



Bräcke  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse för Bräcke kommun 2025



Datum: 2026-02-26

Ansvarig för innehållet: Camilla Nilsson medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: KSK 2026/90 77

## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



### Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

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

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

# Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>5</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....</b>	<b>6</b>
<b>Engagerad ledning och tydlig styrning .....</b>	<b>6</b>
<i>Övergripande mål och strategier .....</i>	<i>6</i>
<i>Organisation och ansvar .....</i>	<i>6</i>
<i>Kommunstyrelsen (KS).....</i>	<i>6</i>
<i>Verksamhetschef.....</i>	<i>6</i>
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)...</i>	<i>7</i>
<i>Enhetschefer.....</i>	<i>7</i>
<i>Hälso-och sjukvårdspersonal.....</i>	<i>7</i>
<i>Omvårdnadspersonal.....</i>	<i>7</i>
<i>Stödfunktioner.....</i>	<i>8</i>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>8</b>
<i>Samverkan vid utskrivning från slutenvården.....</i>	<i>8</i>
<i>Länsgemensam ledning i samverkan .....</i>	<i>8</i>
<i>Samverkan kommun och hälsocentral .....</i>	<i>9</i>
<i>Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet .....</i>	<i>9</i>
<i>Avvikelsehantering mellan kommun och region .....</i>	<i>9</i>
<i>Samverkan mellan länets kommuner.....</i>	<i>10</i>
<i>Informationssäkerhet .....</i>	<i>10</i>
<i>Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet.....</i>	<i>10</i>
<b>En god säkerhetskultur.....</b>	<b>11</b>
<b>Adekvat kunskap och kompetens .....</b>	<b>11</b>
<i>Omvårdnadspersonal .....</i>	<i>11</i>
<i>Legitimerad personal.....</i>	<i>12</i>
<i>MAS/Verksamhetschef.....</i>	<i>12</i>
<i>Enhetschef.....</i>	<i>13</i>
<b>Patienten som medskapare .....</b>	<b>13</b>
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>14</b>
<i>Egenkontroll .....</i>	<i>14</i>
<i>Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering .....</i>	<i>14</i>
<i>Palliativ vård.....</i>	<i>14</i>
<i>Riskbedömningar.....</i>	<i>16</i>
<i>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) .....</i>	<i>17</i>

<i>Vårdrelaterade infektioner</i> .....	17
<i>Hygien</i> .....	18
<i>Undernäring</i> .....	18
<i>Dokumentation</i> .....	19
<i>Har vården varit säker</i> .....	19
<i>Avvikelser</i> .....	19
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b> .....	<b>21</b>
<i>Läkemedelsgenomgång</i> .....	21
<i>Digital signering</i> .....	21
<i>Låsta läkemedelsskåp</i> .....	22
<i>Läkemedelsautomat</i> .....	22
<b>Säker vård här och nu</b> .....	<b>22</b>
<i>Riskhantering</i> .....	22
<i>Struktur för riskanalys</i> .....	23
<i>Avvikelser</i> .....	23
<b>Stärka analys, lärande och utveckling</b> .....	<b>23</b>
<i>Avvikelser</i> .....	23
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	24
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b> .....	<b>24</b>
<i>Analogt arbetssätt</i> .....	24
<i>KHOSS</i> .....	24
<i>Kompetensförsörjning</i> .....	24
<i>Läkemedelshantering</i> .....	24
<i>Rutinarbete</i> .....	25
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> .....	<b>25</b>
<b>MÅL</b> .....	<b>25</b>
<b>STRATEGIER</b> .....	<b>25</b>
<b>PLANERADE ÅTGÄRDER</b> .....	<b>26</b>
<b>UTMANINGAR</b> .....	<b>26</b>

## SAMMANFATTNING

Målen för 2025 är till viss del uppnådda. För många av målen krävs ett långsiktigt arbete.

Målet att skapa lokalhandlingsplan för patientsäkerhet är inte uppnått och kommer tas med till nästkommande år. En anledning till att målet inte är uppfyllt är att vi väntat på den uppdaterade nationella handlingsplanen för patientsäkerhet samt stödmaterial och arbetsverktyg för att komma i gång med arbetet. Detta presenterade Socialstyrelsen i slutet på året. Arbetet måste få ta tid och alla som ska utföra arbetet måste vara engagerade och ha kunskap om vad patientsäkerhet innebär, från den politiska nivån till ledare i den patientnära verksamheten. Faktorer som inte alltid är vårdnära har också stor inverkan på patientsäkerheten. Resursfördelning, organisationsstruktur och kompetensförsörjning är viktiga delar. Därför behövs kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer.

När det gäller målet för samverkan och omställningen till nära vård är arbetet påbörjat men arbetet är omfattande och tar tid.

Målen för läkemedel är uppfyllda då extern kvalitetsgranskning har genomförts och läkemedelsautomater är nu implementerade på alla orter. Detta innebär inte att arbetet är slutfört utan arbete sker kontinuerligt för att bibehålla kvalitén och därmed patientsäkerheten inom detta område.

Gällande målet för kompetens och palliativ vård är målet delvis uppfyllt, under året har Palliativa konsult teamet (PKT) utbildat utvalda undersköterskor inom varje enhet i palliativ vård, där även enhetschefer deltagit. Nästa steg sker då implementering av nytt arbetssätt ska genomföras ute på enheterna.

Vaccinationer mot Influensa och Covid- 19 har genomförts i fortsatt samarbete med den regiondrivna primärvården vår och höst. Från första september 2025 ges endast en höstdos för covid-19 till riskgrupper enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Rekommendationerna kan komma att ändras vid behov.

Fokusområden inför 2026 kommer vara patientsäkerhetsarbetet som inkluderar flera områden, till exempel vårdhygien, adekvat kunskap och kompetens (bland annat Yrkesresan Äldre), avvikelserapportering, samverkan, förebyggande arbete med mera. Prioriterade områden och insatser kommer utmynna ur resultat från nulägesanalys. Fokus kommer även ligga på läkemedelshantering och delegering av läkemedel inför att Socialstyrelsens beslutat om nya föreskrifter som träder i kraft 1/1 2026, vilket bland annat innebär att vårdgivaren har fått ett tydligare ansvar för delegering av läkemedel.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

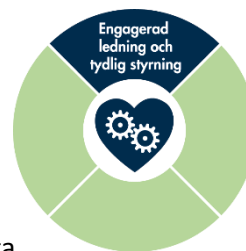
Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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.

Likt föregående år är har ansvarsfördelningen gällande säker vård inte varit tydlig på alla nivåer. Ansvarsfördelningen behöver bli tydligare på alla nivåer inom organisationen för en stärkt patientsäkerhet. För att kunna genomföra detta finns ett behov av tydligare styrning och en engagerad ledning där ansvar tas för patientsäkerheten och genom beslut och handling säkerställa patientsäkerheten. Stöd och utbildning till ledningsfunktioner och chefer behövs i ett första skede.



## Övergripande mål och strategier

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

I kommunen finns inga övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet. Under 2025 publicerade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner, regioner och vårdgivare, som genom att utforma egna handlingsplaner kan fastställa prioriteringar och mål för sitt arbete med patientsäkerhet. Detta arbete har inte påbörjats under året men planeras att starta under nästkommande år. Beslut behövs från vårdgivaren, efter detta behöver arbetsgrupp tillsättas för att i ett första steg utföra en nulägesanalys över organisationens patientsäkerhetsarbete och utifrån analysen prioritera insatser för att stärka och utveckla patientsäkerheten.

## Organisation och ansvar

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

### Kommunstyrelsen (KS)

Kommunstyrelsen i Bräcke kommun ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Till kommunstyrelsens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso-och sjukvård upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### Verksamhetschef

Inom vård- och socialavdelningen i Bräcke kommun så är verksamhetschefen övergripande ansvarig för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda

rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret men kan inte bestämma över de reglerade arbetsuppgifter medicinskt ansvariga har. 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/ Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)**

I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det i stället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

MAS har tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS utreder händelser i avdelningen och att på delegation från KS göra anmälan enligt Lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det samma gäller att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg.

Ingen MAR har funnits i organisationen under 2025.

### **Enhetschefer**

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som styr är kända på enheterna samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Enhetschefer ansvarar för att kontinuerligt arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbetet.

### **Hälso-och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten samt föra patientjournal. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. De ska även medverka i det systematiska kvalitetsarbetet tillsammans med enhetschef och omsorgspersonal.

### **Omvårdnadspersonal**

Omvårdnadspersonal avses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och utför ordinerade och eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed också en

skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Omsorgspersonal är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet och ska aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av verksamheten.

### **Stödfunktioner**

Kommunen har tillgång till externa stödfunktioner som exempelvis vårdhygien/smittskydd, läkemedelsenheten, Palliativa konsultteamet (PKT), Mobila närvårdsteamet (MiNT) och Patientnämnden.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Samverkan vid utskrivning från slutenvården**

Samverkan vid utskrivning från slutenvården regleras av lag och lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård antogs 2017. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Lokalt avtal mellan region och kommuner finns tecknat och beskriver målsättningen att alla ska få möjlighet att komma hem från sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara. Det lokala avtalet upphör att gälla vid årsskiftet och lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ersätter (2017:612).

Under 2025 har Bräcke kommun inte fått betalningsansvar för något dygn vilket är en klar förbättring sedan 2024 då antalet dygn för betalningsansvar var 120.

Vårdplanering och överrapportering mellan vårdens övergångar, sker via digitalt informationssystem (Cosmic Link) eller via samtal.

### **Länsgemensam ledning i samverkan**

Lokal samverkans arena med ledande funktioner från kommun och region har träffats kontinuerligt under året. Syftet med dessa möten är att öka och förbättra samverkan och samarbete mellan kommunal/ regional primärvård, ambulansen, 1177, skolan och socialtjänsten. Det krävs fortsatt arbete för att öka samverkan och nå det gemensamma målet för Jämtland/Härjedalen god och nära vård: "Tillsammans för god hälsa genom hela livet". Kärnan i Nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen. Här krävs ett gemensamt arbete för att vi tillsammans ska nå målet. Fokus under året har till stor del varit det nya samverkansavtalet som träder i kraft nästa år och hur samverkan ska förbättras.



Utökad lokal samverkan anordnades under våren där representanter från kommunen, hälsocentralen, ambulansen deltog och legitimerad personal från de olika verksamheterna. Fokus för träffen var att hitta nya sätt att samarbeta för att vi ska nå målen för god och nära vård.

Möten i lokalsamverkans grupp (LSG) patientsäkerhet har skett regelbundet under året där länets MAS/MAR ingår tillsammans med samverkanspartners inom regionen. Exempel regionens patientsäkerhet, patientnämnden, verksamhetsutvecklare, smittskydd, vårdhygien och läkemedelsansvarig läkare tillhörande den regiondrivna vården. Syftet med LSG är att tidigt identifiera risker för patientsäkerhet och tillsammans hitta lösningar för åtgärder och uppföljning.

Under året har en kartläggning av arbetsprocesser tagits fram med prioritering vad LSG ska arbeta med under nästkommande år. Prioriterade arbetsprocesser är bl.a utskrivningsprocessen från slutenvården, förebyggande arbetet, in till sjukhus och samverkan vid demenssjukdom. Flera arbetsprocesser är redan under arbete och där arbetsgrupper finns. Några exempel på detta är SIP-processen, läkemedel, svårläkta sår och läkarkontakt vid inskick till sjukhuset.

### **Samverkan kommun och hälsocentral**

Arbetsgruppsmöten har skett kontinuerligt under året tillsammans med hälsocentralen där vi gemensamt arbetar för att skapa bra arbetssätt som gynnar båda parter och framför allt är till gagn för den enskilda patienten. Arbetsgruppen består av chefer, MAS samt legitimerad personal. Under hösten anordnades en gemensam workshop där fokus var nya samverkansavtalet där den legitimerade personalen fick möjlighet att öva på Clinical Frailty Scale (CFS) som är ett instrument för bedömning av skörhet hos äldre och som kommer användas som verktyg när nya samverkansavtalet träder i kraft 2026.

Det gemensamma arbetet under året har förbättrat samverkan och vi är båda parter överens om att arbetet inte ska göras via stuprör utan ska vara personcentrerat och ske i samverkan. Utmaningar finns fortfarande men den gemensamma resan har börjat.

### **Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet**

Regionen har lagstadgat ansvar sedan 1999 att erbjuda nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet till vissa äldre, sjuka och vissa funktionshindrade personer. Uppsökande verksamhet innebär en gratis munhälsobedömning i det egna hemmet av tandhygienist eller tandsköterska. För att ta del av stödet krävs att medborgaren har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Vid bedömningen får medborgaren, anhörig eller vårdpersonal information om medborgarens allmänna munstatus eller specifika behov samt handledning om den dagliga munvården. Målet är att alla ska kunna tugga och äta utan att uppleva smärta. Vid inflyttning på särskilt boende i kommunen får medborgaren hjälp att ansöka om intyg för nödvändig tandvård. Beställarenheten för nödvändig tandvård har under året erbjudit utbildning för intygsutfärdare och bjuder årligen in till kommunträff där både MAS, verksamhetschef, sjuksköterskor och handläggare inom socialtjänst och enhetschefer har möjlighet att delta.

### **Avvikelsehantering mellan kommun och region**

Avvikelsehantering som kommer till eller skickas från kommunen går via MAS och berörda parter. Kommunen har skickat 19 avvikelser till regionen och fått svar på 11. Merparten av avvikelserna gäller samverkan vid utskrivning från slutenvården. Där främsta orsaken gäller att vårdplanering i Cosmic link inte sker på ett aktivt sätt. Avvikelsehantering från Region till kommun har varit 5, samtliga är

besvarade från kommunen. Nytt gemensamt system för administrering Synergi Life skulle införas under hösten 2025 men blev framflyttat till våren 2026 då arbetet inte var klart för att kommunerna ska kunna anslutas. När systemet är på plats kommer MAS vara ansvarig mottagare/sändare i kommunen. Det nya systemet kommer förhoppningsvis underlätta hanteringen och ge ökade svar från regionen.

### **Samverkan mellan länets kommuner**

Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten och gemensam planeringsdag. Syftet är att ge stöd och driva gemensamma frågor samt arbeta fram gemensamma riktlinjer/rutiner. Under 2025 har även representant från kommunförbundet deltagit och har som funktion att sprida information och vara en länk mellan kommuner och region.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför inhämtas alltid samtycke om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

Den personal som deltar i vården kring en patient har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård om patienten lämnat sitt samtycke. Personal som inte deltar i arbetet kring patienten får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns. I den elektroniska journalen loggas alla personaktiviteter.

Identifieringstjänst SITHS och e-legitimation används för identifiering av personer och uppfyller kraven på stark autentisering vid inloggning och åtkomst till information. Stark autentisering innebär att en persons identitet kontrolleras två eller flera gånger innan åtkomst kan ges. Varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till patientuppgifter.

SITHS-kort används av legitimerad personal när de loggar in i vårdtjänster som Cosmic Link, Nationell patientöversikt (NPÖ) och kvalitetsregister som Palliativregistret och Senior Alert.

### **Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet**

Verksamheten ska utföra slumpmässiga loggkontroller i de patientbundna verksamhetssystem som används en gång varje månad, för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller görs för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har vårdrelation till samt att kontrollera att samtycke finns. Närmaste chef ansvarar för att genomföra kontroller och för att granska eventuella avvikelser samt att begära extra loggkontroll vid behov. Enligt de loggkontroller som gjorts har inga upptäckta intrång skett inom hälso- och sjukvården.

## En god säkerhetskultur

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

Revidering av kvalitetsledningssystemet som påbörjades under 2024 har fortsatt under 2025. Syftet är att tydliggöra processer, främja ett gott systematiskt kvalitetsarbete och öka patientsäkerheten. Uppdatering av rutiner pågår regelbundet. En ny sida för länkar till utbildningar har lagts till i kvalitetsledningssystemet.



Likt föregående år har utbildning i avvikelshanteringssystemet skett där enhetschef och legitimerad personal deltagit. Det finns fortfarande brister i arbetet med avvikelshantering och man arbetar olika ut på enheterna. Utredningar utreds och avslutas inte inom rimlig tid. Det saknas struktur för hur arbetet ska göras i teamet på flera enheter, men det finns goda exempel på hur man ska arbeta. Rapportering av avvikelser i kommunen är god och rapporteras in framför allt av omvårdnadspersonal.

## 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.

Under året har omvårdnadspersonal och legitimerad personal erbjudits och deltagit på flertalet utbildningar.



### Omvårdnadspersonal

Palliativa konsult teamet (PKT) har under året utbildat undersköterskor från alla enheter inom palliativvård för att de sedan ska kunna stötta/handleda kollegor och verksamheten i sin roll som palliativa ombud.

Microutbildningar av legitimerad personal och kognitiva stödteamet har utförts enligt årshjul på omvårdnadspersonalens arbetsplatsträffar under året. Bland annat har utbildningar gällande sårvård/trycksår, vitalparametrar, blåsdysfunktion och inkontinens, undernäring och tvångsvård erbjudits.

Rehab personal har utfört utbildning kring rehabiliterande arbetssätt på samtliga enheter. Utbildningen ger kunskap kring bemötande och hur personalen kan stärka patientens egna förmågor i vardagliga aktiviteter. Utbildning i lyft- och förflyttningsteknik har anordnats på de enheter där behovet funnits.

Totalt har 26 omvårdnadspersonal utbildats till dokumentationsombud för att stärka patientsäkerheten gällande dokumentation, fokus var på den sociala dokumentationen och syftet och målen med genomförandeplanen. En teamsgrupp upprättades i samband med utbildningen för ombuden, där tips och råd samt frågor kring dokumentation kan ställas. Ombuden ska stötta kollegor i sina egna verksamheter.

Yrkesresan funktionshinder, LSS och personlig assistans startade i februari där 40 medarbetare under året har genomfört en basutbildning och fördjupningskurser i "Grundläggande värden och regelverk" samt Regelverk och funktionsnedsättningar och vanliga konsekvenser". Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap och är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Arbetet kommer att fortsätta under 2026.

Under året har tre personer påbörjat sin undersköterskeutbildning via Äldreomsorgslyftet och tre personer tog sin examen. En som utbildat sig till specialistundersköterska inom demens tog examen. Äldreomsorgslyftet är en nationell satsning som har till syfte att stärka kompetensen och kvalitén inom den kommunalt finansierad vård och omsorgen.

Inför sommaren anordnades introduktionsträffar för vikarier där både legitimerad personal, Kognitiva stödteamet (KST), verksamhetsutvecklare och bemanningsansvariga deltog och gav information. Några exempel på ämnen som vikarier fick information om var bland annat basala hygienrutiner, nutrition (vikten av näring och vätska), munvård, delegering av läkemedelshantering och viktig information som rör rehabilitering. KST gav information om demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Detta är ett led i att stärka patientsäkerheten även under sommarmånaderna.

### **Legitimerad personal**

Två fysioterapeuter har utbildats inom området "Förebygga fallolyckor". Rehab har deltagit på Hjälpmedelscentralens utbildning om positioneringskuddar samt utbildning om andningsträning och redskap som kan användas. Kunskapen delges sedan kollegor.

Den legitimerade personalen bjuds årligen in till regionens primärvårdsdagar vår och höst samt till den palliativa dagen som Storsjögläntan anordnar. Fokus på den palliativa dagen var detta år kommunikation och relation. Dessa tillfällen är uppskattade av personalen.

Produktvisning och utbildning gällande sårvård har genomförts under året.

Likt föregående år har arbetet i dokumentationssystemet LifeCare HSL pågått regelbundet under hela året för att öka kompetensen och därmed patientsäkerheten. Legitimerad personal tycker fortsatt det är svårt med vissa delar i dokumentationen och fortsatta uppföljningar och utbildningsinsatser krävs även nästkommande år.

### **MAS/Verksamhetschef**

Under året har MAS och verksamhetschef deltagit på flertalet digitala informationstillfällen som Socialstyrelsen anordnat. Ämnen som lyfts är till exempel;

- Patientsäkerhet (Nationell handlingsplan 2025-2030),
- Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel, genomgång av HSLF-FS 2025:6 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden samt (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården som träder i kraft 1 januari 2026.

MAS har även deltagit på kompetensdagar som Riksföreningen för MAS/MAR anordnar varje år. Föreläsare detta år var till exempel MSB, Socialstyrelsen, SKR och myndigheten för vårdanalys.

## Enhetschef

I början på året i samband med extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering deltog enhetschefer på en utbildning som Apoteket anordnade. Utbildningen gav kunskap kring "Chefers ansvar för säker läkemedelshantering".

Enhetschefer har även deltagit när de palliativa ombuden utbildats inom palliativ vård.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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.



I arbetet med patienter eller medborgare ingår även att ge stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med respekt för närståendes situation. Närstående ska bli sedda och lyssnade på och ska ses som en resurs i arbetet med patienten, då de kan tillföra kunskaper som är värdefulla för personcentrerad vård.

Varje patient får vid ankomstsamtal möjlighet att beskriva och påverka hur insatserna ska utföras och uttrycka sina förväntningar och mål.

Samverkan med patient och närstående sker (efter samtycke från patienten) främst vid vårdplanering/SIP, exempelvis inför riskanalys av skyddsåtgärder, risker för fall och läkemedelshantering samt kontinuerliga möten i det dagliga vardagsarbetet.

Vid utredning av allvarlig händelse kontaktas patient och/eller närstående av MAS efter inhämtande av samtycke för att ge sin upplevelse av händelsen. Genom olika brukarundersökningar kan individen lämna åsikter och upplevelser gällande ett flertal frågor angående vård- och omsorgsverksamheten. Information lämnas alltid om kommunens deltagande i nationella kvalitetsregister och möjligheten att avstå att delta i registreringar.

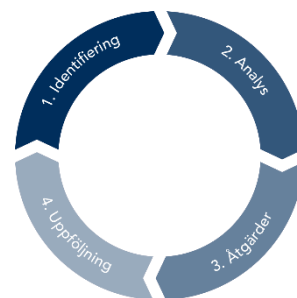
Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla patienter och anhöriga/närstående.

Ett annat sätt att göra patienten delaktig och självständig är att använda Evondos läkemedelsautomat, den hjälper patienten genom att dela ut läkemedel vid rätt tidpunkt. När det är dags att ta läkemedlen ger automaten vägledning både genom att utfärda talade instruktioner, ljudsignaler och genom att visa skriftliga instruktioner på enhetsskärmen med indikatorlampor.

## 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.



### Egenkontroll

Egenkontroller utförs enligt vård- och omsorgs egenkontrollplan. Av den framgår vem som är ansvarig över att egenkontrollen utförs och vem som är ansvarig över åtgärder/uppföljning. Egenkontroller har utförts under året men behöver ses över årligen för att vi ska granska de områden som är prioriterade utifrån tidigare resultat av egenkontroll.

Fördjupad kvalitetsgranskning av verksamheterna (SOL/HSL) ska göras vartannat år. Granskningen är tänkt att göras av MAS och verksamhetsutvecklare SOL. Resultatet ska sedan delges enhetschefer som upprättar handlingsplan utifrån vad resultatet visar. Uppföljningar utförs av biträdande socialchef för att säkerställa att egenkontroller görs ute på enheterna. Fordjupad kvalitetsgranskning har inte utförts de senaste åren. Arbetet var tänkt att utföras under 2025 men har inte utförts då det identifierats att granskningsmall inte är aktuell och behöver revideras. Detta har lyfts på stabsmöte under hösten och beslut togs att det inte är möjligt att genomföra granskningen förens syfte och mål, delar som ska ingå samt arbetet med resultatet är fastställt.

### Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Som ett led i den egenkontroll som ska utföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år.

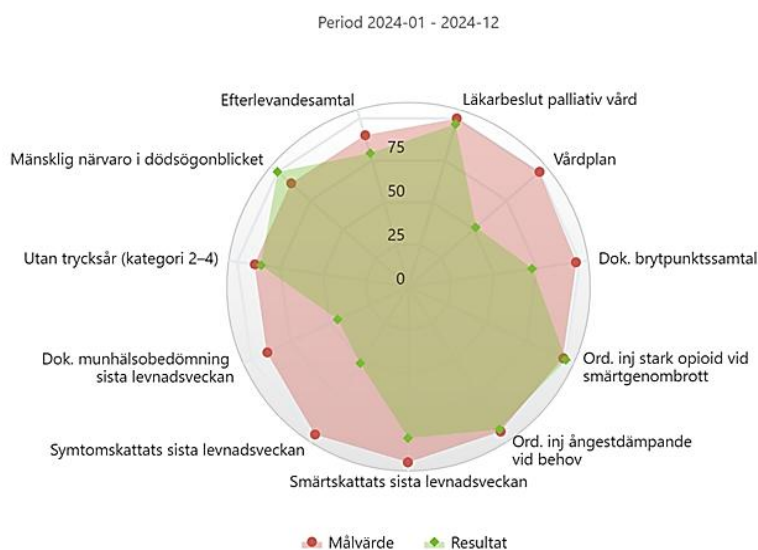
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomfördes på alla orter under januari av Apoteket AB, MAS och läkemedelsansvariga sjuksköterskor deltog på alla orter. Samtliga processer granskas från ordination till att den enskilde medborgaren får sina läkemedel. Granskningen visade över lag god ordning. Efter granskningen har rutiner reviderats för att säkerställa att föreskrifter följs. Legitimerad personal har tillsammans med MAS arbetat under året med åtgärdsförslagen. Bland annat har lokal rutin för läkemedelsförråd setts över och lokal rutin har skapats även för LSS. Verksamhetssystem har setts över och förvaring av läkemedel har förändrats på några enheter. Avtal tecknades med Apoteket AB för 3 år framåt för att säkerställa att vi utför kvalitetsgranskningar enligt föreskrift varje år.

### Palliativ vård

I Bräcke kommun var det 39 dödsfall som registrerades i palliativa registret år 2025 och som avled inom kommunala hälso- och sjukvården. Sjuksköterska registrerar i kvalitetsregistret och MAS följer upp resultatet två gånger/år. Resultatet har försämrats för några indikatorer och förbättrats för några men målvärdet är inte uppnått för alla kvalitetsindikatorer. Fortsatt arbete krävs även nästkommande år för att uppnå målen, palliativ vård är ett högt prioriterat område.

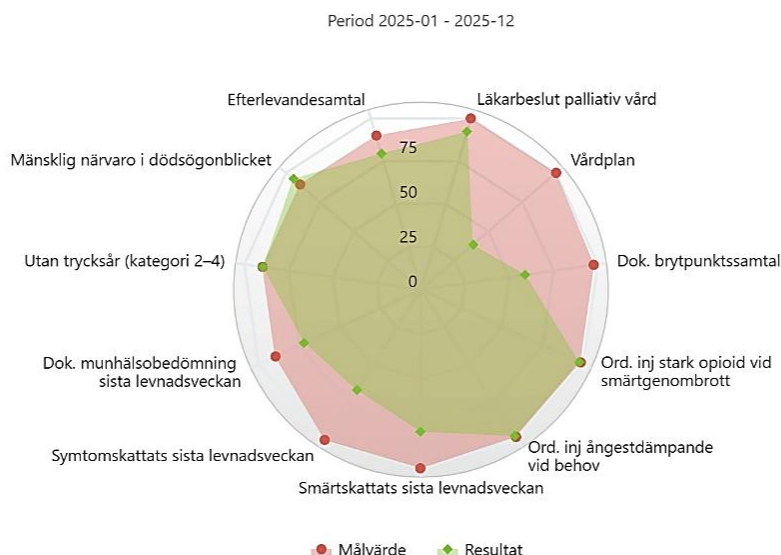
Under året har MAS presenterat resultat från registret vid legitimerad personals arbetsplatsträffar. Resultaten behöver lyftas även på enhetsnivå för att alla medarbetare ska arbeta mot samma mål och arbeta med förbättringsåtgärder. Skapandet av palliativa ombud i kommunen är en åtgärd för att stärka kompetensen och öka kvalitén av vården. Arbete pågår i regionen gällande palliativ vård i samverkan och i arbetsgruppen ingår representant för kommunerna. Samarbetet behöver stärkas inom kommunen och i samverkan med den regiondrivna primärvården för att resultat/målvärden ska uppnås. *Bilder nedan visar resultat för åren 2024/2025.*

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Läkarbeslut palliativ vård	92,3	100	36	39
Vårdplan	38,5	100	15	39
Dok. brytpunktssamtal	59,0	98	23	39
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	97,4	98	38	39
Ord. inj ångestdämpande vid behov	97,4	98	38	39
Smärtskattats sista levnadsveckan	79,5	100	31	39
Symtomskattats sista levnadsveckan	66,7	100	26	39
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	71,8	90	28	39
Utan trycksår (kategori 2-4)	89,7	90	35	39
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	94,9	90	37	39
Efterlevandesamtal	79,5	90	31	39

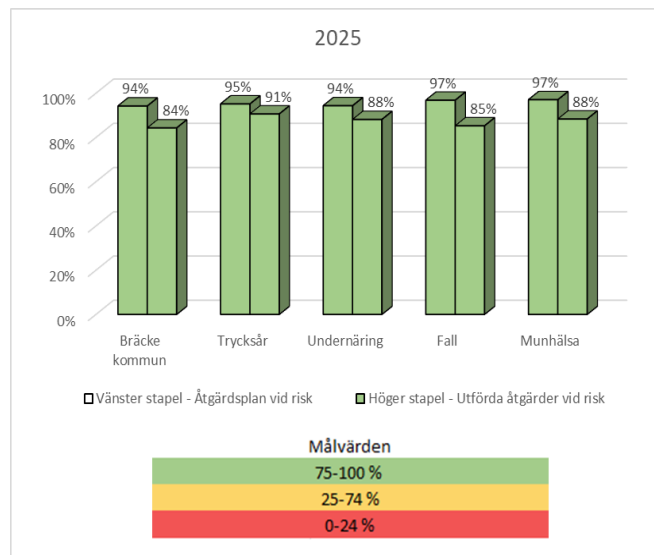
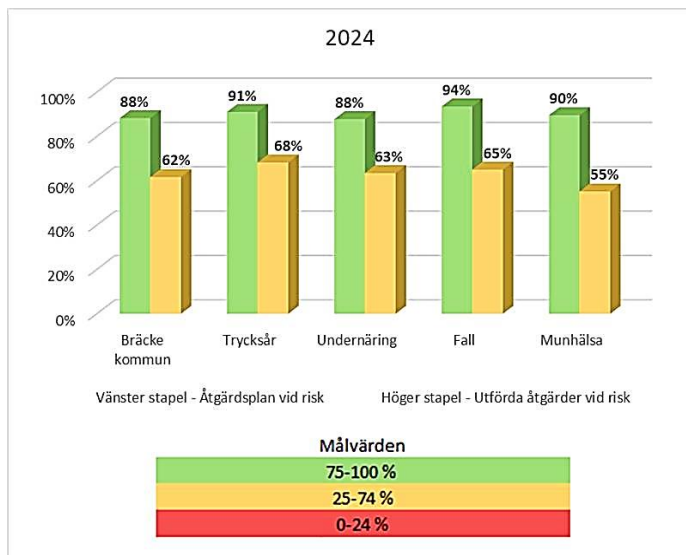
## Riskbedömningar

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja det förebyggande arbetet kring fall, trycksår, undernäring, utveckla ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Registret har inte använts i kommunen för att identifiera risk för blåsdysfunktion.

De risker som uppmärksammas ska dokumenteras i verksamhetssystemet LifeCare HSL där utredning, behandling och uppföljning ska ingå. Riskbedömningar ska göras även på de patienter som tackar nej till registrering i kvalitetsregistret och dokumenteras då endast i verksamhetssystemet.

Bräcke kommun blev under hösten utsedd till guldkommun vilket innebär att den vårdpreventiva processen (bakomliggande orsaker och åtgärder) ska vara registrerade till minst 75%. Det visar på att vi under året gjort fler riskbedömningar och att vi hittat bakomliggande orsaker samt åtgärdat vid risk. Sedan 2024 har registreringar ökat inom större delen av enheterna. Riskbedömningar inom hemsjukvården är utförda på 1 av 3 enheter, omtag behövs för arbetet med riskbedömningar på de enheter där det saknas registreringar. Minst en riskbedömning har gjorts inom minst ett riskområde på 119 (94, 2024) unika personer. Andel utförda riskbedömningar med risk av de unika personerna var 173 och 150 av dessa har minst en angiven bakomliggande orsak till risk inom fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Målet för åtgärdsplan vid risk och utförda åtgärder vid risk är detta år uppfyllt vilket betyder att vi aktivt arbetar med det förebyggande arbetet. *Se bilder på nästa sida.*





## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Det har som mål att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Arbetet med BPSD-registret skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön.

Under året är 58 registreringar utförda jämfört med föregående år då 67 registreringar utfördes.

I kommunen finns ingen egen certifierad utbildare som kan utbilda fler administratörer. Under hösten erbjöd Bergs kommun 12 platser för att utbilda nya administratörer. Det finns 64 administratörer i kommunen och 8 av dessa utbildades vid detta tillfälle. Administratörer finns på alla enheter. Det arbetas aktivt med BPSD på några enheter medan andra enheter behöver arbeta mer strukturerat med detta arbetssätt. Registret ska ses som ett stöd i arbetet med att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom men kan också leda till bättre arbetsmiljö för personalen.

## Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) kan och ska undvikas. Det kan göras genom att bland annat ha en hög följsamhet till basala hygienrutiner när det gäller handhygien, klädsel och där utöver städning/desinfektion. För att förebygga VRI krävs att man vet hur det ser ut på sin enhet varför registrering och kontroll av VRI är viktigt. All personal har skyldighet att rapportera vårdrelaterade infektioner som avvikelse. Få avvikelser har inkommit under året.

I november gjordes svenska HALT som är mätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Vid årets mätning deltog alla särskilda boenden inklusive LSS. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämmd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Vid årets mätning ingick 86 patienter och av dessa hade 2 patienter vid måttillfället terapeutiska antibiotikabehandlingar varav en var bekräftad infektion förvärdad på enheten.

Utöver HALT registreras även övervakning av VRI varje månad och sammanställning skickas till MAS varje kvartal. Sammanställning visar att det under året varit få VRI ute på enheterna. Detta är ett sätt

att identifiera om brister finns i basala hygienkrav och det hjälper enheten att arbeta med förbättringsåtgärder.

## Hygien

Kontaktsmitta via händer är den vanligaste smittvägen inom all vård och omsorg. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i all hälso- och sjukvård och omsorg. Goda hygienrutiner betyder färre fall av vårdrelaterade infektioner (VRI) som i sin tur betyder mindre användning av antibiotika och minskad användning av antibiotika motverkar antibiotikaresistens.

Självskattning av basala hygienrutiner genomförs två gånger per år, vår och höst. Formulär i Forms skapades under hösten. Syftet var att det ska vara enklare att nå ut till medarbetarna och resultat ska kunna samlas in på ett enklare sätt. Totalt besvarade 165 medarbetare enkäten inom vård- och omsorg. Resultatet ska ligga som grund för förbättringsarbete på respektive enhet. Brister finns och arbetet med basal hygien behöver alltid finnas med som en naturlig del i det vardagliga arbetet.

Vårdhygienisk konsultrond genomfördes under hösten på Tallgläntan där hygiensjuksköterska, enhetschef och sjuksköterska deltog. Efter hygienronden sammanställer sjuksköterska från vårdhygien ett protokoll med rekommenderade åtgärder som enheten sedan behöver åtgärda.

Vårdhygienisk egenkontroll är ett verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal eller regional vård och omsorg och ska göras årligen enligt avtal mellan region och kommun på alla enheter. Vårdhygienisk egenkontroll är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal vård och omsorg.

Verktyget är anpassat att användas i verksamheter som bedriver:

- Hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Hälso- och sjukvård samt korttidsplats för vuxna och särskilda boendeformer enligt SoL och LSS

Denna egenkontroll har inte utförts på någon enhet. Under nästa år ska egenkontrollen läggas in på enhetschefernas årshjul och beroende på resultat av kontrollen ska handlingsplan upprättas. Kontrollen ska också finnas i egenkontrollplan. Vid behov kan vårdhygien kontaktas för stöd och råd.

## Undernäring

Nattfastemätning ska göras inom särskilt boende (SÄBO) två gånger varje år enligt egenkontrollplan. För de äldre som bor på äldreboenden är nattfastan en naturlig del av dagen, men det är viktigt att den inte blir för lång. En lång nattfasta kan öka risken för undernäring och andra hälsoproblem. Genom att erbjuda små måltider, nattliga mellanmål och anpassade måltidstider kan verksamheten säkerställa att de boende får tillräckligt med näring och bibehåller sin hälsa och välbefinnande. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. På vårdboenden där den boende inte har möjlighet att ta sin mat själv måste det finnas rutiner för att erbjuda extra mat under kvällar och nätter. Annars finns det en risk för att boende drabbas av undernäring.

Under året har enheterna arbetat för att minska nattfastan. En enhet har minskat nattfastan från i snitt 17 timmar i mars till 10 timmar i snitt under mätningen som gjordes i september. Resultaten av mätningen visar ändå att nattfastan fortsatt är för lång för många av patienterna på SÄBO. Uppföljningar kommer att göras på enhetschefsmöten.

## Dokumentation

Under året har MAS och verksamhetsutvecklare tillsammans med dokumentationsstödjare genomfört kollegial journalgranskning under vår och höst. Granskningen görs på 15 slumpmässigt utvalda journaler med hjälp av granskningsmall. Resultatet sammanställs och delges den legitimerade personalen. Resultatet har förbättrats sedan första granskningen under våren, men höstens granskning visar på att 34 % har en mycket allvarlig anmärkning. Förbättringsarbeten som identifierats att arbeta med är bland annat *Hälsoplaner (utredande och behandlande)*, *uppföljningar av hälsoplan*, *ICF-dokumentation*, *målbeskrivningar*, *riskbedömningar* och *delaktighet med den enskilde*. Dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvården behöver stärkas upp med kunskap i sin roll för att de ska kunna utbilda och stödja kollegor ute i verksamheten.

## 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.



Det åligger varje enskild enhet inom Bräcke kommun att utreda inträffad vårdskada eller risk för vårdskada där analysen och åtgärder syftar till att identifiera orsak till händelse och via ett gemensamt teamarbete komma fram till åtgärder för att undvika att liknande händelse inträffar igen. Arbetet med att förebygga vårdskador är ett ständigt pågående arbete och kommer prioriteras högt även under kommande år.

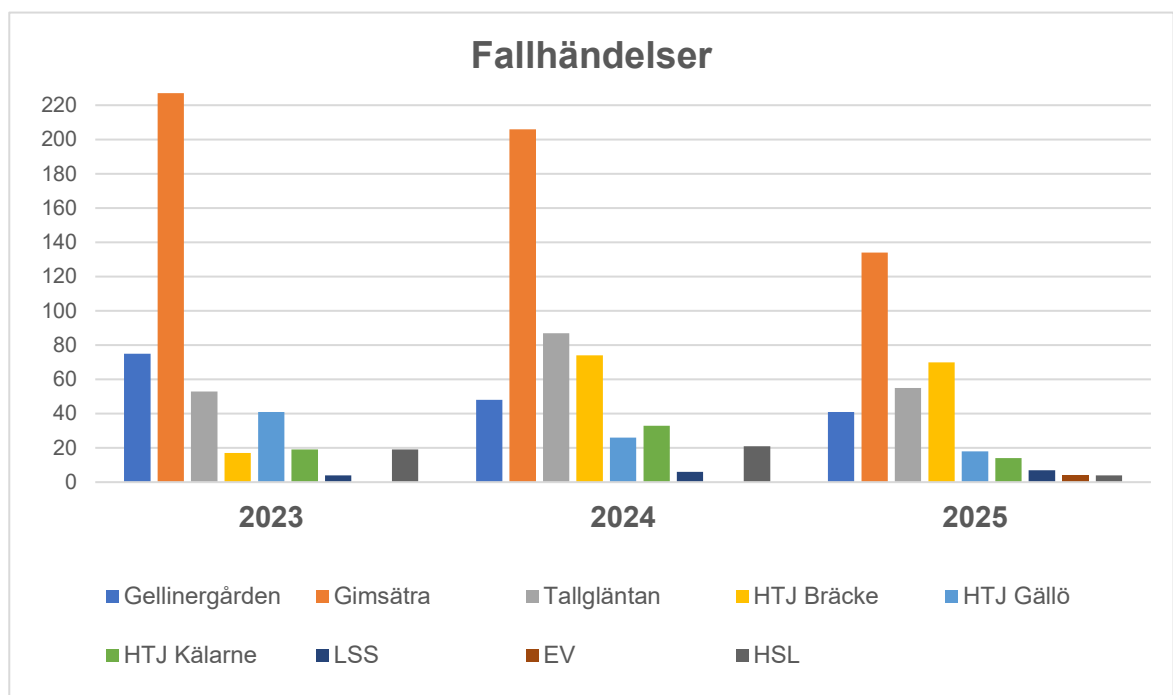
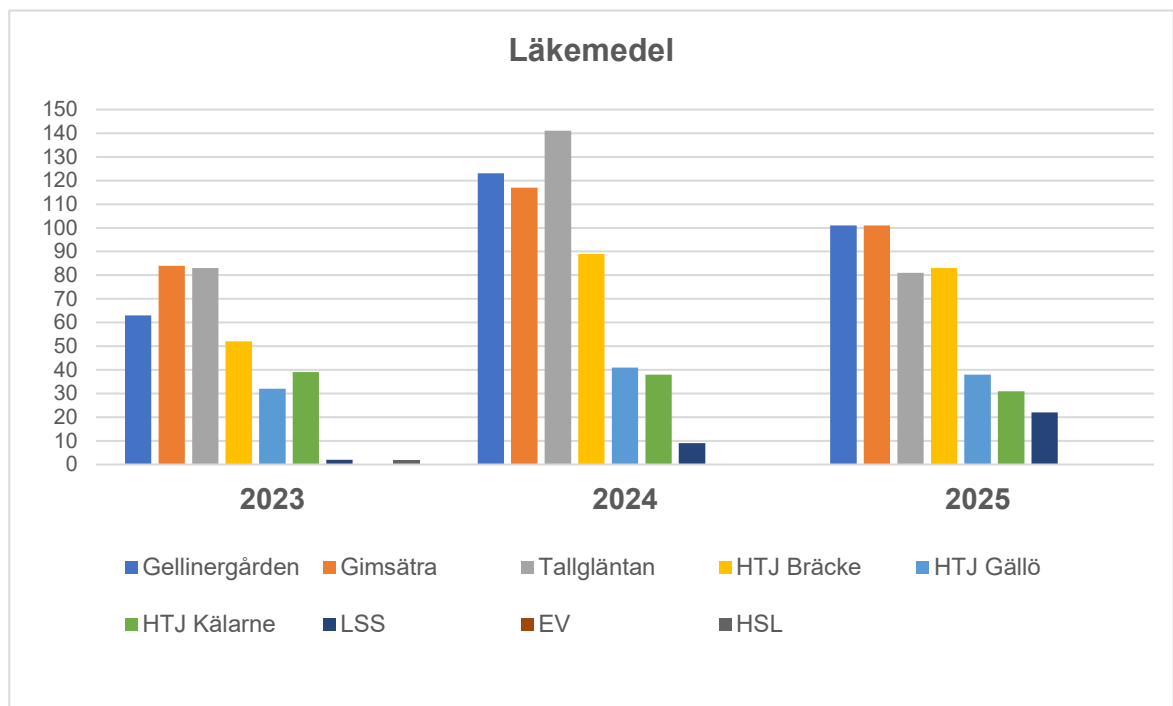
## Har vården varit säker

Två händelser har under året utretts av MAS gällande risk för allvarlig vårdskada. IVO lämnade beslut att avsluta ärendena och att inte vidta ytterligare åtgärder. Vilket innebär att IVO bedömt att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

## Avvikelser

Under året har totalt 941 vårdskadehändelser rapporterats vilket är en minskning från föregående år då det rapporterades 1164 vårdskadehändelser. De vanligaste avvikelserna gäller läkemedel och fall. (se bilder nedan för läkemedel, fall och antal vårdskador 2023-2025)

Avvikelsesystemet har setts över under 2025 där statistikdelen har förbättrats för att det ska vara enklare att ta fram relevant information. I systemet finns nu mindre val av avvikelse typer för att underlätta för personal och för de funktioner som ska ta fram statistiken. Rutiner har uppdaterats och manualer skapats för att underlätta ute på enheterna.



## Antal vårdskador 2023-2025 (fetmarkerad avvikelstyp aktiva sedan våren 2025)

	Organisation		EV			Gellnärsgården			Gimsåtra			HSL (inaktiv)			HTJ Bräcke			HTJ Gällö			HTJ Kälne			Gruppbostad			Pers ass			LSS ÖV			Tallgäntan		
	År		2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025					
Avvikelsestyp																																			
Bemötande							3	1	1	1			1			2															2				
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik			6	4	5	7	20	2			1		1	2	2	2			1	3												2			
Brister i handläggning och dokumentation			2	1		3	4	2	5	4	2	2	2		3				1		1	1		1							6				
Brister i och/eller felaktigt utförande av insatser			9	12	3	11	32	1	4	5	1	3	10	4	3				4	2	4		1								11	4	2		
Fall			51	107	26	68	92	44	2				42	76	22	25	32	12	35	20	9	1	6	1							61	110	29		
Fallhändelser						72			50					54				24			22			20				1				51			
HSL, övriga händelser			5			14			41		7	1		7				6			5			1		1	1					2			
Infektionsregistrering										2		6	2																						
Kommunikation och information			4				5	1	1	3	9	2	2			1		1	3	7	3										5	2			
Läkemedel			4	75	48	41	227	206	134	19	21	4	17	74	70	41	26	18	19	33	14	4	5	7	1						53	87	55		
Medicintekniska produkter						2			3									1			3			1											
Samverkan annan vårdgivare			1				1				10	9	3	1			1			1											1				
Trycksår			1	1		1	1													1				1							2				
Utebliven HSL ordination			8	1	2	80	36	8					11	8	3	10	5	1	3	9											7	1			
Antal			9	157	174	165	403	395	287	46	57	19	81	173	162	86	65	63	67	75	61	6	12	32	1	1	2	139	212	140					

## 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.



## Läkemedelsgenomgång

En läkemedelsgenomgång är en metod för att på ett strukturerat och systematiskt sätt analysera, följa upp och ompröva en persons läkemedelsanvändning. Det övergripande syftet med läkemedelsgenomgångar är att öka läkemedelsbehandlings kvaliteten och säkerhet, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång. Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana, ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Regionen ansvarar över att läkemedelsgenomgång utförs årligen. Sjuksköterska kan inhämta information inför läkemedelsgenomgång. Under året har farmaceut funnits tillgänglig på hälsocentralen för att underlätta arbetet. Det går inte att ta fram relevant statistik på hur många som blivit erbjuden läkemedelsgenomgång inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta beror på att dokumentationen inte sker på ett strukturerat och enhetligt sätt varken inom kommunen eller regionen.

## Digital signering

Under våren infördes digital signering på alla särskilda boenden. Sedan start är det hälso- och sjukvårdsinsatser som signeras digitalt. Digital signering finns i hemsjukvården sedan tidigare. Detta innebär att endast de som har dokumenterad delegering i LifeCare HSL kan utföra åtgärden. Digital signering ökar patientsäkerhet, effektiviserar signeringsprocessen och underlättar uppföljning.

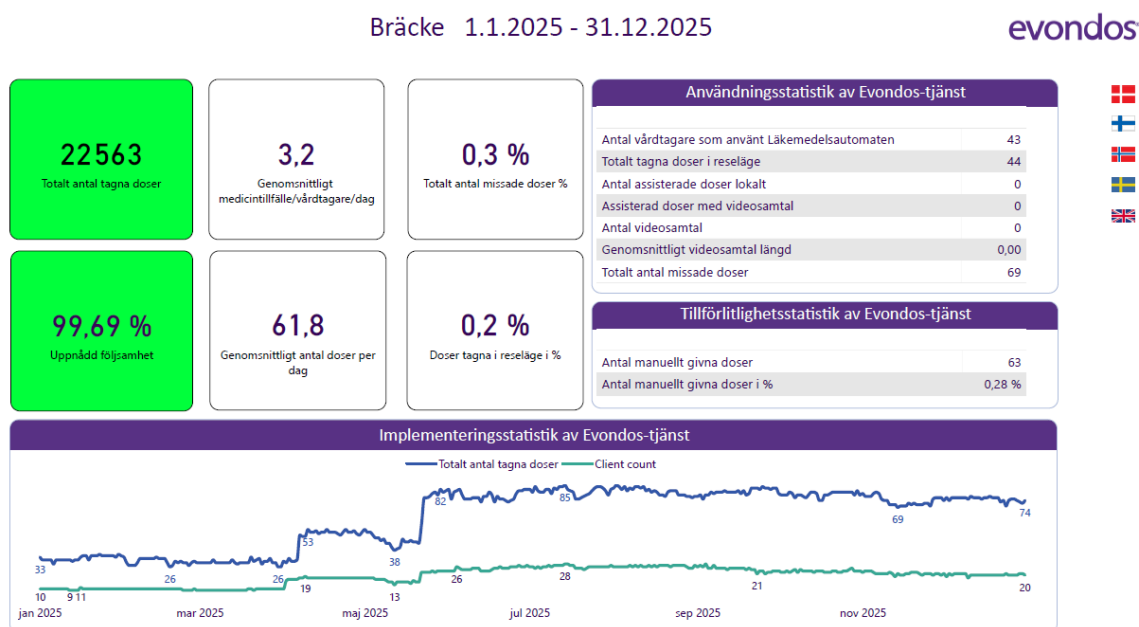
Digital signering av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder kan ske såväl för läkemedelssignering som för övriga hälso- och sjukvårdsåtgärder. Om den ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärden ska utföras av personal med eller utan delegeringsansvar bestäms av den legitimerade personal.

## Låsta läkemedelsskåp

Alla patienter på SÄBO förutom ett boende har digitala låsta läkemedelsskåp där alla öppningar av medicinskåpet loggas i systemet, vilket ökar spårbarheten vilket stärker patientsäkerheten. Det innebär också att endast personal med delegering har tillgång till läkemedelsskåpet. Även sjuksköterskor har tillgång till skåpen. Digitala låsta läkemedelsskåp finns inte inom hemsjukvården men för de medborgare som har läkemedelsautomat räknas det som låst läkemedelsskåp.

## Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomat säkerställer att rätt medicin ges i rätt tid till rätt patient och ska vara förstahands alternativ där kriterier är uppfyllda. Sedan november 2024 används läkemedelsautomat inom Gällö hemsjukvårdsområde. Implementering startade i Kälarne under mars och Bräcke startade i maj med hjälp av projektledare från Evondos som funnits nära till hands sedan införandet. Införandet blev inte som förväntat och ny uppstart planeras i Kälarne och Bräcke. Anledningen är framför allt hög personalomsättning. Nystarten planeras till jan 2026 då förhoppningen är att personalsituationen är stabil. Under året har det levererats 22563 doser och följsamheten är uppmätt till 99,67 %. *Bilden nedan visar statistik för Evondos under 2025.*



## 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.

### 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.



Omprioriteringar av arbetsuppgifter sker dagligen för att rätt insats ska ges rätt patient i rätt tid. Prioriteringsordning finns för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Riskanalyser ska göras bland annat i samband med organisationsförändringar samt vid större rutinförändringar. Legitimerad personal riskbedömer patienter individuellt gällande bland annat fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

### Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamheten. Enhetschef ansvarar för alla avvikelser på enheten, analyserar avvikelser tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut samt andra professioner vid behov. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser, dessa utreds av MAS och verksamhetsutvecklare SOL. Den enskilde och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

### Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. All vård och omsorgspersonal är också skyldig att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållande som har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av händelse inträffar igen. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande avvikelserutin. Avvikelsena hanteras enligt rutin av enhetschef, verksamhetschef HSL, MAS och verksamhetsutvecklare. Det är viktigt att utredningar görs skyndsamt och åtgärder sätts in i tid och följs upp för att förebygga nya vårdskador. Resultat visar att medeltiden för utredningar överstiger vad som framgår i rutin (4 veckor). Medeltiden i dagar är 76, men det varierar från 0- > 200 dagar.

### 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.



### Avvikelser

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

Avvikelser ska identifieras, rapporteras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas, följas upp och återrapporteras ut till verksamheten. Regelbundet varje månad ska närmaste chef redovisa enhetens avvikelser för vård- och omsorgspersonalen för att öka lärandet, höja kvalitén i vården och därmed öka säkerheten. Återkoppling gällande allvarliga vårdskador ges av MAS till verksamheten och även till anhöriga om så är överenskommet.

Sammanställning av vårdskadeavvikelser redovisas årligen till vård- och socialutskottet.

## Klagomål och synpunkter

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

Hanteras i första hand på den berörda enheten. Samverkan sker med berörda parter samt vid behov verksamhetsutvecklare inom SOL. MAS ansvarar för att hantera klagomål och synpunkter utifrån patientsäkerhets aspekt och anmälan/samverkan med IVO. Inga klagomål och synpunkter har inkommit till MAS under året. Två synpunkter och klagomål finns registrerade i diariet som rör hälso- och sjukvården. Ärendena gäller att det är svårt att komma i kontakt med sjuksköterska och medicinhantering.

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till avdelningen på olika sätt till exempel via brev, mejl, telefon, direkt till avdelningen och olika yrkesutövare. På kommunens hemsida finns information om hur man kan göra för att lämna synpunkter till kommunen.

## 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.



### Analogt arbetssätt

Rutin finns för analogt arbetssätt och ska användas vid längre avbrott där framkommer att alla enheter ska ha en krispärm för att säkerställa att alla dokument som behövs finns tillgängliga när man skall övergå till analogt arbetssätt. Vilka dokument krispärm ska innehålla framgår av rutin. Systemsäkerhetsanalys och katastrofplan för avdelningens gemensamma verksamhetssystem har reviderats under året. Tidigare hade varje avdelning en egen systemsäkerhetsanalys.

## KHOSS

KHOSS är ett uppdrag som står för den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och civilt försvar.

För att stärka beredskapen inom kommunens hälso- och sjukvård har det under året genomförts workshops i kontinuitetshandling inom samtliga verksamheter inom vård- och socialavdelningen, där bland annat medicinering, verksamhetssystem och personal berörts. Arbetet har gjorts inom KHOSS-projektet. KHOSS-projektet bedrivs fortfarande och under nästkommande år är förhoppningen att övningar och kompetenshöjande insatser ska genomföras. Arbetsgrupp är skapad och där säkerhetssamordnare är sammankallande.

### Kompetensförsörjning

Under året har flera patienter med avancerad vård skrivits ut från slutenvården vilket ökar kraven på personalen. Utmaningar finns nationellt för att säkerställa kompetensförsörjningen ute i kommunerna. Arbeta sker på nationell nivå för att stödja kommuner och regioner.

Under året har det varit relativt stabilt med legitimerad personal men nyrekryteringar har skett under året. Tillgång till vikarier finns och ingen hyrpersonal har behövts under året.

### Läkemedelshandling

Handtering av läkemedel är ett av de mest riskfyllda områdena inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har meddelat under året att delegeringsföreskriften upphör att gälla från årsskiftet



och från första januari gäller endast de nya föreskrifterna, som är en uppdaterad version av HSLF-FS 2017:37, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*. I föreskrifterna har vårdgivarens ansvar förtydligats. En viktig ändring är att vårdgivarens ansvar tydliggörs när det gäller delegering av läkemedelshantering i verksamheterna. Det är vårdgivaren som ytterst har ansvaret för att patientsäkerheten säkerställs och som också har förutsättningar att påverka läkemedelshanteringen så att den leder till en god och säker vård.

Delegering får enbart ske när det är förenligt med god och säker vård. Därför ansvarar vårdgivaren över att riskanalyser görs kopplat till läkemedelshanteringen samt ansvarar över att det finns rätt kompetens, bemanning och rutiner som är kända och efterlevs i verksamheten. Riskanalys ska ligga till grund för rutiner. Riskanalys kan göras enhetsvis eller mer övergripande.

Detta innebär bland annat att rutiner måste revideras och sedan fastställas av vårdgivaren. Beslut behöver fattas i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera läkemedelshantering i verksamheten. En annan viktig del för vårdgivaren att besluta är vilken kunskap och kompetens som krävs av den som genom beslut om delegering får iordningställa, administrera och överlämna läkemedel. Vårdgivaren kan välja att delegera vissa delar till verksamhetschef eller MAS men ansvaret fräntas aldrig vårdgivaren.

### **Rutinarbete**

MAS har under året reviderat flera rutiner och fokus har varit på de rutiner som krävs för att vi ska kunna arbeta patientsäkert i verksamheterna. Bland annat har revidering gjorts av rutinen för avvikelshantering gällande vårdskada, läkemedelshantering, delegering, journalhantering och vård i livets slutskede och dödsfall. Översyn och revidering av rutiner sker under hela året. Många rutiner behöver revideras och kommer ske fortlöpande.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

### **MÅL**

#### **Patientsäkerhet**

Arbeta efter den Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet 2025-2030.

#### **Läkemedelshantering**

Säker läkemedelshantering.

#### **Vårdhygien**

Hög följsamhet till basala hygienkrav inom vård-och omsorg.

Säkerställa god hygienisk kvalitet inom vård och omsorg.

### **STRATEGIER**

#### **Patientsäkerhet**

Utse arbetsgrupp för att genomföra nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet.

#### **Läkemedelshantering**

Tydliggöra för vårdgivaren vilka krav som har förtydligats i föreskrift gällande delegering av läkemedel.

## **Vårdhygien**

Socialchefsnätverket har beslutat om att MAS/MAR nätverket ska arbeta med att ta fram arbetssätt och underlag inför att börja mäta PPM vårdhygien mätningar/observationer i alla kommuners SÄBO under 2026.

Vårdhygienisk egenkontroll ska finnas med på enhetschefers årshjul samt vara en del av planen egenkontroll.

## **PLANERADE ÅTGÄRDER**

### **Patientsäkerhet**

Genomföra nulägesanalys av kommunens patientsäkerhetsarbete och ta fram prioriterade områden och insatser som ska genomföras. Arbetet med detta kommer att ske långsiktigt.

### **Läkemedelshantering**

Genomföra riskanalys för delegering av läkemedelshantering samt revidera rutiner som vårdgivaren sedan ska fastställa.

### **Vårdhygien**

MAS nätverket ska tillsammans med hjälp av representant från kommunförbundet ta fram informationsmaterial och verktyg för sammanställning av PPM mätning av vårdhygien för länets alla kommuner. Underlag från Socialstyrelsen kommer vara basen.

Genomföra PPM mätning av vårdhygien vår och höst på alla särskilda boenden för äldre.

Vårdhygienisk egenkontroll ska genomföras årligen samma månad på alla SÄBO och ordinärt boende.

## **UTMANINGAR**

Den största utmaningen är att vi får hem alltmer svårt sjuka medborgare vilket innebär att vård- och omsorg kommer ha ett stort utbildningsbehov framöver samtidigt som vi kommer ha stora utmaningar med kompetensförsörjning av omvårdnadspersonal i framtiden. Med anledning av förflyttningen av alltmer avancerad vård flyttas ut till primärvården kommer det krävas utbildningsinsatser. Kompetensutveckling behövs för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Ekonomin kommer vara en utmaning men den får inte påverka patientsäkerheten, men hänsyn kommer behöva tas i våra prioriteringar.