

Heby kommun – en växande landsbygdskommun
med närhet, trygghet och livskvalitet

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Inledning.....4

Sammanfattning5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD6

 Engagerad ledning och tydlig styrning.....6

 Övergripande mål och strategier.....6

 Organisation och ansvar6

 En god säkerhetskultur9

 Adekvat kunskap och kompetens.....10

 Patienten som medskapare10

AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....12

 Öka kunskap om inträffade vårdskador13

 Har vården varit säker13

 Tillförlitliga och säkra system och processer13

 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system13

 Säker vård här och nu17

 Är vården säker idag17

 Riskhantering.....17

 Stärka analys, lärande och utveckling17

 I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information.....17

 Avvikelser19

 Lex Maria.....21

 Klagomål och synpunkter.....21

 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....21

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR23

Bilaga 124

Inledning

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".

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet i samverkan har under året stärkts genom en tydligare struktur, ökad samordning och ett mer systematiskt angreppssätt i linje med inriktningen för God och effektiv vård 2030, ett exempel är den länsövergripande patientsäkerhetsgruppen som har fått ett förtydligt uppdrag.

En genomförd nulägesanalys utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet har legat till grund för en handlingsplan med start 2026. Även inom fallprevention har en strukturerad projekt- och handlingsplan tagits fram. Detta skapar bättre förutsättningar för långsiktighet och enhetlighet i arbetet.

Verksamheterna visar en förflyttning mot ett mer förebyggande arbetssätt genom ökad användning av riskanalyser, checklistor och handlingsplaner. Den fortsatta satsningen på avvikelshantering har stärkt rapporteringskulturen och det organisatoriska lärandet, särskilt genom att allvarliga avvikelser analyseras gemensamt över enhetsgränser.

Samtidigt kvarstår tydliga utvecklingsområden. Registrering i nationella kvalitetsregister är otillräcklig, vilket begränsar möjligheten till systematisk uppföljning och jämförelse. Minskade registreringar i kvalitetsregister samt variationer i teamsamverkan påverkar kvalitet, samordning och kontinuitet i vården. Resultaten visar även variation mellan verksamhetsområden. Vård- och omsorgsboenden uppvisar positiva resultat inom exempelvis hygienrutiner och arbete med att minska nattfasta. Inom hemtjänst och funktionsstöd är följsamheten mer ojämn, särskilt gällande basala hygienrutiner, dokumentation och strukturerade arbetssätt. Bristerna bedöms främst vara kopplade till organisatoriska förutsättningar såsom bemanning, introduktion, tillgång till kompetensutveckling samt nedsatt följsamhet till gällande rutiner.

Att flera egenkontroller inte genomförts enligt fastställda rutiner, såsom vårdhygieniska kontroller och kontroll av medicintekniska produkter, indikerar brister i intern styrning och uppföljning. Detta innebär risk för ojämlig kvalitet mellan enheter.

Patientsäkerhetsarbetet är strukturerat och visar positiva resultat inom flera områden. För att nå en mer likvärdig och hållbar kvalitet behöver dock genomförande, uppföljning och systematik stärkas ytterligare.

Mål 2026

Samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde som bedriver hälso- och sjukvård ska säkerställa en kontinuerlig och strukturerad multiprofessionell teamsamverkan.

Strategi

Säkerställa implementering av samt följsamhet till fastställd rutin för multiprofessionell teamsamverkan.

Uppföljning

Månadsvis egenkontroll av efterlevnad och genomförande.

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

Figur 1. Måluppfyllelse 2025

Mål 2025	Aktiviteter	Måluppfyllelse - Utvärdering
Vårdgivaren Heby kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.	En utsedd arbetsgrupp har genomfört nulägesanalys av patientsäkerheten med stöd av analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete Handlingsplan med aktiviteter utifrån prioriterade områden är fastställd	Målet är delvis uppfyllt
Patienter är delaktiga i sin vård och erbjuds bedömningar och åtgärder från ett multiprofessionellt team	Kartlägga förutsättningar och identifiera utvecklingsområden för att möjliggöra att teamet träffas och kan skapa en grund för ett aktivt patientsäkerhetsarbete	Målet är ej uppfyllt
Förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten	Fortsatt utveckling av rapportering av egenkontroller och att genomföra analyser av resultat på enhetsnivå.	Målet ej uppfyllt
Minska risken för att kommunens invånare ramlar	Utveckla arbetssätt för fallprevention inom hemtjänsten	Målet är delvis uppfyllt

Organisation och ansvar

Förvaltningschef

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet.

Verksamhetschefen ska omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt

arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för verksamheten så att en god och patientsäker vård som främjar kostnadseffektivitet säkerställs. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Verksamhetschefen tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvariga (Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR)

I den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut eller fysioterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS och MAR har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla, utveckla och följa upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet samt utgöra ett stöd för organisationen och professionerna.

MAS och MAR har ett särskilt ansvar avseende 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 bestämt
- journalföring utifrån patientdatalagen förs
- beslut om delegering är patientsäkra samt
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering

MAS och MAR utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och på delegation från nämnden anmäla enligt lex. Maria, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att erbjuda god vård och omsorg på enheten, vilket innebär att säkerställa att det finns en ändamålsenlig organisation och skapa förutsättningar för sin enhet att genomföra uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, genom att medarbetarna har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter med hänsyn till de krav som ställs på verksamheterna, skapa förutsättningar för en personcentrerad vård samt säkerställa att rutiner är kända på enheterna. Under året har hälso- och sjukvårdsenheten utökat och anställt ytterligare en enhetschef med ett särskilt ansvar för rehabiliteringsområdet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal inom vård och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar såsom att ge patienterna en säker och omsorgsfull vård, ansvara för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren.

Medarbetare

Samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till styrande lagar, förvaltningens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, rutiner och riktlinjer samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Stödfunktioner

Inom vård- och omsorgsförvaltningen kvalitet- och utvecklingsstab arbetar stödfunktioner såsom verksamhetsstrateger, verksamhetsutvecklare digitalisering/systemansvarig, verksamhetskontroller, administratörer samt systemförvaltare för att stödja och samordna det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

Planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet

Arbetsgrupp hälso- och sjukvård är ett forum där verksamhetschefer, mas, mar och enhetschefer för hälso- och sjukvårdsenheten deltar. Ett syfte är att kvalitetssäkra och utveckla den kommunala primärvården samt

att rapportera, informera och bereda beslutsfattande punkter till förvaltningens ledningsgrupp, till exempel kan det infatta beslut rörande ekonomi och organisation.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I Uppsala län har kommunerna och regionen en gemensam samordning och ledning av hälsosystemets områden inom samverkansorganisationen hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). Strategin för samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg 2024–2026 beskriver de förutsättningar som krävs för att möta behoven i hälsosystemet.

I Uppsala län ökar invånarantalet samtidigt som befolkningen blir äldre, vilket påverkar invånarnas behov, beteenden och förväntningar. Dessa demografiska förändringar ställer nya krav på hälsosystemets olika delar. Parallellt sker en snabb teknisk utveckling, samtidigt som nya vetenskapliga rön och olika kriser påverkar hälsosystemets förutsättningar. Mot denna bakgrund har Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län gemensamt tagit fram en treårig strategi. I strategin fastställs mål och fokusområden för den gemensamma utvecklingen och planeringen av arbetet med hälsa, stöd, vård och omsorg i länet. Fokusområden och delmål ger inriktning och stöd till arbetet inom samverkansorganisationen HSVO samt hos huvudmännen i länet.

På lokal nivå tar respektive kommun och regionen fram samverkansplaner med aktiviteter. För att möta utmaningar och förändrade förutsättningar över tid krävs en löpande anpassning av planering och genomförande på vägen mot måluppfyllelse. Strategin är ett steg på vägen.

Bättre förutsättningar för samverkan

Syftet med strategin är att stärka och säkerställa en väl fungerande samverkan inom hälsosystemet i Uppsala län för att möta individernas behov av hälsa, stöd, vård och omsorg. Strategin ska:

- stärka det gemensamma ansvarstagandet för en god samverkanskultur
- öka kunskapen om HSVO:s organisation och systemledning
- ge inriktning och styra framtagandet av planer.

Vård i samverkan (ViS)

Samverkansorganisationens uppgift är att besluta om gemensamma riktlinjer som styr samarbetet mellan länets samtliga kommuner och Region Uppsala. De styrdokument som reglerar samverkan mellan regionen och kommunerna i länet finns samlade i kvalitetshandboken Vård i samverkan (ViS)

- Samverkan vid utskrivning från slutenvården

Utskrivningsplaneringen påbörjas i samband med inskrivning och pågår alla dagar oavsett helg eller vardag. Patienten ska enligt ett personcentrerat arbetssätt vara delaktig och i förekommande fall ska närstående involveras i planeringsprocessen. Samarbetsprocessen vid utskrivning beskrivs i en riktlinje där ansvarsfördelningen mellan slutenvård, öppenvårdsmottagningar, regional och kommunal primärvård samt socialtjänst är fördelad.

Syfte med riktlinjen är att, tydliggöra processen för in- och utskrivning från slutenvården och skapa förutsättningar för en god och säker planering inför hemgång för den enskilde samt att utgöra grund för upprättande av lokala rutiner så att patientsäkerhet och ledtider säkras.

- Ny ersättningsmodell för utskrivningsklara patienter

Från 1 januari 2025 gäller en ny modell där kommunen ersätter Region Uppsala om patienter stannar längre än två dagar efter att de är utskrivningsklara. För att följa upp detta genomförs månatliga partsgemensamma analyser mellan kommun, vårdcentral och sjukhus. Syftet är att minska onödiga väntetider, förbättra patientsäkerheten och stärka samverkan mellan vårdgivare.

- Vårdhygien och smittskydd

Vårdhygien är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet och syftar till att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska smittspridning inom vård och omsorg. Den har också en central roll i arbetet mot antibiotikaresistens.

Heby kommun har, i samverkan med vårdhygien en handlingsplan för 2025–2027. Syftet är att genom förebyggande och systematiskt arbete minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning i samtliga vård- och omsorgsverksamheter. Planen är indelad i åtta kärnområden enligt NAG Vårdhygiens vägledning. För varje område finns mål och aktiviteter som redan är genomförda och underhålls, samt insatser som syftar till förbättringar.

Smittskyddsenheten arbetar för att förebygga och begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Den

ansvarar för rekommendationer om vaccination, riktlinjer för genomförande och uppföljning av vaccinationsfölsamhet. Vård- och omsorgsförvaltningen samarbetar nära med både vårdhygien och smittskydds enheten för att säkerställa en trygg och säker vårdmiljö.

- Palliativ vård i samverkan

År 2024 fastställdes samverkansriktlinjen *"Palliativ vård i samverkan"*. Under 2025 genomfördes en utvärdering för att följa upp hur samarbetet fungerar. Resultatet visar att det fortfarande finns utmaningar i samverkan och att riktlinjen ännu inte är fullt implementerad, trots riktade insatser. Det finns därför förslag om att revidera riktlinjen och ta ett nytt omtag kring implementeringen för att komma vidare i arbetet.

- Läkaruppdrag

Samverkande hälso och sjukvård i hemmet är den hälso- och sjukvård som regionernas och kommunernas primärvård bedriver tillsammans för sköra personer med varaktiga behov av hälso- och sjukvård. Under 2024 tecknades ett nytt avtal om läkaruppdrag. Avtalet omfattar läkaruppdrag för personer med behov av samverkande vård i hemmet. I avtalet och i relaterade styrdokument som publiceras i Vård i Samverkan (ViS) samt lokala rutiner som utgår från dessa, beskrivs parternas åtaganden för samverkan avseende läkaruppdrag i kommunal primärvård. Arbetet med att revidera och fastställa styrdokument kopplat till samverkande hälso- och sjukvård pågår och beräknas vara klart under Q2 2026.

- Avvikelse i vårdkedjan

Avvikelse som inträffat hos en annan vårdgivare men identifieras av kommunen eller vice versa benämns som avvikelse i vårdkedjan och hanteras utifrån en särskild process utifrån styrdokumentet "Avvikelsehantering i samverkan" i ViS.

Syftet är att identifiera brister så att dessa kan återrapporteras, utredas och åtgärdas. Vanligast är avvikelser i samband med in- och utskrivning från slutenvården. Brist på kommunikation och samverkan anges som den mest förekommande orsak till avvikelser i vårdkedjan. Allvarliga avvikelser i vårdkedjan och/ eller flertalet liknande avvikelser i vårdkedjan som exempelvis tyder på organisatoriska brister hanteras i särskild patientsäkerhetsgrupp.

- Patientsäkerhetsgrupp

Ett länsövergripande forum med fokus på den övergripande patientsäkerheten i länet.

Patientsäkerhetsgruppen ska på uppdrag av Tjänsteledningen hälsa, stöd, vård och omsorg (TL HSV0) verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i samverkan mellan länets kommuner och Region Uppsala.

Arbetet utgår från ett länsövergripande perspektiv med fokus på patientsäkerhetsfrågor i vårdens övergångar, utifrån gällande författningar och regionala riktlinjer.

- Lokal samverkan mellan kommunal och regional primärvård

Kommunen och vårdcentralerna har regelbundna träffar med fokus att samverka och utveckla gemensamma samverkansområden. Samverkansstrategi och förändringsledare är inbjudna för att tillsammans möjliggöra och fokusera på ett aktivt förändringsarbete inom ramen för Effektiv och nära vård 2030.

Områden där behov av samverkan är identifierat men process för samverkan saknas är inom rehabiliteringsområdet och inom psykiatri.

Informationssäkerhet

Heby kommun har interna anvisningar kring informationssäkerhet som gäller alla nämnder och verksamheter och täcker områden som e-post, sociala medier, distansarbete, IT-utrustning och lagring av information. Alla medarbetare genomgår obligatorisk digital informationssäkerhetsutbildning (DISA). Personuppgiftsincidenter rapporteras omgående till dataskyddsombud som fördelar ärendet till ansvarig enhet.

Inom hälso- och sjukvården följs styrande dokument för informationshantering och journalföring. Säker inloggning sker med SITHS-kort, och läkemedel förvaras i digitalt låsta skåp för spårbarhet och patientsäkerhet. Nationell patientöversikt (NPÖ) gör det möjligt för behörig personal att dela och ta del av aktuell patientinformation enligt lag, vilket minskar risker för felbehandling, underlättar samordning av vårdinsatser och höjer vårdkvaliteten.

En god säkerhetskultur

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



En god säkerhetskultur kräver ett aktivt arbete vilket gör att patientsäkerheten lyfts i olika forum regelbundet och enhetschefer arbetar för att stärka medarbetarnas kunskap och delaktighet. Målsättningen är att skapa en gemensam och saklig förståelse för betydelsen av en god kvalitets- och säkerhetskultur samt hur denna omsätts i det dagliga arbetet.

Forum som avses är arbetsplatsträffar, planeringdagar, team-träffar, gruppmöten, sjuksköterskemöten och kvalitetsråd. Forumen beskrivs ha bidragit till ökad delaktighet av medarbetare men även varit en plattform för att sprida utbildningsinsatser exempelvis inom sekretess och avvikelshantering.

För att säkerställa stark säkerhetskultur deltar även medicinskt ansvariga i forum där allvarliga avvikelser lyfts över enheter. Avvikelserna lyfts tillsammans för att stärka lärande och bidra till kvalitetsutveckling på fler enheter.

Enheter har under året behållit sin stjärnmärkning enligt Svenskt demenscentrums utbildningsmodell vilket bedömts stärka säkerhetskulturen. Enhetschefer och samordnare har även utvecklat sitt samarbete kring analys och utredning av avvikelser. Även hälso och sjukvårdsenheten har skapat nytt arbetssätt kring avvikelser för att öka struktur och delaktighet.

Arbete med revidering och skapande av instruktioner har genomförts för att stärka grundläggande arbetssätt för fysioterapeuter och arbetsterapeuter med syfte att tydliggöra det dagliga arbetet och säkerställa patientsäkerheten. En enhet har lyft rehabiliterings uppdraget för få ökad förståelse för alla hälso och sjukvårds insatser.

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.



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.



För att uppnå god och säker vård involveras patienter och närstående kontinuerligt. Personcentrerat arbetssätt är en central del i samtliga verksamheter, något som stärkts i och med Stjärnmärkt certifieringen. Legitimerad personal arbetar med öppna frågor och ett lyhört förhållningssätt för att gemensamt med patienten skapa målsättningar för vården.

De patienter som är anslutna till hemsjukvården inklusive alla patienter boende på vård och omsorgsboenden erbjuds årligen en medicinsk vårdplanering där patienter i regel är delaktiga. I år har även ett länsövergripande pilotprojekt påbörjats tillsammans med vårdcentralen i Östervåla för att strukturera arbete, det har möjliggjort aktiviteter såsom att exempelvis komma i kapp med de patienter som inte haft denna planering under senaste året.

Patienter påverkar även sin vård genom det aktiva arbetet med sin genomförande plan som upprättas tillsammans med omsorgspersonal och vid önskan/behov tillsammans med närstående. Här lyfts viktiga områden där det finns behov av stöd men även vad patienten själv klarar av att genomföra av sin vård. Funktionsstöd har tidigare identifierat utmaningar kring individers möjlighet att vara delaktiga i sin vård men framför allt i skapandet av sin genomförandeplan. De har därför under året utvecklat sitt arbete kring personcentrerat kommunikationsstöd. Det vill säga inkluderat bilder och tecken i skapandet av genomförandeplanen.

Andra sätt för patienter och närstående att påverka sin vård är via anhörigmöten, enhetsspecifika brukarråd, matråd och via synpunkt och klagomålshanteringen.

En del i dessa forum är att informera om arbetssätt så som kontaktpersoners uppdrag, syftet och arbetet med genomförandeplaner, möjligheter till anhörigstöd och enhetens målarbete. Under året har även ämnet krissituationer lyfts och vilka möjligheter det finns för närstående att kunna vara delaktiga. Något nytt för i år är även att närstående och patienter deltagit i analysarbetet av den nationella äldreundersökningen, Kolada.

Synpunkt och klagomål hanteras enligt rutin och enheterna inbjuder till att ta in input och förbättringsförslag när de uppmärksammas. Detta är en viktig input för det fortsatta utvecklingsarbetet. Dock kvarstår tidigare identifierade behov av att skapa struktur gällande insamlingen av vissa synpunkter samt säkerställa dokumentation av dessa åtgärder. Här avses främst de muntlig inkomna synpunkterna som sker i det dagliga arbetet för hemtjänsten.

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.

Figur 2: Tabell egenkontroller 2025

Egenkontroll	Metod	Omfattning
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Registrering utifrån observationsblankett	1g/månad
Medicintekniska produkter (MTP)	Inspektion enligt mall	1g/år
Vårdhygienisk egenkontroll/hygienrond	Inspektion enligt mall	1g/år
Läkemedelshantering -Extern kvalitetsgranskning	Inspektion med protokoll	1g/år
Narkotikakontroll	Uppgifter hämtas från APPVA. Rapportera antal kontrollräkningar som inte är utförda (enbart SSK-skåp).	1g/månad
Delegeringar	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera antal delegeringar som har löpt ut.	1g/månad
Fysioterapeutiska åtgärder - andel utförda	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera andel utförda åtgärder	1g/månad
Arbeterapeutiska åtgärder – andel utförda	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera andel utförda åtgärder	1g/månad
Läkemedel - andel administrerade/överlämnade	Uppgifterna hämtas från APPVA. Rapportera andel utförda åtgärder läkemedel.	1g/månad
Nattfaste-mätningar	Registrering utifrån protokoll	2ggr/år
Loggkontroller	Kontroll i Viva	2ggr/år
Delegering - planering	Delegeringar som går ut inom 50 dagar visas för möjlighet till planering.	

Resultat och sammanställning från verksamheterna - egenkontroller

Loggkontroller har genomförts utan avvikelser. Vårdhygieniska egenkontroller och BHK-mätningar visar överlag god följsamhet, särskilt inom vård- och omsorgsboenden där flera enheter uppnår hög följsamhet. Arbetet präglas av kontinuerlig uppföljning, dialog och utbildningsinsatser. Samtidigt ses variationer i följsamhet, främst inom hemtjänst och funktionsstöd, kopplat till vikarier, hög arbetsbelastning och bristande registrering. Även följsamhet till klädregler och tvätthantering brister inom hemtjänsten.

Följsamheten till kontrollräkning av narkotika i det digitala signeringsverktyget har ökat, men kontroller genomförs inte alltid enligt fastställd tidsram. Registreringar i Svenska palliativregistret har minskat inom vissa enheter, vilket främst kopplas till resursbrist och bristande struktur.

Teamträffar fungerar varierande, med brister i deltagande, struktur och ansvarsfördelning, vilket påverkar samordning och personcentrering. Arbetet med att minska nattfasta visar positiva resultat, där flera enheter genom riktade åtgärder har förbättrat följsamheten.

Planerade åtgärder omfattar reviderade introduktionsrutiner, stärkt arbete med basal hygien, utveckling av hygienombudens uppdrag, förbättrad uppföljning av kvalitetsregister samt ett samlat utvecklingsarbete kring teamträffar.

Bedömning och kommentar från medicinskt ansvariga

Patientsäkerhetsarbetet bedöms vara strukturerat med flera positiva resultat, särskilt inom vård- och omsorgsboenden avseende hygienrutiner och förbättringsarbete kring nattfasta. Det finns samtidigt tydliga utvecklingsområden inom hemtjänst och funktionsstöd, där följsamhet till basala hygienrutiner, registreringar och arbetssätt varierar. Bristerna bedöms i huvudsak vara kopplade till organisatoriska förutsättningar såsom bemanning, introduktion och tillgång till utbildning. Den observerade minskningen av registreringar i Svenska palliativregistret, i kombination med variationer i teamens arbetssätt, bör prioriteras särskilt, då dessa faktorer har en direkt inverkan på vårdens kvalitet, möjligheten till systematisk uppföljning samt graden av samordning inom vårdprocessen.

Samtliga egenkontroller är ej genomförda enligt gällande rutin. Resultat från vårdhygienisk egenkontroll saknas inom flera enheter, registrerade observationsmätningar är ej genomförda enligt rutin. Vidare konstateras att enbart 1 av 13 enheter har utfört egenkontrollen av MTP (medicintekniska produkter).

Fortsatt fokus bör ligga på att säkerställa implementering av beslutade åtgärder samt att uppnå en mer likvärdig kvalitet mellan verksamheter.

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.



Har vården varit säker

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Palliativ vård

Utvecklingsarbete inom palliativ vård pågår både internt i kommunen och i samverkan med regionen. Internt finns en arbetsgrupp bestående av medarbetare från olika enheter inom vård och omsorg. Syftet med gruppens arbete är att utveckla interna arbetssätt, utarbeta checklistor och vårdplaner samt identifiera fortsatt utvecklingsbehov inom palliativ vård. Arbetsgruppen har träffats vid flera tillfällen under året och bland annat arrangerat träffar för palliativa ombud i kommunen.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Alla enheter ska mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Observation av tio personer per vårdmoment ska genomföras en gång varje månad. Observationsmätningar görs enligt en nationell modell framtagen av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Syftet är att nå en hög följsamhet till BHK som

är konstant över tid. Observationen ska ske inom aktuell månad. Chef tillsammans med hygienombud analyserar resultatet och återkopplar det till personalgruppen. Brister ska åtgärdas. Samtliga medarbetare vid anställning ska genomgå utbildning i hygien. Det finns ett väl fungerande samarbete med Vårdhygien, region Uppsala. Hygiensjuksköterska tillsammans med MAS arrangerar hygienombudsträffar 2ggr/år.

Infektionsregistrering

Infektionsregistrering på särskilda boenden för äldre (SÄBO) i Uppsala län har genomförts sedan 2016. Från och med den 1 januari 2024 rapporteras uppgifterna digitalt i verktyget Barium, som tillhandahålls av Region Uppsala. Syftet med infektionsregistreringen är att utgöra underlag för riktade förbättringsåtgärder inom vård och omsorg.

Registreringen omfattar,

- antal antibiotikabehandlade infektioner hos vårdtagare,
- antal vårdtagare med kvarliggande urinkateter (KAD),
- antal vårdtagare med bärarskap av antibiotikaresistenta bakterier.

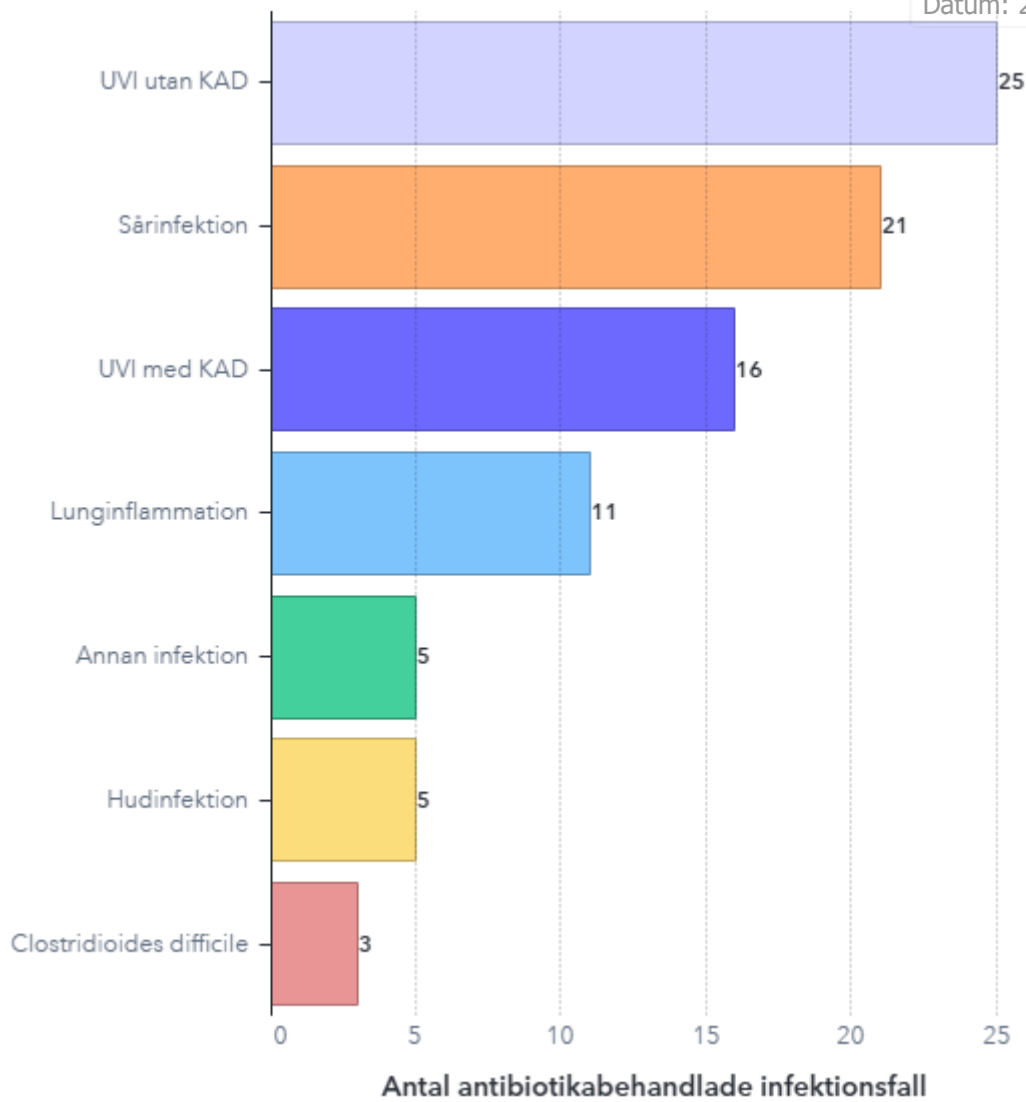
Under året har ett aktivt arbete bedrivits för att kartlägga och åtgärda risker kopplade till infektioner och användning av kvarliggande kateter. Åtgärder har bland annat omfattat att säkerställa kontinuerlig uppföljning av patienter med ordinerad kvarliggande kateter, inköp av nödvändig medicinteknisk utrustning samt utbildningsinsatser i katetervård i samverkan med hygienombud.

Från och med januari 2025 redovisas uppgifterna enligt nya mått och i nytt format, vilket innebär att resultaten inte är direkt jämförbara med tidigare år. Uppgifterna presenteras i SAS Visual Analytics som tillhandahålls av region Uppsala.

Resultat infektionsregistrering 2025

Figur 3. Antal antibiotikabehandlade infektioner per typ vid VÅBO i kommunen 2025.

Diagrammet visar antalet registrerade antibiotikabehandlade infektioner bland vårdtagare. De vanligaste infektionstyperna är urinvägsinfektioner utan KAD (25 fall), sårinfektioner (21 fall) och urinvägsinfektioner med KAD (16 fall). Mindre förekommande infektioner är lunginflammation, annan infektion, hudinfektion samt Clostridioides difficile.



Figur 4. Andel vårdtagare med KAD/1000 vårdtagare och antal vårdtagare med KAD – Heby kommun 2025. Diagrammet visar andelen vårdtagare med KAD (kateter) per 1000 vårdtagare samt det faktiska antalet vårdtagare med KAD i Heby kommun 2025. Andelen vårdtagare med KAD är 110 per 1000 vårdtagare, vilket motsvarar totalt 142 vårdtagare.

Alla Kommun geo - Enhet > **Heby** ▾

Enhet ▲	Andel med KAD/1000 vårdtagare	Antal vårdtagare med KAD	
Total	110,0	182	
Kvarnängens vård och omsorgsboend e	186,0	40	
Liljebackens vård och omsorgsboend e	115,9	54	
Lövsta Hemvist A, B, F	53,0	15	
Lövsta Hemvist C, D, E	58,6	18	
Rungårdens vård och omsorgsboend e	143,6	55	

Figur 5. Jämförelse av andel vårdtagare med KAD – Heby kommun och länet 2025
 Diagrammet visar Heby kommuns placering jämfört med övriga kommuner i länet när det gäller andelen vårdtagare med KAD. Heby har den tredje högsta andelen av åtta kommuner, vilket innebär att KAD-användningen i kommunen är relativt hög jämfört med länssnittet.

Kommun geo ▲	Andel med KAD/1000 vårdtagare	Antal vårdtagare med KAD ▲	
Total	90,4	3 281	
Håbo >	66,9	98	
Knivsta >	94,2	129	
Östhammar >	53,4	129	
Heby >	110,0	182	
Tierp >	142,8	374	
Enköping >	101,2	477	
Uppsala >	85,8	1 892	

Analys och bedömning
 Infektionsregistreringen utgör ett viktigt verktyg i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom kontinuerlig uppföljning har verksamheten fått ökad kunskap om förekomsten av infektioner och användningen av kvarliggande kateter (KAD), vilket möjliggör tidig identifiering av riskområden och behov av åtgärder. Arbetet med att stärka uppföljningen av kateterbehandling samt genomförda utbildningsinsatser bedöms ha bidragit till ökad medvetenhet och förbättrad följsamhet till riktlinjer. Antal vårdtagare med KAD har minskat från 186 vårdtagare år 2024 till 182 vårdtagare år 2025.
 Den fortsatta utvecklingen av registrering och uppföljning, inklusive anpassning till nya mått från 2025, är en förutsättning för att kunna följa trender över tid och säkerställa en god och säker vård.

Nytt verksamhetssystem för registrering av medicintekniska hjälpmedel

Under 2025 lanserades ett nytt hjälpmedelssystem av Hjälpmedel Uppsala Län (HUL, som drivs av Uppsala kommun). Systemet säkerställer spårbarhet av individuellt förskrivna produkter och hanterar den teknisk support som Heby kommun har avtalat för

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.



Är vården säker idag

Ett identifierat och prioriterat område är fallprevention. Hemtjänstgrupperna i norr och i söder har under året arbetat med att ta fram en projektplan där målsättningen är att öka och förbättra enheternas preventiva arbete, och ska omfatta alla, det vill säga inklusive de medborgare som enbart har trygghetslarm. Strategin är att öka kunskapen kring fallrisk och möjliga åtgärder både hos medarbetare, berörda medborgare och deras närstående. Handlingsplanen med flera aktiviteter är startad och sträcker sig över 2026.

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.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister har en viktig roll i förbättringsarbetet. Data kan användas för att följa resultatutvecklingen i den egna verksamheten, men också för att jämföra med andra delar av landet. Kvalitetsregister gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå och med stöd av data från registren går det att skapa tydligare rutiner och arbetssätt. Ett grundläggande krav för att få registrera uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister är att patienten inte motsatt sig det. Innan uppgifterna registreras ska den personuppgiftsansvariga se till att patienten får information om till exempel ändamålet med registret, varifrån uppgifterna hämtas och om rätten att få uppgifterna utplånade.

Demensvård med stöd av BPSD-registret

Beteendemässiga och psykiska störningar vid demens (BPSD) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Genom att identifiera symtom och vidta multiprofessionella vårdåtgärder strävar registret efter att minska lidande och öka livskvaliteten. Under 2025 totalt 66 registreringar jämfört med 73 registreringar 2024. Samtliga vård- och omsorgsboenden är aktiva i registret.

Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på vårdprevention utifrån fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker och bakomliggande orsaker för att sedan utforma åtgärder som följs upp. Riskbedömningarna ska genomföras 1-2 ggr per år eller om det uppkommer förändringar i patientens funktion eller behov.

Figur 6. Tabell antal riskbedömningar. Källa: Senior alert.

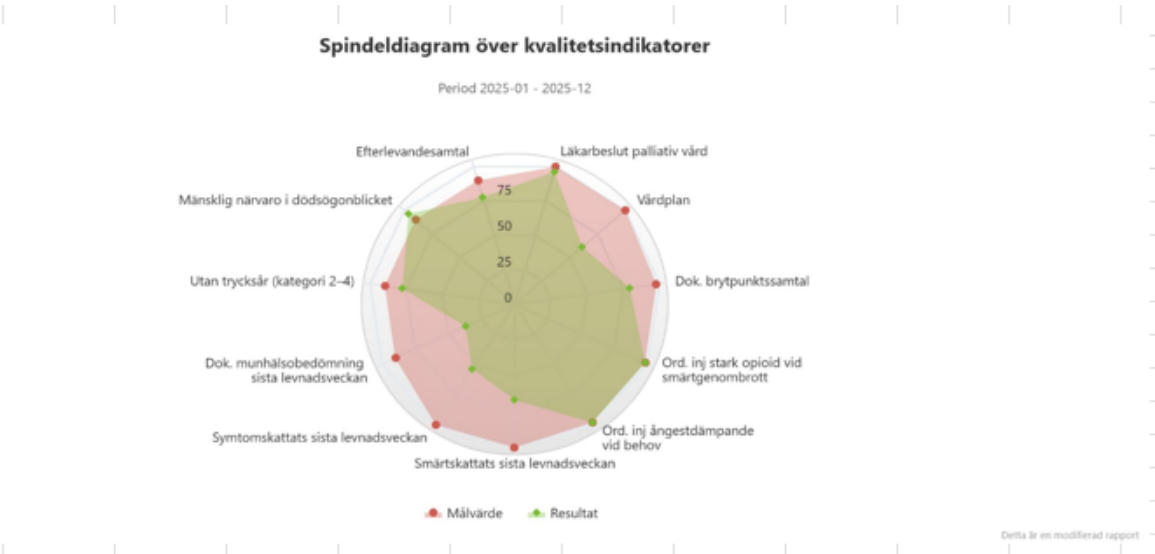
	Totalt		Särskilt boende		Ordinärt boende	
År	2 025	2 024	2 025	2 024	2 025	2 024
Antal riskbedömningar som genomförts	148 st	181 st	143 st	157 st	5 st	24 st
Antal patienter som fått en riskbedömning	111 st	146 st	106 st	122 st	5 st	24 st

Färre riskbedömningar är genomförda och färre personer har fått en riskbedömning genomförd jämfört med tidigare år. Den tidigare uppmärksammade skillnaden avseende antal riskbedömda patienter och boendeform kvarstår. Skillnaden består i att andelen patienter i ordinärt boende riskbedöms i lägre omfattning än patineter boende på särskilt boende.

Palliativ vård utifrån Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården har varit i livets slutskede. Den sista levnadsveckan beskrivs genom att sjuksköterska tillsammans med omsorgspersonalen som har varit delaktig i vården av den avlidne, besvarar ett trettiotal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur verksamheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Målet är en god vård för vården i livets slutskede, genom att samtliga målvärden är uppfyllda.

Figur 7. Källa: Svenska palliativregistret, Heby kommuns vård- och omsorgsverksamheter för 2025. Resultaten hämtas från sista levnadsveckan



Figur 8. Kvalitetsindiaktorer period 2025-01 - 2025-12. Källa: Svenska palliativregistret

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Läkarbeslut palliativ vård	96,3	100	52	54
Vårdplan	61,1	100	33	54
Dok. brytpunktssamtal	79,6	98	43	54
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,1	98	53	54
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,1	98	53	54
Smärtskattats sista levnadsvecka	66,7	100	36	54
Symtomskattats sista levnadsvecka	53,7	100	29	54
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	37,0	90	20	54
Utan trycksår (kategori 2–4)	77,8	90	42	54
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	96,3	90	52	54
Efterlevandesamtal	77,8	90	42	54

Resultat

Under året har tre av Socialstyrelsens 11 målvärden uppfyllts. Jämfört med föregående år innebär detta en förbättring, då inget målvärde uppfylldes. Lägst resultat ses inom kvalitetsindikatorn ”Dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsvecka”, ett resultat som kvarstår sedan tidigare år. Under 2025 genomgick sjuksköterskorna en utbildning i munhälsobedömning, en riktad åtgärd utifrån givet resultat inom området.

Under året registrerades 54 dödsfall i Svenska palliativregistret. Inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter, där hälso- och sjukvård bedrivs, avled totalt 97 personer. Dödsfall som inträffat på sjukhus, inom specialiserad palliativ vård eller på annan plats ska inte inkluderas i kommunens rapportering. Det har dock inte varit möjligt att exakt fastställa hur många av dessa dödsfall som omfattas av detta, trots journalgranskning. Täckningsgraden för registrerade dödsfall i kvalitetsregistret uppgår till 55,6 procent. Detta är en förbättring jämfört med 2024, då täckningsgraden var 42 procent, men resultatet indikerar fortsatt behov av förbättringsåtgärder för att öka andelen registrerade fall. Heby kommun deltar i ett länsövergripande utvecklingsarbete som inleddes 2023 med syfte att förbättra täckningsgraden. Den övergripande målsättningen för länet är att nå en täckningsgrad om 80 procent i kvalitetsregistret.

Avvikelser

HSL avvikelser	Antal 2025
Fall	722 st
Läkemedel	730 st
Medicintekniska produkter	48 st
Suicid	0 st
Annan hälso- och sjukvård - Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	58 st
Annan hälso- och sjukvård - Fördröjd hälso- och sjukvård	24 st
Annan hälso- och sjukvård - Utebliven hälso- och sjukvård	80 st
Annan hälso- och sjukvård - Journalföring	25 st
Annan hälso- och sjukvård - Munhälsa	0 st
Annan hälso- och sjukvård - Trycksår	3 st

HSL avvikelser	
Annan hälso- och sjukvård - Viktförlust ofrivillig	0 st
Annan hälso- och sjukvård - Vårdrelaterad infektion	0 st
Annan hälso- och sjukvård - Bemötande	17 st
Annan hälso- och sjukvård - Bruten sekretess	4 st
Annan hälso- och sjukvård - Tillgänglighet	14 st

Resultat och sammanställning från verksamheterna - avvikelser

Fall utgör fortsatt en av de vanligaste avvikelse typerna. En nedåtgående trend har setts inom vissa verksamheter sedan 2022, vilket kopplas till ett mer systematiskt förebyggande arbete genom riskbedömningar, teamträffar och åtgärdsplaner i Senior Alert. Samtidigt ses en ökning inom hemtjänst och funktionsstöd, delvis relaterad till ökad vårdtyngd och försämrat hälsotillstånd hos patienterna. Totalt registrerades 722 fall under året (778 föregående år).

Läkemedelsavvikelser har ökat (från 615 till 730). Ökningen bedöms delvis bero på förbättrad rapporteringskultur och införandet av det digitala signeringsverktyget Appva, vilket har synliggjort avvikelser, särskilt uteblivna signeringar. Samtidigt kvarstår utvecklingsbehov i läkemedelshantering, vilket har lett till framtagande av en handlingsplan.

Avvikelser gällande utebliven eller bristande behandling, omvårdnad och rehabiliteringsinsatser har ökat. Detta bedöms till stor del bero på att signeringsverktyget möjliggör direkt uppföljning av ej utförda insatser. Antalet registrerade rehabiliteringsinsatser har ökat, vilket i kombination med hög vårdtyngd har medfört resursutmaningar i vissa verksamheter. Åtgärder har vidtagits i form av riktade informationsinsatser, förtydligande av ansvar samt gemensam analys i team och kvalitetsråd. En ökning av avvikelser under semesterperioden har identifierats, vilket har lett till planering av resursförstärkning inför kommande perioder. Sammantaget visar analysen att ett mer systematiskt arbetssätt med avvikelshantering, riskanalyser och uppföljning bidrar till ökad kvalitet, men att utmaningar kvarstår inom läkemedelshantering, följsamhet till rutiner och teamarbete.

Bedömning och kommentarer från medicinskt ansvariga

Avvikelshanteringen visar på en ökad mognad i organisationen, där förbättrad rapporteringskultur och digitala stöd bidrar till ökad synlighet och uppföljning av brister. Den positiva utvecklingen inom fallprevention i vissa verksamheter är ett resultat av ett strukturerat och teambaserat arbetssätt. Samtidigt behöver förebyggande insatser stärkas ytterligare, särskilt inom hemtjänst och funktionsstöd där öknin gar ses. Ökningen av läkemedelsavvikelser samt avvikelser kopplade till uteblivna åtgärder behöver fortsatt prioriteras. Även om ökningen delvis kan förklaras av förbättrad registrering, kvarstår behov av stärkt följsamhet till rutiner, ökad kompetens samt tydligare ansvarsfördelning. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot bemanning och organisation under semesterperioder, då ökad avvikelsefrekvens identifierats.

Fortsatt fokus bör ligga på att omsätta analyser i konkreta åtgärder, stärka teamarbetet samt säkerställa en likvärdig och säker vård i samtliga verksamheter.

Under året bedömdes 86 av de rapporterade händelserna som mer allvarliga. Dessa granskades därför av medicinskt ansvariga (mas och/ eller mar). Exempel på sådana händelser är fallolyckor som medfört kroppsskada samt tillbud där omsorgspersonal eller legitimerad personal har förväxlat läkemedel och patient. En av de granskade avvikelserna resulterat i en anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Händelsen berör medicintekniska produkter och utredningen är vid årets slut fortfarande pågående.

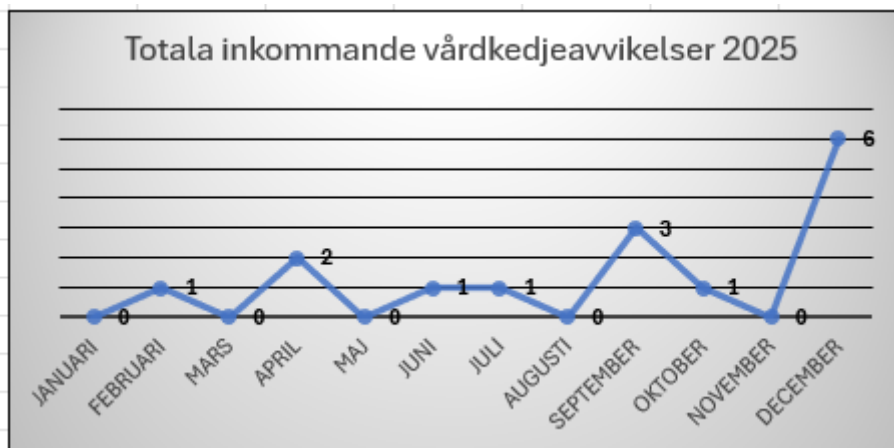
Avvikelser i vårdkedjan

Under året rapporterade Heby kommun 45 avvikelser i vårdkedja. Av dessa 45 rapporter bedömdes 30 vara inom ramen för en händelse i vårdkedjan och skickades till annan vårdgivare för utredning. Övriga 15 rapporter handlade till exempel om interna avvikelser.

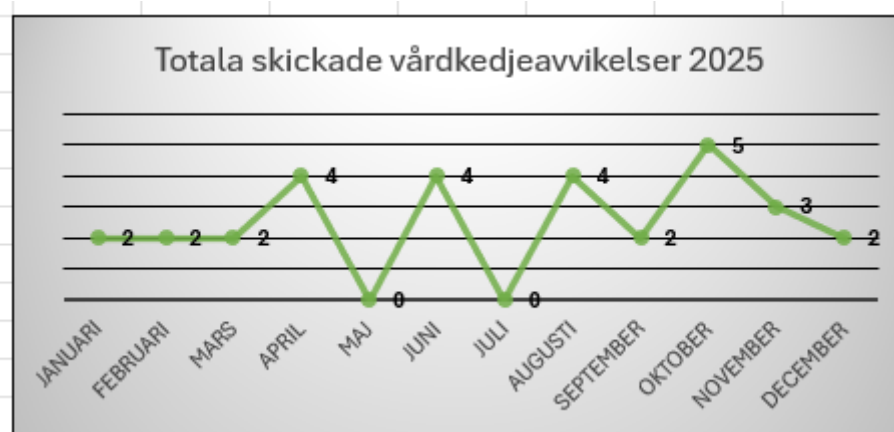
De vanligaste avvikelserna rörde läkemedelshantering, information och kommunikation samt utskrivningsplanering. Andra områden som rapporterades var rehabilitering/habilitering och palliativ vård. Till Heby kommun inkom 15 avvikelser från Region Uppsala, där de flesta rörde läkemedelshantering. Jämfört med 2024, då 40 avvikelser rapporterades från Heby kommun till Region Uppsala och 10 inkom till kommunen, bör skillnaderna tolkas med försiktighet. Variationerna kan bero på skillnader i rapporteringsrutiner och rapporteringsbenägenhet snarare än faktiska förändringar i antalet händelser.

Utveckling och trender följs därför kontinuerligt i samverkan med patientsäkerhetsgruppen för att stärka patientsäkerheten och förbättra rapporteringen.

Figur 8. Tabell över vårdkedjeavvikelser Heby kommun skickat till annan huvudman



Figur 9. Tabell över inkomna vårdkedjeavvikelser till Heby kommun från annan huvudman



Lex Maria

	Summa/avvikelse 2023	Summa/avvikelse 2024	Summa/avvikelse 2025
Lex Maria	3	1	1

Klagomål och synpunkter

Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system som nås via Heby kommuns hemsida.

Inkomna synpunkter och klagomål rapporteras månadsvis av respektive enhetschef. Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården kan även lämnas direkt till Patientnämnden (PAN) i Uppsala län. Under året har det inkommit ett klagomål som rapporterats från PAN. Klagomålet handlade om frågor och upplevelse av utebliven rehabilitering. Två synpunkter/klagomål har inkommit till hälso- och sjukvårdsenheten från enskild under året. Synpunkterna/klagomålet berörde dels kommunens samverkan internt och i samband med utskrivning från slutenvården, dels ett synpunkt/klagomål gällande bemötande.

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.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Resultat och sammanställning från verksamheterna – mål, strategier och utmaningar

Verksamheterna planerar under kommande år ett fortsatt fokus på patientsäkerhet med särskilt fokus på personcentrerad vård och delaktighet för patient och närstående. Arbetet bygger på att alla medarbetare i teamet är delaktiga, analyserar avvikelser och följer upp åtgärder, samt att riskanalyser och förebyggande arbete integreras i alla processer, exempelvis vid teamträffar, patientmöten och inför nya behandlingar.

Senior Alert, BPSD-registrering och palliativregister fortsätter att vara centrala verktyg, där teamets engagemang är avgörande för en professionell och personcentrerad vård. Förändringar i lagstiftning kring delegering gällande läkemedelshantering och andra hälso och sjukvårdsåtgärder ökar behovet av frekventa och strukturerade riskanalyser för att säkerställa patientsäkerhet när åtgärder utförs av omsorgspersonal.

Verksamheterna har infört nya riskanalyser, checklistor och handlingsplaner för att förebygga risker i tidigt skede. Samtliga patienter ska ha en aktuell riskbedömning med regelbunden uppföljning.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö är prioriterade strategier för att behålla erfaren och engagerad personal, vilket är en central förutsättning för patientsäkerhet.

Specifika utmaningar inom olika delar av verksamheten

Funktionsstöd: Kvalitet i registreringar av avvikelser varierar fortfarande, vilket påverkar möjligheten till systematiskt förbättringsarbete. Kompetensutveckling och stöd i avvikelshantering behövs för att stärka lärande organisationen.

Hemtjänst: Fler äldre med komplexa behov och avancerade HSL-åtgärder ställer högre krav på kompetens, strukturerade arbetssätt och förebyggande insatser, särskilt fallprevention. Dokumentation, riskbedömningar och avvikelshantering måste fortsatt utvecklas.

Korttidsenhet: Effektivisering via nytt samverkansavtal, men utmaningar kvarstår kring informationsöverföring, interna rutiner och kompetensförsörjning. Ökad komplexitet hos patienterna ställer krav på bemanning, riskbedömningar och systematisk uppföljning.

Hälso- och sjukvård: Fokus på att stärka bemanning och kontinuitet genom rekrytering, processkartläggning för att minska variation i arbetssätt samt vidareutveckling av teamsamverkan och följsamhet till rutiner.

Riskanalyser ska fortsatt prioriteras som en central del av förebyggande arbete.

Kommentar från medicinskt ansvariga

Verksamheternas planerade mål och strategier bedöms vara förankrade i patientsäkerhetsarbetet och adresserar både systematiska och förebyggande insatser. Fokuset på personcentrerad vård, teamsamverkan och aktiv användning av kvalitetsregister bedöms stärka kvaliteten och säkerheten i vården. Samtidigt kvarstår utmaningar kring kompetensförsörjning, bemanning, dokumentation och följsamhet till rutiner, särskilt inom hemtjänst och funktionsstöd. Dessa faktorer är avgörande för att implementera förebyggande åtgärder och säkerställa en likvärdig och trygg vård.

Medicinskt ansvariga bedömer att fortsatt fokus på riskanalyser, strukturerad teamsamverkan och processförbättringar är avgörande för att minska variation i arbetssätt, förebygga avvikelser och stärka patientsäkerheten under kommande år. Kompetensutveckling och arbetsmiljöfrågor är strategiskt viktiga för att behålla erfarna medarbetare och säkerställa långsiktigt hållbara vårdinsatser.

Mål 2026

Samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde som bedriver hälso- och sjukvård ska säkerställa en kontinuerlig och strukturerad multiprofessionell teamsamverkan.

Strategi

Säkerställa implementering av samt följsamhet till fastställd rutin för multiprofessionell teamsamverkan.

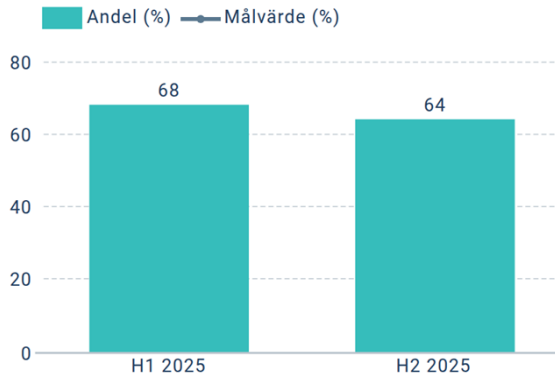
Uppföljning

Månadsvis egenkontroll av efterlevnad och genomförande.

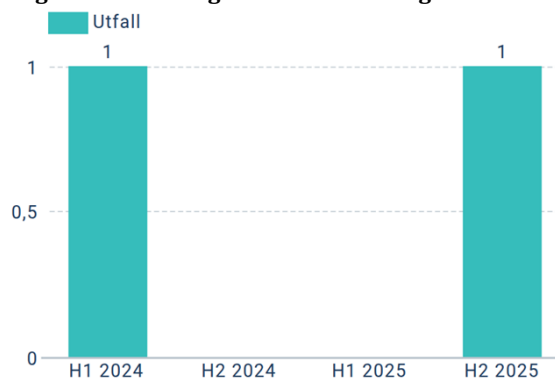
Bilaga 1

Kvalitetsindikator

Nattfastemätning



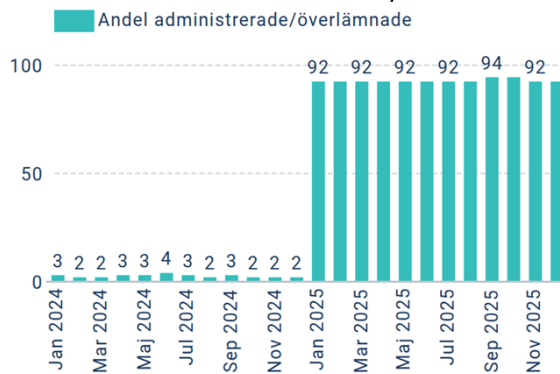
Registrerar samtliga vård- och omsorgsboenden i BPSD registret?



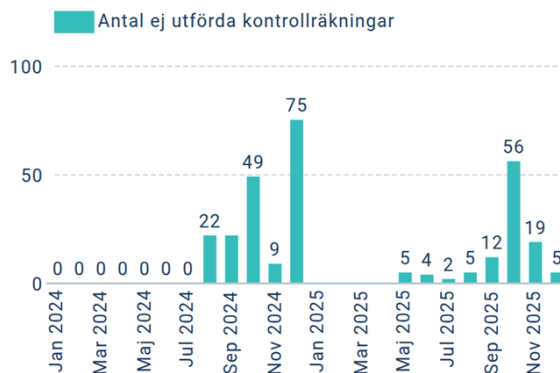
Senior alert

Inga tillgängliga data

Läkemedel - Andel administrerade/överlämnade

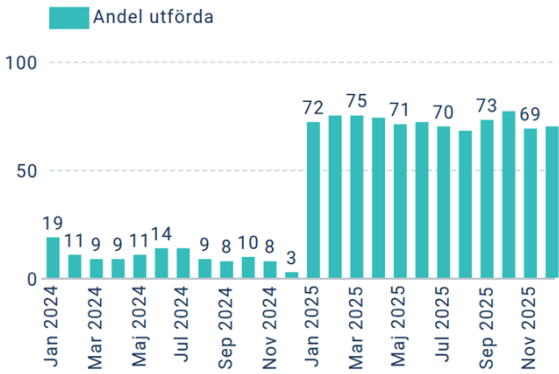


Narkotikakontroll



Kvalitetsindikator

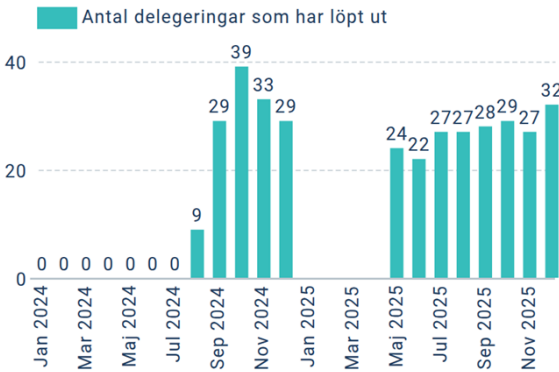
Fysioterapeutiska åtgärder - Andel utförda



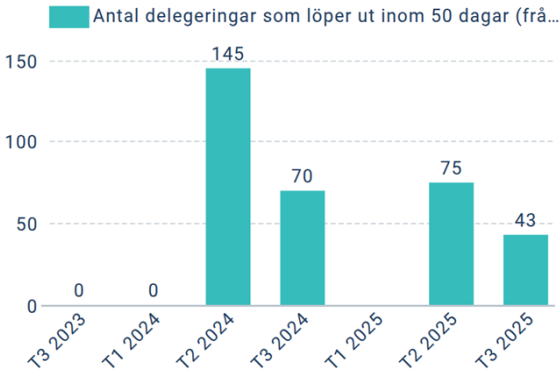
Arbetssterapeutiska åtgärder - Andel utförda

Inga tillgängliga data

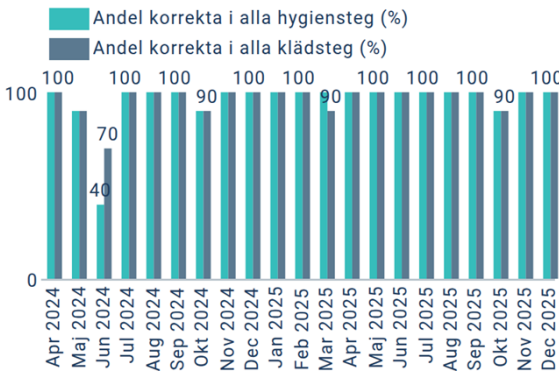
Delegering



Delegering - planering

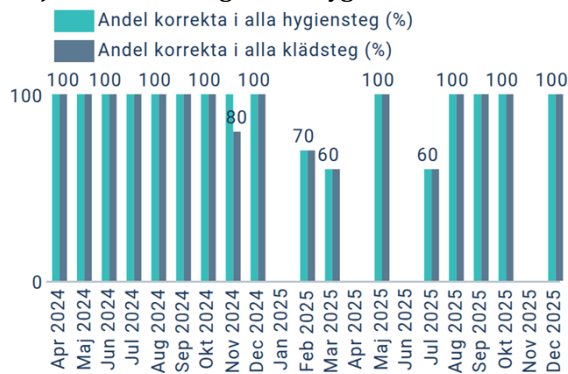


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Allén

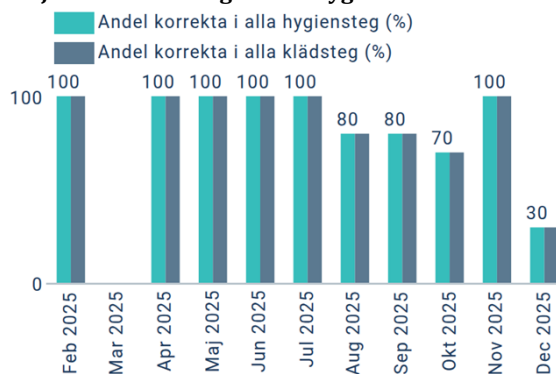


Kvalitetsindikator

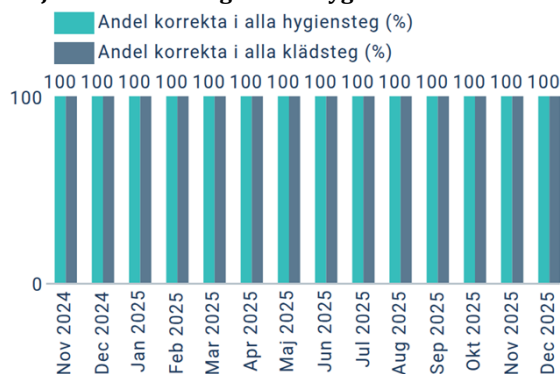
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hembygden



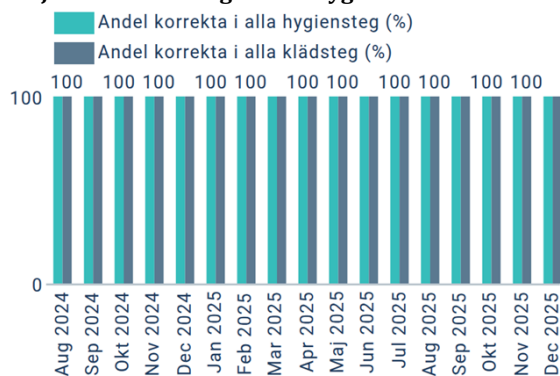
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Kullen



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Tegelbruksvägen

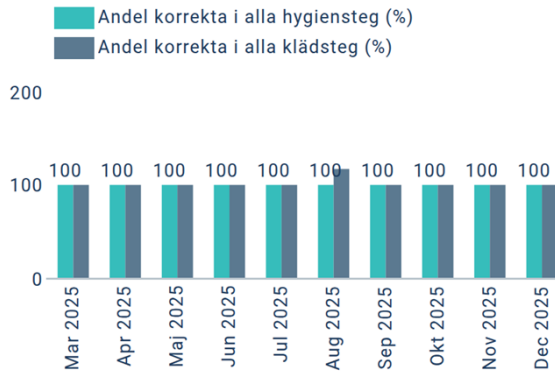


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Torngatan

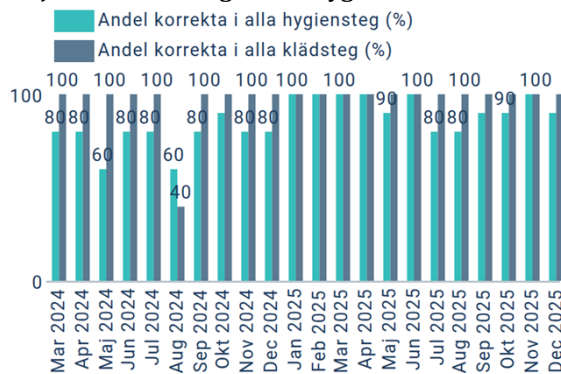


Kvalitetsindikator

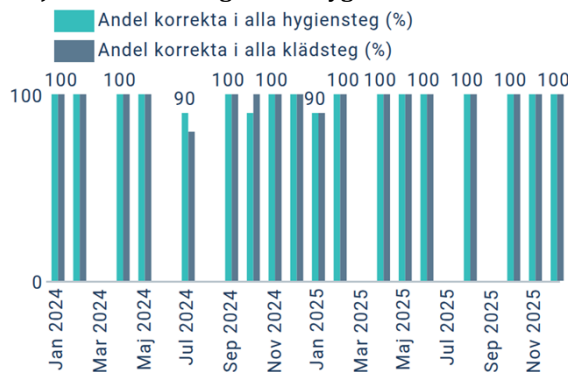
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Myran



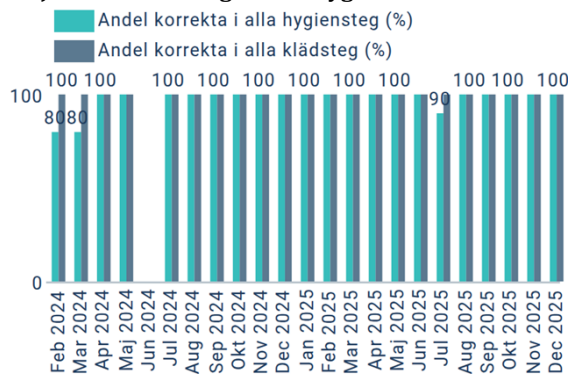
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Blåklockan och Mosippan



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta C

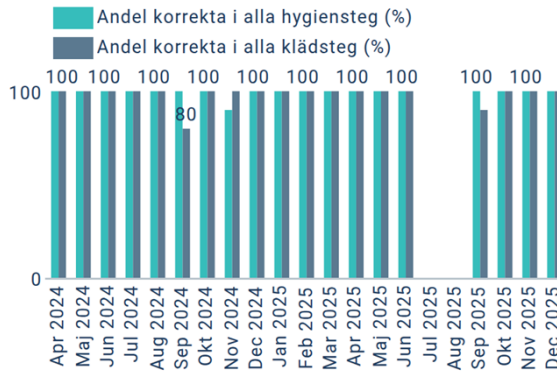


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta D

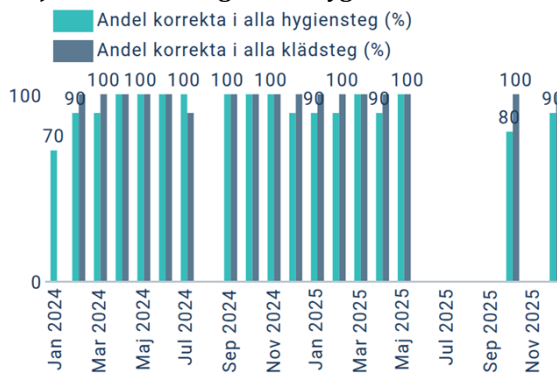


Kvalitetsindikator

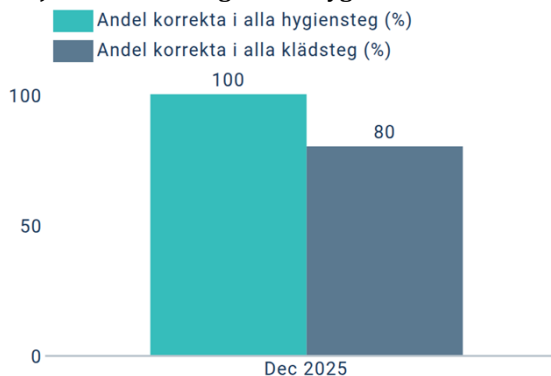
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta E



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta A



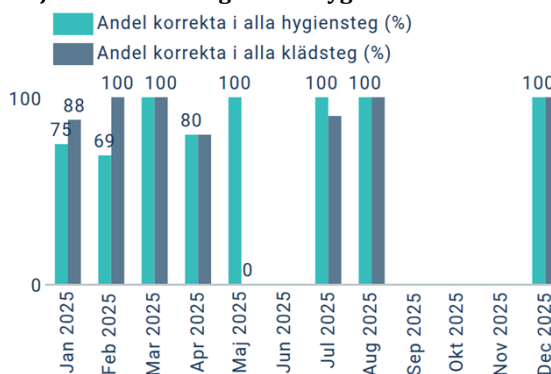
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta B



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Lövsta F

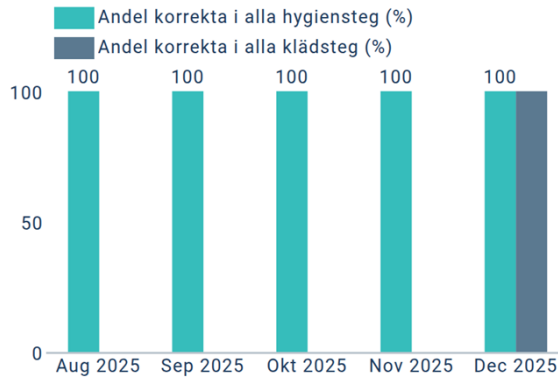
Inga tillgängliga data

Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hemtjänst Norr

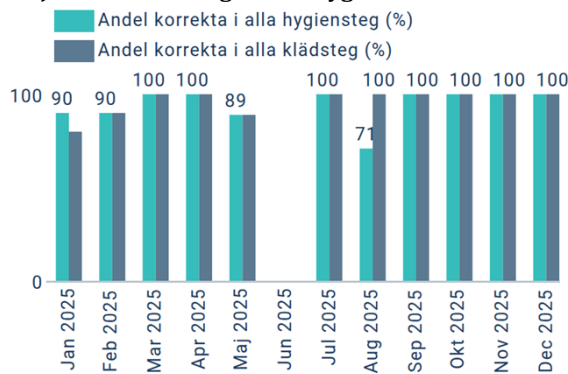


Kvalitetsindikator

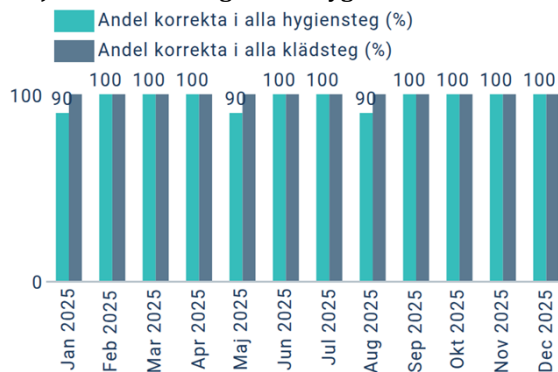
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hemtjänst Söder



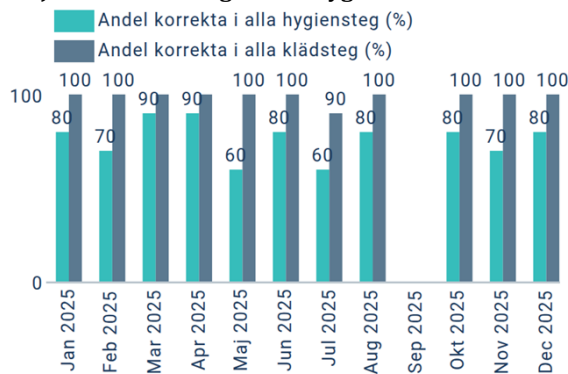
Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Hälso- och sjukvårdsenheten



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Korttidsenheten

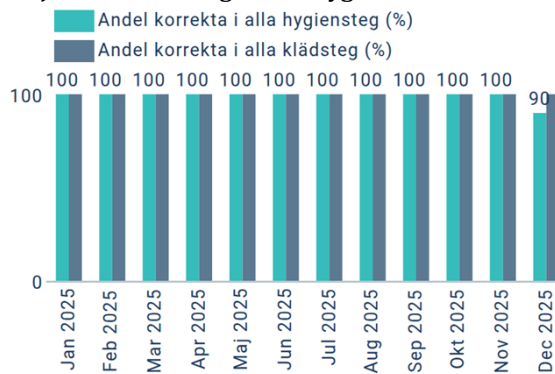


Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Kvarnängen



Kvalitetsindikator

Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Liljebacken



Följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler - Rungården

