



# Patientsäkerhetsberättelse

## för

# Degerfors Kommun

## År 2025



**Ansvariga:** Marie-Louise Forsberg-Fransson, Förvaltningschef och Verksamhetschef HSL  
Emma Lundkvist, Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Sara Danielsson, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Innehåll

1.	Inledning.....	3
2.	Sammanfattning.....	4
3.	Övergripande mål och strategier .....	5
	För år 2025 satte verksamheten upp följande mål: .....	5
4.	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
5.	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
6.	Adekvat kunskap och kompetens .....	10
7.	Patienten som medskapare.....	12
8.	Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller .....	12
9.	Resultat av egenkontroller under året .....	13
	Lätt att göra rätt.....	13
	Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long .....	14
	Term care facilities (HALT).....	14
	Kvalitetsregister: .....	15
	Avvikelse .....	19
	Journalgranskning.....	20
	Läkemedelshantering .....	21
	Hjälpmiddelshantering .....	23
10.	Risikanalys .....	24
11.	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	24
	Avvikelse .....	24
	Lex Maria .....	24
	Klagomål och synpunkter .....	25
	Synpunkter och klagomål, patienter och närstående.....	25
12.	Sammanställning och analys av rapporter .....	25
13.	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	26
14.	Övergripande mål för 2026.....	30

# 1. 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 under året med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. Den ska 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 2025–2030”

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

## 2. Sammanfattning

2025 har inneburit ännu ett år då ekonomin har varit i fokus och samtidigt ska kvalitets- och utvecklingsarbetet fortlöpa. Det har betytt att chefer och medarbetare i kommunen lagt många timmar på att få ekonomin i balans och samtidigt hålla god kvalitet på vården.

Under året har flera insatser genomförts för att stärka kvalitet och patientsäkerhet inom verksamheterna. En ny modul har införts i journalsystemet Treserva Hälsoärende samt en ny vaccinationsjournal, MittVaccin som gäller för Region Örebro län där vacciner ges i samverkan med kommunen.

Verksamheten har fortsatt med den digitala utbildningsportal, Smartskills för att fler ska kunna utbildas. Kompetensnavet har genomfört utbildning i bemötande för all personal.Handledarteamet har startats upp i västra länsdelen, två undersköterskor erbjuder behovsanpassad handledning i patientnära arbete i ordinärt, särskilt boende och LSS. En sjuksköterska har vidareutbildat sig till distriktsköterska och en sjuksköterska läser till distriktsjuksköterska. Fem undersköterskor läser till specialistundersköterska och nio medarbetare till undersköterska, vilket bidrar till långsiktig kompetensförsörjning och stärkt patientsäkerhet.

De förebyggande arbetena har fortsatt under året med certifierade BPSD-utbildare, planering för utbildning i kognitiv svikt, fallpreventionsprojekt och hembesök för 80 år och äldre. Rehabiliteringsinsatser har stärkts genom projektet “undersköterska med rehabiliteringsinriktning” samt handledningsteam som gett behovsinriktad stöd och handledning i patientnära arbete. Kompetensnavet har erbjudit länsgemensamma utbildningar med praktisk träning och simulering för att utveckla yrkesfärdigheter, teamarbete och samverkan. Sammantaget har insatserna under 2025 bidragit till ökad kompetens, bättre dokumentation, stärkt teamarbete och förbättrad patientsäkerhet.

Lokala strategiska möten har bidragit till en god samverkan mellan kommunen och vårdcentralen. Genom dessa möten har förståelsen för varandras roller och ansvar ökat, vilket skapar bättre förutsättningar för det gemensamma arbetet. Resultatet från Socialstyrelsen gällande påverkbar slutenvård äldre visar att Degerfors kommun ligger bäst till i riket 2024. Vilket kan bero på god samverkan mellan kommun och vårdcentral.

Nya mål för 2026 kommer att utgå från Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård 2025–2030, och syftar till att stödja ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med målet att inga patienter ska drabbas av vårdskador. Planen fokuserar på att öka kunskapen om vårdskador, säkerställa tillförlitliga system och rutiner, agera för säker vård i stunden, stärka lärande och utveckling samt öka riskmedvetenhet och beredskap. Utifrån dessa fokusområden kommer verksamheten välja ut två mål och ta fram en handlingsplan på hur arbetet ska genomföras i praktiken för att bidra till förebyggande och tryggare vård.

### 3. Övergripande mål och strategier

*PSL (2010:659)3 kap. 1 §, SOSFS (2011:9) 3 kap. 1§*

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delge dessa till personal, vårdtagare och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

Det saknas ett övergripande kvalitetsledningssystem i kommunen utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Stort ansvar i detta arbete ligger på förvaltningschef tillika verksamhetschef för HSL. Rutiner och riktlinjer finns idag tillgängliga i Kompassen 2.0. En del riktlinjer och rutiner som gäller HSL har reviderats under året och det är ett arbete som sker kontinuerligt av medicinskt ansvariga. Det saknas dock systematik och struktur runt vilka dokument som behöver ses över, samt hur dessa ska implementeras och följas upp i verksamheten.

#### För år 2025 satte verksamheten upp följande mål:

##### **Höja kompetensen**

Skapa struktur för vilka utbildningar som ska göras, teman för arbetsplatsträffar och tydlighet i vad ombudsroller och ansvarsområden innebär samt öka intresse för att vidareutbilda sig.

##### **Förbättra teamarbetet**

Fortsätta att arbeta med processer för att bygga och stärka teamarbetet med individens behov i centrum.

##### **Förebyggande arbete**

Öka kunskap och förståelse i att använda kvalitetsregister och avvikelsemodulen som ett verktyg. Att arbeta strukturerat och därmed minska risker för inte negativa händelser ska uppstå, samt att arbeta med resultat ur registren i förbättringsarbete.

## 4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*PSL (2010:659)3 kap. 9 §, SOSFS (2011:9) 7 kap. 2 §, p 1, HSL (2017:30) 4 kap. 2 §.*

Socialnämnd

Socialnämnden är vårdgivaren och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef

Förvaltningschef är också verksamhetschef för hälso- och sjukvård och har det övergripande ansvaret för verksamheten, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

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

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa resultat från arbete med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS- och MAR-ansvaret ingår att säkerställa att riktlinjer och rutiner är utformade i enlighet med gällande författningsbestämmelser, lagar och övriga regler. Arbetet syftar till att riktlinjer och rutiner ska vara kända i verksamheten och efterlevas i det dagliga arbetet. Vidare ska det finnas tydliga direktiv och instruktioner som stödjer ett strukturerat och patientsäkert arbetssätt.

MAS och MAR tjänsterna delas med Laxå kommun. I Degerfors kommun är MAS anställd 60 % och MAR 45%, och i Laxå kommun har MAS 40% och MAR 15%.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är kända för medarbetare och följs i verksamheten. Det är även viktigt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under förgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

## Medarbetare/personal

Alla medarbetare ska arbeta för att en god kvalitet inom verksamheten upprätthålls. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som lett eller hade kunnat leda till en vårdskada. Det innebär också att aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet. Arbetsterapeut och sjuksköterska har ett särskilt yrkesansvar gentemot patienten. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet. Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbetsterapeut eller sjuksköterska är hälso- och sjukvårdspersonal, och har då det särskilda yrkesansvaret som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

## Stödfunktioner med specialistkompetenser

*Hjälpmedelstekniker:* Ansvarar för och säkerställer att kommunens omvårdnadshjälpmedel uppfyller de krav som ställs vad gäller säkerhet och kvalitet. Under året har avtalet mellan Degerfors och Laxå kommun avslutats och är nu i Degerfors på heltid.

*Hygiensjuksköterska:* Regionen och kommunerna i Örebro län samfinansierar hygiensjuksköterskor. De är anställda av vårdhygien inom Region Örebro län med uppdrag mot länets kommuner. Smittskydd och vårdhygien utarbetar rutiner och riktlinjer inom sitt område som gäller alla länets kommuner.

*Kontinensamordnare:* Det finns en gemensam tjänst som kontinenssamordnare mellan regionen och kommuner i Örebro län i syfte att säkerställa kvalitetsarbete och kompetens genom kompetensutveckling av berörd personal inom området kontinens.

*Samverkansledare i västra länsdelen:* Ansvarar för samarbetsvägar mellan olika huvudmän, genom att planera och strukturera upp möten mellan kommunen, vårdcentralen och regionen samt länsdelsmöten.

*Fysioterapeut:* Är anställd på vårdcentralen men har ansvar för insatser i kommunen för patienter i ordinärt- och vård och omsorgsboende och för kommunens korttidsboende.

*Metodhandledare:* Finns utsedda både i kommunerna och på vårdcentralen som ska vara ett stöd för personal i processen för in- och utskrivning samt en länk i informationsöverföring mellan kommuner och regioner.

*Demenssteam:* Består i dagsläget av en arbetsterapeut på 50 %. Teamet saknar en sjuksköterska på 50 % men det finns planer på att tillsätta en sjuksköterska.

*Anhörigkonsulent:* Erbjuder stöd till anhöriga som vårdar, hjälper eller stödjer en närstående i det enskilda boendet eller på något av kommunens vård- och omsorgsboenden. Även personal kan vända sig till anhörigkonsulenten för konsultation i frågor som rör anhörigstöd.

*Patientnämnden:* Är gemensam för alla kommunerna i länet.

*Adjungerande klinisk adjunkt (AKA):* Degerfors kommun har en AKA kopplat till sig både för sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Örebro kommun har i uppdrag att vara värdkommun för alla kommuner i Örebro län.

## 5. Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: (2011:9) 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador är socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen för Välfärd och Folkhälsa (VVF).

Nätverksträffar för Medicinskt ansvariga i länets kommuner hålls regelbundet och återkommande där sammankallande är utvecklingsledare på Välfärd och Folkhälsa. Medicinskt ansvariga i länet samverkar i olika grupper tillsammans med representanter från andra kommuner och från regionen för att ta fram och revidera gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i övergripande samverkansfrågor. Träffarna har varit både fysiska och digitala. Olika professioner från regionen har varit inbjudna och informerat om sina områden och är en viktig del i samarbetet kring patientsäkerhetsarbetet.

Samverkansledare i västra länsdelen har i uppdrag att främja samverkan och informationsutbyte mellan kommunerna och regionen. Uppdraget innefattar även att arbeta för trygghet och säker hemgång från slutenvården till kommunens vård och omsorg. Samordnar även gemensamma möten mellan kommunerna i väster och Karlskoga lasarett.

SIP (Samordnad individuell plan) är ett forum för samverkan där patientens fokus blir gemensamt för olika vårdgivare (kommun, vårdcentral och slutenvård).

I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp (metodhandledarna) med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, vårdcentralen, Laxå-, Karlskoga- och Degerfors kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer så att den enskilde och närstående ska känna sig trygga i säkra in- och utskrivningar och få vård och behandling på rätt vårdnivå.

Arbetsterapeuter, enhetschefer och MAR i västra länsdelens kommuner och på Karlskoga lasarett träffas regelbundet för att ta upp frågor om samverkan mellan slutenvården och kommunerna med fokus på rehabilitering.

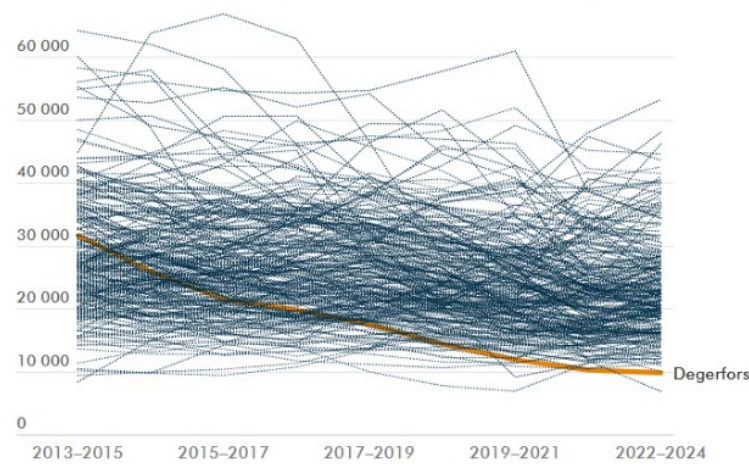
Under 2025 har det varit svårt att få till samverkan mellan fysioterapeut och arbetsterapeut då ordinarie fysioterapeut är föräldraledig och vårdcentralen har haft svårt att rekrytera. I ordinärt boende för personer 65 år och äldre har Degerfors kommun fått stöd av hemrehabiliteringens fysioterapeuter i Karlskoga.

På vård- och omsorgsboenden samt inom LSS-verksamhet har fysioterapeut inte funnits tillgänglig regelbundet. Rehabiliteringsassistent vid vårdcentralen har stöttat verksamheterna genom att utföra ordinerade och delegerade arbetsuppgifter från fysioterapeut vid vårdcentral samt lasarett.

Strategiska samverkansmöten mellan kommunen, vårdcentralen och samverkansledare har fortsatt under 2025. På mötena har det tagits fram en handlingsplan med olika aktiviteter som det har arbetats med under året. Under 2025 redovisades resultatet för påverkbar slutenvård för äldre, vilket avser vårdtillfällen som bedöms kunna undvikas. Mätningen genomfördes under perioden 2022–2024, resultatet visade att Degerfors kommun hade lägst andel påverkbara återinläggningar i riket.

Diagram nedan visar alla Sveriges kommuner med Degerfors som orange linje:

**Påverkbar slutenvård äldre, avser personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende**



Läkarronder på särskilt boende och hemsjukvården har fortsatt som tidigare. I hemsjukvården har kommunen fått mindre läkartid på grund av läkarbrist på vårdcentralen, det har lett till att patienterna inte har fått hembesök i egna hemmet av läkare i samma utsträckning som tidigare.

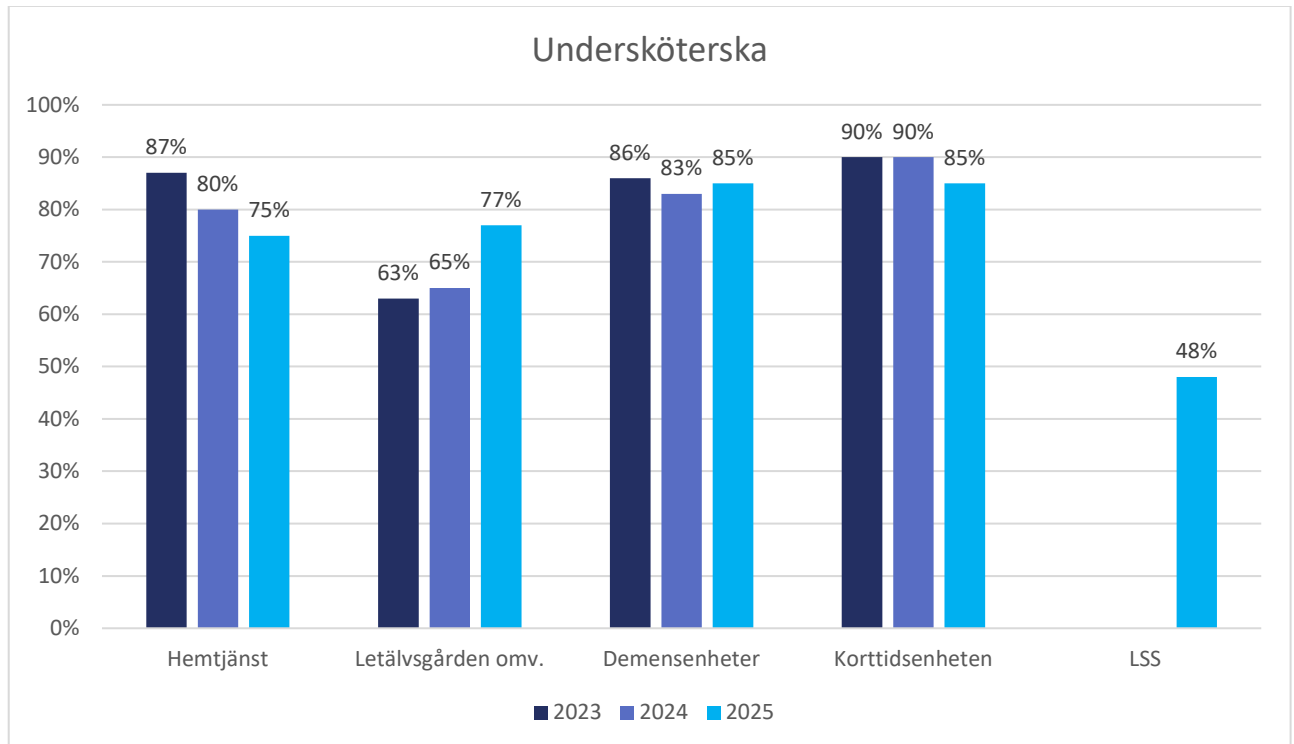
Närsjukvårdsteamet och palliativa teamet på Karlskoga lasarett har ett bra samarbete med sjuksköterskorna i kommunen och erbjuder även att hålla i vissa utbildningar för legitimerad personal. Övrig personal får också hör av sig till närsjukvårdsteamet är den enskilde inte är inskriven i hemsjukvården.

I samverkan finns även Patientnämnden och dess kansli som bedriver verksamhet för Region Örebro län och länets tolv kommuner. I patientnämnden ska synpunkter och klagomål sammanställas för att hjälpa enskilda och närstående.

## 6. 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.

*Från och med 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att bevis från Socialstyrelsen krävs för att använda titeln. Medarbetare med tillsvidareanställning som undersköterska får dock använda titeln utan bevis till och med den 30 juni 2023. Samtidigt infördes krav på fast omsorgskontakt inom hemtjänsten, där den fasta omsorgskontakten ska vara utbildad undersköterska. Syftet är att öka trygghet, kontinuitet och samordning av vårdinsatser för den enskilde.*



**Analys:** Inom hemtjänsten i Degerfors kommun är andelen undersköterskor cirka 75% under 2025, jämfört med 80 % under 2024. Det är en minskning med ca 7 % sedan år 2024. På Letälvsgården omvårdnad är cirka 77 % av medarbetarna undersköterskor, vilket innebär en ökning med 12 % jämfört med 2024. Inom demensenheterna, Västergården och Grindstugan är andelen undersköterskor 85 %, det är en ökning med 2 procent. På korttidsenheten är andelen undersköterskor cirka 85 % och är den minskning med 5 procent jämfört med föregående år. Inom LLS och socialpsykiatri är andelen 48% undersköterskor.

Under året har flera medarbetare bytt arbetsplats mellan hemtjänst och särskilt boende, samt vice versa. Detta kan vara en bidragande orsak till att kompetensfördelningen har stärkts inom vissa enheter samtidigt som den har minskat inom andra.

I hemtjänsten har vårdlagen minskat från fem till tre vårdlag i syfte att förbättra kontinuiteten och patientsäkerheten för de enskilda. Vårdlagen har det dessutom delats in i mindre grupper. Indelning av de mindre grupperna har ändrat under året för att få så jämn fördelning som möjligt och är ett pågående arbete.

Under 2025 studerade nio medarbetare i kommunen till undersköterska och fem medarbetare till specialistundersköterska vilket bidrar till ökad kompetens i kommunen.

**Åtgärder:** För att säkerställa att kunskap finns inom vissa områden utses ombud i vårdlagen och på varje enhet som ansvarar för att sprida kunskap vidare till sina kollegor och hålla sig uppdaterad på området. Exempel på ombud är förflyttningsombud, hygienombud, palliativa ombud och Senior Alert-ombud. Ombuden bör samlas och få ny kunskap om området regelbundet. Strukturen för det har dock stora brister och det är inte tydligt vem som är sammankallande för alla ombudsroller och vad varje ombudsroll innebär.

Det har tagits fram lista över vilka ombud som finns och det är ansvarig chef som ansvarar för att listan är uppdaterad och att det finns personal till de olika ombudsrollerna. Ett arbete har påbörjats med att ta fram ombudsbeskrivningar till de olika områdena och kommer implementeras under 2026.

När det gäller ombud och administratörer i kvalitetsregistret Senior alert ansvarar medicinskt ansvariga för att sammankalla till uppföljningsmöten en gång per år. För BPSD-register ansvarar utbildarna i BPSD för att kalla till återträffar. Vid dessa tillfällen kallas alla professioner då arbetet med kvalitetsregistren förutsätter ett tvärprofessionellt samarbete. Under mötena kan till exempel nyheter i registren presenterats samt diskutera kring förbättring av det förebyggande arbetet i syfte att säkerställa en god och säker vård.

Under året har det tagits fram ett årshjul av enhetschefer för vilka utbildningar som omvårdnadspersonal ska göra under året. Både utbildningar från Smartskills som är en plattform med webbutbildningar och även för andra utbildningar som till exempel förflyttningsutbildning, lyftutbildning, HLR och brandutbildning. I enhetschefgruppen har det bestämts vilken webbutbildning som omvårdnadspersonalen ska göra under en viss månad, och sedan ska det området diskuteras på arbetsplatsträffar.

Introduktionsutbildning till semestervikarier ses över årligen. Det har gjorts en del förbättringar genom att fördela ut introduktionstillfällena på flera dagar, så att det inte ska bli så mycket information på en gång. Förflyttningsutbildningen delades upp på två halvdagar, så att personalen fick reflektera över det som hade gått igenom under första tillfället. En checklista över vad vikarierna ska gå igenom under sin bredvidgång finns och ska återlämnas signerad av handledare till ansvarig chef.

**Förbättringsförslag:** Ta fram kompetensplaner till specialistundersköterskorna där de har en sammankallande roll för ombudsträffar inom sina områden. Starta upp ombudsträffar och se över så att det finns ombud för alla områden och att det blir tydligt vem som sammankallar. Implementera uppdragsbeskrivningar i verksamheten så att ombuden har ett strukturerat arbetssätt. Enhetschef och ombud behöver hitta ett arbetssätt för att följa upp implementerade uppdragsbeskrivningar.

## 7. Patienten som medskapare

*PSL (2010:659) 3 kap. 4§*

Det finns i dagsläget inget särskilt strukturerat forum för patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet. Däremot finns flera etablerade möjligheter att framföra synpunkter och klagomål, exempelvis via webbformulär, telefon eller brev.

Verksamheten genomför även brukarenkäter där enskilda och närstående ges möjlighet att besvara frågor om upplevd kvalitet. Resultaten sammanställs och finns tillgängliga i Kolada, vilket ger ett värdefullt underlag för uppföljning och jämförelse.

Utvecklingspotential finns i att ytterligare strukturera arbetet med att analysera och omsätta resultaten från brukarenkäten till förbättringsåtgärder.

## 8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller

*SOSFS (2011:9) 3 kap. 2 §, 5 kap. 2§,7§ och 8§, 7kap.2§ p2, PSL (2010:659) 3kap. 10§*

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll av att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser (SKR), Kolada och olika nationella kvalitetsregister. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer samt återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsplan.

Egenkontroller kopplade till patientsäkerhet som utförs är:

- "Lätt att göra rätt" ett självskattningsformulär för att utvärdera följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg.
- HALT- mätning (Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities) inom särskilt boende.
- Rapport utdrag ur Nationella kvalitetsregister - Senior Alert, palliativa registret och BPSD-registret
- Sammanställning av avvikelser
- Journalgranskningar
- Granskning av läkemedelshantering
- Granskning av hjälpmedelshantering

## 9. Resultat av egenkontroller under året

### Lätt att göra rätt

Självskattningsformuläret ”Lätt att göra rätt” har genomförts inom verksamheten under hösten i samband med APT. Eftersom SKR avvecklade den nationella punktprevalensmätningen (PPM-BHK) år 2023 finns det ingen aktuell PPM-mätning genomförd för att följa följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

**Åtgärder:** Resultatet från självskattningen ”lätt att göra rätt” är inte sammanställt eftersom analysen i nuläget inte registreras digitalt.

På Letälvsgården har chef gjort vårdhygienisk egenkontroll (VEK) tillsammans med hygienombud och sjuksköterska. Egenkontroll bör egentligen enligt direktiv från vårdhygien göras årligen i hela verksamheten. Vid hygienronden analyseras och sammanställs resultaten. Utifrån identifierade förbättringsområden upprättas handlingsplaner och resultaten följs upp kontinuerligt. Ansvaret för detta arbete ligger hos enhetschef. Enligt riktlinjen ”basal hygien vid kommunal vård och omsorg” ska enhetschef även ansvara för att regionens hygiensjuksköterska kontaktas minst vart fjärde år, eller vid behov, i samband med hygienrond.

Alla chefer tar regelbundet upp hygienrutiner med all sin personal och basala hygienrutiner finns som en punkt på arbetsplatsträffar. Personal ska veta var de hittar hygienrutinerna och har fått information, samt gjort en webbutbildning i basal hygien innan de skriver på informationsdokumentet när de börjar arbeta i kommunen.

Hygienombud har ett dokumenterat ansvar i sitt uppdrag som hygienombud och det ska vara känt av alla på arbetsplatsen, dessa finns utsedda i varje vårdlag, på särskilt boende, korttidsenheten och det finns även utsedda legitimerade som är hygienombud. Ombuden får information från först och främst sin chef men också av MAS, MAR samt hygiensköterskan inom regionen.

Under året har det erbjudits hygienutbildningar från vårdhygien för både chefer, hygienombud, ordinarie personal och timvikarier.

**Förbättringsförslag:** Varje verksamhet genomför vårdhygienisk egenkontroll (VEK) samt självskattningen ”Lätt att göra rätt” som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Respektive chef ansvarar för att sammanställa resultaten och återkoppla dessa till MAS och MAR i samband med genomförd mätning. Utifrån resultaten identifieras förbättringsområden och åtgärder vidtas i verksamheten. Webbutbildning i basal hygien fortsätter att genomföras för all personal i enlighet med årshjulet, som en viktig del i arbetet med att upprätthålla och stärka följsamheten till hygienrutiner.

## Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) orsakar stort lidande för de drabbade och innebär samtidigt betydande kostnader för samhället. En VRI är en infektion som uppstår i samband med vård, behandling eller omvårdnad inom hälso- och sjukvård samt omsorg. En stor andel av vårdskadorna utgörs av vårdrelaterade infektioner, varav många hade kunnat förebyggas. Vanliga exempel är urinvägsinfektioner och sårinfektioner. Förebyggande arbete genom att minska smittspridning och undvika onödiga åtgärder är därför avgörande. Eftersom de flesta patienter med VRI behandlas med antibiotika är detta även viktigt ur ett antibiotikaresistensperspektiv.

HALT är en punktprevalensmätning där alla personer som bor på särskilt boende registreras, personer på korttidsenheten ingår inte. I mätningen registreras indikatorer såsom vårdrelaterade infektioner (VRI), antibiotikaanvändning, riskfaktorer för infektioner, trycksår samt vårdtyngdsindikatorer.

**Resultat:** HALT- mätningen omfattade totalt 84 personer i årets mätning av dessa hade fyra en vårdrelaterad infektion i form av hudinfektion eller urinvägsinfektion. Sju har en pågående antibiotikabehandling där 50% av personerna har antibiotika för urinvägsinfektion. Resterande procent är delat lika mellan hudinfektion och andra infektioner.

**Analys:** Svårheter med HALT- punktprevalensmätning är att det ger en ögonblicksbild över mätningen då den sker över två veckor och trycksår eller urinkatetrar kan variera över tid. Resultatet indikerar att urinvägsinfektioner utgör den största delen av både vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Detta understryker vikten av fortsatt fokus på förebyggande åtgärder, särskilt inom områden som hygienrutiner, omvårdnad och korrekt indikation för antibiotikabehandling.

**Förbättringsförslag:** Utifrån resultatet av HALT-mätningen finns behov av ett fortsatt systematiskt arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Särskilt fokus bör riktas mot följsamhet till basala hygienrutiner samt omvårdnadsåtgärder som syftar till att förebygga urinvägsinfektioner, då dessa utgör en stor andel av både infektioner och antibiotikaanvändning.

## Kvalitetsregister

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion.

- Målsättningen är att alla enskilda över 65 år på särskilt boende, korttidsboende samt enskilda i ordinärt boende med vårdåtagande av HSL ska registreras.
- Enligt direktiv ska en riskbedömning göras minst en gång per år och vid förändrat allmäntillstånd.
- Vid risk görs analys i teamet över tänkbara orsaker och individanpassade åtgärder sätts in och följs upp inom tre månader.

Senior alert	2023	2024	2025
Riskbedömda totalt	119 st.	145 st.	140st
Riskbedömda i hemsjukvården	46 st.	49 st.	22st
Riskbedömda på särskilt boende och/eller korttidsenhet	75 st.	96 st.	118st

**Resultat:** 140 registreringar gjordes totalt under 2025, vilket är en minskning totalt med 5 från år 2024.

**Analys:** Det är en stor minskning inom hemsjukvården med registreringar från 49 till 22. Däremot ses en ökning inom vård- och omsorgsboende och korttidsenheten från 96 till 118. Trots att teamträffarna har blivit fler finns fortsatt utvecklingspotential i att använda kvalitetsregistret inom hemsjukvården.

**Åtgärder:** Viktigt att få i gång att arbeta med senior alert nu när det är teamträff två gånger i månaden för att stärka teamsamverkan kring det riskförebyggande arbetet. De medicinskt ansvariga planerar även att fortsätta att anordna årliga träffar för samtliga ombud (omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och chefer). Det är viktigt att alla professioner prioriterar att delta i dessa möten.

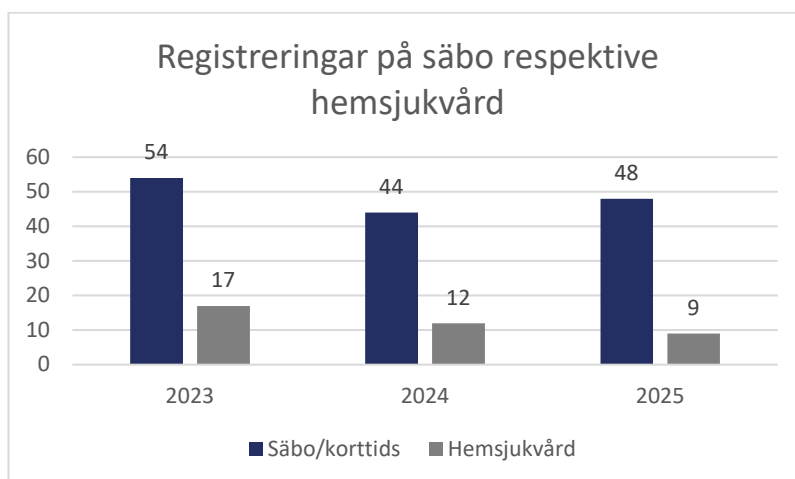
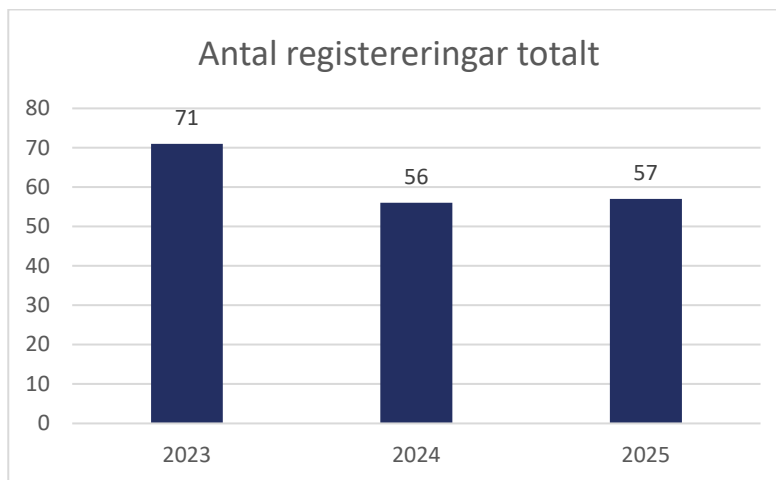
**Förbättringsförslag:** Att all personal och chefer genomför Senior Alert-grundutbildning för att öka förståelsen för värdet av kvalitetsregister. Genom att tillsammans i teamet diskutera bakomliggande orsaker och möjliga åtgärder skapas goda förutsättningar för en trygg och säker vård av hög kvalitet. Den fasta omsorgskontakten/kontaktpersonen ska påbörja arbetet med riskbedömningar som senare analyseras i teamet för att hitta bakomliggande orsaker och åtgärder. På teamträff planeras nästa riskbedömning, som sedan tas upp och diskuteras vid nästa möte.

Genom ett ökat antal registreringar får vi möjlighet att ta fram värdefull statistik som kan visa vilka utvecklingsområden som finns på vård- och omsorgsboende och i hemtjänsten, exempelvis trycksår, fall och nutrition.

## Palliativa registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ca 25-30 frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- Fick personen ett brytpunktssamtal
- Vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Vara ordinerad läkemedel vid behov
- Få god omvårdnad utifrån sina behov
- Vårdas där hen önskar dö
- Att inte behöva dö ensam
- Att närstående är informerade om situationen
- Veta att närstående får stöd



**Analys:** Antal registreringar är likvärdigt med tidigare år. Under 2025 gjordes totalt 57 registreringar i palliativa registret. Nio registreringar gjordes i hemsjukvården, 35 på särskilt boende och 13 på korttidsenheten. Enligt Treserva journalsystem så är det totalt 97 personer som har avlidit och haft ett sjuksköterskeåtagande. De som avlider på sjukhuset registreras inte av kommunen.

Indikator	2023	2024	2025
Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument. Mål: 100 %	78,9 % Riket: 65,5 %	78,6 % Riket: 68,6%	80,7% Riket: 71,3 %
Utförda brytpunktsamtal till patient av läkare: Mål 98 %	43,7 % Riket: 56,6 %	83,9 % Riket: 53 %	78,9% Riket: 82,2%
Utförd munhälsobedömning. Mål 90 %	53,5 % Riket: 62,1 %	39,3% Riket: 62,2%	31,6% Riket: 64,2%

**Analys:** Utifrån Socialstyrelsens indikatorer syns en förbättring vid utförd smärtskattning från föregående år och till riket. En försämring kring brytpunktssamtal både jämfört med tidigare år och med riket. Resultat för utförd munhälsobedömning är fortsatt lågt i jämförelse med tidigare år och med riket. Vad siffrorna gällande munhälsobedömning beror på är svårt och säga.

**Åtgärder:** Palliativa ombud har utsetts bland omvårdnadspersonalen. Förbättringsarbete kring den palliativa vården har varit begränsad, palliativa teamet från Karlskoga lasarett har fortsatt att stödja sjuksköterskorna vid komplexa vårdbehov. Denna struktur skapar goda förutsättningar för att vidareutveckla den palliativa vården framöver.

**Förbättringsförslag:** Att alla sjuksköterskor registrerar i palliativa registret. Använda resultat ur registret för att veta vad vi behöver bli bättre på och arbeta med resultaten på enhetsnivå för att kunna erbjuda en god palliativ vård. Vi ska även eftersträva att nå upp till de fastställda målnivåerna. Palliativa ombudsträffar behöver återupptas, med tydlig ansvarsfördelning för vem som sammankallar till möten.

Den lokala rutinen för palliativ vård mellan kommunerna i väster och sjukvårdsområdet i väster har reviderats under 2025. Under samma period har en läns-gemensam GAP-analys genomförts för att identifiera brister inom den palliativa vården, både inom kommunal och regional verksamhet. Med utgångspunkt i detta arbete kommer den lokala rutinen i Degerfors att revideras och implementeras i verksamheten under 2026.

## BPSD-registret (BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD-kvalitetsregistret är ett verktyg i bemötande av personer med demenssjukdom och det kräver att hela teamet (chef, sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal) är involverat i arbetet. Demenssjukdom går inte att bota, därför är det viktigt med god omvårdnad och gott bemötande.

Det görs först en analys av symtom (ångest, aggressivitet, motorisk oro, vanföreställningar och hallucinationer), sedan ska teamet gå igenom tänkbara orsaker till symtomen, exempelvis utsluta om personen har smärta, lågt blodtryck, matleda, magbesvär, hudbesvär o.s.v. Utifrån symtom, tänkbara orsaker och utifrån den enskildes levnadsberättelse tar teamet fram en individanpassad bemötande- och kommunikationsplan som all personal ska arbeta efter. Registrering görs regelbundet, minst 1 ggr/år enligt Socialstyrelsen och när behov uppstår.

BPSD	2023	2024	2025
Antal registreringar	77	73	57

**Resultat:** Det har totalt gjorts 57 registreringar i BPSD kvalitetsregister under 2025.

**Analys:** Verktuget används mer frekvent inom särskilt boende än i hemtjänsten. Av 57 registreringar så har 15 gjorts i hemsjukvården och 42 på särskilt boende/korttidsavdelning.

I ordinärt boende finns det 34st personer med en demensdiagnos eller en pågående minnesutredning som har hemtjänst. Vilket betyder att det har minskat från föregående år då det var 47st. Minskningar av antal personer med demensdiagnos i ordinärt boende kan vara att de har flyttat in på särskilt boende eller avlidit.

**Åtgärder:** Under hösten 2025 har två personer utbildats till certifierade BPSD-utbildare. Det finns nu totalt tre utbildare i kommunen som utbildar BPSD-administratörer. Det kan till exempel vara chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller omvårdnadspersonal. Under året har BPSD-återträffar genomförts kontinuerligt.

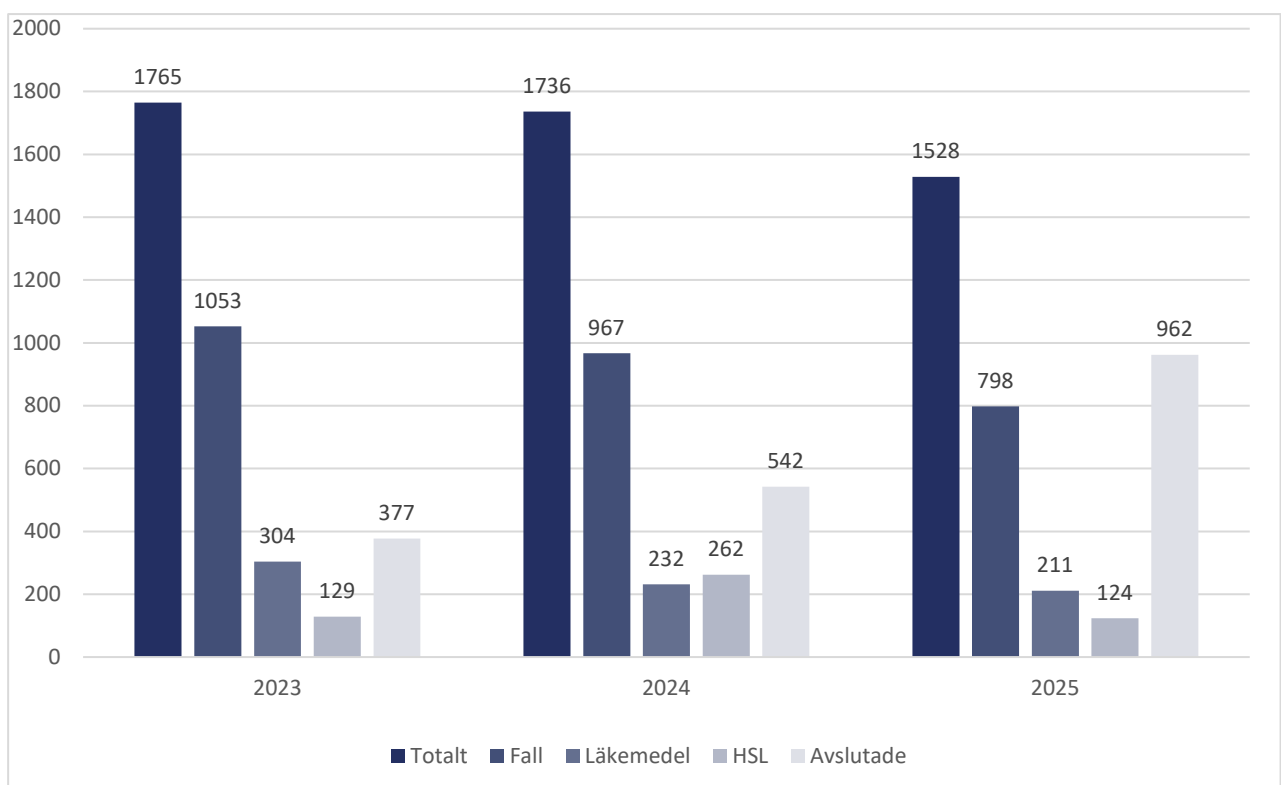
**Förbättringsförslag:** Fokus ska ligga på att utbilda personal och öka kunskapen om hur kvalitetsregister används och varför det är viktigt att använda BPSD som ett stöd i det dagliga omvårdnadsarbetet. Det är viktigt att skapa förståelse för hur registreringar och bemötandeplaner kan bidra till att minska BPSD-symtom hos den enskilde. Ombuden har en viktig roll i arbetet då de kan återkoppla resultat, exempelvis genom att visa hur planerade omvårdnadsåtgärder lett till minskade BPSD-symtom. Registreringar ska göras i team för att identifiera tänkbara orsaker och åtgärder, till exempel på teamträff.

## Avvikelser

Personal är skyldiga att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. När en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att undvika skador, symtom och risker. Långsiktiga åtgärder ska också planeras in för att minska risker och att händelsen inträffar igen. Åtgärder som sätts in ska dokumenteras och följas upp. Det är viktigt att avvikelser analyseras och hanteras i teamet (enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut) och återkopplas till omvårdnadspersonal genom att ta upp avvikelser på teamträffar och på arbetsplatsträffar. Vid allvarliga händelser behöver teamet träffas snarast för att tillsammans utreda händelsen först, för att sen avgöra om det ska utredas vidare av medicinskt ansvariga. Händelser som medfört vårdskada ska meddelas till MAS och MAR för vidare utredning.

Målet är att organisationen ska ha ett riskförebyggande arbetssätt, att åtgärder sätts in innan exempelvis den enskilde har fallit och att avvikelser hanteras strukturerat samt återkopplas till personal.

	Alla avvikelser	Fall	Läkemedel	Utebliven insats	MTP	HSL	Avslutade avvikelser
2025	1528	798	211	56	12	124	962
2024	1736	967	232	45	23	262	542
2023	1765	1053	304	79	23	129	377



**Resultat:** Under 2025 rapporterades totalt 1528 avvikelser. Av dessa är 798 fallavvikelser, 211 läkemedelsavvikelser, 56 utebliven insats (exempel kan vara utebliven städ, dusch och utförd träning), 12 MTP (exempel kan vara att hjälpmedel inte har fungerat, inte funnits tillgängliga eller inte använts enligt anvisning eller undersökningsutrustning som har saknats) och 124 är HSL avvikelser (exempelvis felaktiga omläggningar, benlindningar, mätvärden ej tagna och brister i utskrivning från sjukhuset). Totalt har 962 avvikelser avslutats under året.

**Analys:** Inrapporterade avvikelser har generellt minskat under 2025. Det som har ökat är utebliven insats och antal avslutade avvikelser.

Att antalet avslutade avvikelser har ökat kan bero på att enhetschefer har arbetat mer med att avsluta dessa. På teamträffar varannan vecka diskuteras avvikelser tillsammans i teamet. När det gäller antal avvikelser för fall, läkemedel och HSL så har antalet minskat under 2025 men det finns ingen tydlig orsak varför.

**Åtgärder:** Det har varit ett par avvikelser som medicinskt ansvariga har utrett och rapporterats in som Lex Maria och Lex Sarah till IVO. Arbetet mynnade ut i en ny rutin och åtgärds-/handlingsplan i förbättringsarbete.

**Förbättringsområde:** Det är viktigt att komma i gång med riskförebyggande arbete för att minska att negativa händelser inträffar. Öka teamsamverkan genom att diskutera avvikelser på teamträffar och använda avvikelsemodulen som ett verktyg i det systematiska arbetet. Öka följsamheten till riktlinjer och rutiner när det gäller avvikelshantering.

Viktigt att alla professioner prioriterar att närvara på teamträffar.

## Journalgranskning

*För att uppfylla kraven i Patientdatalagen (2008:355) och HSLF-FS (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska verksamheten årligen granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen.*

Två gånger om året gör medicinskt ansvariga journalgranskningar av slumpvis utvalda journaler från särskilt boende och hemsjukvården. Journalgranskning genomförs regelbundet av medicinskt ansvariga även i samband med utredning av allvarliga avvikelser. Under 2025 har ingen journalgranskning utförts på grund av nytt journalsystem. För att ytterligare stärka patientsäkerheten behöver verksamheten utföra regelbundna loggkontroller i journalsystemen. Loggkontroller är ett viktigt verktyg för att säkerställa att åtkomst till patientuppgifter sker i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner samt för att förebygga och upptäcka obehörig åtkomst.

**Förbättringsförslag:** För att stärka patientsäkerheten föreslås att journalgranskningar återupptas under 2026 efter uppehållet 2025 på grund av införandet av ny modul i journalsystemet. Journalgranskning bör fortsätta ske två gånger per år av medicinskt ansvariga, både slumpvis och i samband med utredning av allvarliga avvikelser.

För att ytterligare förbättra patientsäkerheten föreslås även att regelbundna loggkontroller i journalsystemen införs. Dessa kontroller säkerställer att åtkomst till patientuppgifter sker i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner, samt förebygger och upptäcker obehörig åtkomst. Genom att kombinera regelbundna journalgranskningar med loggkontroller kan verksamheten säkerställa både korrekt dokumentation och att patientuppgifter hanteras tryggt och säkert.

## Läkemedelshantering

### Läkemedelsgenomgångar

Användning av flera olika läkemedel är inte ovanligt hos äldre. Sådan läkemedelsanvändning innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Omfattande läkemedelsanvändning hos äldre kan kopplas samman med akuta inläggningar på sjukhus och fallincidenter.

Läkemedel som förskrivs och tas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Det gäller både läkemedel som tas regelbundet samt de som tas vid behov. Läkemedelsanvändning ska kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom läkemedlen som förskrivs till den enskilde. Enskilda på särskilt boende och inskrivna i hemsjukvården har rätt till en fördjupad läkemedelsgenomgång minst en gång per år, där det även ingår hembesök samt att personer som är viktiga för den enskilde får möjlighet att delta. Det är oftast omvårdnadsansvarig sjuksköterska som initierar en läkemedelsgenomgång. Anledningen till att fördjupade läkemedelsgenomgångar görs är för att erbjuda god och säker läkemedelsbehandling samt minska användandet av olämpliga läkemedel för personer över 75 år.

Vid en enkel läkemedelsgenomgång kontrollerar läkaren endast om läkemedelslistan är korrekt och om läkemedelsrelaterade problem kan lösas direkt eller om det kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång, där även hembesök ingår.

**Resultat:** Under 2025 finns det inga tillförlitliga siffror att tillgå från vårdcentralen för läkemedelsgenomgångar, eftersom dokumentationen i samband med övergången till nytt verksamhetssystem i september 2024 inte har kunnat generera statistik. Även manuella utdrag av uppgifter från det nya systemet bedöms inte vara tillförlitliga, vilket gör att verksamheten saknar ett komplett underlag för uppföljning under året.

**Förbättringsförslag:** Läkemedelsgenomgångar är en viktig del i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet och förutsätter en nära samverkan mellan primärvården och kommunen. För att stärka kvaliteten behöver samarbetet ytterligare struktureras och tydliggöras under kommande år. För att skapa en mer systematisk och process för läkemedelsgenomgångar kan patienterna delas upp och schemaläggas i ett årshjul. Genom att planera när varje enskild ska ha läkemedelsgenomgång under året blir arbetet jämnt fördelat och lättare att följa upp.

## Olämpliga läkemedel

I olämpliga läkemedel ingår de läkemedlen som har hög risk att ge äldre biverkningar som i sin tur kan leda till exempelvis ökad fallrisk eller andra allvarliga åkommor. Läkemedlet ska vara väl bedömt av läkaren om det nödvändigtvis behöver användas och vilken nytta läkemedlet kan ge den enskilde, effekten av läkemedlet ska regelbundet följas upp.

**Resultat:** Siffror från vårdcentralen för 2025 går inte att tillgå då de infört nytt verksamhetssystem 2024.

**Åtgärder:** Det erbjuds årliga läkemedelsgenomgångar för enskilda på särskilt boende och i hemsjukvården. Det är omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för att initiera när det är dags och göra en läkemedelsgenomgång.

**Förbättringsförslag:** Det är viktigt att arbeta med kvalitetsregistren i förebyggande syfte, speciellt med BPSD för att på så vis minska användandet av olämpliga läkemedel. Det är också viktigt att fortsätta med årliga läkemedelsgenomgångar.

## Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd

*HSLF-FS (2017:37) 11 kap*

År 2022 tecknade Degerfors kommun ett avtal med en extern aktör (ApoEx, numera Medovia AB) för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunen.

Granskning görs en gång per år tillsammans med MAS.

Under 2025 har läkemedelsförråd i kommunen granskats. Vid den externa granskningen noterades anmärkningar avseende att Pascals läkemedelslista inte har använts som ordinationsunderlag.

Ordinationen har i stället dokumenterats i signeringssystemet Alfa, vilket innebär att *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården* inte har följts.

Enligt föreskriften ska den som administrerar ett läkemedel kontrollera ordinationen mot en läkemedelslista. Detta för att säkerställa patientens identitet samt att läkemedlets namn, styrka, dos, administreringsätt och tidpunkt överensstämmer med ordinationen.

Läkemedelsrutinen och delegeringsrutinen i kommunen har under hösten reviderats och diskuteras på ledningsgrupp i januari 2026. Dessa rutiner behöver fortlöpande revideras och implementeras i verksamheterna för att bibehålla god kvalitet och säker läkemedelshantering.

## Hjälpmedelshantering

*HSL-FS (2021:52)*

Föreskrivning av medicintekniska produkter är en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Omvårdnadshjälpmedel föreskrivs av kommunens arbetsterapeuter, som även ansvarar för att instruera och informera den enskilde, anhöriga och/eller personal om hur hjälpmedlen ska användas. De hjälpmedel som kommunen ansvarar för och som används inom verksamheten är exempelvis personlyftar, vårdsängar och överflyttningsplattformar. Dessa hjälpmedel ska användas och hanteras korrekt efter instruktion från legitimerad personal.

Det är enhetschefernas ansvar att säkerställa att all personal, inklusive nyanställda, får den utbildning som krävs för att kunna hantera de hjälpmedel som finns på enheten. Detta sker bland annat genom utbildning av lyft som hålls av arbetsterapeuter. Under 2025 deltog 86 omvårdnadspersonal i lyftutbildning av totalt 144 tillgängliga utbildningsplatser. Både lyftutbildning och förflyttningsutbildning ska genomföras vart tredje år enligt fattat beslut.

### Besiktning av omvårdnadshjälpmedel

Förebyggande underhåll, rekonditionering, utrantering, service och besiktningar är avgörande för både patientsäkerhet, driftsäkerhet och kostnadseffektivitet. Dessa arbetsuppgifter utförs av kommunens hjälpmedelstekniker, som numera finns tillgänglig i kommunen på heltid. Tidigare delades denna profession med Laxå kommun.

Hjälpmedelsteknikern ansvarar även för rengöring av hjälpmedel, funktionskontroll efter rengöring, reparation vid behov samt beställning, leverans och hämtning av hjälpmedel hos enskilda. Under de senaste åren har hjälpmedelsteknikern även haft stöd av en person från kommunens arbetsmarknadsenhet. Denna arbetsträning avslutades under 2025.

Personlyftar ska besiktigas en gång per år. Under 2025 besiktigades 62 personlyftar som finns registrerade i journalsystemet Treserva (taklyft, golvlyft och stålyft) av kommunens hjälpmedelstekniker. Det innebär att alla lyftar är fullt besiktigade under året. Omvårdnadssängar bör besiktigas vartannat år, detta genomförs inte i nuläget. Omvårdnadssängar i ordinärt boende kontrolleras i samband med retur och rekonditionering.

Hjälpmedelsteknikern har påbörjat ett arbete med att ta fram en besiktningssplan för att påbörja regelbundna besiktningar av dessa sängar.

Periodisk besiktning av lyftselar ska genomföras var sjätte månad och dokumenteras enligt gällande anvisning. Detta ansvar ligger på förskrivande arbetsterapeut och utförs enligt fastställd rutin.

**Analys:** De besiktningar som ska göras årligen på personlyftar har i år genomförts. Det är en stor förbättring från tidigare år då knappt hälften av alla lyftar har besiktigats. Men ingen besiktning är utförd på omvårdnadssängarna. För att säkerställa att de medicintekniska produkter vi erbjuder de enskilda är av god kvalitet behöver besiktningar och kontroller utföras regelbundet.

**Förbättringsförslag:** Besiktningar och kontroller av omvårdnadshjälpmedel behöver utföras med de intervall som är fastställda. Det finns fortsatt behov av att göra en översyn, planering och besiktning för att kunna säkra hanteringen av omvårdnadshjälpmedel.

## 10. Riskanalys

*SOSFS: (2011:9) 5 kap. 1 §*

Riskbedömningar ska göras i verksamheten för att bedöma förändringar och arbetssätt och dess konsekvens. Syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har förvaltningschef. Rutin för riskanalyser (riskbedömning) finns på det gemensamma intranätet.

Riskanalyser ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarligare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

Handlingsplaner tas fram utifrån riskanalyser, och verksamheterna arbetar kontinuerligt med att utveckla åtgärder kopplade till identifierade risker. Detta stärker både patientsäkerheten och vårdkvaliteten, samtidigt som det bidrar till ett systematiskt och framåtsyftande förbättringsarbete.

## 11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig till att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapportering av avvikelser gör personalen direkt i avvikelsemodulen i journalsystemet. Avvikelsen som rapporterats in går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalysen ska ske i teamet och uppföljningar samt återkoppling av avvikelser ska informeras på teamträffar, arbetsplatsträffar (APT), och på ledningsmöten.

Allvarligare händelser ska rapporteras till medicinskt ansvariga för vidare utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

### Lex Maria

*HSLF-FS (2017:41)*

Föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria).

Medicinskt ansvariga utreder allvarliga händelser och beslutar om det ska anmälas till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) som Lex Maria. MAS och MAR har delegation på att göra dessa anmälningar så snart som möjligt till IVO.

Utredningarna tas upp av medicinskt ansvariga på chefs- och ledningsgrupper i lärandesyfte för att inte allvarliga händelser upprepas.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS (2011:9) 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

Klagomål och synpunkter tas emot direkt i verksamheten av personal, chefer och ibland genom telefonsamtal till MAS, MAR och förvaltningschef. Enskilda och närstående eller andra berörda har möjlighet att skicka in synpunkter och klagomål via kommunens hemsida och skickas vidare till förvaltningschef eller MAS som därefter informerar berörd enhetschef.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som lämnat in klagomålet utifrån rutin om denne inte är anonym. Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

## Synpunkter och klagomål, patienter och närstående

*SFS (2010:659) 3 kap. 4 §*

Ansvarig chef, MAS eller MAR kontaktar den enskilde och/eller närstående när klagomål eller allvarligare händelser har inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.

## 12. Sammanställning och analys av rapporter

*SOSFS (2011:9) 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. All personal har ansvar för att ta emot synpunkter och klagomål och förmedla vidare kontakt med ansvarig och aktuell verksamhet. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas.

### **Synpunkter och klagomål som har inkommit under 2025 handlade om:**

Under 2025 har klagomål och synpunkter inkommit till kommunen, främst kopplade till hemtjänstgruppen. Det har inkommit klagomål på att hemtjänsten inte har åkt till enskild när de har larmat. Missnöje har också framförts gällande personlig omvårdnad och i samband med duschsituationer.

Vidare har bristande kontinuitet bland personal påtalats, med många olika medarbetare involverade i insatserna. Det har också framförts synpunkter på bristande kunskaper i svenska språket hos vissa medarbetare. Brister i säker förflyttning har uppmärksamats. Utöver detta har klagomål rört praktiska insatser såsom tvätt och städ, där kvaliteten upplevts som otillräcklig eller där insatser inte genomförts enligt överenskommelse.

Inom hemsjukvården har det inkommit klagomål från enskild som uppger att de inte vet vart de ska vända sig för att få rätt vård. Hen har upplevt att vårdcentralen hänvisar till kommunen och kommunen hänvisar till vårdcentralen.

- **Lex Maria anmälan:**

Två Lex Maria har rapporterats till IVO under året. Den ena handlade om att trygghetslarm stängdes av utan uppföljning. Här gjordes även en Lex Sarah. Den andra handlade om skada/fraktur i samband med förflyttning.

- **Internutredning**

Det har utförts ett par internutredningar som inte rapporterades till IVO. Det togs fram åtgärdsförslag och handlingsplan tillsammans med ansvarig chef.

- **Avvikelse mellan kommunen och regionen**

Avvikelse mellan kommunen och regionen under året har bland annat handlat om brist på fysioterapeut. Att de som bor på särskilt boende eller är under 65 år i ordinärt boende inte har fått någon hjälp från fysioterapeut. Ordinarie fysioterapeut är föräldraledig och vårdcentralen har inte lyckats att rekrytera. Även i ordinärt boende har insatserna varit begränsade, trots hjälp från Karlskoga. Det har också varit brister i vårdprocessen vid utskrivning. Läkemedelslistor som inte stämmer, slutanteckningar saknats och recept som inte har förskrivits av utskrivande läkare. Dessa skickas vidare till regionen av medicinskt ansvariga för vidare hantering.

Ny riktlinje gällande avvikelser i samverkan är framtagen och börjar gälla 1 januari 2026. Detta för att få en gemensam bild av inkommande avvikelser mellan kommun och region. Tillsammans förebygga brister i ett gemensamt lärande och förbättringsarbete.

## 13. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

*PSL (2010:659) 3 kap. 10 § p 1-2*

### **Lex Maria och Lex Sarah**

Medicinskt ansvariga har under året gjort några större utredningar (Lex Maria och Lex Sarah) samt internutredning utifrån allvarliga händelser som har rapporterats in via avvikelssystemet. Dessa har mynnat ut i åtgärds-/ handlingsplaner som har arbetats med så att det inte ska hända igen.

Utifrån patientsäkerhetsberättelsen så upprättas årligen en handlingsplan utifrån de målområden som framtagits. Detta arbete gör medicinskt ansvariga tillsammans med chefer i socialförvaltningen. Det tas gemensamt fram olika aktiviteter som ska arbetas med under året. Handlingsplanen följs upp regelbundet på chefsträffar av medicinskt ansvariga och resultat redovisas till socialnämnd.

Nedan följer en redovisning över vad som gjorts och vad som är på gång inom varje målområde:

## 1. Höja kompetensen

Under året har ombudsbeskrivningar tagits fram för de flesta ombudrollerna, och ett arbete har även påbörjats med att tillsätta personal till de olika uppdragen. Kommunen använder Smartskills, som införskaffades 2024, och som innehåller ett brett utbud av webbutbildningar där genomförda utbildningar registreras på individnivå. För att skapa struktur och långsiktighet har enhetscheferna tagit fram ett årshjul som tydliggör vilka utbildningar som ska genomföras under respektive månad. Utbildningar har även varit ett återkommande tema på årets APT. Under året har ett flertal utbildningsinsatser genomförts, bland annat inom förflyttning, lyft, BPSD-administratörsutbildning och psykisk hälsa.

Det har varit utbildning för alla medarbetare inom inkontinenshjälpmedel för att förstå inkontinensvård, produkter och arbetssätt. Utbildningen har hållits av produktspecialist från Tena och har bidragit till ökad kunskap och ett mer enhetligt arbetssätt i verksamheten. Uppföljning av arbetssättet har genomförts på APT under hösten för att säkerställa samsyn och fortsatt utveckling.

Två sjuksköterskor i hemsjukvården har vidareutbildat sig till distriktssköterska, varav en slutförde sin utbildning under hösten. Den ökade kompetensen stärker patientsäkerheten genom förbättrad medicinsk bedömning, ökad förmåga till tidig identifiering av försämringstillstånd. Under året har fem undersköterskor påbörjat vidareutbildning till specialistundersköterskor. Därutöver har nio medarbetare påbörjat utbildning till undersköterska, vilket bidrar till långsiktig kompetensförsörjning och stärkt kvalitet i verksamheten.

Under hösten har en ny modul för hälsoärenden införts i journalsystemet Treserva, vilket har medfört att HSL-personalen fått utbildning i dokumentation. För att ytterligare stödja personalen har superusers utsetts, som fungerar som stöd och rådgivare i dokumentationsfrågor. Superusers har även arbetat med att ta fram mallar och frastexter, vilket bidrar till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation. Dessa åtgärder stärker informationsöverföring och ökar patientsäkerheten.

Under 2026 planeras att superusers anordnar dokumentationsträffar för uppföljning av den nya modulen. Resultaten från träffarna kommer därefter att diskuteras med övriga kollegor på arbetsplatsträffar. Detta arbetssätt syftar till att kontinuerligt förbättra dokumentationsrutinerna, främja enhetlighet i journalföringen och stärka patientsäkerheten genom att säkerställa korrekt och strukturerad dokumentation i det dagliga HSL-arbetet.

Sjuksköterskorna har fått utbildning i journalsystemet MittVaccin. Systemet används i Region Örebro län där vacciner ges i samverkan med kommunen för att säkerställa en strukturerad och patientsäker hantering av vaccinationer genom korrekt dokumentation, spårbarhet, uppföljning och rapportering. Användningen av MittVaccin bidrar till ökad patientsäkerhet genom minskad risk för felregistrering, förbättrad informationsöverföring samt möjlighet till uppföljning av vaccinationstäckning.

## 2. Förbättra teamarbetet

Teamträffar hålls var 14:e dag på vård- och omsorgsboende och i hemtjänsten i syfte att öka teamsamverkan som i sin tur kan förbättra arbete med avvikelshantering, arbeta med riskförebyggande arbete och bemötande med hjälp av kvalitetsregistren. Ett arbete har påbörjats med att revidera rutinen för teamträffar i syfte att skapa en mer strukturerad och enhetlig teamträff med fokus på samverkan, informationsöverföring och patientsäkerhet.

Workshops har genomförts med sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschefer, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal med fokus på nära vård och teamsamverkan. Workshopen upplevdes som mycket uppskattade av medarbetarna och bidrog till ökad förståelse för varandras roller samt stärkt samarbete i teamen.

## 3. Förebyggande arbete

Under året har två medarbetare blivit nya certifierade utbildare inom BPSD.

Ursprungligen fanns en planering att utbilda hela enheter, vårdlag och legitimerad personal inom BPSD. Planeringen har justerats, och det erbjuds nu halvdagars utbildning inom demens och bemötande.

Flera insatser har påbörjats för att stärka förebyggande arbete och kompetens inom vård och omsorg. Ett fallpreventionsprojekt har startat och kommer under våren 2026 att genomföras på tre olika enheter inom vård- och omsorgsboende.

Det är planerat att all vård- och omsorgspersonal genomgår grundutbildning i Senior Alert, och utbildningen kommer att genomföras under början av året. Detta bidrar till ökad kunskap om riskbedömningar och förebyggande åtgärder.

Kompetensnavet har under året varit på plats i Degerfors och genomfört utbildningar i bemötande för vård- och omsorgspersonal samt utbildning för arbetsterapeuter kring NPF-diagnoser, vilket stärker både kompetens och kvalitet i verksamheten.

Som en del av det förebyggande arbetet erbjuds varje år personer från 80 år och uppåt ett hembesök för information om levnadsvanor, fysiska och sociala aktiviteter, fallförebyggande åtgärder samt kommunens och samhällets stödinsatser. Under året skickades brev till 127 personer, och 42 personer tackade ja till hembesök.

Projekt ”undersköterska med rehabiliteringsinriktning” har fortsatt även under 2025 med positivt utfall. Denna undersköterska hjälper och stödjer arbetsterapeuterna med delegerade uppgifter som till exempel; hämta hjälpmedel, lämna ut vissa hjälpmedel, utför handträningar och ADL- träning. Detta redovisas regelbundet för socialnämnd. Undersköterska är anställd 40% i projektet och sedan 60% i Kompetensnavet.

Det har startat upp ett projekt med ett ”handledarteam” i västra länsdelen med två undersköterskor för att handleda i det patientnära arbetet. Syftet är att kunna erbjuda behovsriktad handledning i praktiskt lärande till personal hemma hos de enskilda i ordinärt och särskilt boende. Under 2025 har handledarteamet haft 32 ärenden i Degerfors kommun. De flesta ärenden har varit kopplade till bemötande vid demenssjukdom. Utöver detta har palliativa handledningstillfällen genomförts samt insatser kring förflyttning och basal omvårdnad. VR-glasögon har vid några tillfällen testats i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende.

Vidare har utbildningar genomförts inom vitala parametrar och kompressionsbehandling för att stärka kompetensen hos medarbetarna. Under 2025 har handledarteamet arbetat heltid med handledning men under 2026 kommer uppdraget att delas. 50 procent av arbetstiden är fortsatt förlagd till uppdraget i handledarteamet och resterande 50 procent till Kompetensnavet.

Kompetensnavet är en läns gemensam satsning i Örebro län med syfte att stärka kompetensen hos personal inom vård, omsorg och funktionsstöd. Alla länets kommuner deltar i samarbetet, med Örebro kommun som projektägare. Genom Kompetensnavet erbjuds strukturerad kompetensutveckling för både baspersonal och legitimerad personal, med fokus på att öka kvaliteten och säkerheten i verksamheterna. Utbildningarna sker ute i kommunerna och bygger på praktisk träning med simulering i realistiska vårdsituationer. Detta ger deltagarna möjlighet att träna färdigheter, stärka sin yrkesroll och utveckla samarbete i team, samt reflektera över sitt handlande i en trygg miljö. Utbildningarna omfattar flera yrkesgrupper och anpassas efter verksamheternas behov. Innehållet kan till exempel handla om kliniska färdigheter, bemötande, dokumentation, hygienrutiner och samverkan mellan professioner. Kompetensnavet bidrar därmed till en mer likvärdig och samordnad kompetensutveckling i länets kommuner. Projektet pågår under perioden 2025–2027 och finansieras gemensamt av kommunerna i Örebro län samt med medel från Europeiska socialfonden. Målet är att långsiktigt stärka medarbetarnas kompetens och därigenom bidra till god och säker vård och omsorg för invånarna.

I oktober 2025 genomfördes en mätning av kommunal primärvård för att tillgodose att invånarna får en trygg, säker, planerad hälso- och sjukvård. Mätningen riktar sig till enskilda över 65 år i ordinärt boende och genomförs av legitimerad personal. Samtliga kommuner i länet genomförde mätningen vilket möjliggör en strukturerad och jämförbar sammanställning av data. Degerfors kommun genomförde dock mätningen manuellt, då KVÅ-koder saknades i journalsystemet vid mättillfället. Ensolution redovisade resultatet efter mätningen till socialchef, medicinskt ansvariga och HSL- chefer. Analysen utgör ett viktigt underlag för att bedöma vårdtyngdens utveckling över tid, identifiera eventuella skillnader mellan kommunerna samt se över behov av anpassningar i bemanning och arbetssätt. Resultatet visade att Degerfors kommun har en relativt hög andel patienter i hemsjukvård och en hög vårdtyngd, men kostnaden per patient ligger ändå under regionsnittet.

## 14. Övergripande mål för 2026

Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård 2025–2030 är framtagen för att stödja och samordna patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Målet är att inga patienter ska drabbas av vårdskador. Planen visar hur vårdgivare kan arbeta systematiskt för säker vård, med fokus på ledning, säkerhetskultur, kompetens och patientens delaktighet. Fem fokusområden har identifierats för att hjälpa verksamheter att utveckla och förbättra patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer: Öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling, öka riskmedvetenhet och beredskap. Av dessa fem fokusområden kommer verksamheten att jobba med följande två målområden:

### **Tillförlitliga och säkra system och processer**

För att vården ska vara säker behöver de system och processer som används vara tillförlitliga, enhetliga och kunskapsbaserade. Fokus ligger på att rutiner, arbetssätt och dokumentation fungerar så att rätt vård ges på rätt sätt.

### **Säker vård här och nu**

Detta område handlar om att i det dagliga arbetet ha förmågan att upptäcka risker, reagera på förändringar och agera för att förebygga vårdskador i stunden. Det innefattar medvetenhet om patientsäkerhetsrisker, kompetens hos medarbetare och att vidta rätt åtgärder när problem uppstår.