



# Patientsäkerhetsberättelse

## Söderköpings Kommun

### 2025



Datum 260117

Ansvarig för innehållet Mona Hedestig

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Söderköpings kommun.

Diarienummer SOC/2026-00007

## Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

*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"

# Innehåll

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SAMMANFATTNING .....                                                                                     | 4  |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....                                                       | 5  |
| Engagerad ledning och tydlig styrning .....                                                              | 5  |
| Övergripande mål och strategier 2025 .....                                                               | 5  |
| Organisation och ansvar.....                                                                             | 6  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador.....                                                              | 6  |
| Informationssäkerhet .....                                                                               | 7  |
| Strålskydd .....                                                                                         | 8  |
| En god säkerhetskultur.....                                                                              | 8  |
| Adekvat kunskap och kompetens .....                                                                      | 8  |
| Patienten som medskapare .....                                                                           | 9  |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....                                                                                | 10 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador .....                                                               | 17 |
| Avvikelser mellan vårdgivare - till och från regiondriven vård inklusive den vård de<br>upphandlat ..... | 18 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer .....                                                      | 19 |
| Säker vård här och nu.....                                                                               | 20 |
| Riskhantering.....                                                                                       | 21 |
| Stärka analys, lärande och utveckling .....                                                              | 21 |
| Avvikelser .....                                                                                         | 21 |
| Klagomål och synpunkter .....                                                                            | 22 |
| IVO-granskning .....                                                                                     | 22 |
| Verksamhetsuppföljningar .....                                                                           | 22 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap .....                                                                  | 22 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....                                                     | 23 |
| 1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet .....                                          | 23 |
| 2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering .....                                                         | 23 |
| 3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet.....                                                          | 24 |
| 4. Säker informationsöverföring mellan HSL och SOL .....                                                 | 24 |
| Ordförklaringar.....                                                                                     | 26 |

## SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet inom kommunens hälso- och sjukvård har under 2025 utvecklats i positiv riktning och målen för året bedöms till stora delar vara uppfyllda. Arbetet har stärkts genom förbättrad avvikelshantering, där både antalet vårdskador och läkemedelsrelaterade avvikelser har minskat markant. Införandet av läkemedelsautomater har bidragit till ökad patientsäkerhet, bättre resursutnyttjande och ökad självständighet för patienter.

Antalet rapporterade vårdskadeavvikelser har minskat kraftigt, samtidigt som andelen hanterade avvikelser har ökat till 98 procent. Minskningen är särskilt tydlig inom läkemedelsområdet, där läkemedelsautomater visat god effekt. En allvarigare vårdskada avseende fördröjd vård har utretts och anmälts till IVO, som bedömt vidtagna åtgärder som tillräckliga. I övrigt har inga IVO-ärenden förekommit under året.

Kompetens och struktur inom patientsäkerhetsarbetet har förbättrats genom utbildningsinsatser, utvecklad chefsintroduktion och ökad användning strukturerad kommunikation (SBAR). Söderköpings kommun har under året tilldelats utmärkelsen Guldkommun i Senior Alert inom SÄBO och LSS, vilket visar på ett väl fungerande förebyggande arbete.

Samtidigt kvarstår viktiga utvecklingsområden. Användandet av Senior Alert behöver utvecklas vidare, liksom utbildningsinsatser för chefer och omvårdnadspersonal. En central patientsäkerhetsutmaning är fortsatt informationsöverföring och dokumentation inom hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänst (SoL), särskilt kopplat till dokumentation och behörigheter i verksamhetssystemet. Nuvarande journalsystem begränsar tillgången till viss information. För kommande år ligger fokus på ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete, fördjupad analys av avvikelser på systemnivå, fortsatt utveckling av läkemedelshanteringen, ökat fokus på fallavvikelser samt säkrare och mer tillgänglig dokumentation.

Sammanfattningsvis bedöms patientsäkerhetsarbetet ha stärkts under 2025, med tydliga förbättringar inom läkemedelshantering, avvikelseprocesser och säkerhetskultur, samtidigt som flera strukturella utvecklingsområden kvarstår inför kommande år.

# 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 2025

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

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Mål och strategier för 2025 har till stor del uppfyllts. Färgmarkeringarna nedan visar på måluppfyllelse där grönt innebär att målet är helt uppnått och gult att det är delvis uppnått.

- Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet.
  - Alla avvikelser är hanterade i avvikelssystemet och åtgärder har vidtagits och diskuterats i APT.
  - Handlingsplaner efter genomförda riskanalyser följs upp i hög omfattning.
  - Chefsutbildningen i patientsäkerhet som MAS håller i har utvecklats.
  - Resultatet med ökad självständighet genom att minska invånarnas behov av hemtjänst- och boendeinsatser i projektet ”Äldres hälsa och välbefinnande” har inte kunnat ses ännu eftersom projektet är långsiktigt och enbart är i uppstartsfas. Men satsningen är på gång och följer planen.
    - Kvarstår 2026 att fånga risker på ett bättre sätt i avvikelssystemet och utveckla arbetet avvikelseanalys på aggregerad nivå.
- Ökad säkerhet kring läkemedelshantering
  - Antalet läkemedelsautomater har ökat och i och med det har läkemedelsmissar minskat i omfattning. Därmed har läkemedelshanteringen blivit säkrare.
  - Andelen hanterade läkemedelsavvikelser är 98% mottagna och målet var att öka till 100% år 2025. Uteblivet läkemedel och utebliven signering är de vanligast förekommande avvikelserna.
  - En säkrare hantering av läkemedel och på sikt minskat antal läkemedelsavvikelser. Nu finns ca 30 aktiva läkemedelsautomater igång inom ordinärt boende. Av 24 489 givna läkemedelsdoser är enbart 94 doser missade, motsvarande 0,38% vilket är en stor förbättring.
  - Delegeringsprocessen har reviderats och fler klarar proven.
    - Kvarstår: Fler analyser av avvikelseområden på aggregerad nivå för att få koll på var läkemedelshanteringen brister fortsättningsvis.

## ■ Säkerställa kompetens i patientsäkerhet.

Socialförvaltningens verksamheter har en förbättrad kompetens i patientsäkerhet. Den del som brister är involveringen av omvårdnadspersonalen i Senior Alert inom hemtjänstens område.

- SBAR-utbildning för legitimerad personal och omvårdnadspersonal finns i Evikomp och teamträffar i hemtjänsten har utvecklats till att omvårdnadspersonal rapporterar om aktuell patient enligt SBAR.
- Söderköping är utsedd till Guldkommun av Senior Alert i verksamheterna SÄBO och LSS.

Behov att öka användandet av Senior alert.

- ❖ Utbildning för omvårdnadspersonal och chefer inom hemtjänsten.
- ❖ Skapa arbetssätt

## ■ Säker informationsöverföring mellan HSL och SOL

Utmaningen att ha tillgång till den dokumentation som behövs för att utföra ett gott arbete kvarstår då journalsystemet är uppdelad i en SOL och en HSL-journal. Ett arbete är påbörjat för att identifiera vad behoven är och hur de ska kunna tillgodoses på ett säkert sätt i befintliga strukturer för dokumentation. Ett steg som också tagits är införandet av SBAR-struktur i teamträffarna i hemtjänsten, vilket kommer att vara till nytta i det fortsatta arbetet.

- Kvarstår: Inväntar lösningar från Tieto gällande dokumentation i Lifecare utifrån Samordnad vård- och omsorgsdokumentation (SVOD)
  - För lösningar med utökad läsbarhet behöver arbetssätt formas, utbildningsinsatser genomföras och struktur för loggkontroller göras. Även rutiner för samtycke behöver klargöras.

## Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård respektive verksamhetschef för privat utförare inom hälso- och sjukvård ansvarar för patientsäkerhetsarbetet tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och enhetschefer i hälso- och sjukvården.

Varje enhetschef inom äldreomsorg och LSS-verksamheter ansvarar tillsammans med patientansvarig sjuksköterska för den hälso- och sjukvård som bedrivs på respektive enhet, enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Omvårdnadspersonal är i vissa avseenden hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas då av Patientsäkerhetslagen.

Stödfunktioner som finns tillgängliga genom samverkan med Region Östergötland är smittskydd och vårdhygien samt Patientnämnd.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns samverkansarenor för patientsäker vård och omsorg internt och externt. Intern samverkan finns mellan socialförvaltningens olika verksamheter som regleras av olika lagrum (HSL, LSS och SOL) på de olika ledningsnivåerna inom socialförvaltningen och även mellan legitimerad personal och utförarenheternas omvårdnadspersonal samt med myndighetsutöversidans handläggare.

Samverkan finns även på olika nivåer mellan kommunen och andra kommuner i Östergötland, privata vårdgivare samt Region Östergötland, från den högsta politiska- och tjänstepersonsledningen till länsdelsvisa samverkans forum. Några exempel är Samråd vård och omsorg (SVO), Ledningsgrupp för vård och omsorg (LGVO), medicinskt ansvarig ledningsgrupp (MALG), palliativ vård, samverkans forum för journalsystemet Cosmic och samverkan kring utskrivningsprocessen i östra länsdelen.

Det finns även samverkan mellan socialchefer, socialchefsnätverket, i Östergötland.

En viktig samarbetspart är kommunens enda vårdcentral där samverkan finns på ledningsnivå och mellan legitimerad personal i de olika verksamheterna.

Avvikelse gällande vårdskador och risk för vårdskador som har uppdragats i övergångarna mellan vårdgivare lämnas till MAS för sammanställning och analys. Olika samverkansformer har under åren provats med syfte att se trender och kunna arbeta systematiskt med förbättringar kopplat till de avvikelser mellan vårdgivare som identifieras. Kommunernas MAS och MAR träffas tillsammans med två avvikelssamordnarfunktioner inom Regionen ca 4 gånger per år och utifrån vad som framkommer i analysen bjuds kliniker eller avdelningar in för dialog kring fördjupad analys och förbättringar. Vissa processer har ett speciellt fokus när det gäller samverkan. Det är SVOP, korttidsvård, demensvård och läkemedelshantering.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Information är en viktig tillgång för Söderköpings kommun och informationssäkerhet handlar om att skapa och upprätthålla lämpligt skydd av information. För att skydda denna krävs ett säkerhetsmedvetande hos alla medarbetare. Alla medarbetare ska genomgå utbildning i ämnet via lärplattformen Evikomp.

Uppföljning av informationssäkerheten genomförs löpande genom IT-stöd då information till störst del handhas i IT-baserade system ex Lifecare. Även utvärderingar av skydd mot olovlig åtkomst har genomförts löpande genom IT-baserade system som övervakas av IT-avdelning med specialistkompetens. En tillgänglig informationssäkerhetspolicy som inkluderar drift, förvaltning och användare finns och IT-avdelningen har ett system, KLASSA, till stöd i bedömningar. Informationsklassning görs utifrån tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet. Vid upphandling av exempelvis medicinsktekniska produkter görs informationsklassning, riskanalys av informationssäkerhet och DPIA.

Vid verksamhetsuppföljningar som genomförs enligt framtagna treårsplaner har uppföljning kopplat till informationssäkerheten t.ex. kring förvaring och åtkomst av dokument gjorts.

Även journalgranskningar har genomförts enligt denna treårsplan.

Inför införandet av Cosmic messenger funktionen genomfördes en informationssäkerhetsklassning i samarbete med Region Östergötland och rutiner togs fram som säkerställer informationshanteringen.

Loggranskningar har genomförts i verksamhetssystemet Lifecare.

## Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Aktivt strålskyddsarbete är ej aktuellt inom verksamheten. I de fall mobil röntgen används gäller röntgensjuksköterskans anvisningar.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Medarbetares arbetsmiljö har haft ett stort fokus under året. Som en del i projektet "Äldres hälsa och välbefinnande" görs en satsning för att minska sjukfrånvaron i hemtjänsten och på så sätt öka både kvalitet och arbetsglädje. Till exempel har antalet fast anställda medarbetare inom hemtjänsten ökat samtidigt som antalet vikarier har minskat. Andelen utbildade undersköterskor har ökat (från 62% till 64,7) liksom kontinuiteten inom hemtjänsten. Detta är en viktig grund för det långsiktiga arbetet. Sjuktalet är fortsatt relativt lågt för hälso- och sjukvårdens medarbetare. (2,0 för korttidsfrånvaron, 8,1 totalt)



Inom kommunen finns engagerade politiker som efterfrågar förbättringar i patientsäkerhetsarbetet och detta är en styrka i förvaltningen.

Kunskapshöjande insatser inom patientsäkerhet har gjorts av MAS som utvecklat chefsintroduktionen.

Vid större förändringar och beslut genomförs riskanalyser, och handlingsplaner följs upp på ett systematiskt sätt.

Det upplevs fortfarande i viss mån, inom vissa verksamheter, att det inte finns tid att arbeta med exempelvis avvikelshantering på ett strukturerat och övergripande sätt, samt att avvikelshandlingen och bearbetningen sker lokalt utan att involvera fler verksamheter. Input från andra och gemensamt lärande uteblir.

Chefernas förutsättningar, framför allt i hemtjänsten, är på väg att förbättras genom att chefernas områden har minskat och man är inte längre lika "trångbodda".

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

En gemensam lärplattform, Evikomp, finns att tillgå. Där finns kommunens egna utbildningsdelar, men även utbildningar som skapats av och tillsammans med FOU-centrum och andra medverkande kommuner. Det finns olika utbildningsspår för nyanställda medarbetare och årlig repetition och fördjupning inom respektive verksamhetsområde (VO, LSS, HSL och chefer). Övriga utbildningsinsatser förläggs vanligen till avsatt tid i teamträffar vilket bedöms som ett vinnande koncept. En utmaning är att anpassa utbildningar efter alla medarbetares



förutsättningar, så som NPF-diagnoser och språksvårigheter samt att kunna följa upp och utvärdera kunskapsnivån i det praktiska arbetet med patienterna. Under året har det främsta utbildnings fokuset inom patientsäkerhet legat på kompetens inom hantering av läkemedelsautomater, förflyttningsutbildning och en förbättrad delegeringsprocess.

Utbildningsinsatser riktade till LSS gällande neuropsykiatriska diagnoser och lågaffektivt bemötande har

genomförts under året. Yrkesresan Funktionshinder har startat och kompetensutvecklingsinsatser har påbörjats. En utbildning kring bipolaritet har genomförts på Aspgården för omvårdnadspersonal och legitimerad personal. En utbildning i motiverande samtal har genomförts för legitimerad personal för att öka samtalskvalitet och struktur.

Arbetsmiljön är viktig i patientsäkerhetsarbetsarbetet. Många vårdverksamheter i länet har svårt att bemanna tjänster för legitimerad personal och när det gäller detta är vi stolta över att ha engagerade, motiverade medarbetare som trivs med sitt arbete och inga vakanta tjänster. Detta är en viktig resurs att värna om och tillvara medarbetares unika kompetens i utbildningssammanhang. Under året har en medarbetarundersökning genomförts med mycket goda resultat bland legitimerad personal. En medarbetare har genomfört demensutbildning 7,5 HP för att öka kvalitet för patienter med kognitiv svikt.

## Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

I det dagliga arbetet involveras patienten och anhöriga inom samtliga verksamhetsområden då mål formuleras och utvärdering av vården görs tillsammans. Hälsoplaner (behandlingsplaner och utredningsplaner) skapas i samverkan mellan legitimerad personal, enskild patient och eventuella närstående. I hälsoplanerna finns mål för problemområdet och en plan för uppföljning. Detta arbetssätt finns inom samtliga vårdverksamheter och omfattar även omvårdnadspersonalens genomförandeplaner.

Samtliga synpunkter och klagomål som inkommer hanteras enligt kommunövergripande rutin inom 30 dagar och diarieförs. Fokus i arbetet är att finna förbättringar på systemnivå och göra effektiva åtgärder som förebygger att händelser sker igen.

Patienter och närstående påverkar genom:

- Synpunkter och klagomål
- Verksamhetsuppföljningar
- Brukarenkät
- Brukarråd (FUB, pensionärråd)
- Brukarråd på enheten.
- Personliga ombud

Senior alert  
Patientnämnden  
Anhörigträffar

Förutsättningar för delaktighet:

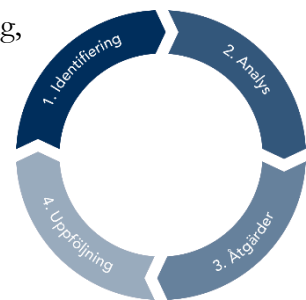
Tydliga kontaktvägar till verksamheten  
Tillgång till offentliga handlingar  
Informationsbrev (ser olika ut på olika enheter)

## 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.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Nedan följer vi olika utvecklingsdelar utifrån Identifiering av resultat, analys, åtgärder och uppföljning av åtgärder. Det finns mycket statistik och viss uppföljning görs, men analys och bearbetning av resultatet utförs inte på mikro (verksamhetsnivå), meso (verksamhetsområdesnivå) eller makronivå (socialförvaltningsnivå).



### Vårdhygien

- Identifiering. Punktprevalensmätningar och mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner (PPM-BHK)  
Mätningar har genomförts, genom registrering ett egenframtaget enkätverktyg, under året. Detta har gjorts av vissa enheter och andra har mätt ytterst sporadiskt. Under 2024 och början av 2025 sjönk antalet observationer i verksamheterna och så även följsamheten. Under slutet av 2025 har trenden vänt, flera enhetschefer har gjort ett nytag genom bland annat att prioritera arbetet och säkerställa utbildning vilket gett resultat.  
En HALT-mätning har genomförts på de kommunala boendena. Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Resultatet från 2025 har inte kommit ännu .  
Under året har en regional vårdhygiengrupp bildats, bestående av representanter för Region Östergötlands enhet för vårdhygien och olika funktioner (chefer, sjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor) från de 13 kommunerna. Fokus för gruppen nu i första läget är att få till ett systematiskt arbete i alla kommuner, stötta varandra och sprida goda exempel.  
Vårdhygien PPM-BHK: Under året har brister identifierats i såväl antalet observationer som följsamhet och fler orsaker kan ses som troliga. Dock ser vi en svagt positiv trend.

- Många omfattande organisationsförändringar har genomförts vilket gör att fokus på BHK sjunker
  - Bristen på ett bra system för att kunna följa statistiken, analysera och jämföra är försvårande för arbetet
  - Tidsåtgång att ta fram statistik har bidragit till sämre analys
- HALT-mätningen visar ett gott resultat även om det enbart ger en ögonblicksbild.
- Åtgärder. Bristande följsamhet till PPM-BHK lyfts på chefsmöten och det finns en plan framtagen för att öka följsamheten i och med hygiengruppens arbete. Ledning behöver efterfråga resultat från mätningar för att upprätthålla fokus på vårdhygien. Insikter om brister är grunden för att kunna arbeta med åtgärder för bristerna. SKR har planer på att återinföra ett nationellt system för mätningarna, vi bevakar frågan. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har tillsatt två hygienombud och har ett ökat fokus på hygienutvecklande arbete under 2025 tillsammans med övriga verksamheter och MAS.
  - Uppföljning av åtgärder. Månadsvisa mätningar av PPM-BHK. Resultatet följs upp månadsvis av MAS genom granskning av följsamhet och dialog med verksamhetschef och enhetschef via digitala möten och mail. MAS har också dialog med enhetschefer och hygienombud efter behov. Verktöget PPM-BHK har upphört och det finns förhoppningar om att nytt verktyg ska tas fram. Följs upp i nästa patientsäkerhetsberättelse samt genom checklista för vårhygienisk egenkontroll.

## **Dokumentation.**

- Indentifiering. Journalgranskning görs regelbundet enligt framtagen mall och plan.
- Analys. Strukturerad journalgranskning har gjorts under 2025. Det ses en fortsatt utmaning i att formulera sig och bli tillräckligt tydlig för de som ska utföra åtgärder. Kunskap i dokumentation och användning av journalsystemet är ibland bristfällig på utförarsidan. I verksamheter med nära dialog mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal i vardagen är möjligheten att överbrygga brister större. Ett arbete är genomfört för att standardisera hälsoplaner genom fler frastexter för att öka kvaliteten.
- Åtgärder. Dokumentation. Några medarbetare har anmält sig till utbildning i Markörbaserad journalgranskning (MJG)  
Verksamhetssystemet Lifecare. Fokus har legat på användandet av KVÅer (åtgärds-koder) och arbetet med ICFer (beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa) behöver utvecklas fortsättningsvis. Vi är konsumenter i NPÖ (nationell patientöversikt) och planerar att ta steget att bli producenter framöver. Ett arbete gällande behörigheter i HSL-journal för omvårdnadspersonal är påbörjat.
- Uppföljning av åtgärder. Journalgranskning är under utveckling. Arbetet med att skapa enhetliga arbetssätt kring dokumentation är påbörjat men behöver utvecklas mot ökad standardisering för att öka kvaliteten. Funktion för studentvidimering ska implementeras 2026.

## **Palliativ vård.**

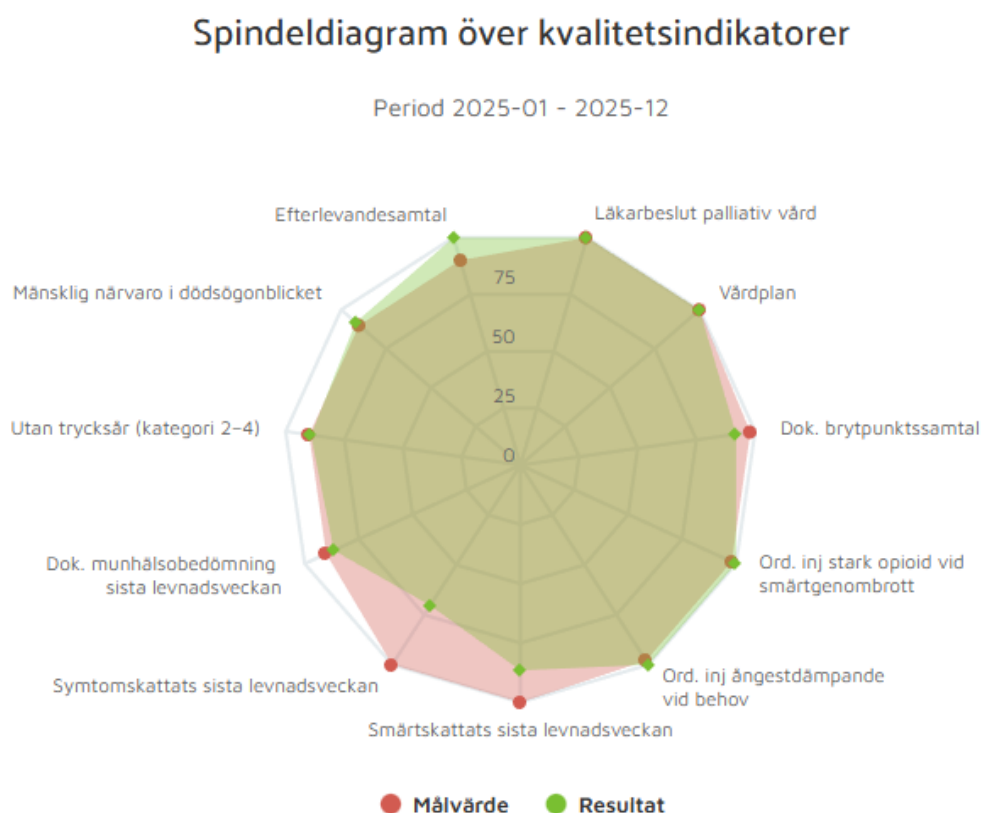
Identifiering. Det nationella palliativregistret används och man får ut data över kvalitetsindikatorer, här följer årets statistik.

Detta år redovisas nya sökord, "Läkarbeslut vid palliativ vård", "Efterlevandesamtal" samt "Symtomskattats sista levnadsveckan", de första två parametrarna når vi 100% på men symtomskattats sista levnadsveckan behöver fortsätta arbetas med då den bara når ca 70%.

Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan har senaste året gått upp från ca 80% till ca 86%, en fortsatt förbättring behövs dock för att nå det nationella målet på 90%. Samma förändring till det bättre ses under smärtskattning sista levnadsveckan, en ökning från ca 80% till ca 86%, målvärdet nationellt är dock 100% under denna parameter. Angående närvaro i dödsögonblicket har vi ca 92% vilket når det nationella målet på 90%, men här i Söderköping är målvärdet 100% närvaro. Ett brytpunktssamtal finns dokumenterat vid ca 92% av fallen, där målet är 100%. "Utan trycksår (kategori 2-4)" har sjunkit något till ca 89% vilket är strax under målet.

Vårdplan och läkarbeslut kring palliativ vård finns hos samtliga patienter, även ordination kring palliativa injektioner för att dämpa smärta och ångest finns hos samtliga patienter.

Nedan finns spindeldiagram samt tabell för kvalitetsindikatorerna



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

| Kvalitetsindikator                         | Resultat | Målvärde | Antal utförda | Antal väntade dödsfall |
|--------------------------------------------|----------|----------|---------------|------------------------|
| Läkarbeslut palliativ vård                 | 100,0    | 100      | 37            | 37                     |
| Vårdplan                                   | 100,0    | 100      | 37            | 37                     |
| Dok. brytpunktssamtal                      | 91,9     | 98       | 34            | 37                     |
| Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott  | 100,0    | 98       | 37            | 37                     |
| Ord. inj ångestdämpande vid behov          | 100,0    | 98       | 37            | 37                     |
| Smärtskattats sista levnadsveckan          | 86,5     | 100      | 32            | 37                     |
| Symtomskattats sista levnadsveckan         | 70,3     | 100      | 26            | 37                     |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan | 86,5     | 90       | 32            | 37                     |
| Utan trycksår (kategori 2-4)               | 89,2     | 90       | 33            | 37                     |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket         | 91,9     | 90       | 34            | 37                     |
| Efterlevandesamtal                         | 100,0    | 90       | 37            | 37                     |

Figur 1. Från palliativa registret

- Analys. Palliativregistrets resultat visar mestadels en förbättring under 2025 men nya sökord gör det svårare att jämföra med tidigare år.

Vi tror att delar av kvalitetsindikatorerna utförs men att det är bristande dokumentation som gör att vi inte når upp till målen. Vi har jobbat med, men behöver också ta omtag kring omvårdnadsmappen, samt gå igenom den igen med registrerande HSL-personal, speciellt med tanke på att det nu finns fler parametrar i registret som behöver fyllas i efter ett dödsfall. Angående parametern ”utan trycksår” så görs det ingen skillnad på om trycksåren uppkommit i samband med livets slutskede eller om de funnits där en längre tid, vilket man bör ta i beaktning för om man ska använda denna parameter som en indikation för god palliativ vård.

Under året har vi också identifierat ett område som kan skilja sig lite mellan kommuner, hur man ser på brytpunktsbedömningar och 0-HLR från sjukhus, om det behöver bekräftas av Vårdcentral när patienterna skrivs ut eller inte.

- Åtgärder.  
Utbildningar för omvårdnadspersonal hålls fortlöpande och vi vill nå ett högre deltagande, kanske genom att erbjuda fler tillfällen samt att samarbeta med VO-området så att deltagarna får tid att gå.  
Vi behöver gå igenom registreringsprocessen igen med HSL-personal för att säkerställa att alla registrerar på samma sätt i palliativregistret, med tanke på ny personal i arbetsgruppen och nya sökord i palliativregistret.  
Palliativ samverkansgrupp med MAS.

Säkerställ information till HSL-personal när nya riktlinjer eller förtydliganden finns, t ex genom informationstillfällen på APT.

Medverka på palliation sydöst som anordnas av RCC; Regionalt Cancer Centrum och sprid information och kunskap till medarbetare.

- Uppföljning av åtgärder. Palliativregistret följs och resultat behöver kommuniceras till berörda verksamheter. Fortsatt fokus på standardiserat arbetssätt och uppföljning av avvikelser inom området.

#### Senior alert.

- Identifiering. Registret används framför allt inom SÄBO och LSS. Fler bedömningar registrerats jämfört med föregående år. Bakomliggande orsaker till risker har dokumenterats i högre grad och åtgärdsplaner finns i ökande andel av fallen, jämfört med föregående år. För detta goda arbete har Söderköpings kommun tilldelats utmärkelsen Guldkommun av Senior Alert.

|                                  |               |            |                                       |               |            |
|----------------------------------|---------------|------------|---------------------------------------|---------------|------------|
| <b>Risikbedömningar med risk</b> |               |            | <b>Bakomliggande orsaker vid risk</b> |               |            |
| <b>Total</b>                     | <b>Kvinna</b> | <b>Man</b> | <b>Total</b>                          | <b>Kvinna</b> | <b>Man</b> |
| 203 av 221                       | 122 av 133    | 81 av 88   | 183 av 203                            | 114 av 122    | 69 av 81   |
| 92 %                             | 92 %          | 92 %       | 90 %                                  | 93 %          | 85 %       |

|                             |               |            |                                  |               |            |
|-----------------------------|---------------|------------|----------------------------------|---------------|------------|
| <b>Åtgärdsplan vid risk</b> |               |            | <b>Utförda åtgärder vid risk</b> |               |            |
| <b>Total</b>                | <b>Kvinna</b> | <b>Man</b> | <b>Total</b>                     | <b>Kvinna</b> | <b>Man</b> |
| 190 av 203                  | 117 av 122    | 73 av 81   | 111 av 149                       | 78 av 103     | 33 av 46   |
| 94 %                        | 96 %          | 90 %       | 74 %                             | 76 %          | 72 %       |

Figur 2. Ur offentlig data Senior alert registret.

- Analys. Senior alert kvalitetsregister. Användningen av det resultat som framkommer har förbättrats, vilket är glädjande.
- Åtgärder. Senior alert: Insatser behövs för att kommunicera resultat och öka kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen framför allt inom hemtjänsten. Detta för att öka kunskapen om nyttan med verktyget och varför alla moment behövs. Förståelsen för det proaktiva arbetet i omvårdnadsprocessen och vikten av att säkra patientens vård framåt behöver säkerställas i teamträffar. Förflyttningen av registrering i systemet, från legitimerad personal till omvårdnadspersonal medför ökad förståelse. I verksamheter där Senior alert är en naturlig del i teamträffar och på teamkonferenser ses en ökad registrering och uppföljning.
- Uppföljning av åtgärder. Senior alert: Kommunikation kring resultat och nytta behöver öka. Ett arbete kring användande av Senior alert behöver utvecklas och involvera omvårdnadspersonal i ordinärt boende. Riskinventeringar för yngre personer inom LSS området behöver ses över och vara evidensbaserat.

#### Läkemedelshantering.

- Identifiering. Införande av läkemedelsautomat är genomfört inom ordinärt boende. Detta med mål att minska behov av delegerad personal, öka patientsäkerheten genom att öka patienters självständighet, förbättra arbetsmiljön för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor samt att öka teamsamverkan. Under året har införandet av så kallat "assisterat läge" påbörjats. Planer finns även att inventera behovet av läkemedelsautomater inom LSS-verksamheten. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är genomförd av apoteket. Resultatet visar på ett gott arbete i hanteringen av läkemedel. Vi behöver dock skapa en förbättrad rutin för uppföljning av vid-behovs ordinationer, samt för rensning/kontroll av utgångna läkemedel hos patienterna.

- Analys. Införandet av läkemedelsautomater är gjort i hemsjukvården men behöver fortsatt bli en naturlig del i arbetet. Införandet av ”assisterat läge” har provats i några fall och en strukturerad kartläggning av lämpliga personer är planerad till 2026.

Genom förbättrad delegeringsprocess har kunskap och kompetens säkerställt över året och har lett till bättre resursanvändning. Fler klarar delegeringsutbildningen på första försöket. En ökad ömsesidig förståelse för läkemedelsdelegering ses i chefsgruppen med ökat patientsäkerhetsfokus.

Den genomförda kvalitetsgranskningen som apoteket genomfört visar på områden där rutiner behöver förbättras och verksamheten gör samma analys.
- Åtgärder. En av framgångsfaktorerna i framgångsrik delegering är förberedelserna inför provet. Det arbetssättet hade en period tappats i hemtjänsten och behöver återupptas, utvärderas och utvecklas.

I nuvarande arbetssätt ska medarbetaren förberedas på enheten inför provet vilket har skapat ökad trygghet och säkerhet. Fortsatt fokus ligger främst på nya medarbetare och de som underkänns vid första försöket.

Läkemedelsautomater i hemsjukvården har övergått till förvaltning och fokus ligger fortsättningsvis på att det blir ett förstahandsval vid nya läkemedelsövertag.

Revidering av rutiner kring uppföljning av vid-behovsläkemedel samt hantering av utgångna läkemedel hos patient ska påbörjas under våren 2026.
- Uppföljning av åtgärder. Läkemedelshantering. Fler klarar delegeringsprovet. Vi behöver fortsatt följa upp den nya delegeringsprocessen och säkerställa att behovet av delegerad personal tillgodoses under hela året.

Läkemedelsskåp med digitalt lås var tänkta att införas i ordinärt boende men införandet stoppades på grund av tekniska problem. Införandet behöver återupptas.

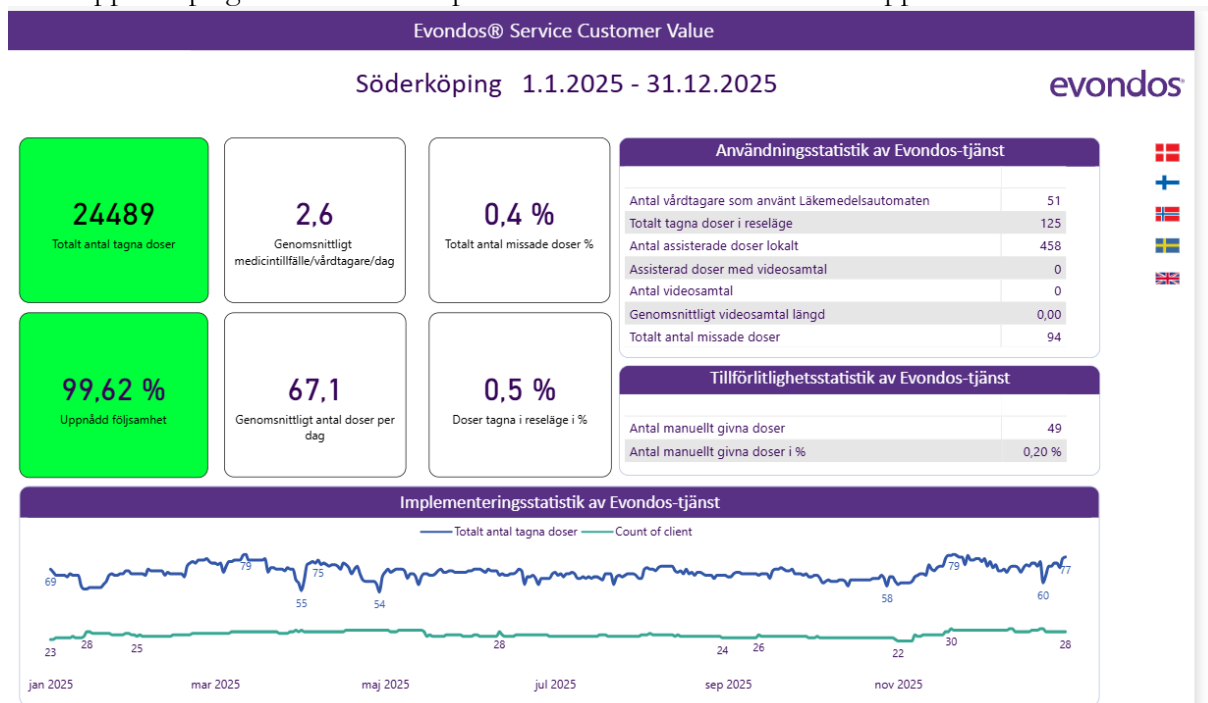


Bild visa sammanställning av läkemedelsavvikelse i förhållande till antal givna doser via läkemedelsautomat.

## Demensvård

- Identifiering. Stärka förutsättningar för god demensvård. BPSD är ett nationellt kvalitetsregister som ingår i regeringens satsning för ”Bättre liv för sjuka äldre”. Symtomen ger en försämrad livskvalité och registrets syfte är att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom, genom att minska symtomen. BPSD bygger på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för en god och säker vård vid demenssjukdom och evidensbaserad forskning. I BPSD-skattningarna ligger Söderköping bra till både i riket och i Östergötland. Medelvärde 19,7 poäng, Östergötland 20,7 och riket 19,7, vilket visar att vi har patienter med svåra symtom i paritet med riket och ligger något bättre än länet. Dementsteamet har förstärkts och uppdraget har tydliggjorts. Ytterligare en utbildare i BPSD-arbetet har tillkommit. För närvarande är väntetiden enbart 2-3 veckor för demensutredningar vilket är en stor förbättring. Under året har 66 demensutredningar och 27 uppföljningar genomförts, på uppdrag från primärvårdsläkare. Boendetiden på Birkagårdens demensboende är högre än i riket.
- Analys. På Birkagården har ett aktivt arbete med bemötandeplaner och omvårdnadsåtgärder gjorts under året som bland annat ökat användandet av levnadsberättelser. Utbildningssatsningar har genomförts i samband med detta. Arbetet med demensuppföljningar har utvecklats och bygger i högre grad på teamarbete och anhörigas frågor och livssituation fångas på ett bättre sätt.
- Åtgärder. Ytterligare en sjuksköterska har gått 7,5 poängsutbildning i demens och förmedlar sina kunskaper till kollegor och omvårdnadspersonal. På Birkagården tillämpas Demenscentrums bedömningsmall vid teamträffar/teamkonferenser. Utbildningsinsatser i BPSD har genomförts, även anhörigutbildningar och samtalsgrupper har hållits. Planer finns för att utöka kompetensen inom demens och kognitiv svikt inom hemtjänstens personal.  
Uppföljning av åtgärder. Förutsättningar för god demensvård har ökat. Mallen från Svenskt demenscentrum har ökat användningen av levnadsberättelser. Tillgängliga platser på demensboende har tidigare varit otillräckliga men efter genomlysning av demensprocessen har situationen förbättrats.

## Sårvård

- Identifiering. Stärka förutsättningar för god sårhäkning och förebyggande av sår. Det har saknats en samlad bild av sår som den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för. En arbetsgrupp med sjuksköterska och arbetsterapeut har under året bildats för att skapa en nulägesbild, arbeta för en likvärdig hantering och gemensamma rutiner i arbetet med sår samt att säkerställa att dokumentationen är av hög kvalitet. Syftet är även att få ett ökat proaktivt arbete som motverkar sår och ge stöd till medarbetare. Man ska skapa arbetssätt som är lätta att tillämpa i det kliniska arbetet. Den samlade bilden av sår läget har kartlagts genom en trycksårsprevalensmätning (PPM-mätning) på ett SÄBO och i hemsjukvården. Av 31 patienter hade 16 risk för trycksår och av dessa hade 15 förebyggande insatser insatta sedan tidigare.
- Analys. Det uppdrag som arbetsgruppen fått 2025 har påbörjats. Förutsättningarna för en god sårhäkning har förbättrats genom utbildningsinsatser och implementering av sårutvärderingsverktyget TIME. Teamarbete i området mellan sjuksköterska och arbetsterapeut har varit gott. Gemensamma rutiner för vissa sårvårdsdelar har införts och en hälsoplan för sårvård är införd. Dokumentationen kring sår har förbättrats och ska utvärderas våren 2026.

Analysen av PPM-mätningen visar att riskbedömning och insättande av preventiva åtgärder fungerar bra och behöver fortsätta att uppmuntras. Vid journalgranskning kopplad till PPM framkom betydande svårigheter att följa en sammanhängande dokumentation från upptäckt av trycksår eller trycksårskrisk, via bedömning av sår och sårgrad, till val av behandling och förebyggande åtgärder. Dessa svårigheter är framför allt kopplade till att hälsoplaner används i begränsad omfattning. Detta har försvårat analys av faktorer såsom tid från upptäckt till insatt åtgärd, eventuell läkning, teamsamverkan samt val av behandlings- och preventiva strategier. Sammantaget innebär detta att det i nuläget är svårt att dra några tydliga slutsatser utifrån resultatet.

- Åtgärder som vidtagits. Detta arbete har initierats under året och kommer att fortsätta. Rutin för sterila omläggningar har skapats och utbildning har skett. Sårutvärderingsverktyget TIME är infört och en standardiserad hälsoplan har tagits fram för en mer evidensbaserad vård. Planering påbörjad för utbildning i sårvård enl vårdprogrammet för svårläkta sår. Arbetet enl STRAMA och vårdprogrammet för svårläkta sår påbörjat, med mål att minska antibiotikaanvändning vid infekterade sår. Vi planerar samarbete med VC för att påbörja behandling med lokalt verkande förband istället. Har även planerat in utbildning i kompressionsbehandling vid venös insufficiens.
- Uppföljning av åtgärder. En plan för arbetet 2026 behövs. Uppföljning av hur införd metod TIME fungerar och om införda rutiner fungerar bra och är tillräckliga ska utvärderas och skruvas på under våren 2026. Sårgruppen som mål att tillsammans med LifeCare-gruppen ta fram tydliga rutiner för dokumentation av trycksår. Syftet är att öka patientsäkerheten och stärka teamsamverkan kring patienten. Vidare framkom vissa oklarheter kring genomförandet av PPM-mätningen, bland annat gällande ansvarsfördelning och vilka moment som skulle utföras av vem. Detta har lett till att vissa bedömningar inte genomförts korrekt, främst avseende del 1 som är avsedd att fungera som en egen journalgranskning i syfte att öka sin egen kännedom om patienten. Dessa oklarheter kommer att tydliggöras inför PPM 2026.

## 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?

Antalet avvikelser har minskat och andelen hanterade avvikelser har ökat till att målet nästan uppnåtts. Detta antas bero på ett större fokus på avvikelshantering genom förbättringsarbete kring avvikelseprocessen och uppbyggnaden av avvikelshanteringen i Lifecare och införandet av läkemedelsautomater.

2025: Bearbetningen av avvikelser har förbättrats betydligt. Inom vårdskadeområdet har 405 avvikelser registrerats. En minskning med ca 68%.

Inom det området är antalet läkemedelsrelaterade avvikelser den största delen (194 st) och de har minskat med ca 59% sedan föregående år. Minskningen är sannolikt ett resultat av införandet av läkemedelsautomater.

Fallavvikelser är den näst största gruppen med 111 avvikelser. En djupare analys inom området behövs.

Andelen hanterade (mottagen) avvikelser kring vårdskador har ökat till 98% och målet var 100% år 2025.

En händelseanalys initierades 2024, kring vårdskada på grund av fördröjd vård och en IVO-anmälan gjordes i början av 2025. IVO återkopplade att de var nöjda med vidtagna åtgärder. För övrigt inga IVO-ärenden under året.

Inom hälso- och sjukvårdens samtliga enheter är alla avvikelser i avvikelssystemet under 2025 bearbetade och slutförda, totalt 117. Ungefär lika många som föregående år. Av dessa är 54 st riktade mot olika verksamheter inom Region Östergötland (se nästa rubrik). De åtgärder som är vidtagna har gjorts i samverkan med medarbetare i personalgruppen och återkopplas i veckobrev eller APT. Flertalet analyser är hanterade som händelsenära och har involverat både personal och patient. En stor del av avvikelserna gäller samverkan med Region Östergötland och vidare befordras till dem för hantering. Detta har bidragit till att Vrinnevisjukhuset och vårdcentralen i Söderköping vidtagit åtgärder.

Interna HSL-avvikelser är 63 st. Den största mängden avvikelser gäller läkemedelshantering och framför allt inom SÄBO-verksamheterna där avvikelseantalet har dubblats. Birkagården (23 st) och Aspgården (15 st). Den ökade mängden avvikelser kan härröras till bristande kontinuitet gällande sjuksköterskor och dessa behöver analyseras djupare. En positiv iakttagelse är att avvikelser nu i högre grad ställs till rätt organisation (Hälso- och sjukvård).

Riskområden finns inom samtliga delar av Socialförvaltningen och i vårdens övergångar samt i samverkan med andra vårdaktörer. Riskområden som identifierats under året är bland annat brister i SVOP-processen (Samordnad Vård och Omsorgs Planering).

## **Avvikelser mellan vårdgivare - till och från regiondriven vård inklusive den vård de upphandlat**

Under 2025 har avvikelser mellan vårdgivare fortsatt att utgöra ett viktigt underlag för analys av samverkan, informationsöverföring och ansvarsfördelning i vårdkedjan. Sammantaget visar årets avvikelser både på återkommande strukturella utmaningar och på områden där förbättringsarbete gett effekt.

### **Övergripande iakttagelser**

Avvikelseorna rör i huvudsak:

- brister i informationsöverföring framför allt vid utskrivning,
- oklarheter kring ansvar mellan kommunal vård och region,
- samverkansproblem i samband med transporter, akuta vårdinsatser och övergångar mellan vårdformer.

Mönstret över året indikerar att avvikelserna i hög grad är kopplade till gränssnittet mellan vårdgivare, snarare än till enskilda verksamheters interna rutiner.

### **Trender under året**

Följande trender kan identifieras under 2025:

- **Återkommande avvikelsetyper**

Likartade händelser återkommer över tid, vilket tyder på att vissa grundorsaker ännu inte är fullt åtgärdade. Det gäller framför allt informationsbrister och otydlighet kring vem som ansvarar för nästa steg i vårdkedjan.

- **Ökad medvetenhet och rapporteringsbenägenhet**

Avvikelseernas innehåll har successivt blivit mer konkreta och beskrivande, vilket kan tolkas som en ökad kunskap om syftet med avvikelshantering och dess betydelse för patientsäkerheten.

- **Fördröjningar i samverkan**

Flera avvikelser pekar på tidsförskjutningar i processer, exempelvis sena svar, oklara besked eller väntetider i samband med vårdövergångar. Detta innebär risker för både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

- **Personberoende samverkan**

Avvikelseerna indikerar att fungerande samverkan i vissa fall är starkt kopplad till enskilda funktioner eller personer, snarare än till tydligt etablerade strukturer.

## Bedömning

Analysen av 2025 års avvikelser visar att förbättringsbehovet främst ligger på system- och strukturnivå, snarare än på individnivå. Avvikelseerna bör därför ses som en viktig källa till lärande i det gemensamma utvecklingsarbetet mellan vårdgivare.

## Utvecklingsområden framåt

Analysen av avvikelser under 2025 visar att det fortsatta utvecklingsarbetet främst behöver inriktas på följsamhet till beslutade rutiner snarare än framtagande av nya arbetssätt. Särskilt prioriterade områden är:

- **Följsamhet till rutiner för informationsöverföring**

Säker och strukturerad informationsöverföring vid in- och utskrivning samt vid andra vårdövergångar är avgörande för patientsäkerheten. Ett annat viktigt område är att säkerställa kommunikationen från läkare vid läkemedelsjusteringar och att fortsätta skriva avvikelser när detta brister. Avvikelseerna visar behov av ökad följsamhet i hur befintliga rutiner tillämpas i praktiken, oavsett vårdgivare, tidpunkt eller verksamhet.

- **Tydliggörande och efterlevnad av ansvar i vårdövergångar**

Avvikelseerna indikerar att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare inte alltid är tillräckligt tydlig eller följs i genomförandet. Det finns ett behov av att säkerställa att ansvar för bedömning, åtgärd och uppföljning

## 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 bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



## Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

En grund för patientsäkerheten är tillförlitliga verksamhetssystem och kommunen har systemet Lifecare. Den största utmaningen är vårddokumentationen där omvårdnadspersonal inte har läsbehörighet i hälso- och sjukvårdsdelen och legitimerad personal inte läsbehörighet i SOL-journalen där omvårdnaden dokumenteras. En ytterligare utmaning är att kunskapen kring omvårdnadsdokumentation varierar utifrån omvårdnadspersonalens utbildningsnivå och språkkunskaper.

Att lära av avvikelser är en stor utvecklingsmöjlighet inom socialförvaltningens. Tillsammans behöver vi använda avvikelser och initiera förbättringsarbeten kopplade till avvikelser. Dialogen och kommunikationen kring avvikelser och lärande tillsammans utifrån olika perspektiv behöver stärkas.

## 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

Läkemedelshanteringen i vården har gått framåt även om vissa utmaningar kvarstår. Hanteringen bygger på att omvårdnadspersonal får läkemedelsdelegering och hanterar detta på uppdrag av sjuksköterska. Införandet av läkemedelsautomater och så kallat assisterat läge har bidragit till en säkrare läkemedelshantering. Den vilar också på läkemedelsordinationer som görs och ändras av läkare utanför den kommunala organisationen, i dokumentationssystem som inte är gemensamma eller kommunicerar med varandra. Det som säkrar upp för brister i systemen är att omvårdnadspersonal kan kontakta ansvarig sjuksköterska vid frågor, att sjuksköterskorna tar stort patientansvar och ”håller koll” på de patienter de ansvarar för och på så sätt förhindrar att patienter ”faller mellan stolarna”. Sjuksköterskor har möjlighet att kontakta vårdcentralens läkare dagligen på vardagar utanför ordinarie rondtider.

Det förebyggande arbetet både gällande tex fallprevention, undernäring, munhälsa och trycksår behöver utvecklas och intensifieras. Ett förbättringsarbete har gjorts gällande teamkonferenser i hemtjänsten och involverar både sjuksköterskor, rehabpersonal och biståndshandläggare. Kontaktpersonens roll har stärkts och kunskapen om SBAR-kommunikation förbättrats.

Det nystartade projektet ”Äldres hälsa och välbefinnande” är indelat i fyra huvudområden

#### 1. Näravårdsteam för förebyggande insatser

Ett nytt team etableras med fokus på att skapa en trygg och säker hemmiljö för äldre genom tidiga och samordnade insatser samt öka självständigheten hos äldre.

#### 2. Förbättrad arbetsmiljö och kvalitet inom hemtjänsten

Fokus ligger på att stärka arbetsmiljön för personalen och samtidigt höja kvaliteten i det stöd som vi erbjuder kommunens äldre.

#### 3. Utökade sociala och fysiska aktiviteter

Fler möjligheter till meningsfulla aktiviteter skapas, med målet att främja både fysisk och psykisk hälsa och social samvaro för äldre.

#### 4. Förbättrad demensvård

Insatser riktas särskilt till personer med demenssjukdom och deras anhöriga, för att ge ett mer individanpassat och stödjande vård- och omsorgsflöde.

Detta projekt är en del i omställningen till nära vård och ger även möjlighet att arbeta utifrån den nya socialtjänstlagen (2025).

## 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.

Det viktigaste verktyget att proaktivt förhindra vårdskador är användandet av kvalitetsregistret Senior alert. Det används inom SÄBO och LSS. Under 2025 tilldelades Söderköping utmärkelsen ”Guldkommun” av Senior Alert. Det planeras att införas även i hemsjukvården. Riskanalyser har gjorts under året och har gällt lokaler och omorganisationer och patientsäkerhet har varit en av parametrarna som vägts in.

## 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

Analys, lärande och utveckling i organisationen bygger bland annat på att ledningen efterfrågar resultat. Detta signalerar att arbetet är viktigt och att det man gör i olika verksamheter är till nytta. Det är viktigt att sprida resultat och goda exempel så att fler kan göra på liknande sätt eller lära av andras misstag. Detta bygger på en god säkerhetskultur där man kan dela erfarenheter även när de bygger på felhändelser och avvikelser.

## Avvikelser

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

För att öka lärandet i organisationen behöver patientsäkerhetsdelarna efterfrågas och komma med i tertiärluppföljningar. Exempelvis kan varje verksamhetsområde ge en avvikelseanalys på aggregerad nivå utifrån sammanställningarna på enhetsnivå. De vanligaste avvikelserna, pågående och planerade förbättringsarbeten samt uppföljning av tidigare avvikelser och vilka effekter man sett av åtgärderna skulle kunna presenteras. Avvikelsearbetet behöver följa en bestämd process från registrering av avvikelse - hantering och åtgärdsförslag - återkoppling till involverade och berörda – aggregering för att hitta fokus- och förbättringsområden – återföring av uppföljningar och utvecklingsarbeten - till gemensamt lärande.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.  
*Se även ovan i stycket ”Ökad kunskap om inträffade vårdskador”.*

## Klagomål och synpunkter

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

Inga klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården har inrapporterats

## IVO-granskning

Ingen granskning genomförd under året.

## Verksamhetsuppföljningar

I Socialförvaltningens verksamheter har uppföljningar gjorts av sakkunniga och MAS.

Identifierade utvecklingsområden är bland annat dokumentation och avvikelshantering. Kring dokumentationen är det framförallt att det finns brukare som saknar genomförandeplaner samt en avsaknad av strukturerad dokumentationsgranskning. Kopplat till avvikelshanteringen finns det bland annat utvecklingsområden kring analys och återkoppling av avvikelser.

## 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.

### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För ökad riskmedvetenhet framåt behöver den kommunala hälso- och sjukvården förbereda sig för situationer av kris, hot om krig och krig. Som en del i detta har en plan för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap för detta arbetats fram. Scenarioövningar har genomförts under året och vissa medarbetare har ingått i ett forskningsprojekt kring dessa frågor och genom detta inhämta kunskap och erfarenheter som kommer till nytta i detta arbete.



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått ses följande kommande utmaningar.

## 1. Utvecklat proaktivt förhållningssätt i patientsäkerhet

Bakgrund.

- Den samlade bedömningen i patientsäkerhetsanalysen från 2023 visar att socialförvaltningen som helhet behöver utvecklas inom patientsäkerhetsområdet och det behovet kvarstår.
- Proaktivt arbete är en viktig och prioriterad del för att använda resurser effektivt och värna om den växande äldre befolkningens hälsa.
- De största områdena inom avvikelser gällande hälso- och sjukvård gäller läkemedelshantering och fall.

Mål

- Att öka antalet förbättringsarbeten som härrör från avvikelser
- Ökad självständighet genom att minska invånarnas behov av hemtjänst- och boendeinsatser.
- Öka det förebyggande rehabiliteringsarbetet och uppföljning.

Aktiviteter

| Aktivitet                                                                                                                                                       | Ansvarig                                    | Tidsram       | Uppföljning |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>1. Fortsatt implementering av avvikelseprocessen med fokus på analys, återföring och lärande. Specifikt fokus på avvikelser gällande läkemedel och fall.</b> | Verksamhetschef<br>HS och<br>sakkunnig SOC  | Våren<br>2026 |             |
| <b>2. Näravårds team för att öka invånarnas självständighet</b>                                                                                                 | Verksamhetschef<br>HVO och<br>Projektledare | 2026          |             |
| <b>3. Tillsätta MAR i förvaltningen för att säkerställa god kvalitet inom rehabiliteringsområdet</b>                                                            | Enhetschef<br>rehab                         | VT 2026       |             |

## 2. Ökad säkerhet kring läkemedelshantering

Bakgrund.

- Den största andelen registrerade avvikelser gäller läkemedelshantering.

Mål

- Fler analyser av avvikelseområde på aggregerad nivå för att få koll på var läkemedelshanteringen brister och påbörja förbättringsarbeten.
- Få en säkrare hantering av läkemedel och på sikt minskat antal läkemedelsavvikelser.

| Aktivitet                                                                                           | Ansvarig                                                                   | Tidsram | Uppföljning |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|
| <b>4.Fortsatt arbete med läkemedelsautomater i ordinärt boende och sprid till fler verksamheter</b> | Enhetschef<br>hemsjukvård,<br>läkemedelsautomat-<br>ansvarig sjuksköterska | 2026    |             |
| <b>Se även aktivitet 1.</b>                                                                         |                                                                            |         |             |

### 3. Säkerställa kompetens i patientsäkerhet

Bakgrund.

- I patientsäkerhetsanalysen 2023 identifierades brister i patientsäkerhetskompetens inom alla organisatoriska nivåer.

Mål

- Socialförvaltningens verksamheter kännetecknas av ett strukturerat arbete med god kompetens i patientsäkerhet.

Aktiviteter

| Aktivitet                                                                              | Ansvarig                                            | Tidsram        | Uppföljning |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-------------|
| <b>5.Hålla i och utveckla Senior alert inom LSS och SÄBO</b>                           | Enhetschefer                                        | Våren<br>2026  |             |
| <b>6.Införande av Senior alert i ordinärt boende</b>                                   | Enhetschef<br>hemsjukvård                           | Hösten<br>2026 |             |
| <b>7.Säkerställa symtom- och smärtskattning under sista veckan i palliativt skede.</b> | Enhetschef<br>hemsjukvård och<br>palliativa gruppen | 2026           |             |

### 4. Säker informationsöverföring mellan HSL och SOL

Bakgrund

- Omvårdnadspersonal har inte behörighet att läsa eller dokumentera i HSL-journalen i Lifecare.
  - Detta leder till att informationen från legitimerad personal blir begränsad till uppdrag i Lifecare, mail och muntliga rapporter. Information om genomförda insatser, behandlingar, bedömningar eller rondanteckningar kommer inte alltid vidare till omvårdnadspersonalen.
- Legitimerad personal har inte läsbehörighet i SOL-journalen i Lifecare.

- Viss information och uppföljning dokumenteras idag i SOL-journalen och blir inte tillgänglig för legitimerad personal om inte anteckning aktivt delas av omvårdnadspersonalen, för varje tillfälle.
- Legitimerad sjukvårdspersonal har inte behörighet i SOL-journal men omvårdnadspersonal skulle kunna få behörighet i HSL-journal eftersom de utför uppdrag för HSL och då räknas som HSL-personal.

## Mål

- Patientsäker dokumentation som är tillgänglig för de som utför HSL-uppdrag och behöver informationen.
- Möjlighet för omvårdnadspersonal att kunna dokumentera sina aktiviteter och observationer direkt i HSL-journalen
- Informationshanteringen är säkrad genom kompetens/utbildning, journalgranskning och loggkontroller.
- Förbereda för en övergång till att använda lagstiftningen kring samordnad vård och omsorgsdokumentation (SVOD)

## Aktiviteter

| Aktivitet                                                                                                              | Ansvarig                                      | Tidsram | Uppföljning |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------|-------------|
| 8.Hitta lösningar för omvårdnadspersonalens möjlighet att läsa och skriva i HS-journalen. Säkerställa logg-kontroller. | Verksamhetschefer<br>HVO, VoO, LSS och<br>MAS | 2026    |             |
|                                                                                                                        |                                               |         |             |

## Förslag till framtida utvecklingssatsningar

- Identifiera vad en lägstanivå i kompetens inom patientsäkerhetsområdet innehåller för respektive nivå, från utbildade medarbetare till chefer och politiker.
- Skapa en utbildningsplan som säkerställer kompetenskravet för samtligt medarbete.
  - ❖ Skapa kompetenskort för ordinarie och vikarierande personal för vårdbiträden, undersköterskor och legitimerad personal samt chefer.
- Samordna utbildningstillfällen för omvårdnadspersonal som är återkommande
- Utbildningsinsatser för chefer gällande riskanalyser

## Slutsats 251231

Utifrån patientsäkerhetsberättelsen 2024 och målen för 2025 ser vi att målen till stora delar är uppfyllda. Avvikelsearbetet utvecklas, näravårdsteam har skapats, arbetet med läkemedelsautomaterna har utvecklats, MAS har skapat ett introduktionspaket i patientsäkerhet för chefer, Söderköpings kommun har fått utmärkelsen Guldkommun i

Senior alert inom SÄBO och LSS. SBAR kommunikation har aktualiserats inte minst i ett nytt koncept för teamkonferens som bygger på SBAR kommunikation och att fast omvårdnadskontakt rapporterar om personen som det gäller.

De delar som vi inte gått i mål med handlar om införandet av Senior Alert i hemtjänsten och utbildningsinsatser i Senior Alert för chefer och omvårdnadspersonal.

Det vi heller inte gått i mål med är möjligheten för alla att läsa och skriva i SOL och HSL-journal.

## Ordförklaringar

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APT</b>         | Arbetsplatsträff                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>BHK</b>         | Basala hygien- och klädrutiner                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>BPSD</b>        | Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DPIA</b>        | Data Protection Impact Assessment. Begreppen konsekvensbedömning och Risk- och konsekvensanalys kan också användas.                                                                                                                                                                       |
| <b>Evikomp</b>     | En digital lärplattform                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>FoU centrum</b> | Forskning- och utvecklingscentrum                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>FUB</b>         | Ett riksförbund arbetar för personer med intellektuell funktionsnedsättning och deras anhöriga                                                                                                                                                                                            |
| <b>HSL</b>         | Hälso- och sjukvårdslagen                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ICF</b>         | Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, är en av WHO:s huvudklassifikationer. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa.                                |
| <b>IVO</b>         | Tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>KVÅ</b>         | Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ utgör en sammanslagning av Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) och Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ). |
| <b>LGVO</b>        | Ledningsgrupp för vård och omsorg i Östergötland.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>LSS</b>         | Lagen om stöd och service                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>MAS</b>         | Medicinsk ansvarig sjuksköterska                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                      |                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MAR</b>           | Medicinsk ansvarig för Rehabilitering                                                                         |
| <b>NPF-diagnoser</b> | Neuropsykiatriska funktionsnedsättningsdiagnoser                                                              |
| <b>PPM- BHK</b>      | Punktprevalensmätning – basala hygienrutiner och klädregler.<br>Sker varje månad                              |
| <b>PPM trycksår</b>  | Punktprevalensmätning – trycksår. Sker årligen                                                                |
| <b>PRO</b>           | Pensionärernas riksorganisation                                                                               |
| <b>SKR</b>           | Sveriges kommuner och regioner                                                                                |
| <b>SOL</b>           | Socialtjänstlagen                                                                                             |
| <b>Ssk</b>           | Sjuksköterska                                                                                                 |
| <b>SÄBO</b>          | Särskilt boende för äldre                                                                                     |
| <b>SBAR</b>          | En metod för strukturerad kommunikation som utgår från situation, bakgrund, aktuellt läge och rekommendation. |
| <b>SVO</b>           | Samråd vård och omsorg. Politisk nivå.                                                                        |
| <b>SVOP</b>          | Samordnad vård och omsorgsplanering mellan Region Östergötland och kommunerna i länet.                        |
| <b>VO</b>            | Vård- och omsorg (Säbo och hemtjänst)                                                                         |