



Patientsäkerhets berättelse 2025

Fastställt av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2026-03-18
Gäller 2025
Ärendenr SON 2026/35
Version [1.0]



Datum 2026-02-17
Ansvarig för innehållet Kerstin Ahlqvist, MAS

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse 2025	1
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	17
Säker vård här och nu.....	19
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	22
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	23

SAMMANFATTNING

En grundläggande förutsättning för patientsäkerhet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Dessutom ska patienter och anhöriga ges möjlighet att vara delaktiga i planering och utförande av vårdinsatser.

God säkerhetskultur är ytterligare en förutsättning för patientsäkerhet. Socialförvaltningen eftersträvar en god säkerhetskultur som alla medarbetare är involverade i. Det är ett fortlöpande arbete som kontinuerligt behöver följas upp och utvärderas samt anpassas efter rådande förutsättningar.

Förändrings- och förbättringsarbete för att nå kvalitet och patientsäkerhet tar tid och behöver också få ta tid för att nå en långsiktigt hållbarhet.

I många av verksamheterna är den största utmaningen fortsatt kompetens – och resursförsörjning vilket ju är direkt avgörande för patientsäkerhetsarbetet.

Antalet vårdavvikelser har även 2025 ökat markant. Vanligaste avvikelserna är liksom tidigare år, läkemedelsavvikelser så som ej given dos, ej signerad dos, ej uppdaterade läkemedelslistor osv. Hösten 2025 införde vi en ny delegeringsutbildning som är mer anpassad för målgruppen och dagens krav på säker läkemedelshantering. Vi kommer fortsätta med regelbundna externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen och säker läkemedelshantering är fortsatt ett prioriterat fokusområde för kommande år.

Fallavvikelser är också vanligt förekommande och där är det förebyggande arbetet väldigt viktigt. Förstärkt MAS-regel för fall och fallprevention kan till viss del förklara att antal rapporterade fall har ökat.

Ett annat problem är brister i information och kommunikation, framför allt i samband med överrapportering mellan vårdgivare, tex mellan slutenvården och hemsjukvård och hemtjänst. I maj 2025 infördes en kommunikationsplattform för gemensam kommunikation, information och planering mellan HSF och SOF vilket hittills visat positiva resultat och som kräver fortsatt förankring och implementering under året.

Målet för 2025 var att öka antalet registrerade riskbedömningar i Senior Alert. Vi kan vid uppföljning se en ökad delaktighet i Senior Alert och kommer fortsätta arbeta med det under kommande år. Det är viktigt att se kvalitetsregistren som ett arbetsverktyg som kan vara till hjälp och stöd för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt pågående arbete som hela tiden kan förbättras. För att lyckas i arbetet behöver verksamheter och enheter vara involverade och samtlig personal delaktig. Det bygger på ett samarbete med HSF och behöver vara en genomgående kultur som involverar så väl hälso – och sjukvården som arbetet enligt SoL (Socialtjänstlagen) och LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Mål och strategier för kommande år presenteras på ett övergripande plan, hur man sedan kommer jobba med det i verksamheterna behöver respektive verksamhet vara delaktig i.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att vårdskador uppstår samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska dessutom ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Socialförvaltningens verksamheters insatser ska vara av god kvalitet och utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Verksamheternas kvalitet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Arbetet ska ske i enighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Patientlagen, Patientsäkerhetslagen (PSL) samt övriga lagar och förordningar som berör verksamheten.

Vård och omsorg ska utformas utifrån den enskilda individens behov och önskemål.

Organisation och ansvar

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

Socialdirektören har det yttersta och strategiska ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna, att utse verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna. MAS ansvarar för sammanställning och analys av vårdavvikelser, anmälningar enligt lex Maria och den förvaltningsövergripande patientsäkerhetsberättelsen. MAS är även en stödfunktion till verksamheterna och enheterna i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. MAS ansvarar för att upprätta och uppdatera MAS-reglerna som är förvaltningsövergripande riktlinjer för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas för att säkra kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för patientsäkerhet och att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Vidare ska verksamhetschefen löpande bedöma om det

finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

Samtliga privata verksamheter har utsedda verksamhetschefer enligt HSL.

Enhetschef har ansvar för att hälso – och sjukvården drivs utifrån gällande lagar och förordningar och därmed att verksamheten tillhandahåller hög patientsäkerhet och kvalitet. Enhetschefen ansvarar för att personalen har rätt kompetens samt att de riktlinjer och föreskrifter som MAS utarbetat är kända i verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för att rutiner finns och efterföljs och att patientsäkerhetsarbetet sker systematiskt och fortlöpande och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare. Enhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschef ska även löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

Sjuksköterskan är enligt sin profession omvårdnadsansvarig och har ett ansvar att leda och fördela omvårdnadsarbetet samt att handleda omvårdnadspersonalen i omvårdnad. Sjuksköterskan ansvarar för bedömning, planering och utförande av omvårdnad och medicinska insatser i samråd med läkare. Sjuksköterskan ansvarar för vårdplanering och utförande av vårdplaner och hälsoärenden, vid behov i samråd med fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskan ansvarar också för läkemedelshantering och delegering till omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därigenom bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner. Utifrån sin profession ska sjuksköterskan delta i riskbedömningar och arbeta preventivt. Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team.

Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar inom respektive profession för att tillgodose det stöd och hjälp som den enskilde patienten behöver. De ansvarar för att handleda och utbilda personal i förflyttningsteknik, fallprevention samt handhavande av medicintekniska produkter. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därigenom bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner. Utifrån sina professioner ska de delta i riskbedömningar och arbeta preventivt. Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team.

Omvårdnadspersonalen ska följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso – och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser enligt gällande rutiner.

Omvårdnadspersonal som har delegering att utföra vissa hälso – och sjukvårdsuppgifter ska vara väl förtrogen med de riktlinjer och rutiner som rör respektive arbetsuppgift samt vara väl insatt i innebörden av delegering.

Tillsammans med övriga medarbetare har de ett ansvar att arbetet sker i team och ska delta i riskbedömningar och arbeta preventivt.

Läkarinsatserna sker enligt överenskommelse med primärvårdens läkare. De olika vårdcentralerna ansvarar för en eller flera verksamheter och enheter. Rond sker regelbundet på enheterna och däremellan finns kontaktmöjlighet per telefon och skrivna meddelanden i journalsystemet mellan sjuksköterskorna och läkarna. Vid behov ska även läkarna göra besök i verksamheterna mellan ordinarie rond.

Stödfunktioner inom patientsäkerhetsarbetet är förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning, MAS, Hälso- och sjukvårdsförvaltningens Chefläkare samt Smittskydd/Vårdhygien, BPSD-teamet, STRAMA-gruppen (samverkan mot antibiotikaresistens), Kliniskt träningscenter (KTC), läkemedelskommittén och Patientnämnden (PAN).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan på förvaltningsnivå

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv sker samverkan på förvaltningsnivå framför allt med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Det finns en Strategisk samverkansledning (förvaltningschefer från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) och en Operativ samverkansledning (chefer i förvaltningsledningen från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) Utifrån gemensamma ärenden, frågeställningar, förändrade behov och förutsättningar med mera bildas arbetsgrupper.

Samverkan på enhetsnivå

På verksamhetsnivå/enhetsnivå samverkar enheterna med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom primärvården, Visby lasarett och deras öppenvårdsmottagningar, Hjälpmedelscentralen, Palliativa teamet, och sjukhusapoteket samt med tandvården i uppsökande tandvård. Samarbete finns även med HSF uroterapeut gällande utbildning och behörighet för förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Vid behov kan såväl dietist som logoped konsulteras.

Utmaningen är att hitta en väl fungerande samverkan och samarbete vid vårdövergångar som verkligen fungerar i praktiken. Kommunikation, informationsöverföring och rapportering mellan vårdgivare och vårdenheter behöver fortfarande förstärkas. I maj infördes Life Care sp, en informationsplattform med syfte underlätta och förbättra kommunikation och informationsöverföring. Den hittills visat på positiva resultat men kräver fortsatt förankring och implementering under året.

Gemensamt ramverk för samverkan mellan skola, vård och omsorg

Syftet med ramverket är att säkerställa samsyn om viktiga gemensamma områden. Syftet är också att bidra till kontinuitet över tid och underlätta för nya medarbetare och chefer att förstå hur samverkan och samarbete sker på Gotland. Ramverket ska ha fokus på de viktigaste gemensamma områdena, för dessa områden utarbetas gemensamma riktlinjer som konkret beskriver hur samarbete sker. Riktlinjerna ska vara utformade så de utgör ett konkret stöd för medarbetare i vardagen.

Inom specifika områden, till exempel där patienter direkt eller indirekt berörs och ett samarbete mellan olika förvaltningar och utförare krävs för att säkra patientsäkerhet och kvalitet kompletteras ramverket med överenskommelser.

Målet med ramverket är att;

- Skapa förutsättningar och stödsystem för att stärka invånares hälsa genom hela livet.
- Säkerställa effektiv användning av resurser ur ett helhetsperspektiv.
- Öka och säkerställa individens delaktighet och upplevelse av trygghet.
- Öka och säkerställa kontinuiteten både för dem vi finns till för och våra medarbetare.
- Utveckla teamarbetet både inom och över organisatoriska gränser.
- Säkerställa bästa effektiva omhändertagandenivå av hälso- och sjukvårdsbehov.
- Säkerställa ett hälsofrämjande och förebyggande fokus.

Samverkan MAS med nyckelfunktioner inom patientsäkerhet HSF

MAS har bra samarbete med Hälso -och sjukvårdsförvaltningens chefsläkare för patientsäkerhet. Gällande läkemedelsfrågor, sker samarbete med apotekare, klinisk farmaceut och läkarrepresentanter från läkemedelskommittén. MAS ingår även i STRAMA som är samverkan mot antibiotikaresistens. MAS har ett bra samarbete och nära kommunikation med enheterna Smittskydd/Vårdhygien inom HSF bland annat med utbildningar för hygienombuden och uppföljning av basala hygienrutiner och övrigt rutinarbete gällande såväl vårdhygien som smittskydd.

Hjälpmedelssamverkan

Hjälpmedelsfrågor behandlas återkommande i Regionens samverkansgrupp för hjälpmedelsfrågor, kallad Hjälpmedelssamverkan.

Samverkan förebygga fallskador

I syfte att öka kunskapen om hur fallskador kan förebyggas arrangeras årligen kampanjen *Trill int ikull*. Kampanjen är sedan flera år en samverkan inom regionen och riktar sig till såväl medborgare som medarbetare inom vård och omsorg. Kampanjen har en egen sida ”Undvik fallolyckor - Trill int ikull” på gotland.se.

MAS-regeln Fall och Fallprevention (STY-17976) har uppdaterats och förstärkt samverkan mellan rehab, hemtjänst och särskilt boende. Syftet är att tidigt uppmärksamma fall och fallrisk och därmed i ett tidigt skede sätta in förebyggande åtgärder.

Samverkan inom förvaltningen

HSL-forum

Inom Socialförvaltningen samverkar verksamheterna i hälso –och sjukvårdsfrågor genom regelbundna HSL-forum. Deltagande är avdelningschefer från hemsjukvården, särskilt boende, omsorg om personer med funktionsnedsättning, representanter för enhetscheferna samt MAS och utvecklingsledare med fokus rehabilitering. Syftet är att lyfta förvaltningsövergripande frågor som ej kan lösas i ordinarie verksamhet/avdelning.

Branschråd

Förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning håller tillsammans med myndighetsavdelningen två gånger per år branschråd för respektive verksamhetsområde. Där bjuds verksamhetschefer och enhetschefer från samtliga enheter; både egen regi och privata utförare in.

På branschråden presenteras bland annat nyheter och aktuella ämnen inom såväl hälso –och sjukvård som socialtjänsten, styrkor och identifierade utvecklingsområden i verksamheterna samt annan gemensam information från Socialförvaltningen.

HSL-råd

MAS och utvecklingsledare med fokusområde rehabilitering bjuder två gånger per år in till HSL-råd för all legitimerad personal, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i både egen och privat regi inom förvaltningen.

Dessa möten är ett tillfälle för kunskaps –och erfarenhetsutbyte och där aktuella ämnen och olika teman lyfts i utbildnings –och fortbildningssyfte.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Det finns tydlig information om informationssäkerhet på Regionens intranät vilken är tillgänglig för samtlig personal. Det finns även en utbildning i ämnet i kunskapsportalen.

Tystnadsplikt/sekretess

I samband med anställning får medarbetarna information om sekretess och tystnadsplikt samt riktlinjerna som gäller för användandet av arbetsplatsens datorer och telefoner.

Digital journalföring

Den digitala hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker i verksamhetssystemet Treserva. Där dokumenterar legitimerad personal; sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i patientens journal. Även omvårdnadspersonal med delegering dokumenterar sina hälso- och sjukvårdsinsatser där.

Loggkontroller Treserva

Enligt lag får endast den som deltar i vården av en patient ha tillgång till patientens journal. För att säkerställa att detta följs, genomför systemförvaltaren under året, återkommande loggkontroller med slumpvisa urval. Loggkontrollerna sker vid två tillfällen, det första under mars-april månad och den andra september-november månad. Vid varje tillfälle har det slumpvist valts 3 dagar och 5 personer per dag, totalt 15 personer. Man har då kontrollerat att personen deltagit i vården av patienten. Eventuellt missbruk rapporteras till ansvarig chef för vidare hantering.

Två gånger per år sker en behörighetskontroll av användare av systemet. En lista sänds till närmsta chef med de användare som finns i systemet. Chefen ska godkänna fortsatt behörighet eller avsluta/justera om behov finns.

Loggkontroller Take Care

Sjuksköterskor inom socialförvaltningens verksamheter har läsbehörighet i HSFs journalsystem Take Care. Dessa loggkontroller görs enligt SALA (Systematisk Automatisk Logganalys) genom att en gång per månad hämtas alla journalöppningar som gjorts av några slumpmässigt utvalda användare på varje enhet. Dessa loggar bearbetas utifrån en rad kriterier. Särskilt utsedda personer på varje enhet granskar de loggar som flaggas upp av systemet:

Arkivering av journalhandlingar

Förvaltningens arkiv ska senast en månad efter att en patient avlidit, emottagit rensade och kompletta hälso- och sjukvårdsdokumentationen, enligt rutin.

En god säkerhetskultur

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

Socialförvaltningen eftersträvar en god säkerhetskultur som alla medarbetare är involverade i, genom gemensamma värderingar, attityder, kunskaper och beteenden kring säkerhet. Det handlar om hur alla, från ledning till medarbetare, tänker och agerar i relation till risker. Det är ett fortlöpande arbete som kontinuerligt behöver följas upp och utvärderas samt anpassas efter rådande förutsättningar.



Alla som arbetar inom socialförvaltningen ska medverka till det systematiska kvalitetsarbetet. Att identifiera och analysera avvikelser samt återföra dessa erfarenheter i verksamheten är en väsentlig del av kvalitetsarbetet. Avvikelsehanteringen syftar till att skydda den enskilde som är aktuell inom

socialförvaltningens verksamheter från att fara illa och att hen får insatser av god kvalitet. Avvikelsehanteringen syftar också till att minska risken för att vårdskador uppstår. God arbetsmiljö är en förutsättning för patientsäkerhet och personalen behöver vara delaktiga, ha kunskap och känna engagemang för såväl arbetsmiljön som patientsäkerheten. Under 2025 har det fortsatt varit fokus på arbetet med att förstärka kunskapen om avvikelser, hur de ska uppmärksammas, hanteras och förebyggas för att minimera risken för vårdskador och säkerställa patientsäkerheten. Samtliga medarbetare, såväl ledningen som övrig personal, behöver vara medvetna om deras roll och ansvar. Avvikelsehantering är en del i påbyggnadsutbildningen för chefer inom Socialförvaltningen och ingår även i introduktionen av ny personal. I verksamheterna har man arbetat med att tydligare utvärdera och följa upp de avvikelser som uppkommit. Återkoppling till medarbetare sker framför allt vid APT eller andra möten i verksamheten. Regelbundna möten med yrkesföreträdande sjuksköterskor där utveckling och förbättringar diskuteras och implementeras är ytterligare ett forum för att stärka patientsäkerheten.

Strukturerade och kontinuerliga riskbedömningar är väldigt viktigt för att undvika och förebygga vårdskador. Verksamheterna genomför riskanalyser inför förändringar i den fysiska, psykiska och organisatoriska miljön. Riskanalyser görs också vid inskrivning/inflyttning och vid förändringar hos patienten. Risker som identifieras i det dagliga arbetet, analyseras samt åtgärdas efter framtagna handlingsplan.

Senior alert kvalitetsregister används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård. Inom områdena nutrition, trycksår, fall, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs strukturerade riskbedömningar för att identifiera ökade risker och arbeta med insättande av individuella åtgärder och uppföljningar. Genom Senior Alert är verksamheterna även med i den årliga HALT-mätningen. HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning.

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.

Kompetens –och resursförsörjning är en utmaning i verksamheterna. Det gäller att säkra att både bemanningen är tillräcklig och att det finns tillräcklig och rätt kompetens. Men det kräver också planering och schemaläggning som gör att arbetet utförs säkert, på rätt sätt, vid rätt tillfälle och av rätt person med rätt kompetens. Till exempel behöver arbete och schema planeras så att det alltid finns personal med delegering att hantera läkemedel på plats. Det kan uppstå tillfällen då bemanningen behöver förstärkas, till exempel vid vård i livets slut, då det kan behövas extra personal. Det är en bedömning och ett beslut som görs gemensamt av ansvarig sjuksköterska och enhetschef.

Patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har under senare tid fått mer komplexa vårdbehov än tidigare. Det kräver fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser och därmed också ett ökat behov av medicinsk kompetens såväl på ledningsnivå som hos alla professioner i den dagliga patientkontakten. Vid uppföljningar i verksamheterna syns ett tydligt ökat behov av närvaro av såväl sjuksköterskor som arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

I samband med anställning ska den nyanställda få en individuellt anpassad introduktion utifrån tidigare erfarenhet och kompetens. I verksamheterna finns övergripande



kompetensutvecklingsplaner och för varje enskild medarbetare ska det också finnas en individuell kompetensutvecklingsplan som tas fram i dialog mellan medarbetare och chef.

Genom olika satsningar som tex Äldreomsorgslyftet sker utbildning av omvårdnadspersonal inom vård och omsorg.

Sjuksköterskorna har regelbundna yrkesträffar där de har kompetensutveckling utifrån behov och önskemål.

Utbildningsinsatser planeras också utifrån uppkomna och identifierade behov.

Rehabkörtet är ett utbildningsprogram för att öka kompetens i förflyttningsteknik, hjälpmedel, fallprevention mm. Den hålls av arbetsterapeut och fysioterapeut och riktar sig till omvårdnadspersonalen.

Sjuksköterskorna har möjlighet att delegera hälso –och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Delegeringsbeslut är personliga och får inte delegeras vidare. MAS bär det yttersta ansvaret för att delegeringar sker på ett säkert och korrekt sätt. Exempel på arbetsuppgift som kan delegeras är läkemedelshantering, det vill säga att administrera och överlämna läkemedel. Delegering av läkemedel föregås alltid av en webbaserad utbildning i läkemedelshantering och ett kunskapstest.

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 §

Planering och utförande av insatser ska alltid ske i samråd med den enskilde. Samtliga verksamheter ska ge patient och närstående möjlighet att vara delaktig i den vård som ges. Detta innebär bl.a. delaktighet i upprättande av genomförandeplan och vårdplaner. Patienten ska också vara delaktig vid de årliga läkemedelsgenomgångarna. Vid behov gör rondande läkare hembesök. Alla patienter har ansvarig sjuksköterska som fast vårdkontakt. Sjuksköterskan ansvarar för bedömning, planering och utförande av omvårdnad och medicinska insatser i samråd med läkare och ska även vara en länk i kontakten mellan läkare och patient samt vid behov även anhöriga.

I de flesta verksamheter bjuder man regelbundet in patienter och närstående till möte för att ge dem möjlighet att framföra sina åsikter men också för att informera om det som är aktuellt inom verksamheten och vid behov samhället. Inom hemsjukvården sker denna kontakt framför allt i samband med planeringsmöte i hemmet.

Kontaktpersonen har en viktig roll som en länk mellan patienten och vårdgivaren. Dessutom har patienterna alltid en ansvarig sjuksköterska som fast vårdkontakt. Den ansvariga sjuksköterskan informerar patienten och närstående om förändringar i patientens hälsotillstånd och medverkar till läkarkontakt om patient eller närstående så önskar.

Patienter och anhöriga kan lämna synpunkter och klagomål direkt till den verksamhet det gäller eller via Region Gotlands synpunktshanteringssystem på webben. Klagomål och synpunkter ska hanteras utifrån Region Gotlands Riktlinjer för synpunktshantering. Inkomna handlingar till Region Gotland registreras i ärendehanteringssystemet W3D3 och ett meddelande går ut till avsändaren att ärendet är mottaget. Svar på synpunkterna kommer att ges av ansvarig chef i ärendet. Ansvarig enhetschef kontaktar sedan vederbörande eller skriver ett svar på den inkomna handlingen inom

två veckor. I samtliga fall ska enhetschef samtala med patient och anhöriga för att stämma av och återkoppla.

Klagomål och synpunkter ska alltid utredas för att se orsak och verkan. Om det uppkommit en vårdskada eller risk för vårdskada ska det utredas som en vårdavvikelse och då ska även MAS kopplas in.

Verksamheter i enskild regi har olika struktur och system för att ta emot klagomål och synpunkter. Dessa system och verksamheternas analyser, följs upp på kvalitetsuppföljningar, av förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning Om klagomålet eller händelsen är av allvarligare art, skall MAS informeras och involveras i eventuella åtgärder. Ärendet registreras då i W3D3.

Patienter och anhöriga har också en möjlighet att framföra synpunkter och klagomål på hälso –och sjukvården via Patientnämnden (PAN) som då skickar ärendet med eventuell begäran om återkoppling till via MAS till berörd verksamhet. Dessa ärenden registreras i W3D3.

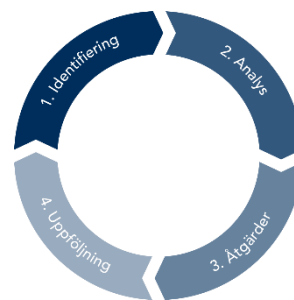
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Som en del i patientsäkerhetsarbetet ska alla verksamheter och enheter systematiskt genomföra egenkontroller. Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de lagar och regler som styr verksamheten samt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller görs genom att identifiera område och resultat, analysera resultat, ta fram åtgärder samt följa upp. Egenkontroll går ut på att skapa rutiner som underlättar för att verksamhetsrelaterade lagar och regler följs. De vanligast förekommande egenkontrollerna som genomförts under 2025 är likt tidigare år

- Trycksår
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Kontroll av läkemedelshantering generellt och hantering av narkotikaklassade läkemedel specifikt
- Journalgranskning HSL
- Livsmedelshantering och temperaturkontroller
- Senior alert inklusive uppföljning av riskfaktorer



Dock framkommer i uppföljning med verksamheterna och i deras patientsäkerhetsberättelser att identifieringen görs men att det brister i analys, åtgärder och uppföljning.

Trycksår

Resultaten från den nationella punktprevalensmätning av trycksår som skedde i november visar att andel trycksår har minskat i både hemsjukvården och i särskilt boende sedan föregående år och ligger strax över riket. För korttidsenheten har andelen trycksår ökat och ligger nu mer i linje med riket.

Verksamhet	Andel trycksår 2022	Andel trycksår 2023	Andel trycksår 2024	Andel trycksår 2025	Andel trycksår riket 2025
Särskilt boende	8%	12%	10%	9%	7,6%

Korttidsenhet	6%	0%	1%	8%	7,1%
Hemsjukvård	10%	12%	14%	7%	5,0%

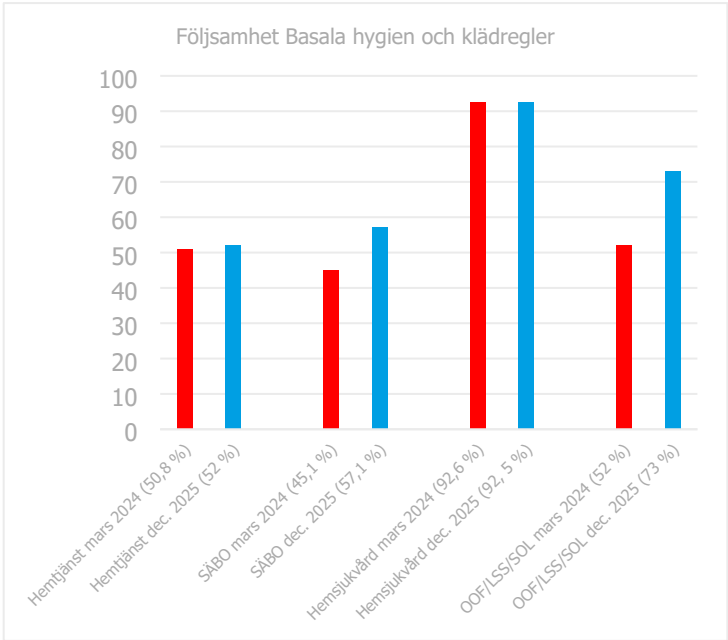
Analys av resultaten visar att Gotland fortsätter att minska andelen trycksår i kategori 3 och ligger nu strax under riket. Vid tiden för punktprevalensmätningen hade ingen på Gotland ett trycksår enligt kategori 4 eller något i de två sista kategorierna. Andelen trycksår enligt kategori 1 har minskat medan kategori 2 har ökat sedan föregående mätning. Både kategori 1 och 2 ligger högre än riket.

Kategori (1-4)	Andel Gotland 2022	Andel Gotland 2023	Andel Gotland 2024	Andel Gotland 2025	Andel Riket 2025
1	54%	55%	54%	50%	44%
2	29%	27%	29%	37%	29%
3	13%	17%	15%	13%	14%
4	4%	0%	0%	0%	9%

1. Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.
2. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
3. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår ned till men inte genom fascian.
4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning i vård- och omsorgssituationer. Följksamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts 4 gånger per år genom observation eller självskattning. Resultaten registreras lokalt av respektive verksamhet och rapporteras även in till MAS som en del i kvalitetsuppföljningen. Ett planerat samarbete med HSF för att kunna registrera i samma databas som dem har först försenats och visar sig inte längre vara aktuellt till följd av begränsat datalager. Det har blivit en marginell förbättring av resultatet under året.



Förutsättningen för att nå ett hållbart förbättrat resultat är att fortlöpande och strukturerat arbeta med uppföljning och utvärdering av resultatet där såväl chefer som medarbetare är involverade. Samtliga verksamheter har hygienombud som regelbundet erbjuds fortbildning av Vårdhygien och samtlig personal ska årligen genomgå Socialstyrelsen webbutbildning i basala hygienrutiner. Det finns dock ett behov av ytterligare kunskap om hygien -och smittförebyggande arbete för så väl

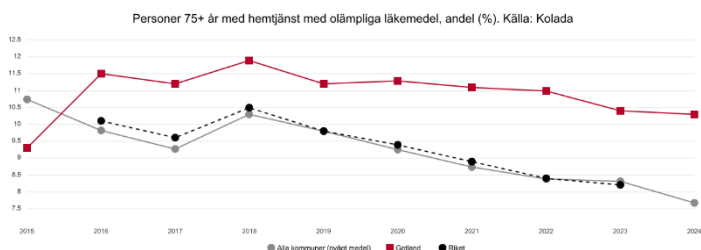
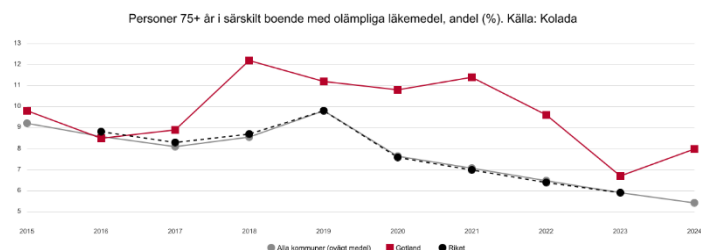
chefer som medarbetare och den teoretiska utbildningen behöver kompletteras med praktiska övningar. Det behövs en tydlig ansvarsfördelning och följsamhet av basala hygienrutiner behöver vara en naturlig del i verksamheten och involveras i både hälso och sjukvården och insatser enligt SoL och LSS.

Utöver följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genomför även verksamheterna årligen en vårdhygienisk egenkontroll (VEK) enligt Svensk Förening för Vårdhygien. Egenkontrollen görs enligt en fastställd checklista och utifrån resultatet ska chef i samverkan med medarbetarna ta fram en handlingsplan. Generellt visar det på goda förutsättningar för att hålla god följsamhet av basala hygienrutiner i verksamheterna. Eventuella svagheter och brister är identifierade och beskrivna med planerade åtgärder i handlingsplanerna

Det är tydligt att följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler är ett prioriterat område att fortsätta arbeta med. Det är ensamt den viktigaste åtgärden för att minska och förebygga smittspridning. Att få full efterlevnad av hygienkrav och rutiner kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Det är viktigt att vidta åtgärder för att förbättra eller behålla goda resultat. Såväl chefer, hygienombud och personalen behöver stöd i arbetet. Det behövs både resurser, kompetens och tid. Samarbetet mellan Vårdhygien (HSF) och MAS (SOF) fortsätter för att ta fram bra arbetssätt till detta, men det är viktigt att man ute i verksamheterna verkligen jobbar aktivt med arbetssätt, utbildning och uppföljning för att nå en följsamhet i hygienrutinerna och därmed minska risken för smitta och smittspridning. Mätning av följsamheten är inte en lösning, det är ett sätt att följa upp att det finns kunskap och att arbetssätt och rutiner följs korrekt.

Olämpliga läkemedel för äldre

Gotland ligger högt när det gäller förskrivning av olämpliga läkemedel för äldre. 2023 såg man en tydlig nedåtgående trend som tyvärr har brutits under 2024. Resultatet för 2025 är ännu inte tillgängligt.



Vård i livets slut

Registrering i Svenska Palliativregistret ger förutsättningar att följa och utveckla kvaliteten av den vård och omsorg som ges till personer i livets slut. Samtliga dödsfall som sker inom någon av förvaltningens verksamheter ska registreras utifrån en samlad bedömning i det team av personal som medverkat i omvårdnaden i livets slut. Varje enhet har utifrån sina resultat möjlighet att arbeta med utvecklingsarbete utifrån analys av resultaten.

Nedan presenteras resultat för samtliga verksamheter. Socialförvaltningen delar Socialstyrelsens mål.

Resultat	2022	2023	2024	2025	Riket 2025	Mål Socialstyrelsen
Dokumenterad munhälsobedömning	59%	48%	63%	57%	64%	90%
Utförd validerad smärtskattning sista levnadsveckan	62%	63%	66%	81%	71%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	79%	71%	84%	79%	82%	98%
Ordinerad injektion av läkemedel mot ångest	88%	89%	96%	92%	95%	98%
Vårdplan	65%	68%	68%	77%	74%	100%
Utan trycksår (kategori 2-4)	84%	90%	87%	89%	86%	90%
Ordinerad injektion av stark opioid vid smärtgenombrott	92%	93%	96%	91%	96%	98%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	78%	78%	81%	84%	84%	90%
Läkarbeslut palliativ vård	86%	91%	94%	91%	92%	100%
Efterlevandesamtal	74%	71%	79%	86%	79%	90%
Symtomskattas sista levnadsveckan	43%	45%	66%	66%	57%	100%

Resultaten för utförd validerad smärtskattning sista levnadsveckan samt användandet av vårdplan har ökat kraftigt sedan föregående år och ligger nu över nivån för riket men fortsatt under Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. Gällande resultaten för dokumenterat brytpunktssamtal, dokumenterad munhälsobedömning, ordinerad injektion av läkemedel mot ångest samt ordinerad injektion av stark opioid vid smärtgenombrott så har de sjunkit något sedan föregående år och ligger under både rikets resultat och Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. När det gäller indikatorerna för utan trycksår så ligger Gotland över riket och endast strax under Socialstyrelsens målnivåer. För indikatorn mänsklig närvaro i dödsögonblicket har Gotlands resultat ökat sedan föregående år och ligger i linje med riket men under Socialstyrelsens målnivåer. Indikatorerna läkarbeslut palliativ vård, efterlevandesamtal och symtomskattning sista levnadsveckan har tidigare inte varit med i tabellen. På resultaten ser man att Gotland gjort en tydlig ökning av andelen efterlevandesamtal samt symtomskattning sista levnadsveckan sedan 2023 och ligger högre än riket. Däremot är resultatet något lägre jämfört med 2024 samt i jämförelse med riket när det gäller läkarbeslut palliativ vård.

BPSD-registret, god vård vid demenssjukdom

Som stöd för ett strukturerat arbetssätt vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom på särskilda boende används Register för beteendemässiga och psykisk symptom vid demens, BPSD. Genom registret skapas möjlighet till ett bättre omhändertagande på individnivå samt utvecklingsarbete på verksamhetsnivå.

Kvalitetsindikatorer	2022	2023	2024	2025	Riket 2025
Läkemedel-olämpliga					
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Haloperidol (ex Haldol) *	2%	2%	1%	1%	1%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Risperidon (ex Risperdal) *	9%	9%	11%	11%	13%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Zopiklon (ex Zopiklon) *	6%	6%	6%	5%	12%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Hydroxizin (ex Atarax) *	1%	1%	1%	1%	1%
Andel personer som har olämpliga läkemedel-Oxazepam (ex Sobril) *	13%	11%	9%	6%	19%

Andel personer som har läkemedel-Paracetamol (ex Alvedon)	50%	46%	45%	45%	48%
Symtomlindrande läkemedel					
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel	35%	41%	48%	50%	65%
Smärtfrihet					
Andel personer som verkar smärtfria	76%	74%	76%	74%	72%
Teamarbete					
Registreringar där arbetet skett i team	83%	96%	90%	90%	91%

Resultat visar att individer på Gotland erhåller en liknande eller betydligt lägre förskrivning av lugnande/ångstdämpande läkemedel i jämförelse med riket. Personer med Alzheimers sjukdom får i högre grad symptomlindrande demensläkemedel i jämförelse med förra året men fortsatt lägre än riket. Andel personer som bedöms smärtfria är i princip oförändrad sedan föregående år och något högre än riket. Andel registreringar där arbetet med skattning/planering/ uppföljning skett i tvärprofessionella team genom hela processen ligger i linje med riket samt med resultatet från föregående år. Att samtliga yrkesprofessioner i teamet deltar i alla delar är ett förbättringsområde samt att hålla i att registreringarna sker i team.

Förebyggande arbetssätt, Senior alert

Senior alert kvalitetsregister används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård. Inom områdena nutrition, trycksår, fall, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs riskbedömningar för att identifiera ökade risker och arbeta med insättande av individuella åtgärder och upp-följningar.

Resultat	2022	2023	2024	2025
Antal individer som erhållit riskbedömning-samtliga verksamheter	810	747	782	780
Andel riskbedömningar med identifierad risk inom något område	94%	95%	93%	93%
Andel individer med risk med åtgärdsplaner	92%	94%	91%	92%
Andel individer med risk som fått planerade åtgärder utförda	68%	69%	78%	88%

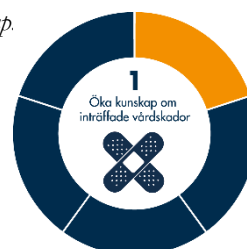
Resultatet visar att antal individer som erhållit riskbedömningar har minskat lite jämfört med föregående år men andelen individer med risk som har fått åtgärdsplaner har ökat något. Andelen individer med risk som fått planerade åtgärder utförda ökat markant jämfört med föregående år

2024 hade vi en täckningsgrad på 79 procent i antalet rapporterade ärenden, dvs personer i våra verksamheter som är över 65 år och registrerade i Senior alert, vilket innebar att vi blev en Silverkommun. Under 2025 når vi en täckningsgrad på 82,1%. Målet är att bli guldkommun, vilket kräver att man har registreringar på 90 procent.

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.

Enligt patientsäkerhetslagen är all personal skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada till vårdgivaren. Lagen säger också att inkomna klagomål och synpunkter från patient eller närstående ska tas tillvara och utgöra underlag för identifiering av vårdskador, tillbud eller risker. Varje vårdavvikelse som rapporteras ska utredas skyndsamt. Analysarbetet i avvikelssystemet, oavsett svårighetsgrad på händelsen, ska påbörjas inom 1-2 arbetsdagar. Beroende på svårighetsgrad tar en utredning olika lång tid att slutföra. Utredningen ska ha en omfattning som anpassas efter händelsens karaktär och vara färdigställd inom två veckor. Vid allvarliga avvikelser som kräver utredning enligt Lex Maria ska verksamheter inom egen regi efter utförd internutredning (inom två veckor) skicka den till avdelningschef som omgående skickar den vidare till MAS för fortsatt utredning. Under den efterföljande sexveckorsperioden ska verksamheten komplettera det som behövs och vid behov kunna frigöra medarbetare till ett analysteam. Anmälan enligt Lex Maria ska i samtliga fall skickas in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inom två månader.

Allvarliga vårdskador – Lex Maria

I egen regi har det varit 16 vårdavvikelser som bedömts som allvarliga och nått MAS för vidare utredning. Av dessa har 2 rapporterats vidare till IVO som Lex Maria:

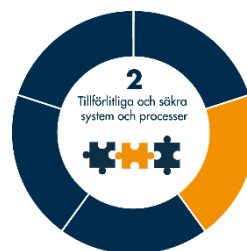
- Skada i samband med katetersättning. En patient boende på SÄBO ska få ny urinkateter. Fel kateter används (kort i stället för lång) och orsakar allvarlig skada på urinrör som resulterar i inläggning på lasarettet och tillfällig suprapubiskateter för avlastning och läkning av skadat urinrör.
Åtgärd: Säkerställ kunskap om katetersättning. Endast katetrar som passar alla, dvs långa katetrar hålls hemma i lager.
IVO godtagit utredning och tillhörande handlingsplan och valt att avsluta ärendena utan vidare åtgärder.
- Dödsfall efter fall. Patient boende på SÄBO ramlar och slår i samband med fallet även huvudet. Patienten uppvisar initialt inga tecken på skada, det brister i kontroll av vitala parametrar och sjuksköterska kontaktar inte beredskapsläkare för konsultation. På morgonen är patienten medvetandesänkt och skickas akut till lasarettet där röntgen visar subduralhematom. Patienten avlider en kort tid därpå.
Åtgärder: Säkerställ rutinen vid fall så att sjuksköterska gör fullständig bedömning och kontaktar läkare. Säkerställ kompetens om risker i samband med fall. Förankra beslutstöd för bedömning i samband med förändring i hälsotillstånd och inträffade händelser.
Anmälan är gjord till IVO, vi avvaktar deras bedömning och beslut.

Privata vårdgivare ansvarar för att utreda sina avvikelser själv, vid allvarlig vårdskada ska MAS omgående få kännedom. MAS har varit involverad i en utredning som ledde till anmälan till IVO enligt Lex Maria. Det gällde ett fall på SÄBO där patienten ramlat och ådragit sig ett subduralhematom och senare avlidit. IVO har godtagit utredning och tillhörande handlingsplan och har valt att avsluta ärendena utan vidare åtgärder.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Vårdhygien samt Basala hygienrutiner och klädregler



Frågor gällande vårdhygien inom socialförvaltningen hanteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i nära samarbete med hälso- och sjukvårdens Vårdhygien och Smittskydd. Vårdhygien och Smittskydd ansvarar för rutiner gällande både vårdhygien och smittskydd och målet är att de ska vara förvaltningsövergripande för både socialförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vårdhygien ansvarar även för utbildning av hygienombuden och det görs i samarbete med MAS. Inom socialförvaltningen ska samtliga medarbetare i vårdtagarnära arbete göra Socialstyrelsens webbutbildning i basala hygienrutiner 1 gång per år.

Basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning i vård- och omsorgssituationer. I verksamheternas ledningssystem ska det finnas rutiner och arbetsprocesser för att säkerställa följsamheten av hygienrutiner och det smittförebyggande arbetet. Det är ensamt den viktigaste åtgärden för att minska och förebygga smittspridning. Samarbetet mellan Vårdhygien (HSF) och MAS (SOF) fortsätter för att ta fram bra arbetssätt till detta. Vårdhygien har under hösten hållit ett utbildningstillfälle för hygienombuden inom SOF.

Mätning av följsamheten är inte en lösning, det är ett sätt att följa upp att det finns kunskap och att arbetssätt och rutiner följs korrekt. Det är viktigt att alla, såväl chefer som medarbetare tar sin del av ansvaret och är involverade i arbetet.

Från och med 2025 ska mätningar ske 4 gånger per år. Målet är en följsamhet på 100 %

Patientsäker och spårbar läkemedelshantering

Avvikelser gällande läkemedel är med god marginal den enskilt största gruppen av vårdavvikelser. Trots förstärkta rutiner för delegering av läkemedel så sker det många fel och misstag.

En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen inom samtliga SÄBO i egen regi, OOF och hemsjukvården samt hemtjänsten. Granskningen görs av Apoteket AB. Resultatet från granskningen presenteras i en rapport och handlingsplan för respektive verksamhet. Grunden är att ta fram arbetssätt och rutiner för att säkerställa en spårbarhet, säker förvaring, korrekta underlag i form av läkemedelslistor och signeringslistor. Sjuksköterskorna arbetar såväl övergripande för SÄBO respektive hemsjukvården och hemtjänsten för att åtgärda det som framkommer i handlingsplanen och lokalt för att säkerställa hanteringen av läkemedel utifrån lokala variationer på varje enhet.

Utmaningen med att säkra bemanning och kompetens ställer också ökade krav på utbildning och uppföljning av delegering av läkemedelshanteringen. Från och med hösten 2025 har socialförvaltningen köpt in en ny delegeringsutbildning som är mer anpassad för målgruppen och dagens krav på säker läkemedelshantering.

Under hösten 2025 påbörjades också ett arbete med att införa säkra och spårbara läkemedelsskåp för förvaring av läkemedel hos personer i ordinärt boende som har ansvarsövertag.

Läkemedelsgenomgångar

Strukturerade läkemedelsgenomgångar i samarbete mellan läkare och sjuksköterskor och så långt det är möjligt med patienten delaktig, är en förutsättning för god och korrekt läkemedelsbehandling. Det finns en generellt god medvetenhet om vikten av det hos såväl sjuksköterskorna som läkarna. Läkaren ansvarar för att genomföra läkemedelsgenomgångar minst en gång årligen samt vid förändringar och sjuksköterskan ansvarar för att årligen eller vid behov planera och erbjuda varje patient tvärprofessionell läkemedelsgenomgång. Dock är det tydligt att pressad bemanning och personalomsättning både bland läkare och sjuksköterskor påverkar förutsättningarna för genomförandet av läkemedelsgenomgångar.

Kvalitetsregister

Genom deltagande i nationella kvalitetsregister ges möjlighet att strukturerat följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser samt identifiera, förebygga och åtgärda brister samt stärka det som fungerar bra. Det ger förutsättningar för att så väl arbeta patientsäkert och utveckla verksamheten.

Socialförvaltningens verksamheter ska delta i Senior alert, Palliativregistret samt BPSD-registret. Resultat har redovisats och dialog har förts för att dela erfarenheter, goda erfarenheter och arbetssätt vilket nu också visar förbättrat resultat och ökat deltagande.

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.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att arbeta preventivt. Avvikelsehanteringen är en grundläggande del i det arbetet och möjliggör identifiering av fel och brister för att kunna förebygga att de händer igen.



Inom socialförvaltningen har man arbetat aktivt med att utbilda personal och chefer om avvikelser, hur de ska uppmärksammas, rapporteras, utreds, åtgärdas och följs upp. Det finns generellt en god medvetenhet gällande att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Framför allt arbetet med att åtgärda och följa upp behöver dock förstärkas. Som tidigare nämnts är bemanning - och kompetensförsörjning en utmaning som så klart påverkar patientsäkerheten. Tillgång till medicinsk kompetens och bedömning inom respektive legitimerad profession, samverkan med läkare och kontinuitet i läkarkontakten fungerar generellt bra men inom vissa områden, behöver det förstärkas.

Vi ser fortsatt brister i läkemedelsförsörjning till följd av att läkemedel är restnoterade. Det blir allt vanligare med generika som ersätter det preparat som ursprungligen har förskrivits vilket också ökar risken för fel i läkemedelshanteringen. Det finns fortsatta problem med att Pascal inte stämmer överens med läkemedelslistan i Take Care, det krävs att sjuksköterskorna har tillgång och läsbehörighet i Take Care för att kunna säkerställa det. Det har samtliga sjuksköterskor i egen regi men det är fortsatt ett problem för de privata utförarna som inte har behörighet i Take Care. Det här kräver hög kompetens, kreativitet och flexibilitet hos våra medarbetare.

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.

Strukturerade och kontinuerliga riskbedömningar är väldigt viktigt för att undvika och förebygga vårdskador. Verksamheterna ska göra riskanalyser inför förändringar i den fysiska, psykiska och organisatoriska miljön. Riskanalyser görs också vid inflyttning eller förändringar i beteendet hos patienten samt systematiskt i Senior alert.

Under året har man fortsatt arbeta med att stärka medarbetares medvetenhet och kunskap om att uppmärksamma risker och rapportera dem i avvikelssystemet. Syftet är att på ett tidigt stadie identifiera risker för vårdskada och därigenom kunna vidta åtgärder för att förebygga uppkomsten av vårdskada.

2024 förstärktes MAS-regeln gällande Fall och fallprevention för att tidigare uppmärksamma risk för fall och därmed förebygga fallolyckor. Det kan förklara ett ökat antal rapporterade fallavvikelser men innebär också att fler fall och fallskador har kunnat förebyggas.

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.

Hantering av avvikelser, Lex Sara och Lex Maria, där personalen blir delaktig genom uppföljning och återkoppling ger tillfälle till ett aktivt lärande.

Här är det också viktigt att medarbetarna förstår syfte med

avvikelseanmälan, att det är för att kvalitetssäkra vård och omsorg och minska risken för skada och negativa händelser. Det är aldrig ett syfte att "sätta dit" någon.

Vid vårdavvikelser ska rehab respektive ansvarig sjuksköterska bli involverade i utredningen.

Återkoppling till berörd personal sker framför allt på APT eller andra möten med personalgruppen.



Avvikelser

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

Vårdavvikelser kategoriseras i grupper i syfte att underlätta analys av händelserna och delas upp i fallavvikelser, läkemedelsavvikelser, avvikelser rörande informationsöverföring och avvikelser vid uppkomna trycksår. Avvikelser som inte faller under någon av dessa kategorier presenteras under annat.

Avvikelse SOF egen regi	2023	2024	2025
Fallskada	338	608	1038
Läkemedel	1596	2195	2447
Informationsöverföring	167	219	273
Trycksår	17	25	33
Annat	506	619	811
Totalt antal	2624	3666	4602

Det är en kraftig ökning av avvikelser under 2025. Till viss del kan det förklaras med att man i verksamheterna har arbetat väldigt aktivt med att stärka medarbetares medvetenhet och kunskap om att uppmärksamma risker och rapportera dem i avvikelssystemet. Som nämnts tidigare kan ny MAS-regel för fall och fallprevention också förklara ökningen av antalet fallavvikelser.

Som tidigare år är läkemedelsavvikelser den största gruppen av avvikelser. Utmaningar för säker läkemedelshantering har tidigare i patientsäkerhetsberättelsen nämnts. Under 2025 har flera åtgärder för att säkra läkemedelshanteringen vidtagits, tex extern granskning av läkemedelshanteringen, ny delegeringsutbildning och införande av säkra, spårbara läkemedelsskåp i ordinärt boende. Dock är det än för tidigt att utvärdera effekten av dessa.

Utifrån den externa granskningen av läkemedelshanteringen för vi också en dialog med vårdcentralerna för att nå så lika arbete som möjligt då de fortfarande har en stor del av ansvarsövertagen för läkemedelshanteringen hos personer i ordinärt boende.

De vanligaste läkemedelsavvikelserna är fortsatt missad/ ej given dos.

Orsak till uppkommen avvikelse anges till synes oftare vara stress.

Fallavvikelser sker oftast i samband med olika former av förflyttningar, tex till och från toaletten samt i samband med oro.

Avvikelser gällande informationsöverföring handlar framför allt om bristande information och överrapportering mellan vårdgivare, tex när en patient skrivs ut från lasarettet till ordinärt boende eller korttids. Maj 2025 infördes kommunikationsplattformen Life Care sp och responsen från verksamheterna är till största del väldigt positiv och att det fungerar bättre nu.

Att mäta antal avvikelser av olika kategorier kan vara av betydelse just för att se inom vilka områden det är vanligast, men med tanke på att hela syftet med avvikelserapportering är att identifiera och förebygga vårdskador och risk för vårdskador så är det av yttersta vikt att arbeta strukturerat med åtgärder och uppföljning och för att lyckas med det så krävs det att all personal blir involverad.

Det finns generellt inom Socialförvaltningens verksamheter tydliga brister i utredning och uppföljning av vårdavvikelser; fördröjning av hantering, icke fullständig utredning av bakomliggande orsaker och ingen tydlig struktur för åtgärder, återkoppling till personalgruppen och uppföljning. Till viss del kan det förklaras med att man som enhetschef inte alltid har en bakgrund i eller kompetens inom hälso –och sjukvården. Den stora mängden avvikelser som inkommer kan också försvåra möjligheten att sälla de som är av särskild vikt. Dessutom har vi i nuläget ett avvikelshanteringssystem som inte är optimalt och som beskrivs av många som svårjobb. Upphandling av nytt system är precis slutfört och nytt system kommer träda i kraft i höst. Det i kombination med fortsatta utbildningsinsatser och stöd till både chefer och medarbetare kommer med stor sannolikhet leda till förbättring.

Klagomål och synpunkter

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

Många synpunkter och klagomål som berör Socialförvaltningens verksamheter går direkt via Regionens ärendehanteringssystem. Det är dock få ärenden som konkret berör hälso –och sjukvård.

Patientnämnden

Patienter och anhöriga kan vända sig till patientnämnden för att lämna synpunkter och klagomål på Socialförvaltningens verksamheter. Ibland börjar kontakten med ett samtal. För att ärendet sedan ska gå vidare till berörd verksamhet krävs samtycke från patienten samt att synpunkten/klagomålet också kommer in skriftligt. I dessa fall skickar då patientnämnden ärendet vidare till berörd verksamhet, med begäran om yttrande via MAS, detta gäller såväl privat som egen regi.

Under 2025 inkom totalt 6 klagomål som rör socialnämnden. Det är en minskning med 7 ärenden jämfört med 2024 (då totalt 13). Patientnämnden har begärt totalt fyra yttranden med svarsdatum under 2025. Två yttranden från Attendo, ett från hemsjukvård och ett från hemtjänst. Samtliga inkom inom svarstiden. Två klagomål rör korttidsenheten men yttrande har inte begärts i något av dessa ärenden

Delproblem	Total	Avtal Attendo	Hemsjukvård	Hemtjänst	Korttids-enheten
1.1 Undersökning/bedömning	3	2	1		
1.3 Behandling	1				1
1.4 Läkemedel	1				1
7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	1			1	
Total	6	2	1	1	2

Tabell över totalt antal ärenden fördelade på delproblem och enhet

Socialförvaltningen har liksom tidigare år få ärenden från patientnämnden. Det kan förklaras med skillnader i omfattning och typ av de hälso –och sjukvårdsinsatser som sker inom socialförvaltningens verksamheter i jämförelse med Hälso –och sjukvårdsförvaltningen. Det kan också vara så att kännedom om patientnämnden och möjligheten att lämna klagomål på hälso –och sjukvården den vägen är lägre hos patienter och anhöriga inom socialförvaltningens verksamheter. En tredje trolig orsak är den kontinuitet och ofta långvariga kontakt som många patienter och anhöriga i socialförvaltningens verksamheter har med personal och ledning, vilket möjliggör att lyfta synpunkter och klagomål direkt på plats. Dessutom ser vi att många synpunkter går direkt via Regionens ärendehanteringssystem. Däremot ser vi samma mönster där; det är få ärenden som konkret berör hälso –och sjukvård.

I verksamheterna hanteras inkomna ärenden från patientnämnden på samma sätt som avvikelser. Man tittar på bakomliggande orsaker och vidtagna åtgärder. Åtgärdsplan för att förhindra att det sker igen görs vid behov och återkoppling sker genom yttrande till patientnämnden.

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.

Inom avdelningarna pågår arbete med att ta fram en kontinuitetshanteringsplan. Det finns också ett pågående samarbete med HSF, länsstyrelsen och försvaret i beredskapsfrågor, tex planering av förråd gällande såväl läkemedel som förbrukningsartiklar. Det kommer ske både övningar och utbildning. Uppkomna situationer med avbrott på telefonen, elavbrott, kraftigt snöoväder och nu senast en period med otjänligt dricksvatten har också gett tillfälle att i praktiken ”prova på” utmaningar, samla erfarenhet och identifiera behov av förstärkta rutiner och arbetssätt.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt pågående arbete som hela tiden kan förbättras.

För att lyckas i arbetet behöver verksamheter och enheter vara involverade och samtlig personal delaktig. Generellt visar brister i hantering av avvikelser samt mängden avvikelser, bristande följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler liksom arbetet med analys, åtgärder och uppföljning av egenvårdskontrollerna ett behov av att stärka säkerhetskulturen brett över hela förvaltningen och hos både ledning och medarbetare. Patientsäkerhetsarbetet är i våra verksamheter inte enbart en fråga för hälso- och sjukvården utan behöver också vara en naturlig och självklar del i arbetet utifrån SOL och LSS.

Mål och strategier för kommande år är i stort sig likt från föregående år, förändrings- och förbättringsarbete tar tid och behöver också få ta tid för att nå en långsiktigt hållbarhet.

Mål och strategier presenteras här på ett förvaltningsövergripande plan, hur man sedan kommer jobba med det i verksamheterna behöver respektive verksamhet vara delaktig i.

Kompetens -och resursförsörjning

I många av verksamheterna lyfter man fortsatt utmaningarna med kompetens och resursförsörjning som en av de stora utmaningarna framöver. Som tidigare nämnts så är adekvat kunskap och kompetens en grundförutsättning för en säker vård. Vi behöver skapa ett intresse hos unga människor i sina olika stadier av utbildning att arbeta inom hälso -och sjukvård och omsorg. Vi behöver ta vara på redan yrkesverksamma, nyanlända m.fl. som efter ett antal år i yrket känner en längtan att utvecklas och vidareutbildas i en ny yrkesroll men fortsatt inom socialförvaltningens verksamheter.

Vi behöver också vidareutveckla våra interna utbildningssystem, som i grunden är bra, mot att i ökad omfattning möta förändrade behov i såväl våra verksamheter som samhället i stort.

Våra uppdrag utvecklas och förändras, personerna i våra verksamheter har andra behov och krav på vård och omsorg i dag. Många verksamheter vittnar om att det blir mer och mer sjukvårdsinsatser som kräver ökad/annan kompetens hos både ledning, legitimerad personal och omvårdnadspersonalen.

Vi behöver fortlöpande framöver arbeta med att både säkra kompetensen hos all personal och att få kompetent personal att stanna kvar i verksamheterna.

Avvikelsehantering

Ett grundläggande mål med patientsäkerhetsarbetet är att det ska vara systematiskt och fortlöpande och involvera samtliga medarbetare. En viktig del i detta är att uppmärksamma och identifiera risker för att på så sätt kunna arbeta proaktivt och förebyggande.

Liksom vid egenkontrollerna behöver arbetet med analys, åtgärder och uppföljning stärkas. Att uppdatera och förstärka rutiner och arbetssätt för att hantera avvikelser är ett fortsatt prioriterat fokusområde. Genom att stärka analysen av avvikelser skapas också tillfällen för lärande och utveckling.

Nytt avvikelsehanteringssystem kommer förhoppningsvis öka förutsättningarna för detta.

Informationsöverföring och dokumentation

Som avvikelserna visar så brister det i informationsöverföring och kommunikation, framför allt i vårdgivarövergångarna. Samverkan mellan socialförvaltningens och hälso -och sjukvårdsförvaltningens verksamheter behöver förstärkas. Ny kommunikationsplattform för samordnad kommunikation, information och planering mellan HSF och SOF infördes i maj 2025. Fortsatt arbete med att förankra och implementera den hos samtliga medarbetare och verksamheter under året.

Dokumentationen i verksamhetssystemet Treserva är ett fortsatt utvecklingsområde, det behövs fortsatta insatser i form av utbildning och stöd för att säkerställa att dokumentationen blir enhetlig, heltäckande och patientsäker.

Många avvikelser visar på problemet med icke överensstämmande och ibland inaktuella eller felaktiga läkemedelslistor och signeringslistor. Mycket av detta skulle undanröjas med digital signering så ett önskvärt mål för året är att digital signering införs.

Följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler

Det är tydligt att följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler är ett fortsatt prioriterat område.

Målet är en följsamhet på 100%

Mätningar kommer fortsättningsvis göras 4 gånger per år. Men det är också viktigt att man ute i verksamheterna verkligen jobbar aktivt med arbetssätt, utbildning och uppföljning för att nå en följsamhet i hygienrutinerna och därmed minska risken för smitta och smittspridning.

Ansvarsfördelningen måste vara tydlig. Det behövs resurser, kompetens och tid. Egenkontroller görs regelbundet i dag men bedömningen är att uppföljning och åtgärder inte görs konsekvent och strukturerat. Det behöver tas fram en modell för strukturerad uppföljning, åtgärder och återkoppling. Det finns brister i kompetens, både vad regler och rutiner säger och varför det är så viktigt att följa dessa.

Att få full efterlevnad av hygienkrav och rutiner kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Det är viktigt att vidta åtgärder för att förbättra eller behålla goda resultat. Såväl chefer, hygienombud och personalen behöver stöd i arbetet.

Patientsäker och spårbar läkemedelshantering

Avvikelser gällande läkemedel är med god marginal den enskilt största gruppen av vårdavvikelser.

Vi behöver minska antal avvikelser genom att säkra läkemedelshanteringens hela kedja, från ordination och förskrivning, vidare genom hela hanteringen tills den når patienten.

När avvikelser uppstår måste de åtgärdas och följas upp för att förebygga att det sker igen.

Avvikelser måste också återkopplas till delegerande sjuksköterska eftersom det även ingår i sjuksköterskans ansvar vid en delegering att följa upp att uppdraget utförs korrekt.

Ny delegeringsutbildning infördes hösten 2025, arbete med att implementera den kommer fortgå under 2026 och den kommer också behöva utvärderas för att se att den når önskad effekt emd förstärkt kunskap hos medarbetarna och minskning av läkemedelsavvikelser.

Ny delegeringsförfordning trädde i kraft 1 januari 2026 och ett mål är att säkerställa följsamhet av den och att våra arbetssätt och rutiner följer den.

Läkemedelsgenomgångar och olämpliga läkemedel för äldre

Regelbundna läkemedelsgenomgångar enligt gällande rutin samt arbete med att minska förskrivning av olämpliga läkemedel för äldre kräver ett gott samarbete mellan ansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare.

Det är ett mycket viktigt mål för kommande år.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. Arbetet är redan påbörjat och kommer behöva fortgå under året även i samarbete med HSF.

Fortsatt förbättring av följsamhet och delaktighet i kvalitetsregister

Senior alert, Palliativregistret och BPSD-registret är nationella kvalitetsregister som är bra arbetsverktyg för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Men de är även register som visar den kvalitet och patientsäkerhet vi har i ett nationellt perspektiv. Att delta i för verksamheten aktuella kvalitetsregister, är ett skakrav för socialförvaltningens verksamheter inom både egen och privat regi och vi måste fortsatt verka för att det ska bli en större följsamhet av det.

Senior alert

Senior alert ska användas som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård.

Arbetet med att registrera riskbedömningar och åtgärdsplaner inom samtliga områden och verksamheter i syfte att säkerställa systematik i det förebyggande arbetet, är ett fortlöpande och prioriterat område.

Genom fortsatta utbildningssatsningar och uppföljningar kan vi verka för ett ökat antal riskbedömningar. Rutiner för teambaserad riskbedömning, åtgärdsplanering och uppföljning av insatser ska finnas i alla verksamheter.

Under 2025 nådde vi en täckningsgrad på 82,1%, dvs personer i våra verksamheter som är över 65 år och registrerade i Senior alert, vilket innebär att vi är en Silverkommun. Målet är att bli guldkommun, vilket kräver att man har registreringar på 90 procent.

Förebygga Trycksår

Som en del i arbetet med att förstärka arbetet med Senior alert behöver vi lägga extra fokus på att riskbedöma och förebygga trycksår. Det krävs utbildningsinsatser för både legitimerad personal och omvårdnadspersonalen för att nå en medvetenhet om vikten att förebygga och snabbt uppmärksamma risk för trycksår.

Palliativ vård

En god palliativ vård vilar på fyra hörnstenar:

- att läkare, sjuksköterskor och annan personal arbetar tillsammans
- att de arbetar för att lindra symtom
- att de kommunicerar med och bygger en relation till dig som är sjuk
- att de ger stöd till dig som är närstående.

Palliativregistret är ett kvalitetsregister som ska användas som ett arbetsverktyg för att säkerställa en god och patientsäker palliativ vård.

Utvecklingsområde för kommande år är att fortsatt bedriva god palliativ vård enligt palliativregistret, öka registreringarna och regelbundet och strukturerat följa upp resultaten.

I ett påbörjat samarbete med HSF och PKC (Palliativt Kunskaps Centrum) kommer vi införa palliativa ombud i verksamheterna som har i uppdrag att verka för palliativt arbetssätt i verksamheterna. . Utbildning för dessa ombud är planerad till våren 2026 och kommer hållas av PKC.

God vård vid demenssjukdom

Personer med demenssjukdom ska erbjudas en god och jämlik vård, därmed behöver verksamheter som möter personer med demenssjukdom känna till BPSD-registret och det arbetssättet så att patienter med BPSD-symtom erhåller individuella omvårdnadsåtgärder i syfte att minska graden av symtom och öka livskvalité.

Ett arbetssätt där alla yrkesprofessioner i teamet deltar i alla delar, även registreringarna behöver förstärkas och implementeras brett i verksamheterna.