköterska och/eller paramedicinsk personal. Om avvikelserna är allvarliga kontaktas MAS/MAR för vidare utredning och eventuell händelseanalys. Som ett led i kvalitetsarbetet är det av största vikt att avvikelserna leder till ett lärande och att risken för att liknande händelser ska inträffa igen minimeras. Avslutade avvikelser ligger till grund för den årliga sammanställningen.

Under 2025 har inga anmälningar enligt Lex Maria gjorts till IVO.

3.6.1 Avvikelser

Avvikelser sammanställs och rapporteras till socialnämnd två gånger per år.

2025 Q3-4	2025 %	2025 Q1-2	2025 %	2024 Q3-4	2024 %	2024 Q1-2	2024 %	
18		21		12		16		Annan händelse
27		27		26		37		Arbetsrutiner
12		4		5		9		Bemötande
1		1		0		6		Dokumentation
199	26,8	201	30,8	213	35,6	184	29,8	Fall
34		13		11		21		Hjälpmedel
4		3		3		6		Information/kommunikation
257	34,6	182	27,9	149	24,9	177	28,6	Läkemedel
2		3		1		0		Nutrition
43		20		37		24		Omvårdnad
111	14,9	145	22,3	109	18,2	101	16,3	Ospecificerad
0		0		1		0		Resa
2		1		1		0		Stöld
3		0		2		2		Träning
12	1,6	19	3,0	18	3,0	23	3,8	Utebliven insats/besök
3		7		3		7		Våld och övergrepp
13		4		5		5		Vård och behandling
1		0		1		0		Vårdplaneringsprocessen
0		1		1		0		Vårdrelaterade infektioner
742	77,9	652	84	598	81,7	618	78,5	Totalt antal avvikelser

3.7 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som inkommer från patient eller anhöriga/närstående besvaras av enhetschef.

Klagomål som inkommer från Patientnämnd eller IVO besvaras av verksamhetschef och MAS/MAR. Utredning av händelsen görs skyndsamt och återkopplas till berörd enhet. MAS/MAR rapporterar även klagomål till socialnämnden och chef för Socialförvaltningen.

Förvaltningschefen ansvarar för att det finns ändamålsenliga rutiner för att hantera avvikelser, missförhållanden samt synpunkter och klagomål.

Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar avvikelshantering och ansvarar för att händelseanalyser genomförs. MAS/MAR leder arbetet med händelseanalyser och hanterar allvarliga avvikelser som berör den kommunala hälso- och sjukvårdens verksamheter.

3.8 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Under 2025 kommer fokus för patientsäkerhetsarbetet att vara:

- Säker läkemedelshantering
- Lärande av avvikelserregistreringen i verksamheten
- Förebyggande insatser riktade mot risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen
- Trygg vård i livets slut
- Minimerad risk för smittspridning
- Säker informationsöverföring
- God rehabilitering och habilitering

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

4.1 Avvikelsehantering

Systematiskt arbete med avvikelsehantering i syfte att minimera att negativa händelser och vårdskador inträffar genom att:

- Genomföra patientsäkerhetsdialoger i samverkan med Vingåkers vårdcentral i verksamheten
- Återföra analys- och åtgärdsarbetet vid avvikelser i verksamheten regelbundet vid arbetsplatsträffar
- Ta fram informationsmaterial om avvikelsehantering

4.2 Preventivt arbete

Förebygga risk för fall, trycksår, undernäring och försämrad munhälsa genom att:

- Säkerställa att alla berättigade erbjuds munhälsobedömning och nödvändig tandvård
- Genomförandeplaner dokumenteras och utförandet av insatserna i dessa följs upp
- Ökad användning av kvalitetsregistret Senior Alert
- Screening av risk för eller konstaterad undernäring under ledning av dietist

4.3 Demenssjukdom

Kompetent demensvård genom att:

- Verksamheten fortsatt är en "Stjärnmärkt" verksamhet
- Registrera i kvalitetsregistren BPSD och Swedem i syfte att individanpassa åtgärder för att öka livskvaliteten
- Säkerställa att alla patienter med demenssjukdom har en bemötandeplan och en levnadsberättelse dokumenterad
- Fortsatt arbete i samverkan med dietist för en förbättrad måltidsmiljö på demensavdelningarna på Humlegården.

4.4 Dokumentation

Säkerställa kontinuitet och informationsöverföring i vården genom att:

- Granska av patientjournaler utifrån framtagna mall.
- Revidera dokumentationsmanualen HSL
- Ta fram dokumentationsmanual för baspersonal vid dokumentation av utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegerats

4.5 Hygien

Minimera risken för smittspridning genom:

- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Hygienrond inom hemtjänsten
- Utbildning av baspersonal inom hemtjänsten
- Implementering av reviderad rutin hygienrutiner för kommunal hälso- och sjukvård
- Punktprevalensmätning PPM/BHK under hösten 2026

4.6 Läkemedelshantering

Minimera risker i läkemedelshanteringens alla moment, från ordination till administrering och uppföljning genom att:

- Implementera nytt tillvägagångssätt vid delegering av läkemedelshantering
- Utbilda all baspersonal med delegering i läkemedelshantering i grundläggande läkemedelshantering
- Revidera lokala rutiner för läkemedelshantering
- Samverka med vårdcentralen kring användandet av läkemedelsautomater
- Utföra extern och intern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- Öka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar

4.7 Palliativ vård

Trygg palliativ vård och vård i livets slut med fokus på symtomlindring, livskvalitet och stöd till närstående genom att:

- Genomföra åtgärderna för att säkra läkemedelshanteringen
- Göra den reviderade rutinen Palliativ vård på primärvårdsnivå känd i verksamheten
- Registrera i Svenska Palliativregistret

4.8 Rehabilitering och habilitering

God rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel.
genom att:

- Utföra målinriktad specifik träning med patient på individnivå
- Genomföra ADL-bedömningar
- Utföra bedömningar i hemmiljön inför hemgång från sjukhus eller korttidsboende
- Genomföra utbildning i lyft- och förflyttningsteknik och användande av hjälpmedel