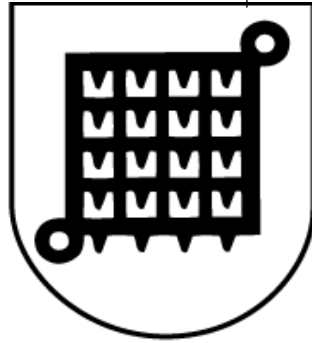






Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Risikanalys.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Sammanställning och analys.....	15
Samverkan med patienter och närstående.....	16
Resultat.....	17
Övergripande mål och strategier från föregående år.....	19
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	20



Sammanfattning

Under 2025 har verksamheten mött flera utmaningar som påverkat patientsäkerheten. Den största orsaken härleds till en hög personalomsättning hos legitimerad personal i Kommunal primärvård (KPV). Bemanningssituationen har nu stabiliserats. Men på grund av hög personalomsättning har handlingsplan för patientsäkerhet 2025-2030 inte påbörjats utan tidigare insatta åtgärder i förra handlingsplanen 2020-2024 har arbetats vidare med.

Målet att alla inskrivna i kommunal primärvård med en demensdiagnos ska få en BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) har inte kunnat uppnås då sjuksköterskor med denna kompetens avslutat sina tjänster i kommunen. Målet är att utbilda nya sjuksköterskor i detta för att uppnå satt mål igen under 2026.

Bemanningssituationen har även lett till att arbete med interna avvikelser har fått längre handläggningstid samt att flertal planerade team träffar har fått ställas in ute på enheterna vilket påverkat samverkan mellan SoL och HSL.

Journalgranskning har skett vid utredningar av MAS och dessa påvisar brister i HSL dokumentationen. En kvalitetsjuksköterska har projektanställdes under 2025 till sept 2026 för att arbeta med att bland annat utveckla HSL dokumentationen i verksamheten. Detta arbete kommer fortgå under 2026.

En strukturerad journalgranskning enligt mall har inte genomförts utan skett vid utredningsarbete.

Loggningar av Life-Care har genomförts i alla verksamheter och inget avvikande har framkommit.

Patientsäkerheten kräver fortsatt utveckling, särskilt inom avvikelshantering och samordnade individuella planer (SIP). Samverkan mellan kommunen och regionen har resulterat i framsteg vilket resulterat i färre avvikelser samt bättre samarbete, där fokus nu läggs på personcentrerad vård. Årets arbete visar att patientsäkerhet förutsätter ett gott samarbete, tydliga riktlinjer och långsiktig planering för att möta både nuvarande och framtida behov.

Under 2025 rekryterades en dalslansgemensam Medicinsk ansvarig för Rehab (MAR) vilket kommer öka kvaliteten och stärka patientsäkerheten.



Övergripande mål och strategier

Övergripande mål och strategier

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Riskbedömningar och uppföljningar var 6/ månad och vid behov i Senior Alert.
- Fortsatt arbete med digitalt sårvårdsprogram.
- Basal hygienrutin skattning minst två gånger per år.
- Halt-mätning (Nationell mätning gällande vårdrelaterade infektion och antibiotikaanvändning).
- Stickprov av mätning av nattfasta minst två gånger per år.
- Implementera egenvård.
- Implementering av öppenvårdsprocessen.
- Implementera nya Nationella riktlinjen gällande Palliativ vård.
- Implementera nytt arbetssätt för att handlägga avvikelser.
- Arbete med omställningen till den nya socialtjänstlagen.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden/Vårdgivaren ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- det finns ett kvalitetsledningssystem.
- sätta övergripande mål för verksamheten.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses samt främjar kostnadseffektivitet.
- ansvara för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att fortlöpande kunna styra, följa upp och utveckla samt dokumentera kvaliteten i verksamheten.
- ansvara för att leda och organisera verksamheten så att framtagna riktlinjer av MAS görs kända och kan följas.
- ansvara för att det finns de resurser (personal, teknik, lokaler, kompetens) som behövs för att ge en trygg och säker vård samt sörja för att personalens kompetens upprätthålls genom vidareutbildningsinsatser och kompetensutveckling samt att personalen ges nödvändig introduktion.
- att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet.
- att rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns.
- Tillsammans med medicinskt ansvarig (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samverka i frågor om kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschefen får uppdra till annan befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullfölja enskilda ledningsuppgifter.

Verksamhetschefen behöver inte själv ha medicinsk kompetens, men utan sådan får hen inte fatta beslut om diagnostik eller behandling av enskilda patienter.

MAS ansvarar för att;

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- rutiner finns för säker läkemedelshantering.
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada

Enhetschefer ansvarar för att;

- leda och utveckla verksamheten
- informera och samverka med brukaren/patienten
- analysera, hantera och utreda: - Risker - Avvikelser - Förslag, synpunkter/klagomål
- verkställa rutiner/riktlinjer/beslut
- kompetensutveckla personalen
- teamsamarbete, med omvårdnadspersonal och legitimerad personal
- följa upp och utvärdera verksamhetens resultat
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet.

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård
- utforma och genomföra vården i samråd med patienten
- patienten visas omtanke och respekt



- fullgörandet av sina arbetsuppgifter
- bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls
- rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada
- rapportera då de ser eller får veta om missförhållanden eller uppmärksammar risk för allvarliga missförhållanden
- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner.
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten.

Stödfunktioner;

Vårdhygien västra Götalands regionen - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården för att;

- utarbeta kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet.
- erbjuda regelbunden utbildning och rådgivning.
- skapa verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard.

Tandvårdsenheten ansvarar för att;

- erbjuda årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård.
- erbjuda munhälsoutbildningar till vård- och omsorgspersonal.

Patientnämnden

Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Ledningen för äldreomsorgen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via regelbundna avstämningar på verksamhetsmöten. Frågor som kräver involvering av verksamhetschef för hälso- och sjukvården eller Socialchef lyfts vidare till ledningsgruppsmöte där beslut om eventuell förändring fattas.

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar regelbundet 1 gång/ månad för mas-nätverket. Informationen tas sedan med till kommunens ledning där information ges till respektive enhetschef som sedan ansvarar för att föra informationen vidare ut i verksamheterna.

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning, samt vid arbete med avvikelser. Avvikelser där risk för allvarlig vårdskada föreligger eller där vårdskada har inträffats utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska som sammansätter en analysgrupp med berörda personer. Efter utredning skickas avvikelserna till IVO och nämnden informeras om utredning, konsekvenser samt insatta åtgärder på lång och kort sikt.

Trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion följs upp via det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Skattningsarna görs 1 gång/ halvår och vid förändrat hälsotillstånd.

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom- Skattningsarna ska genomföras på samtliga patienter som har fått en demenssjukdom och har en vårdkontakt med kommunen. Antingen i ordinärt boende via hemtjänsten, eller via inflyttning på särskilt boende. Skattningen genomförs 1 gång/ halvår eller vid förändrat beteende. Syftet med skattningen är att kvalitetssäkra vården för personer med kognitiv sjukdom och att öka deras välbefinnande och livskvalité, genom att minska Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Utvärdering sker via:

Verksamhetsutvecklingsmöten i äldreomsorgen: där enhetschefer samt medicinskt ansvarig sjuksköterska medverkar.

Ledningsgruppsmöten sektor omsorg: Där deltar socialchef/verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, IFO-chef, ESS chef , enhetschef för respektive område inom äldreomsorgen, samt ekonom.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs årligen för Nämnd, Ledningsgrupp och personal som arbetar inom hälso-och sjukvård.



Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroller i kommunal primärvård

Journalgranskning av samtlig personal som dokumenterar enligt SOL eller HSL.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) utifrån

fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av interna avvikelser på enhetsnivå med hjälp av Lifecare.

Månadsvis uppföljning av externa avvikelser på enhetsnivå med hjälp av Medcontrol.

Nationell punktprevalensmätning av trycksårsfrekvens enligt Senior Alert.

Registrering av avlidna i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Riskbedömning av patienter med kognitivnedsättning med hjälp av BPSD-(Beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, nationellt kvalitets register)

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av VG-Regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen av patientbundna läkemedel. Utförs av leg. farmaceut

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner utifrån Sveriges kommuner och regioners checklista.

Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- All leg. Personal arbetar med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder).

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsåtgärder som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- personal på demensenheterna utbildas för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockar för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta bredvid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.

Nattfasta

- Mätning av nattfasta på SÄBO har genomförts med ett försämrat resultat på samtliga enheter.

Palliativ vård

- En av hemsjukvårdens undersköterskor med specialistundersköterska i palliativ vård har haft flera utbildningar för personal kring hur den palliativa vården skall bedrivas inom kommunen.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.
- Statistik följs regelbundet från Palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.
- Statistiken i palliativregistret påvisar 2025 ett bättre resultat än tidigare på flera områden.

Läkemedelshantering

- All personal har gått en utbildning i gällande läkemedelshantering och läkemedelsavvikelser med farmaceut från Apoteket.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som utför delegerade insatser.
- Loggbara läkemedelsskåp finns på samtliga särskilda boenden och kommer inköpas till hemtjänsten under 2026.
- Digital signering av läkemedel sker i hela kommunen via verksamhetssystemet APPVA.

SIP

- Sammanhållen Individuell Plan - Kan upprättas när den enskilde erhåller insatser från flera vårdgivare samtidigt och upplever att det är otydligt vad olika verksamheter gör eller planerar. SIP är den enskildes plan.
- Två sjuksköterskor är under året utsedda för att arbeta mera med SIP:ar och vara ett stöd till kollegor när SIP behöver genomföras.



Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Utifrån uppgifter i informationsöverföringssystemet SAMSA om personer som behöver kommunala insatser efter sjukhusvård sker dagliga avstämningsmöten tillsammans med vårdcentralens personal. Från kommunen deltar sjuksköterska, rehabpersonal och biståndshandläggare. Från den regionala primärvården deltar sjuksköterska och rehabpersonal. Vård och omsorg planeras för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Sårprojektet Onewound är avslutat och implementerat i verksamheten. Genom sårprogrammet och appen OneWound får medarbetarna ökade kunskaper inom sårbehandling och stöd på ett strukturerat och enkelt sätt. Via chattfunktionen ges även möjlighet till snabb och professionell kontakt med erfarna sjuksköterskor med specialistkunskaper inom sår och som guidar till rätt utredning och val av behandling igenom hela sårbehandlingsprocessen. Onewound inbjuder varje månad till digitala föreläsningar om olika ämnen som berör sårbehandling. Samarbetet med Onewound fortsätter under 2026.

Nätverk

- **Palliativ vård-** I nätverk för palliativ vård finns två sjuksköterskor representerade, nätverket har fysiska möten två gånger per år.
- **Vårdhygien-** Kommunen har i nätverk för vårdhygien 1-2 representanter per vårdenhetsarbetsgrupp. Nätverket träffas 1-2 gånger/termin och sammankallas av regionen.
- **Samverkande sjukvård-** I nätverk för samverkande sjukvård ingår 2 sjuksköterskor från hemsjukvården. Samverkande sjukvård kallar sina representanter på utbildning ca 2 gånger/år. Däremellan genomför nätverket utbildningsinsatser för ny personal som skall åka på samverkansuppdrag.
- **Rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum,** dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samlivsfrågor gällande rehabfrågor. På mötet deltar en fysioterapeut och en arbetsterapeut.
- **Socialchefsnätverk/ verksamhetschef hälso-och sjukvård-** Kommunens socialchef deltar på socialchefsmöten månadsvis.
- **MAS-nätverk-** Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska deltar på MAS-möten med fyrbodals samt Dalslands övriga MAS:ar. Mötena sker månadsvis.
- **Enhetschef Hälso-och sjukvård och rehab -** Kommunens enhetschef för sjuksköterskor och rehab deltar på enhetschefsnätverk för sjuksköterskor respektive rehabpersonal
- **Biståndschefsnätverk - FoU** Samverkansmöte där ny lagstiftning samt handläggningsdiskussioner kring biståndsbedömning.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- MAS-möten med legitimerad personal 1 gång/ månad.
- Arbetsplatsträffar 1 / månad för legitimerad personal
- Verksamhetsutvecklingsmöte 1 gång / månad för legitimerad personal.
- Samverkansmöten tillsammans med Närhälsan och Färgelanda på ledningsnivå 2 gånger/ månad
- Redovisning för nämnd efter behov och kallelse av nämnd sekreterare
- Årliga möten med norra hälso- och sjukvårdsnämnden där socialchef medverkar.

Vårdsamverkan

Vårdsamverkan Fyrbodol är en arena för samverkan mellan hälso- och sjukvården i frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. De lokala samverkansgrupperna utgör grunden för den vårdsamverkan som sker lokalt, och gruppen är sammansatta av representanter från olika verksamheter inom kommun och region med lokalt ansvar för frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. Nätverket träffas 4 gånger/ år och ordförande ansvarar för sammankallning av gruppen. Under 2025 var Kommunen sammankallade och fyra möten blev av. Under 2026 kommer Närhälsan åter sammankalla till möten.

Samverkansform utanför nätverk:

- Avtal med regionen för upphandling av nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
- Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
- Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
- Vård & Omsorgscollege i Fyrbodol. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
- Samarbete med samverkande sjukvård



Risikanalys

Risikanalys kring patientsäkerhet genomförs utifrån socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Genomförda riskanalyser som berör specifik individ dokumenteras i respektive journal. Riskanalyser som berör verksamhet dokumenteras i kvalitets och ledningssystemet stratsys där även aktuell handlingsplan samt kvalitetskontroller läggs in utifrån uppkommen situation.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna och /eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Att analysera risker är ett framtidsyttande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser internt och externt:

Samtliga anställda inom Sektor Omsorg skall ha kännedom om vad som är en avvikelse utifrån Hälso- och sjukvård och utifrån socialtjänstlagen samt kunna upprätta en avvikelse i verksamhetssystemet.

Enhetschef ansvarar för att hantera samtliga avvikelser som inte klassas som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller missförhållande/ risk för missförhållande. Dessa avvikelser hanteras av MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska. From 2024 hanteras allvarliga missförhållanden av SAS(socialt ansvarig samordnare)/kvalitetschef.

När avvikelse inkommit på respektive enhet skall enhetschef kontakta berörd legitimerad personal som behöver ta del av avvikelsen och inkomma med information för att avvikelsen skall kunna utredas.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och presentera en handlingsplan för vanligt förekommande avvikelser.

De avvikelser som dominerar är fallrapporter samt given men osignerad läkemedelsdos.

Fallavvikelser är en avvikelse som i verksamheten är svårt att förebygga helt, då fall kan vara en naturlig del av sjukdomsbilden. Kvalitetsarbete sker i riskhanteringsverktyget Senior Alert för att tidigt kunna identifiera de patienter där fallrisk finns. Detta för att kunna sätta in fallförebyggande åtgärder samt förhindra att fallen blir av allvarlig karaktär.

Lex Maria och Lex Sarah

I enhetschefens årshjul ingår att vid årets första arbetsplatsträff gå igenom vilken rapporteringsskyldighet personalen har utifrån Lex Maria och Lex Sarah.

Vid misstanke om att en Lex. Maria / Lex Sarah uppkommit skall medarbetaren skyndsamt kontakta närmsta chef samt sjuksköterska i tjänst för att se till att missförhållande upphör eller att risk för vårdskada / vårdskada tas hand om av sjuksköterska i tjänst.

Därefter skall avvikelse upprättas i rätt avvikelssystem, vid interna händelser i Lifecare, vid externa händelser i Medcontrol.

Vid interna avvikelser utreder medicinskt ansvarig sjuksköterska samtliga avvikelser som eventuellt är en Lex.Maria. När intern utredning är genomförd skickas utredningen vidare till IVO för ställningstagande om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om komplettering i ärendet behövs. Därefter redovisas händelsen för berörda verksamheter där ansvarig chef tillsammans med MAS tar fram handlingsplan för att händelsen inte skall uppstå igen. Samtligt material presenteras därefter på nämnden för kännedom.

Vid interna avvikelser som berör Lex. Sarah har från 2024 SAS/kvalitetschef uppdraget att bedöma om det funnits risk för missförhållande alt. om missförhållande skett. Vid misstanke om detta tas kontakt med socialchef samt nämndes ordförande för delgivning av information. Socialt ansvarig samordnare ansvarar för att göra en internutredning för att sedan presentera på nämndsmöte, därefter tar nämnden beslut om avvikelsen skall skickas vidare till IVO.

Utifrån intern utredning samt eventuellt IVO:s återkoppling gör berörd enhetschef en handlingsplan tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska/socialt ansvarig samordnare.

Vid handlingsplaner som berör enskild patient görs dokumentationen i verksamhetssystemet Lifecare där även eventuella uppföljningar planeras in och dokumenteras.



Klagomål och synpunkter

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns på Färgelanda kommuns hemsida.

Synpunkter och klagomål kan mottas både skriftligt och muntligt. Men även anonymt, dock är det viktigt att personen som lämnar synpunkter eller klagomål anonymt får information om att återkoppling inte kan ske i detta fallet.

Blankett för klagomålshantering finns i kommunens växel, på kommunens hemsida, samt ute på enheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärenden som berör större delar av verksamheten tas upp på APT och vid behov på ledningsgrupp och / eller verksamhetsutvecklingsmöten om de berör flera enheter eller hela sektorn. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete samt arbete med handlingsplaner för att händelsen inte skall uppstå igen tillsammans med kvalitetskontroller.



Sammanställning och analys

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Intern avvikelserapportering

Arbetet med upprättande av avvikelser fungerar enligt rutin, dock har svårigheter uppstått när det gäller att hantera och utreda avvikelserna inom rimlig tid med anledning av personalbrist i så väl arbetsgrupp för legitimerad personal som enhetschefer. Fortsatt arbete gällande hantering av avvikelser kommer fortlöpa under 2026.

Majoriteten av inkomna avvikelser berör fall, i stor utsträckning finns fallförebyggande åtgärder insatta men trots detta förekommer fall hos patienter, detta relateras ofta till sjukdomsbild då fall inte alltid går att undvika utifrån grundsjukdom.

Inga avvikelser har inkommit på medicintekniska produkter, dock har en avvikelse upprättats till Apotekstjänst.

Externa avvikelser

Under 2025 har kommunens legitimerade personal uppmärksammat 87 externa avvikelser och dessa har hanterats i det externa avvikelssystemet.

6 avvikelser har inkommit till kommunen,



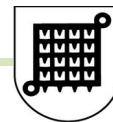
Samverkan med patienter och närstående

Vårdtagare med hjälp av kommunal hälso-och sjukvård får under året upprepade erbjudande om riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion samt förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist,

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Detta genomförs vid inskrivningssamtalen informationen delges efter inhämtat samtycke mellan olika personalgrupper som arbetar runt individen och är behov av att få informationen.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande. Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Anhörigstödare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga. Anhörigstödjaren jobbar även med uppsökande verksamhet till äldre utan kommunala insatser.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Läkemedel och äldre

Läkemedel och äldre

Att bli äldre kan innebära att man får sjukdomar eller besvär som måste behandlas med läkemedel. Samtidigt påverkar åldrandet kroppens sätt att ta hand om läkemedel och man kan lättare få biverkningar. Man kan också få problem med att sköta sin medicinering, till exempel på grund av glömska eller svårigheter att svälja tabletter.

I delegationsutbildningen får samtlig personal som får en läkemedelsdelegering utbildning i symtom på biverkningar, hur man kan underlätta för personer som har svårt att svälja läkemedlet samt när man skall kontakta sjuksköterska för att informera att läkemedlet inte är givet.

Vi kan även se vid observation av läkemedelslistor att konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Detta utifrån socialstyrelsens dokument " olämpliga läkemedel för äldre"

Ett långsiktigt förebyggande arbete med omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra för att minska användning av olämpliga läkemedel till äldre med demenssjukdom vilket är ett arbetssätt som är implementerat och breddinfört i verksamheten, men som måste hållas vid liv då utbildningen är knuten till personal.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO.

Det fallpreventiva arbetet är en viktig del i de förebyggande arbetet för den äldre då fall är en stor risk för vårdskada. Här är det även viktigt att få med läkemedelshanteringen då olämpliga läkemedel för äldre kan bidra till en högre falltendens.

Det är även viktigt att personal som ger läkemedel håller sig till de läkemedelstider som finns då risk för fall ökar om man exempelvis ger en lugnande tablett, sömtablett eller insomningstablett vid fel tillfälle eller för tidigt på dygnet.

För att uppmärksamma eventuella risker och sätta in fallförebyggande åtgärder används kvalitetsregistret Senior Alert.

Palliativt arbete

Livskvalitet i livets slut. När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete.

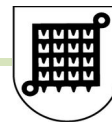
Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom.

Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.

Länk till spindeldiagram över kvalitetsindikatorer för palliativ vård:

http://utdata.palliativregistret.org/sv/report/kval_lilla

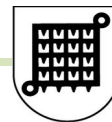
Utifrån ovanstående länk till spindeldiagram för kvalitetsindikatorer för palliativvård syns de punkter



som mäts nationellt när det gäller palliativvård. Sedan föregående år har det ökat från 63,6 till 79,3 % gällande patienter som fått ett brytpunktsamtal. .

Riskbedömningar:

Senior Alert genomför inte bara riskbedömningar utifrån fall, utan även risk för trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens. Aktivt arbete med riskbedömningsverktyget sker och målet är att bli guldkommun 2026 då det krävs att 90% av de boende på SÄBO över 65 år fått en riskbedömning samt att bakomliggande orsaker och åtgärder är registrerade till minst 75%.



Övergripande mål och strategier från föregående år

Fortsatt arbete kring god och nära vård.

En sjuksköterska har under året gått vidareutbildning till distriktsjuksköterska.

Uppdragsutbildning till all legitimerad personal gällande den legitimerades skyldigheter och rättigheter i den kommunala verksamheten.

Projekt Framtidens Vårdinformationsmiljö,

Är fortsatt pausat.



Övergripande mål och strategier för kommande år

Fortsatt arbete kring omställningen till god och nära vård genom implementering av läkemedelsrobotar

Systematiskt arbete kring kommunens avvikelssystem kommer ske på verksamhetsmöten. Kommunen kommer även uppgraderat systemet med en checklista för att kunna arbeta mer effektivt med avvikelserna under 2025. MAS/MAR kommer följa upp att samtliga chefer arbetar strukturerat med avvikelser och tar hjälp av legitimerad för att utreda.

Handlingsplan för patientsäkerhet kommer att gås igenom med samtlig personal via chefer på APT.

Omtag kring ombudsroller kommer att ske under 2025.