



Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden år 2025



Diarienummer: SN-2026/43

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inledning

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.

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver det systematiska förbättringsarbetet inom egen regi av hemsjukvård, hemtjänst, särskilt boende, serviceboende, personlig assistans samt Attendo hemtjänst, S:t Maria gruppboende samt Lyckåsens och Dadelvägens gruppboenden. Utförare på särskilt boende i avtal med kommunen redovisar sin egen patientsäkerhetsberättelse.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	11
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Handlingsplan för patientsäkerhet.....	15
Egenkontroll	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	20
Interna arbetsprocesser och system	20
Dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation.....	21
Nytt hjälpmedelssystem - Myloc.....	21
Äldrevårdsenheten.....	22
Modell för palliativ vård	22
BPSD-registret	23
Säker vård här och nu.....	24
Riskhantering	24
Enheten för hemsjukvård	25
Säker bemanning	25
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser	27
Läkemedelsavvikelser	29
Fallavvikelser	31
Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser	32
Avvikelser i vårdkedjan	33
Utredning och uppföljning	35
Led- och utredningstid	37
Allvarlighetsgrad	40

Lex Maria	41
Klagomål och synpunkter.....	42
Öka riskmedvetenhet och beredskap	43
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?	43
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	45
Implementerade mål och strategier som förvaltas under 2026	45
Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar under 2026	47
BILAGA 1.....	48
RESULTAT OCH ANALYS	48
Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår	48
Kvalitetsregister – Palliativa registret	51
Basal hygien och klädregler	54
Infektionsregistreringar	58
Vårdhygienisk egenkontroll	60
Läkemedelskontroll	60
Följsamhet till ordinationer	61
Journalgranskning	64
BILAGA 2.....	67
MÅLUPPFYLLELSE 2025	67
Basala hygienrutiner och klädregler.....	67
Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister.....	67
Teamarbete	67
Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret.....	67
Avvikelsehantering.....	67
Dokumentation	67
Följsamhet till rehabiliteringsinsatser	67

SAMMANFATTNING

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att förebygga vårdskador och säkerställa en god och säker vård för de personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Arbetet förutsätter tydlig styrning, fungerande samverkan, rätt kompetens och en säkerhetskultur där risker uppmärksammas och hanteras i tid.

Under 2025 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits i enlighet med fastställda mål och handlingsplan, med fokus på att förbättra resultaten jämfört med föregående år. Arbetet har genomförts både på övergripande nivå och i verksamheterna, med återkommande uppföljning inom hälso- och sjukvårdsledningen.

Årets resultat visar flera positiva utvecklingsområden. Avvikelsehanteringen är fortsatt väl etablerad och rapporteringskulturen bedöms vara god. Antalet rapporterade avvikelser har ökat, vilket i huvudsak speglar en ökad medvetenhet och ett mer systematiskt arbetssätt, och tidigare misstanke om underrapportering bedöms inte längre vara lika framträdande, utan rapporteringen anses i högre grad spegla den faktiska händelsebilden i verksamheterna. Bedömningarna av allvarlighetsgrad har blivit mer enhetliga och tillförlitliga. Under året har sex händelser anmälts enligt lex Maria. I de ärenden som återkopplats har tillsynsmyndigheten bedömt att vidtagna åtgärder varit tillräckliga och ärendena har avslutats utan ytterligare krav.

Det vårdpreventiva arbetet med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert är delvis etablerat. Risker identifieras i hög utsträckning i genomförda bedömningar, men täckningsgrad, åtgärdsplanering och uppföljning varierar mellan verksamheterna. Estrids gård bedöms ha nått en god nivå i det förebyggande arbetet, medan hemsjukvården fortsatt har utmaningar kopplat till struktur, samordning och förutsättningar för multiprofessionellt arbete. Arbetet med BPSD-registret har under året fortsatt att utvecklas och bidragit till ökad struktur, samsyn och personcentrering i omvårdnaden för personer med demenssjukdom.

Inom vård i livets slutskede har tydliga förbättringar uppnåtts. Täckningsgraden i Palliativregistret uppgår till 100 %, vilket innebär att samtliga dödsfall i verksamheterna nu registreras och ger ett tillförlitligt underlag för analys och fortsatt kvalitetsutveckling. Flera kvalitetsindikatorer har förbättrats jämfört med föregående år, även om vissa omvårdnadsnära moment fortsatt utgör utvecklingsområden.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ligger fortsatt på en relativt hög nivå och visar en positiv utveckling över tid, även om målet om full följsamhet ännu inte har uppnåtts. Journalgranskningarna visar en fortsatt förbättrad dokumentationskvalitet, med särskilt tydliga förbättringar inom samtycken och hälsoplaner. Samtidigt kvarstår behov av ökad tydlighet kring ansvar, uppföljning och aktualitet i dokumentationen.

En blick framåt

Sammantaget visar årets patientsäkerhetsarbete på en stabil utveckling med flera förbättrade resultat jämfört med föregående år. Under kommande år fortsätter det systematiska förbättringsarbetet med fokus på att stärka det förebyggande arbetet, förbättra samverkan och skapa tydligare strukturer i hälso- och sjukvårdens processer. En ny handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram utifrån en gemensam nulägesanalys. Med fortsatt kompetensutveckling, förbättrad informationsöverföring och ett mer enhetligt arbetssätt skapas förutsättningar för en långsiktigt hållbar och patientsäker vård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Vård- och omsorgskontorets mål och strategier för att främja patientsäkerhetsarbetet samt stärka verksamheternas kvalitet inom Vård- och omsorgskontoret under år 2025 har varit följande:

Mål 1: 100 % följsamheten till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförarenheter.

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad enligt Knivsta kommuns anvisning. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att återkoppla och lyfta resultaten på APT på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att på en övergripande nivå regelbundet följa resultatet i samtliga verksamheter och rapportera detta till HSL-ledningen. Ansvar: MAS

Mål 2: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Riskbedömningarna ska ske inom två veckor från inskrivning i hemsjukvården när sjuksköterskeinsatser finns. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplan vid identifierad risk samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Strategier

- Säkerställa legitimerad personals kunskap i arbetet med senior alert. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert minst två gånger per år inom samtliga verksamheter, inklusive korttidsboende. Ansvar: Legitimerad personal.
- Använda PU sensor som en objektiv bedömning av trycksår. Ansvar: Legitimerad personal tillsammans med verksamhetsansvarig chef.
- Att skapa förutsättningar för att åtgärder och uppföljningar ska kunna utföras i ett multiprofessionellt team genom att se över mötesstrukturen. Att det förebyggande arbetet sker i team där omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut är avgörande för att höja kvaliteten på vården och det förebyggande arbetet. Ansvar: Verksamhetsansvariga chefer och legitimerad personal med stöd av områdeschef.
- Skapa handlingsplan för fall och utreda hur hembesök kan utföras efter fall för att se över hemmiljön och vidta lämpliga fallförebyggande åtgärder. Ansvar: MAR och verksamhetsansvarig chef

- För att förebygga fall ska riskbedömningar utföras även när det endast finns behov av rehabinsats. Ansvar: Legitimerad personal

Mål 3: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete både inom och mellan enheterna samt mellan olika professioner.

Strategier

- Skapa en fungerande mötesstruktur. Ansvar: Berörda chefer tillsammans med områdeschef
- Skapa förutsättningar för resurseffektiva teammöten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Berörda chefer tillsammans med områdeschef
- Skapa en rutin för ärendeplanering. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Införa och säkerställa strukturerad informationsöverföring enligt SBAR för att förbättra kommunikationen både inom teamet, mellan enheterna samt mellan olika professioner. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

Mål 4: Öka täckningsgraden i Palliativregistret för Vård- och omsorgskontorets utförare till 90 %. Förbättra resultaten jämfört med 2024 avseende smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument och genomförande av munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka.

Strategier

- Registrera dödsfallsenkäter vid samtliga dödsfall som inträffar inom vård- och omsorgsboenden, på korttidsboende, LSS-boende och personer som har hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvar: Sjuksköterska
- Lägesrapport och genomgång av resultaten på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden och tidigt kunna sätta in åtgärder. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

Mål 5: Förbättra avvikelshanteringen genom att minska ledtiden till maximalt 14 dagar mellan upprättad avvikelserapport och påbörjad utredning, säkerställa kvaliteten i utredningar och uppföljningar samt korrekta bedömningar av allvarlighetsgrad.

Strategier

- Påbörja utredning inom 14 dagar efter upprättad avvikelserapport. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Strukturerade kvartalsuppföljningar av avvikelshanteringen i HSL-ledningen. Ansvar: MAS
- Särskilt patientsäkerhetsforum för att stärka analysförmågan, säkerställa kvaliteten i utredningarna och uppföljningarna samt korrekt bedömning av allvarlighetsgrad. Ansvar: MAS och MAR

Mål 6: Öka följsamheten till journalrutinen till 80 %.

Strategier

- Genomföra årliga strukturerade journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal utifrån en redan förutbestämd journalgranskningsmall. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef med stöd av MAS och MAR.

- Utifrån resultatet av journalgranskningarna föregående år identifiera och genomföra förbättringsåtgärder. Ansvar: MAS och MAR tillsammans med berörda chefer
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentationsgrupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 7: Minst 80 % följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser.

Strategier

- Stärka kunskapen gällande ordinerade rehabinsatser genom utbildningsinsatser. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Genom HSL ledning förtydliga och förankra behovet. Ansvar: MAR
- Följa upp följsamheten via digitalt signeringssystem. Ansvar: Legitimerad personal och verksamhetsansvarig chef

Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Nämnden delegerar därefter uppdraget att arbeta med dessa frågor till Vård- och omsorgskontoret.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret och har det övergripande ansvaret att leda, planera, samordna och utveckla organisationen. Ansvaret omfattar bland annat säkerställande om att:

- vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för Vård- och omsorgskontorets fastställda rutiner
- resursanvändning och bemanning möjliggör att uppnå en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra/ utveckla organisationen med stöd av ledningssystemet

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård (VC HSL) är ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret samt utförare enligt LOV. Uppdraget regleras i 4 kap. 1–5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och innebär i huvudsak att;

- ha det övergripande ansvaret för att verksamheter inom egen regi samt utförare enligt LOV har en god patientsäkerhet, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation som skapar förutsättningar att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter så att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- säkerställa och följa upp att Vård- och omsorgskontoret har tydliga mål med patientsäkerhetsarbetet.
- det finns tillräcklig bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att bedriva en god och säker vård.
- rapportera till den politiska organisationen när så krävs, och vid behov säkerställa att underlag inför politiska beslut tas fram så att patientsäkerheten kan upprätthållas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

1. patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
2. patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - a) läkemedelshantering (MAS)
 - b) rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det (MAS)

MAR ansvarar även för att det finns ändamålsenliga och väl fungerade riktlinjer/ rutiner för:

- a) användning och hantering av medicintekniska produkter
- b) det kommunala rehabiliteringsuppdraget på primärvårdsnivå

Vidare ansvarar MAS, tillsammans med MAR, för att lagar och författningar inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är kända och efterlevs inom Vård- och omsorgskontorets enheter i egen regi samt utförare enligt LOV. I uppdraget ingår också att utarbeta övergripande riktlinjer/ handlingsplaner/ rutiner inom andra områden inom ramen för hälso- och sjukvårdsområdet samt samverka i länsövergripande forum och med andra vårdgivare.

Områdeschef utförare i egen regi ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar genom att leda och samordna utförare i egen regi där hälso- och sjukvård bedrivs
- hålla ihop och genomföra riskanalyser som berör flera enheter samt inför större förändringar, exempelvis organisatoriska förändringar
- vid behov formulera övergripande mål för enheterna och ansvara för att dessa följs upp och uppnås
- enhetschefer har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs

Verksamhetsansvarig chef ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar för god vård och omsorg på enheten, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och skapar förutsättningar för sin enhet att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- säkerställa att enhetens personal arbetar i enlighet med processerna och riktlinjer/ rutiner/ instruktioner som ingår i ledningssystemet.
- medarbetarna har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter med hänsyn till de krav som ställs på enheten, samt att en strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerheten.
- skapa förutsättningar för en personcentrerad vård
- ny personal får den introduktion som krävs för att kunna utföra uppdragen

Legitimerad personal ansvarar för att;

- aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten

- arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där vården, så långt det är möjligt, utformas i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg
- genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin och befintligt delegeringsmaterial till omsorgspersonal

Vidare anses omsorgspersonal som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad personal och genom delegering utför ordinerade arbetsuppgifter.

Stödfunktioner

Ledningen samverkar med externa stödfunktioner såsom exempelvis vårdhygien, smittskydd, strama, hjälpmedel i Uppsala län (HUL), palliativa konsultteamet (PKT), patientnämnden med flera.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns följande samarbetsforum för att främja patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer:

- VC HSL, MAS och MAR har gemensamt forum för övergripande strategiska ledningsfrågor för patientsäkerheten.
- VC HSL tillika områdeschef, MAS, MAR och enhetschefer i egen regi har gemensamt forum för strategiska frågor på verksamhetsnivå.
- MAS och MAR har motsvarande forum i relevanta delar med externa LOV-utförare och externa utförare för gruppboende inom LSS där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret.
- MAS och MAR samverkar månatligen med legitimerad personal utifrån arbete med processer och rutiner samt behov av informationsöverföring kring lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer i samverkan med regionen med mera.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det är av stor vikt att vårdens olika delar samspelar och fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som också kan leda till ineffektiv vård och i slutändan vårdskada för patienten. För att säkerställa att patienters vård och behandling sker på ett optimalt och säkert sätt behöver det därför finnas riktlinjer för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan vårdgivare. I Uppsala län finns riktlinjer som styr samverkan mellan länets samtliga kommuner och region Uppsala. Dessa styrdokument går att hitta i kvalitetshandboken, vård i samverkan (VIS). Bland annat finns det VIS – dokument som beskriver hur samverkan ska ske vid vårdövergångar.

Lokal samverkan

- Lokal tjänsteledning närvård - Vård och omsorg, skola, primärvård, habilitering och psykiatri
- Hälso- och sjukvårdsledningsmöten (HSL-ledning)
- MAS/MAR möte tillsammans med verksamhetsansvariga chefer i egen regi samt jourverksamheten
- MAS/MAR samverkansmöte med externa utförares verksamhetsansvariga
- MAR/MAR samverkansmöte med privata utförares medicinskt ansvariga
- Hjälpmedelsmöten för samtliga utförare

- Stöd till DV vad gäller läkemedel och hjälpmedelshantering
- Lokal samverkan mellan HSL och BHL-enheten i utskrivningsprocessen

Länsövergripande forum

- TL HSVO Uppsala län
- GAP UL – Gemensamma analyser och samverkansprocesser vid utskrivning från slutenvården och utveckling av Cosmic Link, kommunikationsverktyget
- Redaktionsrådet
- Skapande av VIS dokument - särskilda arbetsgrupper utifrån kompetensområde
- Lokalredaktörer - referensgrupp VIS-dokument
- Patientsäkerhetsgruppen
- Effektiv och nära vård, inklusive projektgrupper
- Hjälpmedel Uppsala Län (HUL)
- Nära vård och hälsa, vårdhygien, smittskydd och kommunernas MAS:ar
- Inkontinensråd
- MAS/ MAR nätverket
- Nätverk hjälpmedelsansvariga (HAL) i länet
- LAG (lokal arbetsgrupp) Täckningsgrad

Samverkan vid utbildningsinsatser

- Hygienombudsutbildningar
- Mätutbildningar för basala hygienrutiner och klädregler
- Palliativa ombudsutbildningar
- Förskrivarutbildningar för hjälpmedelshantering
- Inkontinens och förskrivning av produkter

Informationssäkerhet

Under året har inga allvarliga incidenter som påverkat informationssäkerheten identifierats, men mindre driftstörningar har förekommit. Driftstörningarna har hanterats inom ordinarie rutiner och utan långvarig påverkan på verksamheten. Tillfälliga avbrott kan begränsa åtkomsten till system och påverka verksamhetsprocesser, vilket gör att fungerande support och tydliga rutiner är av stor betydelse. Detta har fungerat tillfredsställande under året.

Uppföljning och kontroll inom informationssäkerhetsområdet har genomförts i enlighet med gällande krav. Arbetet med hälso- och sjukvårdens adresskatalog (HSA) har fortsatt under året, där organisationen säkerställt korrekt behörighetsstyrning och att tjänsterna används för sitt avsedda ändamål. Regelbundna kontroller har genomförts för att säkerställa att tillitskraven efterlevs och att rätt personer har tillgång till information i HSA-katalogen.

Vidare har interna kontroller genomförts av personalens åtkomst till patientuppgifter genom stickprov och riktade granskningar.

För att förebygga incidenter och stärka informationssäkerheten har kontinuerligt arbete bedrivits med säkerhetsuppdateringar och hantering av identifierade sårbarheter. Åtgärderna har syftat till att minska risken för intrång och driftpåverkan samt till att säkerställa verksamhetens kontinuitet. Systemdokumentationen har hållits aktuell för att skapa tydlig spårbarhet, klara ansvarsförhållanden och en stabil grund för systemförvaltning.

Arbetet med informationssäkerhet har genomförts i nära samverkan med IT-centrum och externa leverantörer för att säkerställa samordnad hantering av säkerhetskrav, tekniska uppdateringar och förbättringsåtgärder. Detta har bidragit till att upprätthålla en stabil, driftsäker och ändamålsenlig IT-miljö.

Löpande stickprovskontroller och strukturerade journalgranskningar i patientjournaler har utförts av MAS och MAR, där dokumentationen har granskats för att kontrollera att den följer journalrutin och föreskrifts krav men även för att identifiera förbättringsområden. [Resultatet redovisas i bilaga 1.](#)

En god säkerhetskultur

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

Ledningen har ett centralt ansvar för att skapa förutsättningar för en god och säker vård av hög kvalitet. En del av detta arbete är att främja en stark säkerhetskultur inom samtliga verksamheter, där alla medarbetare – oavsett profession – har en viktig roll.



Under året har arbetet med säkerhetskulturen fortsatt som en integrerad del av det dagliga patientsäkerhetsarbetet, där verksamheterna på olika nivåer arbetat aktivt med att prioritera och hantera patientsäkerhetsfrågor. Detta har bland annat skett genom att upprätthålla en arbetsmiljö som uppmuntrar öppen kommunikation kring identifierade risker i det dagliga arbetet. För att detta ska vara möjligt pågår ett kontinuerligt arbete inom verksamheterna för att skapa ett öppet arbetsklimat där medarbetare känner sig trygga att rapportera negativa händelser, diskutera utmaningar och ställa frågor om patientsäkerhet utan rädsla för repressalier. Denna trygghet är också avgörande för att kunna arbeta förebyggande med patientsäkerhet.

Samtliga verksamheter har rapporterat att patientsäkerhetsrelaterad kommunikation, inom och mellan professioner, ofta sker i samband med arbetsplatsträffar, teammöten, professionsmöten, morgonmöten och avvikelseråd. Därtill finns behov av tid och forum för gemensam reflektion och lärande för att bland annat öka förståelsen för hur det egna arbetssättet påverkar patientsäkerheten. Tid för detta har funnits i samtliga verksamheter, även om omfattningen och utformningen varierat. För de flesta sker reflektion i samband med arbetsplatsträffar eller professionsmöten, medan vissa verksamheter har mer regelbundna och särskilt avsatta reflektionsforum. Samtidigt framkommer att förutsättningarna för reflektion periodvis har påverkats av hög arbetsbelastning, personalomsättning samt pågående förbättringsarbeten med förändrade arbetssätt, vilket särskilt lyfts inom hemsjukvården.

Verksamhetsansvariga chefer bedöms fortsatt ha en avgörande roll i att stödja och främja en öppen och lärande säkerhetskultur. Flera verksamheter lyfter vikten av ett nära och tillgängligt ledarskap som en förutsättning för att skapa trygghet i dialogen och sänka tröskeln för att medarbetare ska känna sig trygga i att ta upp risker i vardagen. Regelbunden dialog kring inträffade avvikelser, återkoppling till medarbetare och ett tydligt ledarskap i patientsäkerhetsfrågor bidrar till att stärka rapporteringsbenägenheten och skapa förståelse för avvikelshanteringens betydelse. De flesta verksamheter har etablerade forum för avvikelsegenomgång, även om det fortsatt finns utvecklingspotential när det gäller att

integrera lärande från avvikelser i det dagliga arbetet, särskilt inom verksamheter med hög ärendemängd och många samverkansytor.

Det fortsatta arbetet med säkerhetskultur behöver därför inriktas mot att ytterligare stärka det gemensamma lärandet, skapa hållbara strukturer för dialog och säkerställa att patientsäkerhetsfrågor ges utrymme även under perioder med hög belastning.

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.



Det finns hygienombud och ombud inom palliativ vård fördelade på de olika enheterna, med undantag för enheten för socialpsykiatri och stödboendet där ombud saknas samt för hemtjänst Attendo, Dadelvägen, Lyckåsen och S:t Maria där palliativt ombud saknas. Hemtjänsten i egen regi har ombud för psykisk ohälsa och hemsjukvården för suicidprevention. Utöver det finns bland annat rehabombud på Estrids gård samt hörselombud både där och inom hemtjänsten i egen regi. Verksamheterna rapporterar även flera andra ombudsroller, såsom dokumentationsombud och inkontinensombud, vilka finns på flera enheter. Ombuden har genomgått särskilda ombudsutbildningar och deltar i regelbundna ombudsträffar inom sitt område. De ska vara drivande i sitt uppdrag samt bidra med vägledning, handledning och informationsspridning till övriga medarbetare.

Verksamhetsansvariga chefer informerar och följer upp rutiner och processer med medarbetarna på arbetsplatsträffar. Vid identifierade behov används arbetsplatsträffar även som forum för riktade kompetensutvecklingsinsatser. Under året har legitimerad personal genomfört utbildningar inom olika områden för omsorgspersonal inom detta forum.

Under året har särskilda utbildningsinsatser genomförts i syfte att öka förståelsen för förskrivningsprocessen och tydliggöra sjuksköterskans ansvar vid förskrivning av behandlande madrasser. MAR har genomfört introduktionsutbildningar för sjuksköterskor samt erbjudit extra utbildningstillfällen och produktvisningar. Utbildningarna har haft fokus på gällande regelverk, sortimentskunskap och ett patientsäkert arbetssätt vid bedömning och uppföljning av hjälpmedel. Samtliga legitimerade yrkesutövare som förskriver hjälpmedel ska genomgå Socialstyrelsens webbutbildning i förskrivning, vilket utgör en grund för ett enhetligt och kvalitetssäkrat arbetssätt inom området.

Under året har medicinskt ansvariga påbörjat ett förändrat arbetssätt i dialogen med legitimerad personal och deras chefer. För att skapa bättre förutsättningar för dialog, delaktighet och gemensamt lärande beslutades under hösten att pröva ett nytt upplägg i form av temabaserade workshops. Workshop har utformats för att kombinera teoretisk genomgång med praktiskt arbete, exempelvis genom gemensamma diskussioner och fallbeskrivningar, i syfte att öka förståelsen och skapa samsyn inom olika områden. Under hösten har teman varit samtycke och informationsöverföring inom hälso- och sjukvård samt fallprevention. Under våren 2026 planeras motsvarande workshops med fokus på delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter samt dokumentation.

Hemsjukvården och hemtjänsten i egen regi har under året genomfört flera insatser för att stärka följsamheten till delegeringsrutinen och därmed säkerställa att delegerad personal har adekvat kompetens. Arbetet har framför allt haft fokus på utbildningsinsatser och regelbundna strukturerade uppföljningar. En gemensam satsning har även genomförts för att öka kunskapen om det digitala signeringssystemet, i syfte att säkerställa korrekt användning och öka signeringsgraden.

För att upprätthålla adekvat kompetens och goda förutsättningar för ett patientsäkert arbete bedrivs fortlöpande kompetensutveckling inom verksamheterna. Under året har utbildningsinsatser genomförts inom bland annat hygien, läkemedelshantering, dokumentation, rehabilitering och hjälpmedelshantering.

Nyanställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomgår obligatorisk introduktion av hjälpmedelsansvarig (HAL) avseende kommunens hjälpmedelshantering. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomgår även förskrivarutbildningar för individuella hjälpmedel, där kunskap om regelverk, förskrivningsprocess och hjälpmedlens funktion säkerställs. Som stöd i förskrivningsarbetet har HAL tagit fram kriterier för olika hjälpmedelskategorier.

Vidare erbjuds regelbundna förflyttningsutbildningar och lyftlicensutbildningar för omsorgspersonal. Lyftlicensutbildning genomförs för all nyanställd personal oavsett utförare samt återkommande för övriga medarbetare. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har även erbjudits regelbundna föreläsningar inom rehabiliteringsområdet, organiserade av MAR-funktionerna i länet och genomförda av regionens specialistverksamheter, exempelvis via Akademiska sjukhuset.

Kompetensutvecklingen bedrivs genom en kombination av webbaserade utbildningar, praktiska moment och riktade utbildningsinsatser samt genom deltagande i seminarier och föreläsningar. Sammantaget bidrar detta till att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning och stärka förutsättningarna för en säker vård.

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.



Verksamheterna möjliggör att patienter och deras närstående involveras och görs delaktiga i både den egna vård och behandlingen men även i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär exempelvis att patienten och/ eller närstående, utifrån patientens vilja och egen förmåga, deltar i vårdplanering, medicinsk vårdplanering, läkemedelsgenomgångar, brytpunktssamtal, i upprättande av riskbedömningar (enligt senior alert) och åtgärder, upprättande av uppföljning av genomförandeplaner, samordnad individuell planering (SIP), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Patienter uppmuntras även att vara delaktig i val av hjälpmedel inom befintligt sortiment.

Beslut som fattas i dessa sammanhang utgår från patientens önskemål och kommuniceras till berörd personal för att säkerställa att de är kända och följs i verksamheten. I ordinärt boende erbjuds patienter så långt det är möjligt att själva önska när på dagen hembesök lämpligast

görs. På LSS-gruppbostäder som Lyckåsen och Dadelvägen hålls regelbundna husmöten där brukarna deltar och ges möjlighet att påverka verksamheten. På Estrids gård arrangeras regelbundna anhörigmöten där närstående både kan få information om och från enheten men även möjlighet att påverka genom dialog.

Flera enheter rapporterar att de arbetar aktivt med kontaktmannaskap eller fast omsorgskontakt som en del i ett aktivt arbete med att skapa och upprätthålla goda relationer till brukare. Varje patient som är inskriven i hemsjukvården ska dessutom ha en fast vårdkontakt som har helhets- och samordningsansvaret för patienten. Ett personcentrerat arbetssätt ska tillämpas där patientens kunskaper och engagemang ska tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att göra patienten delaktig i sin egen vård. Däremot visar journalgranskningar att det finns utrymme för förbättringar avseende dokumentation av patientens önskemål om vård och behandling, då dessa inte alltid framgår tydligt.

Flera enheter använder resultat från brukarundersökningar, både de som genomförs av Socialstyrelsen och interna enkäter, som underlag för riktade förbättringsåtgärder. Synpunkter och klagomål som inkommer välkomnas och hanteras av verksamhetsansvarig chef, som ansvarar för utredning och återkoppling till den som lämnat synpunkterna. Dessa används även som underlag för enhetens utvecklings- och förbättringsarbete. På samtliga enheter informeras patienter och närstående, om inga hinder föreligger, vid inträffad vårdskada. I samband med detta erbjuds patienten och närstående möjlighet att lämna sin redogörelse av händelsen samt eventuella synpunkter, som en del i utredningen och det fortsatta förbättringsarbetet. Framöver krävs dock ytterligare diskussioner på enheterna tillsammans med patienter för att tydliggöra hur den enskilde kan göras än mera delaktig i sin egen vård och behandling.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Handlingsplan för patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdsledningen beslutade under 2022 om att en handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram för Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi. Arbetet slutfördes under kvartal 3, 2023 och resulterade i en handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över åren 2024–2026. De högst prioriterade områdena handlar om avvikelshantering och teamsamverkan, men även om att identifiera risker för att kunna arbeta förebyggande samt att stärka analys och lärande i verksamheterna.

Under året har arbetet fortsatt i enlighet med handlingsplanen. Utbildningar inom avvikelseområdet har fortsatt erbjudits, främst riktade till nya medarbetare eller till personer som tidigare inte haft möjlighet att delta, i syfte att öka kunskapen om inträffade vårdskador. Arbetet med tillförlitliga och säkra system och processer har fortsatt, bland annat genom utveckling av strukturerade kvartalsrapporter som följer patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå, exempelvis avvikelsestatistik, kvalitetsregister och digitalt signeringssystem. Vidare har arbete genomförts för att göra kvalitetsledningssystemet mer tillgängligt och användbart, inklusive översyn och revidering av samtliga hälso- och sjukvårdsprocesser. Justeringar har även genomförts i journalsystemet för att underlätta dokumentation, samt en större revidering av kunskapsstöd inför delegering av läkemedel.

Nuvarande handlingsplan sträcker sig till årsskiftet 2026/2027. Under 2026 kommer en ny nulägesanalys att genomföras med målsättningen att ta fram en ny handlingsplan för patientsäkerhet som börjar gälla från och med 2027.

Egenkontroll

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.

De egenkontroller som varit aktuella under året beskrivs i ”Tabell: Översikt egenkontroll”. Där framgår frekvens och omfattning av egenkontrollerna samt hur informationen avseende dem inhämtas. Till varje egenkontroll kopplas resultat och analys samt eventuella åtgärder vilka beskrivs i bilaga 1 samt under respektive fokusområde:

- öka kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system och processer
- säker vård här och nu
- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell: Översikt egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Kontinuerligt under året.	Verksamhetssystemets avvikelsemodul.
Läkemedelskontroll	Kontroll av narkotika minst 1 gång/ månad	Kontroll i digitalt signeringssystem.
	Temperaturkontroller	Blankett för temperaturkontroll
	Extern kvalitetsgranskning en gång per år	Åtgärdsplan från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
	Kontroll av kasserade läkemedel i akutförrådet, sker löpande under året men ska skickas till MAS två gånger per år	Registreringar på särskild blankett som återfinns i riktlinjen Läkemedelshantering i samverkan och lista 1,2,3
Riskbedömningar gällande trycksår, fall och undernäring	Löpande under året	Kvalitetsregister, Senior Alert

		PU sensor för att identifiera risk för att utveckla trycksår
Punktprevalensmätning (PPM) trycksår	En gång per år	Protokoll sammanställt av Senior Alert
BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)	Löpande under året	BPSD-registret
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Palliativregistret Täckningsgrad rapporteras i enkätform
BHK-mätningar	10 observationer per enhet och månad	Rapporteras i enkätform
Vårdhygienisk egenkontroll	En gång per år	Protokoll
Infektionsregistreringar	Månatliga rapporteringar	Månadssammanställningar skickas till Vårdhygien via särskild enkät.
Loggkontroller	Fyra gånger per år enligt rutin	Samtliga digitala system som behandlar patientuppgifter
Internrevision i HSA	Två gånger per år	Protokoll
Journalgranskning	Årlig strukturerad journalgranskning	Hälso- och sjukvårdsjournalen
Tekniska hjälpmedel	Elrullstolar, stå-träningshjälpmedel och personlyftar följs upp en gång per år, lyftselar var 6 månad. Lyftar besiktas årligen.	Hälso- och sjukvårdsjournal, hjälpmedelssystem och besiktningsprotokoll
Basutrustning	Kontrolleras minst en gång årligen.	Checklista

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Ett kontinuerligt arbete med avvikelser, det vill säga negativa eller oförväntade händelser, ska utföras som ett steg i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samtliga medarbetare inom vård- och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Inom Vård- och omsorgskontorets verksamheter rapporteras dessa i verksamhetssystemets avvikelsemodul och beroende på allvarlighetsgraden i avvikelserna hanteras den av olika ansvariga. Om avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär hanteras den av verksamhetsansvarig chef på berörd enhet. Vid avvikelser av allvarligare karaktär kopplas MAS eller MAR in beroende på avvikelsernas område. Majoriteten av avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär, vilket innebär att verksamhetsansvarig chef ansvarar för utredning, uppföljning och återkoppling. Allvarliga avvikelser rapporteras till MAS eller MAR som bedömer om en vårdskada inträffat eller om det funnits risk för vårdskada som kräver en fördjupad utredning enligt lex Maria. Hur avvikelseprocessen ska gå till finns beskrivet i ledningssystemet och i gällande rutin för avvikelser.

Den länsgemensamma riktlinjen *Avvikelsehantering i samverkan* beskriver hur avvikelser mellan huvudmän ska hanteras, exempelvis vid identifierade risker eller negativa händelser i vårdens övergångar. Genom denna struktur möjliggörs dialog, analys, återkoppling och lärande mellan vårdgivare. Samtidigt har det under en längre tid funnits ett behov av att på lokal nivå ytterligare stärka samarbetet mellan kommun och region, särskilt när det gäller gemensamma analyser av inträffade händelser och risker i vårdkedjan.

Mot denna bakgrund har arbete initierats för att stärka analys och lärande kopplat till vårdkedjeavvikelser under året. På länsövergripande nivå har patientsäkerhetsgruppen etablerat en undergrupp med uppdrag att ta fram en mer strukturerad metod för analys av vårdkedjeavvikelser, med syfte att möjliggöra identifiering av mönster och trender över tid. Parallellt har ett lokalt analysarbete påbörjats på uppdrag av den lokala tjänsteledningen, där fokus legat på gemensam genomgång och analys av identifierade avvikelser mellan Knivsta kommun och Region Uppsala. Arbetet befinner sig i en uppstartsfas och planeras att utvecklas vidare under kommande år, med målsättningen att stärka det gemensamma lärandet och skapa bättre förutsättningar för ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete i vårdkedjan.

Under 2024 genomfördes en omfattande utbildningssatsning inom avvikelseområdet, med syfte att skapa en gemensam förståelse för vad en avvikelse är, hur avvikelseprocessen ser ut och vilket ansvar varje medarbetare har i rapporteringen. Under 2025 har ytterligare utbildningstillfällen erbjudits, främst riktade till nya medarbetare eller till personer som tidigare inte haft möjlighet att delta, i syfte att öka täckningsgraden och kunskapen inom avvikelseområdet. Sedan utbildningarna startade har totalt drygt 72 % av ordinarie personal inom verksamheter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser deltagit. Det kan dock konstateras att det finns ett fortsatt behov av att erbjuda utbildningsinsatser inom avvikelseområdet.

De genomförda insatserna har bidragit till ökad rapporteringsbenägenhet, förbättrad följsamhet till avvikelseprocessen samt kortare ledtider, särskilt i den inledande fasen från rapporterad avvikelse till påbörjad utredning. Tidigare indikationer på underrapportering framstår inte längre som lika tydliga. Sammantaget bedöms rapporteringen under året i högre grad spegla faktiska händelser i verksamheten, särskilt inom läkemedelsområdet, vilket ger ett mer tillförlitligt och användbart underlag för analys, uppföljning och fortsatt förbättringsarbete.

Under året har ett kvartalsvis uppföljningsarbete på aggregerad nivå etablerats inom hälso- och sjukvårdsledningen. Syftet har varit att skapa bättre förutsättningar för att tidigt identifiera trender, mönster och riskområden samt möjliggöra mer träffsäkra prioriteringar och åtgärder. Arbetssättet bedöms utgöra ett viktigt steg i att synliggöra faktiska utfall och skapa ett gemensamt underlag för analys och dialog. Genom detta stärks organisationens förmåga att dra lärdom av inträffade händelser och omsätta erfarenheter i konkreta förbättringsinsatser. De återkommande kvartalsrapporterna bidrar även till att tydliggöra ledningens uppföljning och närvaro i patientsäkerhetsarbetet, vilket kan ha en positiv inverkan på verksamheternas upplevelse av sammanhang, mening och långsiktighet i arbetet.

Samtidigt kvarstår utvecklingsbehov när det gäller kvaliteten i avvikelseutredningarna. Det finns variationer mellan verksamheterna både avseende struktur och analysdjup. Verksamheterna beskriver att den ökade mängden avvikelser som ska hanteras, i kombination med bristande information i vissa avvikelserapporter och otillräcklig dokumentation, försvårar utredningsarbetet. Detta innebär att utredningarna i vissa fall inte genomförs med det fördjupade analysarbete som krävs för att tydligt identifiera bakomliggande orsaker.

I dagsläget ligger fokus i stor utsträckning på att hantera enskilda händelser, medan det fortsatt finns behov av att i högre grad arbeta mer strukturerat och samlat med bakomliggande orsaker till återkommande avvikelsetyper. Ett sådant arbetssätt är en förutsättning för att kunna gå från händelsehantering till ett mer långsiktigt och förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Denna utmaning påverkar även ledtiderna i avvikelseprocessen, då ett mer kvalitativt analysarbete är tidskrävande men samtidigt nödvändigt för att säkerställa att vidtagna åtgärder får önskad effekt. För att på sikt kunna minska antalet återkommande avvikelser behöver organisationen därför fortsätta utveckla strukturer och stöd för analys, uppföljning och lärande på både lokal och övergripande nivå.

Fördjupad redovisning av hur avvikelser följs upp, analyseras och används i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet återfinns under avsnittet *Stärka analys, lärande och utveckling*.

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.



Tillförlitliga och säkra system och processer handlar framför allt om att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett vart vården sker och även i samverkan med andra vårdgivare. Det omfattar även att det finns arbetssätt och stöd för att förebygga risker för vårdskador och att öka säkerheten i vården genom att minska oönskade variationer.

Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling

Nedan följer processer inom hälso- och sjukvården, både i samverkan och interna, som är framtagna utifrån bästa tillgängliga kunskap för en god och säker vård och där särskilt arbete utförts under året.

Interna arbetsprocesser och system

Under året har MAS och MAR fortsatt det systematiska arbetet med att utveckla och kvalitetssäkra processer inom hälso- och sjukvården i syfte att stärka patientsäkerheten. Arbetet har haft fokus på att tydliggöra ansvar, skapa enhetliga arbetssätt och säkerställa att styrande dokument är aktuella, ändamålsenliga och möjliga att följa i verksamheterna.

Som en del i detta arbete har både nya styrande dokument tagits fram och befintliga dokument reviderats utifrån identifierade behov i verksamheten. Riktlinjer och handlingsplaner som antas i nämnd har särskilt setts över i samband med att deras giltighetsdatum löpt ut, vilket även inneburit en granskning av sakinnehållet för att säkerställa fortsatt överensstämmelse med gällande regelverk och bästa tillgängliga kunskap. Arbetet har sammantaget haft som inriktning att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet och skapa tydlighet i ansvar och arbetssätt. Parallellt har ett fördjupat kunskapsstöd inom delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter arbetats fram i syfte att skapa bättre förutsättningar för utbildning, förståelse och ett enhetligt arbetssätt i samband med delegeringar.

Utvecklingen av ledningssystemet har fortsatt under året och de övergripande riktlinjerna och rutinerna inom hälso- och sjukvården har strukturerats och tillgängliggjorts på ett mer kvalitetssäkert sätt. Därtill har ett omfattande arbete påbörjats med att se över och förenkla hälso- och sjukvårdsprocesserna för att göra dem mer användarvänliga för slutanvändaren. Målsättningen är att arbetet färdigställs under kvartal 2 2026 och att implementering kan påbörjas under hösten.

Under slutet av året genomfördes en teknisk integrering mellan kvalitetsregistret Senior alert och journalsystemet. Syftet med integreringen är att minska risken för dubbeldokumentation och skapa bättre förutsättningar för en sammanhållen och spårbar dokumentation. Eftersom integreringen genomfördes sent under året har effekterna ännu inte kunnat följas upp, utan detta kommer att ske under kommande år.

Generellt finns det ett fortsatt behov av att stärka följsamheten till styrande dokument, arbetssätt och processer inom hälso- och sjukvården som en del i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet.

Dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation

En dokumentationsgrupp för HSL-dokumentation finns etablerad med syfte att skapa samsyn och tydlighet kring vad som ska dokumenteras, i vilken omfattning och var i journalsystemet. Gruppen arbetar med identifierade förbättringsområden och utgör ett stöd i utvecklingen av ett enhetligt och patientsäkert dokumentationsarbete, vilket inkluderar medicinskt ansvarigas vägledning till verksamheterna i dokumentationsfrågor. Gruppen leds av MAS och inkluderar MAR samt legitimerad personal från hemsjukvården och Estrids gård. Arbetet sker i dialog med verksamheterna och i samverkan med avdelningen för system och administration för att möjliggöra justeringar i verksamhetssystemet utifrån verksamhetens behov.

Under året har ett fortsatt förbättringsarbete bedrivits utifrån identifierade utvecklingsområden och synpunkter från legitimerad personal. Fokus har legat på att förenkla dokumentationen i HSL-journalen, vilket bland annat resulterade i systemförändringar under kvartal 4 där omsorgspersonal fått mer avgränsade skrivbehörigheter samt tillgång till statusmall för symtomskattning vid livets slutskede. Effekterna av förändringarna kommer att följas upp under 2026. Under hösten 2025 har även ett arbete med revidering av journalrutinen påbörjats, med planerad färdigställande och implementering under våren 2026.

Precis som tidigare år har strukturerade journalgranskningar genomförts, där fortsatta förbättringar kan ses inom flera områden och där den positiva utveckling som identifierats tidigare år kvarstår. Resultatet redovisas i bilaga 1. Arbetet inom dokumentationsgruppen bedöms fortsatt vara en viktig del i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet och kommer därför att fortsätta även framöver.

Nytt hjälpmedelssystem - Myloc

Under året har det nya hjälpmedelssystemet Myloc implementerats och tagits i bruk inom hemsjukvården. Ett hjälpmedelssystem är en viktig förutsättning för att säkerställa spårbarhet av hjälpmedel i enlighet med gällande lagar och regelverk samt för att skapa säkra och ändamålsenliga arbetssätt i hjälpmedelshanteringen.

Systemet möjliggör en mer strukturerad hantering av beställningar av upphandlade produkter, bokning av service och reparationer samt hantering av konsulentordrar. I Myloc hanteras även underlag för fakturering och statistik, vilket utgör viktiga delar i uppföljningen av hjälpmedelshanteringen.

Efter införandet har ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivits för att utveckla och förankra arbetssättet i systemet. Under året har flera förbättringsområden identifierats, bland annat behov av tydligare stöd i systemanvändningen, där behovet av särskilda superusers (person med förstärkt kompetens) har blivit tydligt.

Äldrevårdsenheten

Äldrevårdsenheten definieras som en vårdcentral där patienter listas utifrån ett remissförfarande. Inriktningen är till personer som är 65 år eller äldre, som bor i ordinärt boende, har komplexa medicinska behov och har sjuksköterskeinsatser från den kommunala primärvården.

Under 2025 har hemsjukvården haft tre till fyra patienter listade på Äldrevårdsenheten. Den begränsade mängden patienter bedöms bero på att många av de som är inskrivna i hemsjukvården inte uppfyller kraven för att listas, och att flera av de som uppfyller kraven har valt att behålla sin nuvarande vårdcentral. Förhoppningen är dock att antalet listade patienter successivt ska öka under de kommande åren, i takt med att samarbetet mellan kommunen och Äldrevårdsenheten fortsätter att utvecklas.

Hemsjukvården har under året fortsatt samarbetet med Äldrevårdsenheten för att på bästa sätt utveckla det nya arbetssättet. Det omfattar bland annat tätare uppföljningar, gemensamma hembesök och noggranna läkemedelsgenomgångar. Samtidigt har det inneburit en ökad arbetsbelastning för sjuksköterskorna, vilket har lett till att kommunen framfört behovet av att begränsa deras deltagande vid vissa typer av besök.

Även om samarbetet fortfarande är begränsat ser kommunens sjuksköterskor positivt på Äldrevårdsenhetens team- och personcentrerade arbetssätt. Vinsterna är framför allt det nära samarbetet mellan verksamheterna och att det blir bra planeringar för varje enskild patient, något som många gånger saknas när patienterna i stället är listade på ordinarie vårdcentraler. Bedömningen är att samarbetet mellan verksamheterna ger goda förutsättningar att långsiktigt förbättra vården för äldre med komplexa behov.

Modell för palliativ vård

Utvecklingen av den läns-gemensamma samverkansmodellen för palliativ vård i hemmet genomfördes under 2023 i syfte att skapa en mer jämlik, personcentrerad och samordnad palliativ vård, både inom allmän och specialiserad vård. Den reviderade modellen började därefter tillämpas och regleras genom ViS-riktlinjen *Palliativ vård i samverkan*.

Under året har hemsjukvården haft fyra gemensamma patienter med avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH), varav tre i ordinärt boende och en på Estrids gård. De samverkansutmaningar som identifierats tidigare år kvarstod i samband med detta, framför allt avseende samsyn, kommunikation och ansvarsfördelning mellan berörda aktörer. Mot bakgrund av de brister i samverkan som identifierats av länets kommuner genomfördes ett dialogmöte med Palliativt centrum i maj 2025, med syfte att skapa samsyn kring nuläget och tydliggöra tolkningen av ViS-riktlinjen.

En nulägesrapport om hur arbetet fortlöper inom den palliativa vården presenterades för TL HSVO i maj 2025. Där konstaterades bland annat att samtliga berörda aktörer ännu inte fullt ut arbetar utifrån den beslutade samverkansmodellen för palliativ vård. LAG Vårdförlopp och samverkande palliativ vård har därmed i uppdrag att följa upp modellen samt påbörja revideringen av befintlig riktlinje, vilket påbörjades under året men kommer fortsätta under 2026.

För Knivsta är det fortsatt för tidigt att utvärdera effekterna av vidtagna åtgärder, då underlaget är begränsat. Behovet av att skapa en regelbunden lokal samverkan mellan

kommunal primärvård och ASH kvarstår för att minska patientsäkerhetsrisker och stärka samordningen kring patienter i palliativ vård.

BPSD-registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) drabbar upp till 90 % av alla som lever med en kognitiv sjukdom eller demenssjukdom, och kan inkludera symtom som oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för både den drabbade personen och deras närstående samt vårdpersonal. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som används för att systematiskt observera, dokumentera och analysera dessa symtom, vilket ger både legitimerad personal och omsorgspersonal ett strukturerat verktyg för att förbättra omvårdnaden för personer med demenssjukdom. Registret hjälper till att skapa en tydlig struktur i omvårdnaden och identifiera individuella behov, vilket möjliggör mer personcentrerad vård. Genom att använda BPSD-registret kan personalen implementera evidensbaserade åtgärder och följa upp effekten av insatta vårdåtgärder, vilket leder till ökad livskvalitet för personer med demens.

Under 2025 har arbetet med BPSD-registret fortsatt och utvecklats på Estrids gård. Samtliga boende med demensdiagnos registreras oavsett avdelning, vilket har bidragit till ett mer enhetligt och strukturerat arbetssätt kring observation, analys, åtgärder och uppföljning av BPSD-symtom. Arbetssättet har stärkt det tvärprofessionella samarbetet mellan sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omsorgspersonal, där arbetet i högre grad sker mot gemensamma mål. På demensenheten har detta lett till kvalitetsförbättringar, bland annat i form av ökad trygghet och minskad oro hos de boende samt ett ökat fokus på förebyggande och icke farmakologiska insatser. I vissa fall har även minskat behov av lugnande läkemedel noterats. På andra enheter har behovet av BPSD-insatser varit mer begränsat, vilket försvårar möjligheten att dra tydliga slutsatser, men arbetet har samtidigt bidragit till ökad reflektion och förståelse för de boendes individuella behov. Sammantaget visar årets arbete att användningen av BPSD-registret bidrar till den struktur, samsyn och personcentrering som är avsedd och eftersträvad med registret.

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.



För att kunna uppnå en god patientsäkerhet behöver patientsäkerhetsarbetet vara en självklar del inom samtliga verksamheter och på samtliga nivåer. Det innebär bland annat att riskförebyggande arbete är en självklar och integrerad del i allt som utförs inom verksamheterna. Det finns en god kontroll på kända risker som kan komma att uppstå och det bedrivs ett aktivt och kontinuerligt arbete med dessa.

Riskhantering

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 sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas, liksom vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Riskhantering utgör därmed en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och syftar till att förebygga negativa händelser innan de uppstår.

I samband med verksamhetsförändringar eller andra händelser av större betydelse ska riskanalyser genomföras av ansvariga chefer, ofta i samverkan mellan områdeschef och verksamhetsansvarig chef. Liksom tidigare år bedöms antalet dokumenterade riskanalyser vara begränsat, och ett fortsatt arbete med att utveckla ett mer systematiskt och enhetligt arbetssätt kring riskanalyser krävs inom flera verksamheter. Samtidigt framgår att risker i stor utsträckning hanteras genom dialog, erfarenhetsutbyte och uppföljning av inträffade händelser, även om detta inte alltid dokumenteras i form av formella riskanalyser.

Inom hemsjukvården har dock flera riskanalyser genomförts under året, bland annat kopplat till delegeringsprocessen, läkemedelshantering, hjälpmedelshantering, samverkan, fysiska resurser och belastningstoppar. Riskanalyserna har framför allt genomförts med anledning av förändrade förutsättningar och perioder med hög arbetsbelastning, i syfte att identifiera sårbarheter och säkerställa patientsäkerheten.

Vid hälso- och sjukvårdsärenden genomförs riskanalys inför omfattande eller komplexa hemsjukvårdsinsatser i patientens bostad, särskilt i de fall där det medicinska ansvaret är delat med annan vårdgivare. När det finns behov av utbildning av personal för att kunna utföra komplexa eller avancerade insatser ska detta tillgodoses innan övertagande av ansvar. Regionen ansvarar i dessa fall för eventuella utbildningsinsatser.

De kända generella riskerna för vårdskador inom vård- och omsorgsarbete har hanterats genom att verksamheterna arbetar med att utveckla fungerande processer, rutiner och strukturer i syfte att minska risken för att den enskilde patienten drabbas av vårdskada. Under kommande år behöver arbetet med riskbedömningar i anslutning till processerna i ledningssystemet utvecklas ytterligare. Detta kommer att utgöra en del av den planerade översynen av samtliga HSL-processer, med målsättning att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet och skapa tydligare stöd för när och hur riskanalyser ska genomföras.

Enheten för hemsjukvård

Under året har situationen inom hemsjukvården varit mer stabil jämfört med föregående år, även om perioder med hög arbetsbelastning fortsatt förekommit. Oplanerad frånvaro har vid vissa tillfällen påverkat bemanningen och begränsat möjligheten att arbeta med planerade förbättringsinsatser i önskad omfattning.

Den handlingsplan som upprättades under 2024 har följts upp löpande genom dialog mellan verksamhetsansvarig chef och områdeschef, med möjlighet till stöd och återkoppling vid behov. Även om samtliga aktiviteter inte har genomförts fullt ut har handlingsplanen utgjort ett aktivt underlag i uppföljningen, och flera av de identifierade åtgärderna har kunnat genomföras under året.

Den utökade bemanningen har haft positiv effekt. Särskilt införandet av en samordningsfunktion som har bidragit till förbättrad struktur i det dagliga arbetet, en mer kvalitetssäkrad utskrivningsprocess samt bättre förutsättningar för medicinska bedömningar genom ökad tillgång till journaluppgifter, läkemedelslistor och det digitala signeringssystemet. Funktionen har även varit ett stöd för kollegor och chef samt bidragit till utveckling av lokala rutiner.

Förändrade arbetssätt har medfört att enheten i större utsträckning arbetar mer samordnat och systematiskt. Detta märks bland annat genom förbättrad dokumentation, en mer kvalitetssäkrad delegeringsprocess med regelbundna uppföljningar samt ett mer aktivt och strukturerat arbetssätt i verksamhetens system, exempelvis genom uppföljning av larm och ökad rapportering av både interna avvikelser och avvikelser i vårdkedjan.

Samtidigt har den positiva effekten av resursförstärkningen delvis påverkats av oplanerad frånvaro, vilket innebär att full effekt ännu inte kunnat uppnås. Bedömningen är dock att arbetsbelastningen kunnat minska i viss utsträckning och att förutsättningarna för patientsäkert arbete varit betydligt sämre utan dessa åtgärder.

Den samlade bedömningen är att de åtgärder som vidtagits varit relevanta och ändamålsenliga. De förändrade arbetssätten har bidragit till ökad struktur, tydligare uppföljning och bättre förutsättningar för utveckling i verksamheten. Under året har även ett mer stabilt ledarskap bidragit till kontinuitet i arbetet och skapat bättre förutsättningar för att följa upp beslutade åtgärder över tid. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt arbete för att säkerställa långsiktig hållbarhet, särskilt vid perioder av hög arbetsbelastning och oplanerad frånvaro.

Säker bemanning

På Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi anställs endast undersköterskor på tillsvidarejänster. En sjuksköterska tjänstgör på varje våningsplan på Estrids gård vilket gör att varje sjuksköterska har patientansvar för cirka 20 individer. En biträdande chef som är sjuksköterska tjänstgör dagtid och utgör också ett stöd i det dagliga arbetet.

Inom hemsjukvården har bemanningen under året förstärkts i enlighet med de beslut som fattades hösten 2024. Antalet patienter per sjuksköterska har därmed kunnat hållas på en lägre nivå jämfört med föregående år, vilket skapat bättre förutsättningar för struktur och samordning i det dagliga arbetet. Den ökade bemanningen har även minskat verksamhetens sårbarhet och stärkt förutsättningarna för en mer säker bemanning, även vid perioder av

oplanerad frånvaro. Införandet av en samordningsfunktion har ytterligare bidragit till ett mer patientsäkert och sammanhållet arbetssätt.

För att minska sårbarheten även inom andra yrkesgrupper fattades under året beslut om tillsvidareanställning av arbetsterapeut och fysioterapeut för att täcka vikariebehovet inom dessa professioner. Syftet är att minska sårbarheten inom rehabiliteringsområdet och stärka kontinuiteten i insatserna. Även här har extern bemanning periodvis varit nödvändig för att upprätthålla en god och säker vård.

Vid tillfällen då ordinarie bemanning inte kan säkerställas hanteras bemanning av legitimerad personal vid kortare frånvaro genom timvikarier och vid längre frånvaro genom bemanningsföretag. Detta möjliggör att verksamheten kan upprätthållas vid frånvaro, men innebär samtidigt utmaningar kopplat till kontinuitet och introduktion av ny personal.

Inom hemtjänsten används digitala planeringsverktyg för att säkerställa att rätt kompetens och giltiga delegeringar finns kopplat till planerade insatser. Planering, bemanningskrav och vikariebokning hanteras i samma system, vilket ger stöd för ett mer strukturerat bemanningsarbete och tydligare överblick i verksamheten.

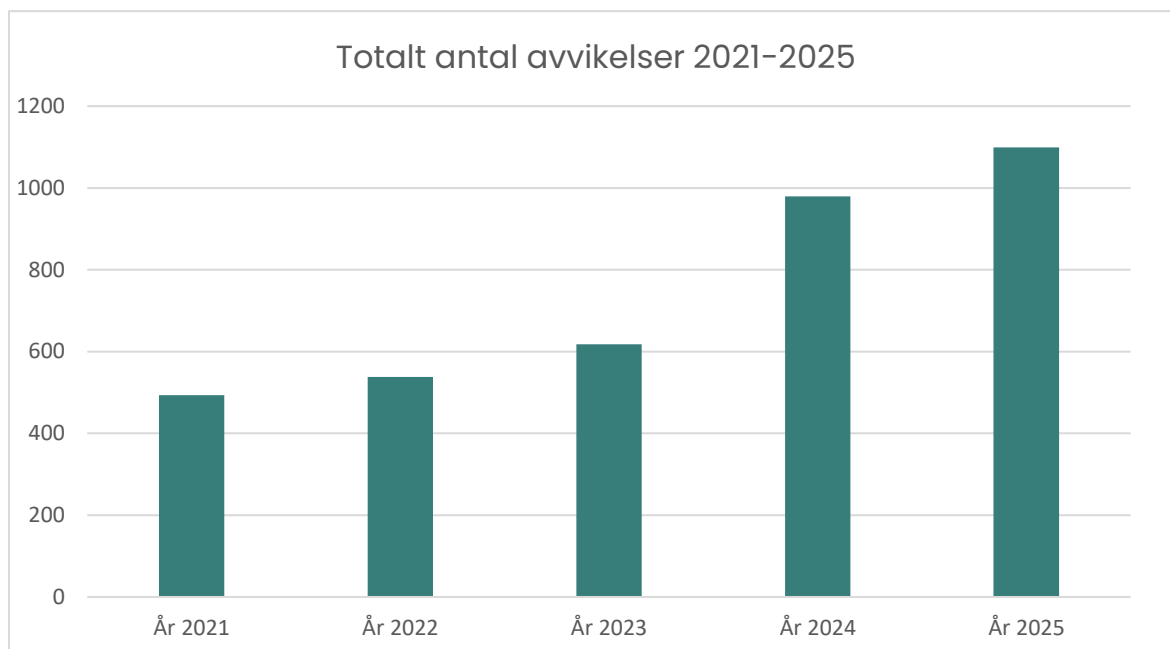
Samtliga enheter arbetar kontinuerligt med att hitta så långsiktiga lösningar som möjligt för att få en kontinuitet i arbetsgrupperna och möjliggöra en fortsatt god kvalitet av vården.

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.



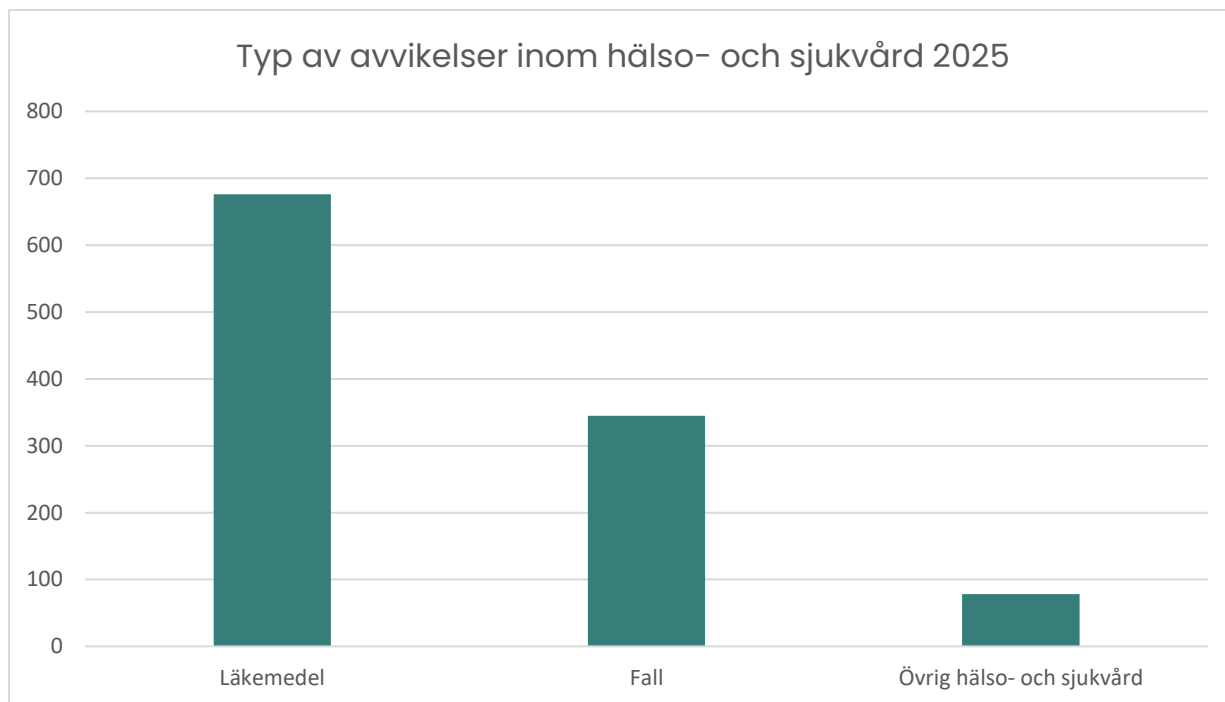
Avvikelser



Tabellen beskriver samtliga inrapporterade avvikelser enligt HSL oavsett kategori under åren 2021 till 2025.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns fortsatt en väl etablerad rapporteringskultur av hälso- och sjukvårdsavvikelser. Antalet rapporterade avvikelser har ökat successivt under perioden 2021–2025 och uppgick under 2025 till 1099 rapporterade avvikelser, jämfört med 979 under 2024. Den kraftiga ökningen som noterades mellan 2023 och 2024 bedöms till stor del vara en effekt av den omfattande utbildningsinsats inom avvikelshantering som genomfördes under våren 2024, där definitionen av avvikelser samt rutiner för rapportering tydliggjordes.

Under första halvåret 2025 rapporterades färre avvikelser än motsvarande period 2024, vilket indikerade en viss stabilisering efter föregående års kraftiga ökning. Helårsutfallet visar dock att rapporteringen ökade något under hösten 2025. Sammantaget bedöms rapporteringsnivån nu ha stabiliserats på en fortsatt hög nivå, vilket sannolikt ger en mer rättvisande bild av den faktiska förekomsten av avvikelser i verksamheterna än tidigare år. Detta bedöms vara en följd av både en ökad rapporteringsbenägenhet och ett mer systematiskt och strukturerat arbetssätt kring avvikelshantering. Den observerade ökningen är därmed förväntad och att betrakta som en positiv utveckling i rapporteringskulturen, snarare än ett tecken på att fler avvikelser faktiskt inträffar.



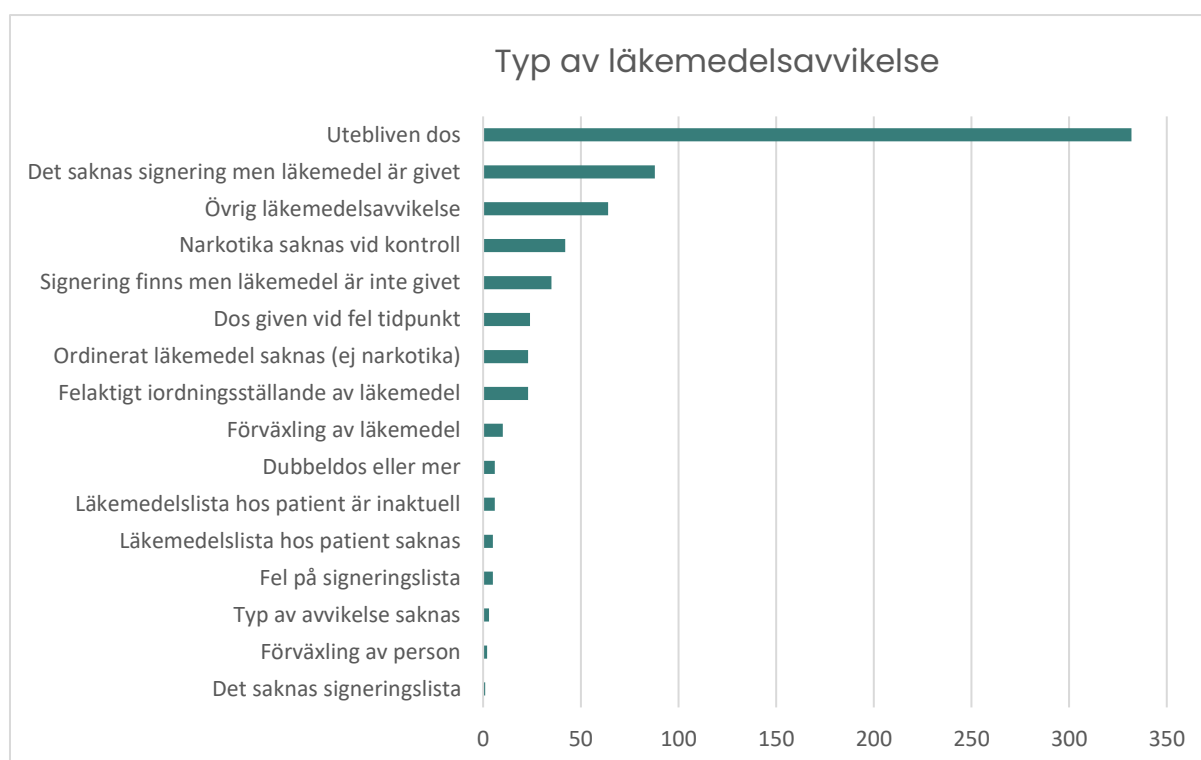
Tabellen beskriver antal rapporterade avvikelser och upprättade utredningar inom de olika typerna av hälso- och sjukvårdsavvikelser under 2025.

Läkemedelsavvikelser och fallincidenter utgör även under 2025 den största andelen av de rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna och står tillsammans för cirka 93 % av samtliga HSL-avvikelser. Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat jämfört med 2024, medan antalet fallavvikelser minskat något. Avvikelser inom kategorin övrig hälso- och sjukvård har minskat jämfört med föregående år.

Fördelningen kan delvis förklaras av att läkemedelsavvikelser och fallincidenter är händelser som är tydliga och lätta att identifiera i det dagliga arbetet, vilket bidrar till en hög rapporteringsgrad inom dessa områden. Inom övrig hälso- och sjukvård kan det i större utsträckning vara svårare att uppmärksamma vad som utgör en avvikelse, vilket kan påverka rapporteringsfrekvensen.

Resultat och analys redovisas vidare under respektive avvikelsetyp.

Läkemedelsavvikelser



Tabellen beskriver de olika typerna av läkemedelsavvikelserna i antal som rapporterats in under 2025.

Läkemedelsavvikelser utgör även under 2025 den största andelen av samtliga rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser. Sannolikt kan det delvis förklaras med att medarbetare i hög grad har kunskap om vad som ska rapporteras som en avvikelse inom läkemedelsområdet, vilket bidrar till att händelser inom denna kategori också i större utsträckning identifieras och dokumenteras.

Fördelningen av avvikelse typer inom området läkemedel visar ett liknande mönster som tidigare år, där utebliven dos fortsatt är den vanligast förekommande avvikelsen, följt av dos given vid fel tidpunkt samt avvikelser kopplade till signering, exempelvis att signering saknas trots att läkemedel har givits. Samtliga dessa bedöms fortsatt i huvudsak kunna förklaras av brister i rutinföljsamhet och i användningen av det digitala signeringssystemet.

Under 2025 uppgick andelen signerade stående läkemedelsinsatser i det digitala signeringssystemet till cirka 98 %, varav omkring 90 % administrerades inom korrekt tidsram. Detta innebär en fortsatt förbättring jämfört med 2024, då motsvarande andelar uppgick till 95 respektive 88 %. Av de insatser som förblev osignerade under året uppskattas cirka 0,08 % kunna utgöra faktisk utebliven dos. Andelen är därmed mycket låg i relation till den totala volymen läkemedelsinsatser och lägre än vid halvårsrapporten 2025. Det ska också nämnas att ej administrerade doser i det digitala systemet inte nödvändigtvis innebär att patienten inte erhållit sina läkemedel. Faktorer som missade signeringar eller insatser som inte pausats i systemet, exempelvis när en patient är frånvarande på grund av vård inom slutenvården, kan fortsatt påverka dessa siffror.

Hemtjänsten i egen regi står fortsatt för merparten av de uteblivna doser som identifierats under året, vilket behöver ses i relation till att denna verksamhet också har den största volymen stående läkemedelsinsatser. Trots ett ökat antal insatser under året visar statistiken en låg andel faktiska uteblivna doser i förhållande till total volym, vilket indikerar att läkemedelshanteringen i huvudsak fungerar väl även i verksamheter med hög komplexitet och stort inflöde. Antalet personer inskrivna i hemsjukvården med hemtjänst har under året varit relativt konstant. Ökningen av läkemedelsinsatser bedöms därför till stor del bero på att vården över tid blivit mer komplex och därmed kräver fler insatser per patient. Utvecklingen kan dock inte enbart förklaras av ökad vårdtyngd, utan även av förbättrad dokumentation, i form av fler signeringar och tydligare registrerade insatser i det digitala signeringssystemet, snarare än en faktisk ökning av patientvolymen.

Mot denna bakgrund innebär det också att antalet rapporterade läkemedelsavvikelser under året överstiger det antal uteblivna doser som kunnat identifieras i signeringssystemet. Det rör sig dock sannolikt inte om en överrapportering, utan snarare om att avvikelser i större utsträckning rapporteras även vid osäkerhet, exempelvis innan utredning har kunnat fastställa om det rört sig om en faktisk utebliven dos eller en utebliven signering. Vid utredning kan sådana händelser i vissa fall avskrivas, vilket bidrar till att antalet identifierade uteblivna doser i systemet blir lägre. Rapporteringen under året bedöms därmed i högre grad spegla faktiska händelser och ge ett mer tillförlitligt underlag för analys än tidigare år.

En förklaring till denna utveckling är det mer aktiva och strukturerade arbetssätt som etablerats kring hantering av larm i det digitala signeringssystemet. Under året har hemsjukvården arbetat systematiskt med att följa upp inkommande larm, vilket möjliggjort snabb utredning av om det rört sig om en utebliven signering eller en faktisk utebliven dos. Genom att larmen hanteras i nära anslutning till händelsen har osäkerheten i uppföljningen minskat, samtidigt som möjligheten att vidta tidiga åtgärder stärkts. Detta arbetssätt bedöms ha bidragit till en mer korrekt registrering och uppföljning av läkemedelsavvikelser under året.

En fortsatt framträdande avvikelsekategori är att narkotika saknas vid kontroll. Utredningar visar dock, i likhet med tidigare år, att dessa avvikelser i de flesta fall inte beror på faktiska förluster av narkotiska läkemedel, utan på brister i dokumentation och korrekt användning av systemet, exempelvis missade eller felaktiga signeringar samt utebliven dokumentation i narkotikajournal vid leverans och uttag.

Inom hemsjukvården har arbetet med narkotikakontroller under året genomförts i ökad omfattning, vilket har bidragit till att fler avvikelser kunnat identifieras jämfört med tidigare år. Detta bedöms spegla en förbättrad upptäcktsgrad snarare än en faktisk ökning av brister, och har skapat bättre förutsättningar för att analysera bakomliggande orsaker och arbeta mer aktivt med förebyggande åtgärder.

Under årets sista kvartal har tekniska och strukturella förbättringar i systemstödet implementerats i syfte att minska risken för användarfel och stärka spårbarheten i hela narkotikahanteringen. Då dessa förändringar genomfördes sent under året har någon tydlig effekt ännu inte kunnat avläsas i statistiken.

Verksamheternas egna analyser visar att bakomliggande orsaker till läkemedelsavvikelser ofta är relaterade till uteblivna kontrollmoment, bristande rutinföljsamhet, hög arbetsbelastning samt brister i kommunikation och överrapportering mellan personal. Vidtagna åtgärder har

bland annat omfattat förstärkt uppföljning av delegeringar, tydligare rutiner vid överlämning och administrering, riktade utbildningsinsatser samt återkommande genomgångar i arbetsgrupper och på arbetsplatsträffar. Flera verksamheter beskriver att dessa åtgärder haft positiv effekt, även om vissa typer av avvikelser fortsatt förekommer och kräver löpande uppföljning.

Fallavvikelser

Fallavvikelser utgör under 2025 cirka en tredjedel av samtliga rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket innebär en lägre andel jämfört med föregående år. Fördelningen mellan verksamheterna är i huvudsak oförändrad, där särskilt Estrids gård och hemtjänsten i egen regi fortsatt står för majoriteten av de rapporterade fallincidenterna.

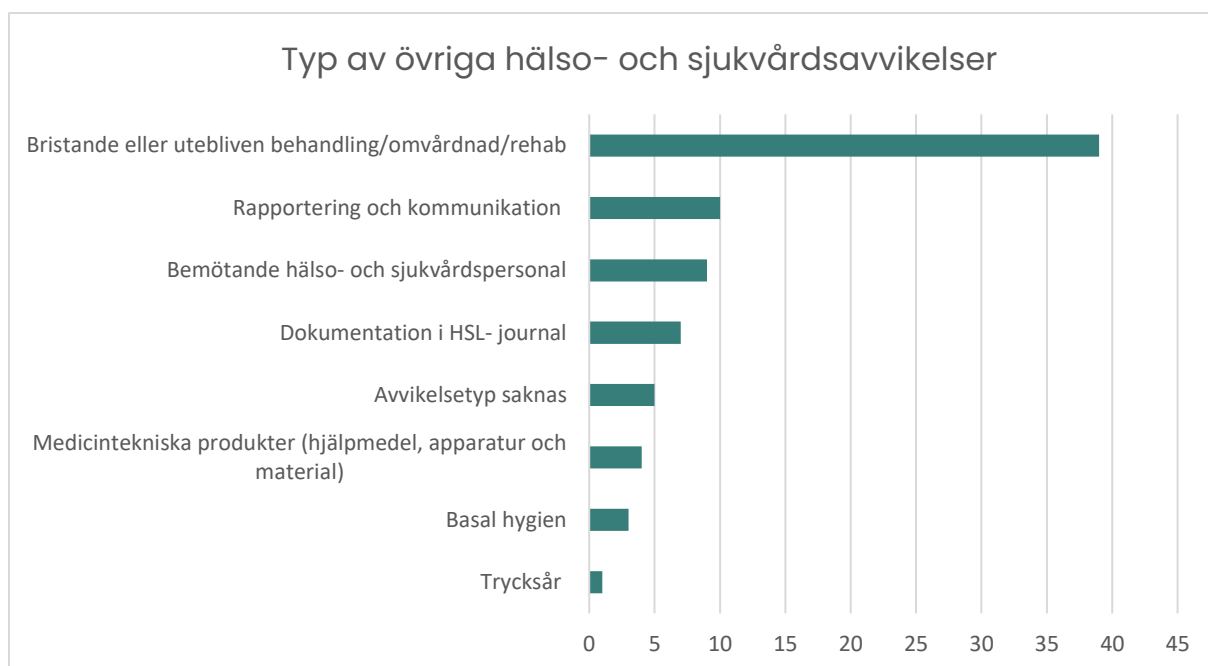
Majoriteten av fallincidenterna inträffar fortsatt i den enskildes bostad. Vanligast är fall i sovrum, boenderum och på toalett. Utredningar visar generellt att bakomliggande orsaker ofta är kopplade till underliggande sjukdomstillstånd, försämrat allmänt hälsotillstånd samt nedsatt kognitiv förmåga och balans. Verksamheterna beskriver också att en stark vilja hos den enskilde att klara förflyttningar på egen hand är en framträdande orsak till fall. På Estrids gård anges detta ligga bakom cirka 45 % av de rapporterade fallavvikelserna. I kombination med bristande insikt om den egna funktionsförmågan, särskilt vid kognitiv svikt, kan det vara svårt för den enskilde att ta till sig instruktioner kring exempelvis gånghjälpmedel eller behov av stöd. Därtill framkommer att fallriskbedömningar inte alltid genomförts eller följts upp i tillräcklig omfattning, vilket innebär att förändrade riskfaktorer i vissa fall inte identifieras i tid och att förebyggande åtgärder därmed riskerar att utebli.

De flesta fallavvikelser bedöms vara av mindre allvarlighetsgrad. Under året har dock tre fall med allvarligare skada rapporterats och föranlett fördjupade utredningar av medicinskt ansvariga. Dessa har omfattat frakturer och skallskada till följd av fallincidenten.

Antalet rapporterade fallincidenter har minskat jämfört med 2024. Minskningen var tydligare under årets första hälft, medan en ökning noterades under andra halvåret. Utvecklingen behöver därför tolkas med försiktighet och kan inte enbart förstås som ett resultat av ett förbättrat fallpreventivt arbete. Det finns även indikatorer på att fallförebyggande åtgärder och dokumentation inte alltid genomförs i önskad omfattning, exempelvis när det gäller tydlig beskrivning av fallrisker och planerade åtgärder i hälsoplaner. Med bakgrund av detta har det genomförts olika insatser under året för att stärka arbetet med att synliggöra fallrisker i hälsoplaner och förbättra dokumentationen, men följsamheten till beslutade åtgärder är fortsatt en utmaning. Fallprevention för personer med kognitiv svikt är samtidigt särskilt utmanande, framför allt i ordinärt boende där förutsättningarna för tillsyn och miljöanpassning är mer begränsade än inom särskilt boende.

För att minska risken för fall krävs ett fortsatt systematiskt arbete med tidig identifiering av personer med ökad fallrisk, anpassning av individuella åtgärder samt strukturerad uppföljning. Vid inträffade fall är det av stor vikt att utredningar genomförs med fokus på både direkta och bakomliggande orsaker, så att det fallpreventiva arbetet kan utvecklas och förstärkas utifrån varje individs behov.

Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser



Tabellen visar vilka typer av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser som har rapporterats in under 2025.

Avvikelser inom kategorin övrig hälso- och sjukvård utgör även under 2025 en mindre andel av det totala antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser. Resultatet behöver dock tolkas med försiktighet, då denna kategori i större utsträckning omfattar brister i arbetssätt, dokumentation och uppföljning – händelser som inte alltid är lika tydliga eller direkt observerbara som exempelvis fall eller läkemedelsavvikelser. Det kan innebära att vissa händelser inte identifieras som avvikande, trots att de ur ett patientsäkerhetsperspektiv bör rapporteras.

Samtidigt kan det låga antalet rapporterade avvikelser delvis förklaras av att denna typ av händelser inte förekommer med samma frekvens som exempelvis läkemedelsinsatser, vilka genomförs i mycket stora volymer och därmed också genererar fler potentiella avvikelsetillfällen.

Fördelningen av rapporterade avvikelser visar att bristande eller utebliven behandling, omvårdnad och rehabilitering är den vanligast förekommande avvikelser inom området. Därefter följer avvikelser kopplade till rapportering och kommunikation samt bemötande. En viss positiv utveckling kan noteras under året, då det skett en ökad spridning i vilka typer av avvikelser som rapporteras inom kategorin övrig hälso- och sjukvård. Detta tyder på en gradvis ökad medvetenhet kring att även brister i processer, kommunikation och utförande omfattas av avvikelshanteringen, även om rapporteringsnivån är fortsatt låg i förhållande till förekomsten.

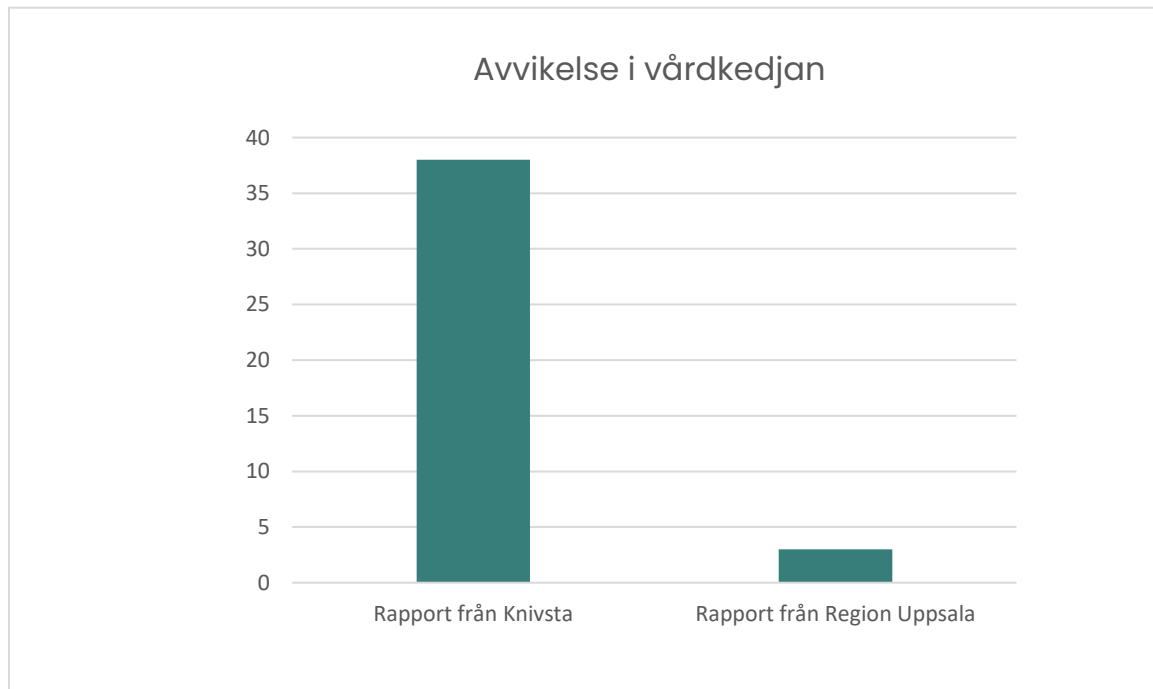
Trots detta bedöms rapporteringsnivån fortsatt vara låg i förhållande till den faktiska förekomsten. Inom denna kategori handlar avvikelser i större utsträckning om sådant som kan vara svårare att uppmärksamma i det dagliga arbetet, särskilt om det saknas kännedom om vad som ska betraktas som en avvikelse. Exempelvis har interna granskningar och uppföljningar visat på förbättringsbehov avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, dokumentation i HSL-journal samt genomförande av ordinerade

rehabiliteringsinsatser, samtidigt som antalet rapporterade avvikelser inom dessa områden är mycket låga. Detta indikerar att viss underrapportering fortsatt kan förekomma inom delar av området, även om utvecklingen under året pekar mot en mer nyanserad och bredare rapportering än tidigare.

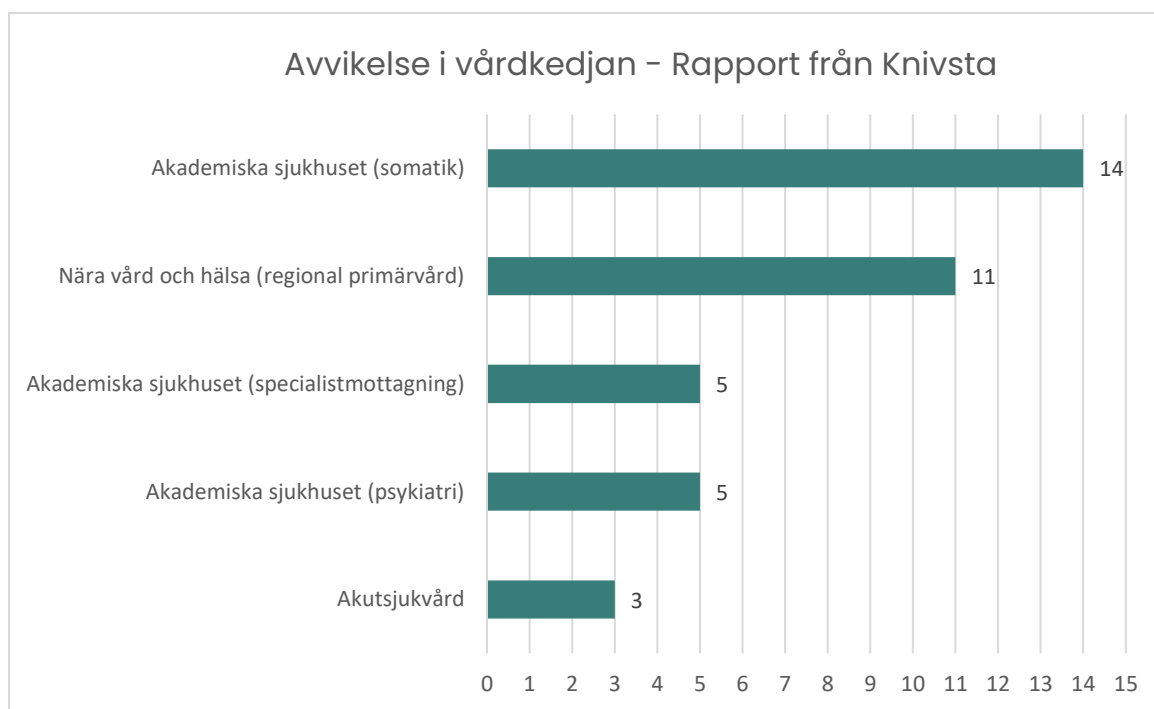
Verksamheternas egna analyser visar att bakomliggande orsaker till avvikelser inom denna kategori ofta är relaterade till hög arbetsbelastning, svårigheter att hinna med samtliga ordinerade insatser samt brister i information, kommunikation och överrapportering mellan verksamheter. Men det finns också rapporter om att personal prioriterar andra medicinska insatser, såsom läkemedelshantering, framför rehabiliteringsinsatser. För hemsjukvården framhålls särskilt bristande information och överrapportering från annan vårdgivare, vilket i vissa fall lett till fördröjda insatser. Även försenade hjälpmedelsleveranser har identifierats som bidragande faktor.

För att motverka identifierade brister har flera åtgärder vidtagits. Dessa omfattar bland annat ökad dialog kring arbetssätt och planering/prioritering, förstärkt samverkan mellan omsorgspersonal och legitimerad personal, återkoppling i arbetsgrupper och på arbetsplatsträffar samt individuella samtal vid behov. Flera verksamheter beskriver att dessa insatser har bidragit till förbättrad följsamhet och ökad medvetenhet, även om det fortsatt finns utmaningar att fullt ut säkerställa att alla ordinerade insatser genomförs, särskilt under perioder med hög belastning.

Avvikelser i vårdkedjan



Tabellen beskriver antal avvikelser i vårdkedjan som har skickats från respektive inkommit till Knivsta kommun under helåret 2025.



Tabellen beskriver till vilka verksamhetsområden avvikelser i vårdkedjan skickats från Knivsta under perioden helåret 2025.

Under året har totalt tre inkommande vårdkedjeavvikelser rapporterats till Vård- och omsorgskontoret, vilket är en tydlig minskning jämfört med tidigare år. Avvikelserna inkom från både psykiatri och vårdcentral. En av avvikelserna rörde frågor kopplade till ansvarsfördelning och samverkan mellan kommun och region, medan en annan avsåg bristande följsamhet till rutiner vid konstaterande och dokumentation av dödsfall under jourtid. Den tredje avvikelserna bedömdes efter genomgång inte utgöra en avvikelse inom kommunens ansvarsområde. Avvikelsen rörde en person placerad på HVB-hem och avsåg frågor kring medicinskt ansvar och tillgång till symtomlindrande läkemedel. Vid genomgång konstaterades att kommunen i detta fall inte hade hälso- och sjukvårdsansvar, då det medicinska ansvaret för personer placerade på HVB-hem ligger hos regionen. Avvikelsen bedömdes därför främst beröra rutiner inom regionens hälso- och sjukvård och föranledde därmed ingen vidare utredning från kommunens sida.

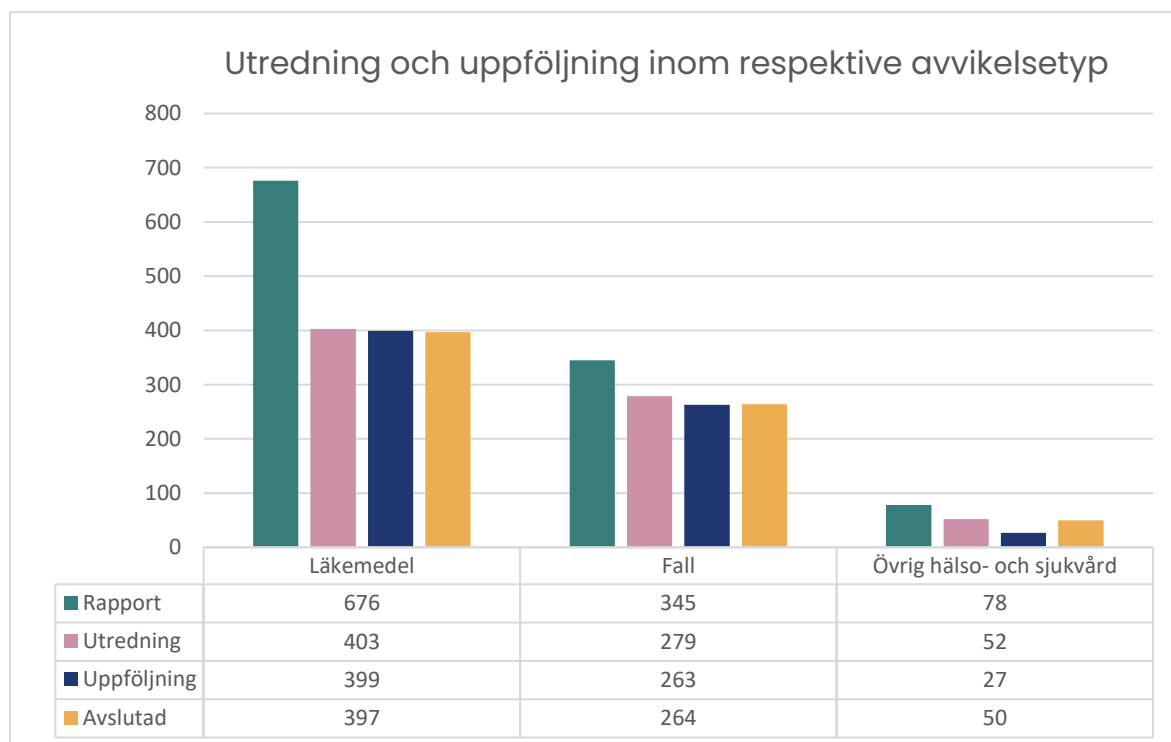
Vård- och omsorgskontoret har under året även identifierat och vidarebefordrat 38 avvikelser i vårdkedjan till Region Uppsala. Detta är en ökning jämfört med 2024, då 21 avvikelser rapporterades, och bedöms spegla en ökad benägenhet att uppmärksamma och synliggöra brister i samverkan snarare än en motsvarande försämring i vårdens kvalitet. Av de totalt 38 skickade vårdkedjeavvikelserna rapporterades merparten under årets andra hälft, vilket innebär att helårsutfallet blev högre än den försiktiga prognos som gjordes vid halvårsuppföljningen. Avvikelserna rör till drygt 55 % brister i utskrivningsprocessen från slutenvården, vilket har försvårat kommunens planering inför patienternas hemgång.

Utöver utskrivningsprocessen avser övriga skickade vårdkedjeavvikelser främst bristande kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare. Därutöver förekommer avvikelser kopplade till läkemedelshantering, vårdskador, oklar ansvarsfördelning samt fördröjd vård och behandling. Dessa avvikelser är mer spridda till sin karaktär och rör i huvudsak enstaka händelser. Flera av avvikelserna, särskilt inom utskrivningsprocessen, har däremot berört flera aktörer i vårdkedjan, exempelvis både regional primärvård,

specialistmottagningar och utskrivande slutenvårdsenheter. I dessa fall har avvikelser riktats mot samtliga berörda verksamheter, ibland med olika inriktning beroende på vilken del av processen som identifierats som bristfällig.

Den ökade omfattningen av rapporterade vårdkedjeavvikelser visar på behovet av fortsatt analys för att bättre förstå bakomliggande orsaker och återkommande mönster. Under året har därför arbete initierats för att stärka analys och lärande inom området.

Utredning och uppföljning



Tabellen visar följsamheten till hela avvikelseprocessen från upprättad avvikelse till utredning och uppföljning och därefter avslutad rapport under 2025.

Under 2025 har en stor andel av de rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna hanterats genom påbörjad utredning. Sammantaget har cirka 67 % av avvikelserna en initierad utredning vid tidpunkten för sammanställningen. Nivån är något lägre än vid halvårsuppföljningen, då cirka 81 % av avvikelserna hade en påbörjad utredning, men skillnaden bedöms i huvudsak kunna förklaras av tidsmässiga faktorer snarare än bristande följsamhet till avvikelseprocessen.

En påbörjad utredning innebär att hanteringen av avvikelserna har initierats, men säger i sig inget om att processen är avslutad eller om kvaliteten i utredningsarbetet. Granskningar och återkoppling från verksamheterna visar att det fortsatt finns förbättringspotential vad gäller innehåll och analysdjup i utredningarna. Verksamheterna beskriver bland annat att hög arbetsbelastning och stora volymer av inkommande avvikelser kan påverka möjligheten att genomföra utredningar med tillräcklig fördjupning. Fortsatta insatser krävs därför för att säkerställa att utredningar inte bara öppnas, utan också genomförs med rätt nivå av analys för att bidra till lärande och förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Av de avvikelser som haft en påbörjad utredning under 2025 har cirka 94 % en dokumenterad uppföljning, vilket innebär en tydlig förbättring jämfört med helårsresultatet för 2024, då

motsvarande andel uppgick till cirka 60 %. Utvecklingen är i linje med förväntningarna, då tidigare systembegränsningar som försvårade uppföljning har åtgärdats och processen för utredning, uppföljning och avslut därmed blivit mer enhetlig.

Antalet avslutade avvikelser är i vissa fall högre än antalet dokumenterade uppföljningar, vilket kan förklaras av att även avvikelser som rapporterats under föregående år har avslutats under 2025. Skillnader mellan rapporterade, utredda, uppföljda och avslutade avvikelser speglar därför i stor utsträckning att ärenden befinner sig i olika faser av processen vid tidpunkten för datauthämtning, snarare än brister i hanteringen. Mot denna bakgrund är det även osannolikt att samtliga avvikelser vid ett givet mättillfälle ska ha genomgått hela processen, då avvikelshanteringen är ett pågående arbete som sträcker sig över tid.

Läkemedels- och fallavvikelser uppvisar även under 2025 en hög följsamhet till uppföljningssteget. Av de utredda läkemedelsavvikelserna har cirka 99 % en dokumenterad uppföljning, medan motsvarande andel för fallavvikelser uppgår till cirka 94 %. Detta visar att när utredningsarbetet väl initieras finns i regel en god följsamhet till de efterföljande stegen i avvikelseprocessen, vilket i sin tur indikerar att arbetet med dessa avvikelsetyper i stor utsträckning är systematiskt och relativt väl integrerat i verksamheterna.

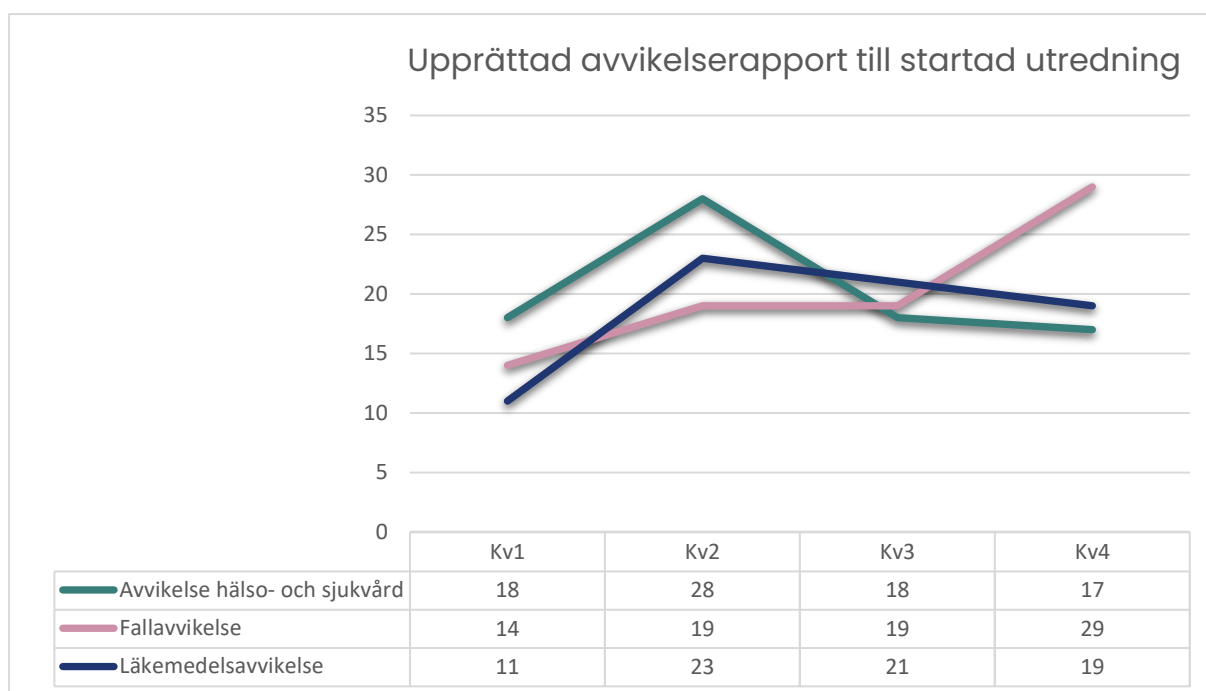
Inom kategorin övrig hälso- och sjukvård är följsamheten till uppföljning däremot betydligt lägre, där cirka 52 % av de utredda avvikelserna har en dokumenterad uppföljning. Resultatet indikerar att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete för att säkerställa en mer likvärdig hantering av avvikelser även inom detta område.

En analys av kvartalsuppföljningarna för 2025 visar att följsamheten till utredning och uppföljning varit särskilt god under årets första halvår. Under kvartal 1 och 2 är skillnaderna mellan rapporterade avvikelser och genomförda utredningar och uppföljningar relativt små, vilket indikerar att avvikelseprocessen fungerar väl när ärendeflödet är mer jämnt och hanterbart över tid. Resultatet ligger i linje med bedömningen i halvårsrapporten, där arbetssättet beskrevs som etablerat i verksamheterna.

Under årets andra hälft, och i synnerhet under kvartal 4, ses däremot en tydlig ökning av antalet rapporterade avvikelser inom läkemedelsområdet, medan ökningen av fallavvikelser är mer begränsad. Den ökade mängden läkemedelsavvikelser har påverkat helårsutfallet vad gäller andelen påbörjade utredningar och genomförda uppföljningar. Vid tidpunkten för datauthämtning befann sig många av dessa ärenden fortfarande i ett tidigt skede, vilket medför en naturlig tidsmässig eftersläpning i processen.

Variationerna mellan årets olika kvartal behöver även förstås utifrån organisatoriska förutsättningar. Den höga följsamheten under årets första kvartal sammanfaller med en period där det fanns goda möjligheter att arbeta ikapp tidigare eftersläpning i avvikelshanteringen, i kombination med ett stabilt operativt ledarskap i verksamheten. Under hösten har förutsättningarna varit mer ansträngda, med hög arbetsbelastning och chefsfrånvaro inom delar av organisationen, vilket har påverkat möjligheten att upprätthålla samma nivå av följsamhet till utredning, uppföljning och avslut.

Led- och utredningstid



Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från att avvikelserna upprättas till startad utredning. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2025.

Utvecklingen under 2025 visar att ledtiden från upprättad avvikelse till startad utredning har minskat jämfört med 2024, även om variationer mellan kvartalen kvarstår. För samtliga avvikelse typer ses en tydlig förbättring under årets första kvartal, följt av något längre ledtider under resterande delar av året.

Utvecklingen sammanfaller med att arbetet med kvartalsvisa analyser av avvikelser på aggregerad nivå har genomförts regelbundet under hela 2025. Dessa analyser har behandlats i HSL-ledningen och har bidragit till ökad överblick, tidigare identifiering av fördröjningar i processen samt möjlighet att vidta riktade åtgärder inom rimlig tid.

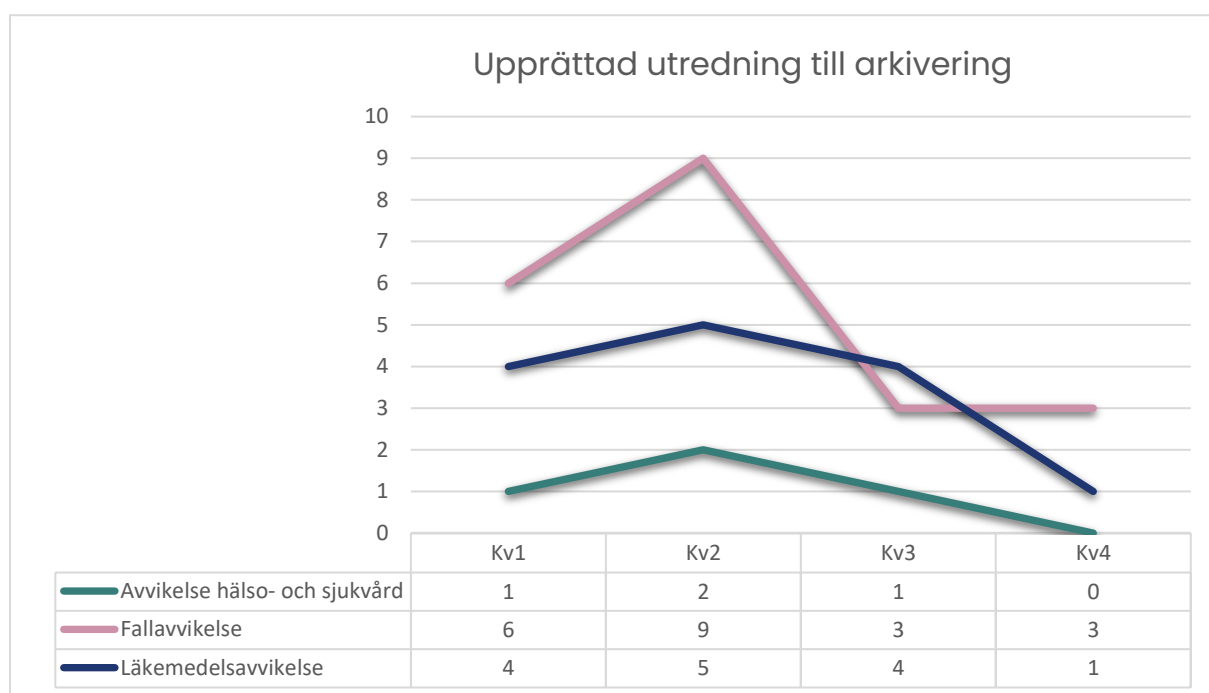
Enligt gällande rutin för avvikelsehantering ska en utredning påbörjas inom två veckor (14 dagar) från att en avvikelse rapporteras. Jämfört med detta mål visar resultaten att det fortfarande finns utmaningar i att nå full följsamhet. Trots tydliga förbättringar jämfört med 2024 överstiger den genomsnittliga ledtiden två veckor för samtliga avvikelse typer i flera av årets kvartal. Samtidigt är det positivt att utvecklingen över tid går i rätt riktning, med generellt kortare handläggningstider än föregående år.

För hälso- och sjukvårdsavvikelser innebär resultaten en minskning av ledtiden med cirka 80 % under kvartal 1 jämfört med motsvarande period 2024. Under övriga kvartal uppgår minskningen till omkring 40–50 %. Utvecklingen indikerar att tidigare förbättringsåtgärder haft effekt, samtidigt som variationerna mellan kvartalen visar att processen fortsatt är känslig för förändrade organisatoriska förutsättningar.

Även för läkemedelsavvikelser ses en tydlig förbättring jämfört med 2024. Under årets första kvartal har ledtiden minskat med cirka 65 %, medan förbättringen under övriga kvartal ligger på cirka 10–40 %. Resultatet visar att arbetet med att korta tiden till påbörjad utredning har gett effekt, även om utvecklingen inte varit helt jämn över året.

För fallavvikelser uppgår minskningen till cirka 70 % under kvartal 1 jämfört med föregående år, medan förändringen under resterande kvartal är mer begränsad, cirka 5–10 %. Detta tyder på en relativt stabil handläggning över tid, även om målvärdet om att påbörja utredning inom 14 dagar fortsatt inte uppnås fullt ut.

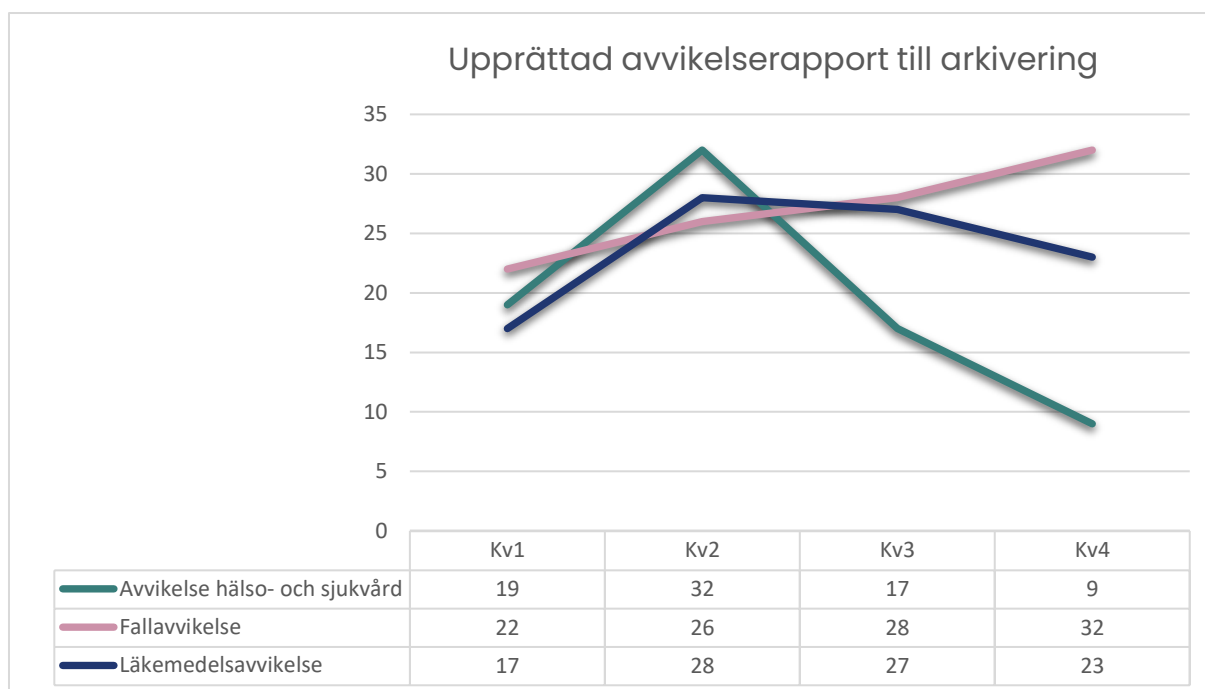
Att utredningar initieras skyndsamt är en central förutsättning för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Ju längre tid som passerar mellan händelse och utredning, desto större är risken för att viktiga detaljer i händelseförloppet går förlorade, vilket kan försvåra analysen och minska möjligheten att tidigt identifiera allvarliga avvikelser. Variationerna under året behöver därför förstås i relation till de organisatoriska förutsättningar som beskrivs i avsnittet om utredning och uppföljning, där skillnader i arbetsbelastning och tillgängliga resurser mellan årets kvartal har påverkat möjligheten att upprätthålla en jämn följsamhet i avvikelseprocessens inledande steg.



Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från upprättad utredning till arkivering. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2025.

Utifrån redovisningen framgår att ledtiderna från upprättad utredning till arkivering under 2025 fortsatt varit mycket korta. För samtliga avvikelse typer rör det sig genomgående om ett fåtal dagar, med något längre ledtider under kvartal två jämfört med övriga delar av året. Den tillfälliga ökningen under kvartal två kan ses som positiv ur ett kvalitetsperspektiv, då en något längre tidsram skapar bättre förutsättningar för att komplettera utredningar med nödvändiga analyser och följa upp effekten av vidtagna åtgärder innan ärendet avslutas.

Samtidigt väcker de generellt mycket korta ledtiderna frågor om hur väl utrednings- och uppföljningsarbetet hinner genomföras i praktiken. För att bedöma effekterna av åtgärder krävs ofta tid och systematisk uppföljning, vilket inte alltid återspeglas i dessa resultat. Verksamheterna beskriver dock att utredningar och åtgärder många gånger genomförs parallellt med det löpande arbetet och att dokumentationen därefter sker i nära anslutning till varandra, ofta i samband med avvikelseråd på enheten. Detta kan förklara de korta ledtiderna, men kan samtidigt innebära att statistiken inte fullt ut speglar det faktiska förbättringsarbetets omfattning.



Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från att avvikelserna upprättas till arkiveringen. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2025.

Resultatet visar att ledtiderna för hela avvikelseprocessen under året fortsatt legat på en väsentligt lägre nivå än tidigare år, även om variationerna mellan kvartalen kvarstår. Utvecklingen följer i stort den bild som framkom vid halvårsrapporten, med kortare ledtider under årets inledning och en viss ökning under senare delen av året, främst inom fall- och läkemedelsavvikelser.

För samtliga avvikelsetyper kan ett liknande mönster urskiljas, där ledtiderna är som längst under kvartal två och därefter minskar mot årets slut, särskilt tydligt inom hälso- och sjukvårdsavvikelser. Under kvartal fyra uppgår den genomsnittliga ledtiden från upprättad avvikelse till arkivering till nio dagar inom denna kategori, vilket är avsevärt kortare än tidigare år. För fall- och läkemedelsavvikelser ligger motsvarande ledtider på en högre nivå, men fortsatt betydligt lägre än de nivåer som noterades under 2024.

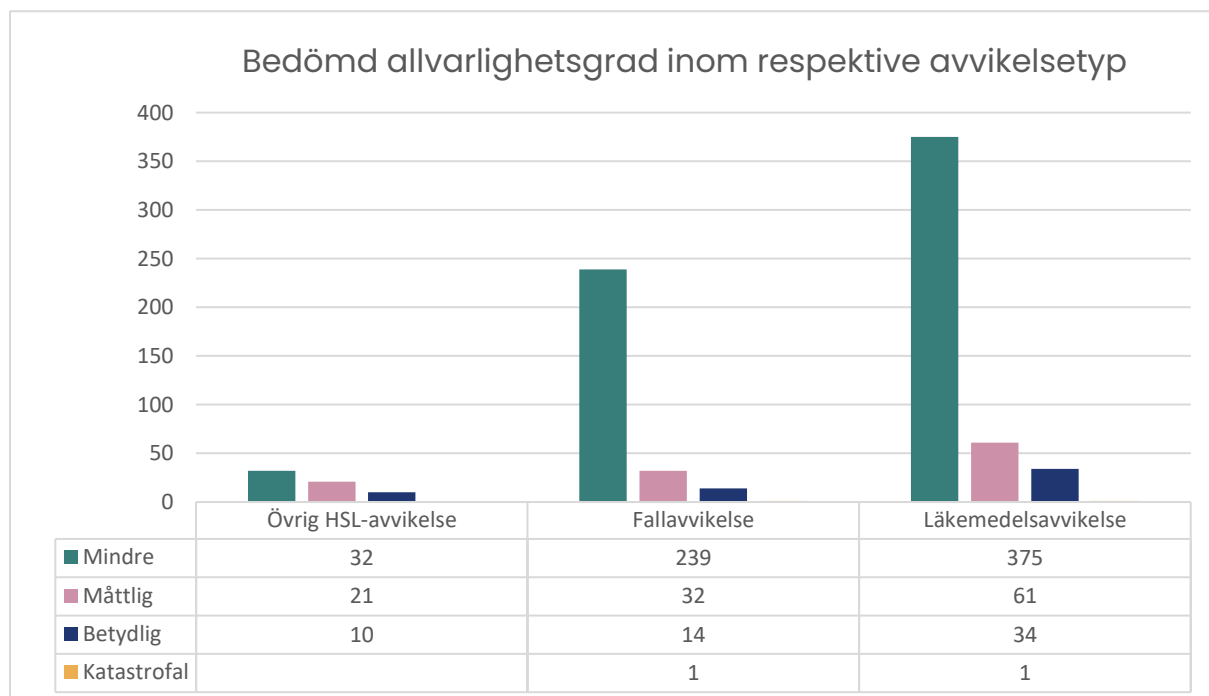
Det är dock viktigt att tolka dessa resultat med försiktighet. Medelvärdet för hela processen baseras endast på de avvikelser som hunnit passera samtliga steg i processen, från upprättad avvikelse till avslutad och arkiverad utredning. Detta innebär att underlaget för beräkningen är betydligt mindre än för delmomenten i processen, särskilt inom kategorin hälso- och sjukvårdsavvikelser där antalet ärenden är relativt begränsat och där en stor andel av avvikelserna vid tidpunkten för datauttaget fortfarande var pågående och ännu inte arkiverade. När få ärenden ingår i beräkningen kan enskilda avvikelser få stort genomslag på medelvärdet, vilket kan resultera i till synes kortare ledtider än för exempelvis delprocessen från avvikelserapport till påbörjad utredning. I takt med att fler ärenden hanteras hela vägen till arkivering förväntas ett större underlag ge en mer stabil och representativ bild av den faktiska ledtiden för hela processen.

Det är viktigt att skilja mellan betydelsen av ledtider i avvikelseprocessens olika delar. Särskilt avgörande ur ett patientsäkerhetsperspektiv är tiden från registrerad avvikelse till påbörjad utredning. Långa ledtider i detta skede kan försvåra hanteringen, då viktiga detaljer i händelseförloppet riskerar att gå förlorade och åtgärder kan fördröjas eller utebli. Ledtiden för

den senare delen av processen, från upprättad utredning till avslutad och arkiverad avvikelse, behöver däremot tolkas i ett annat sammanhang. Här kan en längre tidsram i vissa fall vara motiverad för att möjliggöra uppföljning av vidtagna åtgärder och bedömning av deras effekt. De totala ledtiderna för avvikelshanteringen kan därför variera utan att det nödvändigtvis innebär bristande kvalitet i processen, förutsatt att utredningar initieras skyndsamt och att analys, åtgärder och uppföljning genomförs med tillräcklig kvalitet.

Sammantaget visar resultaten att organisationen under året har bibehållit de kortare ledtider som etablerades under slutet av 2024 och att arbetet med att effektivisera avvikelseprocessen haft bestående effekt. Samtidigt behöver fokus även fortsättningsvis ligga på att säkerställa kvaliteten i hela processen, så att kortare handläggningstider kombineras med ett tillräckligt djup i analys, uppföljning och lärande för att bidra till långsiktiga förbättringar i patientsäkerhetsarbetet.

Allvarlighetsgrad



Tabellen beskriver antalet bedömningar av allvarlighetsgrad inom respektive avvikelseyp under 2025.

Under 2025 har drygt 75 % av samtliga hälso- och sjukvårdsavvikelser en bedömning av allvarlighetsgrad enligt skalan mindre-måttlig-betydlig-katastrof. Andelen bedömda avvikelser ligger därmed i nivå med utfallet vid halvårsrapporten avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser och visar på en fortsatt god följsamhet till rutinen att bedöma allvarlighetsgrad inom ramen för avvikelseutredningen. Att samtliga rapporterade avvikelser ännu inte har en bedömning av allvarlighetsgrad beror huvudsakligen på att utredningsprocessen fortfarande pågår för vissa ärenden. Eftersom bedömning av allvarlighetsgrad är obligatorisk kan en avvikelse inte avslutas i systemet förrän denna bedömning är genomförd, vilket innebär att andelen bedömda avvikelser förväntas öka över tid. Samtidigt är det osannolikt att andelen når 100 %, då avvikelser rapporteras, utreds och avslutas vid olika tidpunkter, och en andel om cirka 75 % bedömda avvikelser bedöms därför som ett gott och realistiskt utfall sett till processens utformning.

Av de avvikelser som bedömts under året har majoriteten klassificerats som av lägsta allvarlighetsgrad. Sammantaget har cirka 78 % bedömts som mindre och omkring 15 % som måttliga, medan cirka 6 % av avvikelserna har klassificerats som betydliga eller katastrofala. Detta innebär en något högre andel avvikelser i de högre allvarlighetsgraderna jämfört med helåret 2024, då motsvarande andel uppgick till knappt 5 %. Utvecklingen bedöms spegla att fler allvarliga avvikelser faktiskt har identifierats och bedömts som sådana, vilket även återspeglas i att flera utredningar under 2025 har lett till lex Maria-anmälningar. Detta är positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv, då allvarliga händelser i högre grad uppmärksammas och hanteras enligt gällande regelverk.

Vid analys av bedömningsgrad per avvikelseyp framgår att andelen avvikelser som fått en bedömning av allvarlighetsgrad varierar mellan områdena. Inom området övrig hälso- och sjukvård har cirka 87 % av avvikelserna bedömts, följt av fallavvikelser där motsvarande andel uppgår till cirka 83 %. Läkemedelsavvikelser uppvisar en lägre andel bedömda avvikelser, cirka 70 %. Den lägre andelen bedömda läkemedelsavvikelser bedöms i stor utsträckning kunna förklaras av en tidsmässig eftersläpning i bedömningsprocessen, då cirka 42 % av samtliga läkemedelsavvikelser rapporterades under årets fjärde kvartal. Detta innebär att en betydande andel av ärendena fortfarande befunnit sig i pågående utredning vid tidpunkten för helårssammanställningen och att bedömningsgraden sannolikt kommer att öka över tid i takt med att utredningarna slutförs.

Förbättringarna inom området bedömning av allvarlighetsgrad återspeglar en ökad följsamhet till avvikelseutredningarna och en stärkt medvetenhet kring betydelsen av att göra korrekta och enhetliga bedömningar. Resultaten visar även att arbetet med bedömning av allvarlighetsgrad har stärkts jämfört med tidigare år, framför allt vad gäller kvaliteten i bedömningarna. Att fler allvarliga avvikelser identifieras och utreds, inklusive ärenden som lett till lex Maria-anmälningar, visar att avvikelshanteringen i högre grad fångar händelser med stor patientsäkerhetspåverkan. För att upprätthålla och ytterligare förstärka denna positiva utveckling krävs dock fortsatt systematisk uppföljning samt stöd från sakkunniga till verksamheterna, särskilt i samband med utredning och bedömning av avvikelsernas allvarlighetsgrad.

Lex Maria

Under 2025 har totalt sex händelser rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Motsvarande siffra för 2024 var tre anmälningar, vilket innebär en fördubbling jämfört med föregående år. Samtliga anmälningar enligt lex Maria har föregåtts av fördjupade utredningar och bedömts ha medfört eller inneburit risk för allvarlig vårdskada.

De anmälda händelserna har omfattat olika typer av vårdskador och riskhändelser. Dessa har bland annat rört förväxling av dosdispenserade läkemedel, förväxling av insulin, felaktig hantering av smärtlindring som ledde till överdosering med kortvariga symtom, ett fall som resulterade i nackfraktur samt en obehandlad förstoppning som utvecklades till fekalom och krävde kirurgiskt ingrepp med efterföljande stomi. Ett ärende avsåg även ett magsjukaebrott där två personer drabbades av allvarlig vårdskada, varav en person avled.

Av de sex lex Maria-anmälningarna har fyra ärenden hittills återkopplats av IVO med beslut om att avsluta ärendet utan ytterligare åtgärder. IVO bedömer i dessa fall att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, att utredningarnas slutsatser framstår som rimliga och

adekvata samt att vidtagna åtgärder är tillräckliga för att minska risken för upprepning. Övriga anmälningar inväntar fortfarande återkoppling från IVO.

Den ökade mängden anmälningar under 2025 bedöms inte enbart spegla ett ökat antal inträffade allvarliga händelser, utan snarare en förbättrad förmåga att identifiera, utreda och korrekt bedöma avvikelsernas allvarlighetsgrad. Detta ligger i linje med den utveckling som beskrivs i avsnittet om allvarlighetsbedömning och indikerar att avvikelshanteringen i högre grad fångar händelser med stor patientsäkerhetspåverkan. Utvecklingen bedöms även ligga i linje med ett av målen för 2025, nämligen att säkerställa mer enhetliga och korrekta bedömningar av avvikelsernas allvarlighetsgrad.

För varje lex Maria utredning har åtgärdsplaner upprättats och arbetats in i verksamheterna. Uppföljning av genomförda åtgärder sker regelbundet inom ramen för HSL-ledningen. Händelserna har även kommunicerats och diskuterats inom organisationen för att stärka det gemensamma lärandet och minska risken för liknande händelser i framtiden. Samtidigt fortsätter arbetet med att vidareutveckla rutiner, kompetens och följsamhet till fastställda processer som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Klagomål och synpunkter

Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas direkt till berörd verksamhet eller via kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter utreds på enhetsnivå och kommuniceras sedan på ledningsmöten och arbetsplatsträffar. Om ärendet berör patientsäkerhetsområdet tar verksamhetsansvarig chef kontakt med MAS och/ eller MAR alternativt berörd områdeschef för rådgörande. Där avgörs också vem eller vilka som ansvarar för utredning av händelsen samt återkopplar till anmälaren.

Under året har inga klagomål på hälso- och sjukvården inkommit till verksamheterna. Däremot har ett fåtal synpunkter rapporterats. Tre synpunkter har inkommit från Estrids gård och fem från hemsjukvården. Synpunkterna har bland annat rört samverkan med andra aktörer, brister i rengöring av inhalatorsmunstycke, frågor kring läkemedel såsom dosering av sömnläkemedel och användning av larmmatta, samt bemötande från legitimerad personal. Inom hemsjukvården har flera synpunkter även avsett bristande samordning och kommunikation i patientärenden samt bristande följsamhet till läkemedels- och läkarordinationer.

Samtliga synpunkter har utretts och hanterats i berörd verksamhet. Åtgärder har vidtagits eller planerats, och ärendena har använts som underlag för dialog med berörd personal samt för gemensamma diskussioner på exempelvis veckomöten och arbetsplatsträffar. Återkoppling har även lämnats till de personer som inkommit med synpunkterna.

Ett ärende som rör Knivsta kommun inkom till patientnämnden under året. Ärendet avsåg upplevda brister inom hemsjukvården, bland annat gällande läkemedelshantering. Patientnämnden informerade om sitt uppdrag och om möjligheten att lämna skriftliga synpunkter för yttrande. Ärendet avslutades utan kontakt med berörd enhet då den berörda personen inte återkom.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till samt 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 att stärka patientsäkerheten krävs en ökad samverkan och struktur i det förebyggande arbetet med riskmedvetenhet och beredskap. Det finns idag en bred kunskap inom organisationen, och flera funktioner arbetar med omställningen till en mer sammanhållen och nära vård. Däremot finns det utmaningar i att effektivt samordna insatser och arbeta mera enhetligt över verksamhetsgränser.

Ett strukturerat och långsiktigt förbättringsarbete är avgörande för att upprätthålla och stärka patientsäkerheten. Genom att fortsatt arbeta systematiskt utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen för patientsäkerhet skapas goda förutsättningar för utveckling. Handlingsplanen ger stöd i att fokusera på de mest prioriterade insatserna först, vilket säkerställer en tydlig riktning och möjliggör en mer effektiv och systematisk uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

En viktig del i det fortsatta arbetet är riktade kompetensutvecklingsinsatser och systematiska förbättringsarbeten. Under året har ett nytt kunskapsstöd för läkemedelsdelegering arbetats fram i syfte att säkerställa att utbildning och information till personal som ska motta en delegering är likvärdig, oavsett vilken sjuksköterska som genomför delegeringen. För kommande år planeras arbetet vidareutvecklas genom en digital version av kunskapsstödet. Antalet delegerade per sjuksköterska har även varit ett prioriterat fokusområde under året, där en successiv förbättring kan ses, vilket skapar bättre förutsättningar för uppföljning, handledning och ett patientsäkert arbetssätt.

Strukturerad informationsöverföring enligt SBAR mellan professioner är avgörande för att säkerställa att viktig information överförs korrekt vid överrapporteringar och för att minska risken för vårdskador. Tillsammans med ett stärkt teamarbete mellan professioner och enheter bidrar detta till en säkrare och mer sammanhållen vård.

Det förebyggande arbetet stärks fortsatt genom implementering av kvalitetsregister, beslutsstöd och validerade mätinstrument. Under årets sista kvartal har en nystart genomförts avseende arbetet med PU sensorn, som identifierar individer med ökad risk för trycksår genom att mäta blodflödets respons på tryck. Förhoppningen är att detta kommer integreras i det systematiska förebyggande arbetet under kommande år. Genom att ge en objektiv och standardiserad bedömning av trycksårskan minskar PU sensorn beroendet av individuell bedömningsförmåga, vilket bidrar till en mer jämlik vård. Detta säkerställer att rätt förebyggande åtgärder vidtas i rätt tid, oavsett vem som utför bedömningen, och kan därmed stärka både kvaliteten och patientsäkerheten på enheterna.

Inom hemsjukvården har CRP/Hb-instrument för snabbare diagnostik vid misstänkt infektion eller lågt blodvärde införts. Däremot har instrumentet inte använts i önskad omfattning under året, varför behov finns av att stärka användningen på bredare front. Genom att möjliggöra snabb provtagning och analys på plats kan sjuksköterskor tidigare identifiera behov av

behandling, exempelvis antibiotika, vilket bidrar till snabbare insatser, minskad risk för undvikbara sjukhusinläggningar samt blir mera resurseffektivt.

Flertalet enheter har upprättade kontinuitetsplaner för att stärka beredskapen vid oväntade händelser. Däremot har det framkommit att simuleringsövningar genomförs mer sällan, vilket innebär att personalens praktiska beredskap vid exempelvis resursbrist, tekniska störningar eller andra kritiska situationer kan behöva stärkas. Ett mer systematiskt arbete med simulering och färdighetsträning skulle kunna bidra till ökad trygghet på enheterna samt säkerställa en fortsatt hög patientsäkerhet även vid oväntade händelser.

Arbetet med att identifiera behov av riktlinjer och rutiner samt att erbjuda relevanta utbildningstillfällen kommer att fortsätta under kommande år. Genom gemensamma utvecklingsarbeten och projekt med länets kommuner och regionen skapas bättre förutsättningar för en sammanhållen, effektiv och patientsäker vård.

Inom utskrivningsprocessen påbörjades under 2025 ett länsgemensamt arbete i samverkan mellan kommuner och region i syfte att stärka samverkan och säkerställa trygga vårdövergångar. Under året har kommunen inte överskridit genomsnittet om två dagar för utskrivningsklara patienter och har därmed inte kallats till någon partsgemensam analys. Arbetet med samverkan och gemensam utveckling inom området fortsätter som en del i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL-ledningen) har beslutat om följande mål och strategier för 2026. Målen är indelade i två kategorier: dels redan implementerade strategier där målen ännu inte är fullt uppfyllda och därför behöver fortsatt förvaltning, dels övriga mål och strategier som syftar till förbättringar inom nya områden under 2026.

Implementerade mål och strategier som förvaltas under 2026

Mål 1: 100 % följsamheten till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförarenheter.

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad enligt Knivsta kommuns anvisning. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att återkoppla och lyfta resultaten på APT på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att på en övergripande nivå regelbundet följa resultatet i samtliga verksamheter och rapportera detta till HSL-ledningen. Ansvar: MAS

Mål 2: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplan vid identifierad risk samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Strategier

- Säkerställa legitimerad personals kunskap i arbetet med senior alert. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Att genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert minst två gånger per år inom samtliga verksamheter, inklusive korttidsboende. Ansvar: Legitimerad personal.
- Använda PU sensor som en objektiv bedömning av trycksår. Ansvar: Legitimerad personal tillsammans med verksamhetsansvarig chef.
- Att skapa förutsättningar för att åtgärder och uppföljningar ska kunna utföras i ett multiprofessionellt team genom att se över mötesstrukturen. Att det förebyggande arbetet sker i team där omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut är avgörande för att höja kvaliteten på vården och det förebyggande arbetet. Ansvar: Verksamhetsansvariga chefer och legitimerad personal med stöd av områdeschef.
- För att förebygga fall ska riskbedömningar utföras även när det endast finns behov av rehabinsats. Ansvar: Legitimerad personal

Mål 3: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete både inom och mellan enheterna samt mellan olika professioner.

Strategier

- Skapa förutsättningar för resurseffektiva teammöten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Berörda chefer tillsammans med områdeschef
- Skapa en rutin för ärendeplanering. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Införa och säkerställa strukturerad informationsöverföring enligt SBAR för att förbättra kommunikationen både inom teamet, mellan enheterna samt mellan olika professioner. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef

Mål 4: Förbättra avvikelshanteringen genom att minska ledtiden till maximalt 14 dagar mellan upprättad avvikelserapport och påbörjad utredning, säkerställa kvaliteten i utredningar och uppföljningar.

Strategier

- Påbörja utredning inom 14 dagar efter upprättad avvikelserapport. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Strukturerade kvartalsuppföljningar av avvikelshanteringen i HSL-ledningen. Ansvar: MAS

Mål 5: Öka följsamheten till journalrutinen till 80 %.

Strategier

- Genomföra årliga strukturerade journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal utifrån en redan förutbestämd journalgranskningsmall. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Utifrån resultatet av journalgranskningarna föregående år identifiera och genomföra förbättringsåtgärder. Ansvar: MAS och MAR tillsammans med berörda chefer
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentationsgrupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.
- Revidering av dokumentationsrutin. Ansvar: MAS och MAR tillsammans med dokumentationsgruppen.
- Genomföra utbildning/ workshop inom HSL-dokumentation. Ansvar: MAS och MAR.

Mål 6: Minst 80 % följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser.

Strategier

- Stärka kunskapen gällande ordinerade rehabinsatser genom utbildningsinsatser. Ansvar: Verksamhetsansvarig chef
- Genom HSL ledning förtydliga och förankra behovet. Ansvar: MAR
- Följa upp följsamheten via digitalt signeringssystem. Ansvar: Legitimerad personal och verksamhetsansvarig chef

Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar under 2026

Mål 7: Att ta fram en ny handlingsplan för patientsäkerhet för perioden 2027–2029, som bygger på en gemensam nulägesanalys och utgör ett strukturerat underlag för kommunens fortsatta patientsäkerhetsarbete.

Strategier

- Genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten med stöd av kunskapsstyrningens verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. Ansvar: MAS, MAR, SAS och områdeschef utförare tillika VC HSL tillsammans med berörda enhetschefer.
- Prioritera temaområden utifrån identifierade utvecklingsområden i nulägesanalysen samt upprätta insatser för att möta identifierade behov. Ansvar: MAS, MAR, SAS och områdeschef utförare tillika VC HSL.
- Att ta fram och fastställa en handlingsplan för patientsäkerhet för åren 2027–2029 som ersätter nuvarande handlingsplan när dess giltighetstid upphör. Ansvar: MAS och MAR

Mål 8: Att säkerställa enhetliga och patientsäkra delegeringar inom den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med förändringarna i gällande föreskrift.

Strategier

- Genomföra riskanalyser av delegering av iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel samt andra hälso- och sjukvårdsuppgifter som underlag för vårdgivarens styrning och riktlinjer. Ansvar: VC HSL i samverkan med MAS/MAR
- Upprätta en riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter som tydliggör ansvar, förutsättningar och tillämpning. Ansvar: MAS och MAR
- Att säkerställa ett gemensamt, kvalitetssäkrat och digitalt utbildningsmaterial för delegering, som utgår från vårdgivarens krav på kunskap och kompetens och som används enhetligt i samtliga verksamheter. Ansvar: MAS/MAR tillsammans med KU-avdelningen.
- Att genomföra utbildning och workshop med legitimerad personal och berörda enhetschefer i syfte att skapa gemensam förståelse för ansvarsfördelning, riskbedömning och tillämpning av delegering. Ansvar: MAS och MAR

Mål 9: Att färdigställa och tydliggöra samtliga hälso- och sjukvårdsprocesser i ledningssystemet, så att de utgår från den övergripande hälso- och sjukvårdsprocessen och bildar en sammanhållen och användbar helhet i verksamheten.

Strategier

- Revidera och upprätta hälso- och sjukvårdsprocesser i ledningssystemet så att de, utifrån sin funktion som huvud- eller stödprocess, hänger ihop på ett enhetligt sätt och är tydliga och användbara för slutanvändaren. Ansvar: MAS
- Kontinuerligt förankra processerna med berörda funktioner och verksamheter samt inom HSL-ledningen innan fastställande. Ansvar: MAS i samverkan med berörda verksamheter och HSL-ledningen

BILAGA 1.

RESULTAT OCH ANALYS

Kvalitetsregister – Senior alert – PPM trycksår

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på det preventiva, förebyggande arbetet utifrån framför allt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande faktorer, utforma förebyggande åtgärder och regelbunden uppföljning av resultatet.

PPM trycksår innebär att kvalitetsregistret Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer på samtliga enhetstyper och omfattar information från riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår vid ett förutbestämt datum.

Mål: Att 75% av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplan vid identifierad risk samt uppföljningar minst två gånger per år. Riskbedömningar ska genomföras inom två veckor från inskrivning i hemsjukvården när behov av sjuksköterskeinsatser föreligger.

Egenkontroll: Kontinuerligt arbete i senior alert och PPM-trycksår.

Resultat: I årets PPM-mätning av trycksår fanns data från 78 personer, vilket kan jämföras med 72 personer föregående år. Av dessa bedömdes drygt 19 % (14 % 2024) ha risk för trycksår. Aktuella riskbedömningar saknades i cirka 40 % av fallen (43 % 2024).

Vid mättillfället identifierades totalt fem pågående trycksår i kategori 1–3 enligt en fyrgradig skala. Ett av trycksåren hade uppstått på annan enhet.

Vårdprevention					
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Knivsta kommun	93	95% ↑ 136 av 143	82% ↑ 112 av 136	83% ↓ 113 av 136	83% ↑ 74 av 89
Estrids gård	84	95% ↑ 126 av 132	85% ↑ 107 av 126	86% ↓ 108 av 126	83% ↑ 74 av 89
Hemsjukvård	10	91% → 10 av 11	50% ↓ 5 av 10	50% ↓ 5 av 10	0% ↓ 0 av 0
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %

Tabellen visar vårdprevention beräknat på antal registreringar i Senior alert 2025.

Utöver PPM-mätningen visar aktuella uppgifter från Senior alert att andelen genomförda riskbedömningar där någon risk identifierats uppgår till 95 % för Knivsta kommun som helhet. Motsvarande andel för Estrids gård är 95 %, medan hemsjukvården redovisar 91 %. De vanligaste identifierade riskerna är fallrisk (83 %) följt av risk för undernäring (65 %) och risk för ohälsa i munnen munhälsa (65 %).

Vidare framgår variationer mellan verksamheterna när det gäller dokumentation av bakomliggande orsaker, upprättade åtgärdsplaner vid identifierad risk samt genomförda åtgärder. För Estrids gård redovisas höga andelar inom samtliga delar, medan hemsjukvården uppvisar lägre andelar i dessa moment.

När det gäller risk för undernäring visar resultatet att 67 % av riskbedömningarna på Estrids gård identifierade en sådan risk. Av de unika personer som erhållit en riskbedömning bedömdes 38 % ha ett BMI under rekommenderad nivå. Av dessa hade 53 % även en ofrivillig viktnedgång.

De vanligaste bakomliggande orsakerna till risk för undernäring var bakomliggande sjukdom (34 %), nattfasta över 11 timmar (21 %) samt ökat energibehov (19 %). Den vanligaste planerade åtgärden var att minska nattfastan till högst 11 timmar (22 %), och åtgärden hade genomförts i drygt 67 % av fallen. Därefter följde kosttillskott som planerad åtgärd (16 %), där genomförandegraden uppgick till 34 %.

Under året har Estrids gård genomfört mätningar av nattfastans längd. Resultatet visar att cirka 56 % av deltagarna hade en nattfasta som översteg 11 timmar, jämfört med 87 % föregående år.

Analys av resultat: Årets PPM-resultat visar både positiva utvecklingsområden och kvarstående förbättringsbehov. Antalet personer som ingår i mätningen har ökat jämfört med föregående år, vilket ger ett något bredare underlag för analys. Samtidigt kvarstår en relativt hög andel personer utan aktuell riskbedömning, vilket påverkar möjligheten att fullt ut bedöma omfattningen av identifierade risker.

Andelen personer med risk för trycksår bedöms vara relativt låg i årets mätning. Samtidigt behöver resultatet tolkas med försiktighet, då avsaknaden av aktuella riskbedömningar i en betydande andel av fallen innebär att den faktiska risknivån kan vara underskattad. Under mätperioden identifierades totalt fem pågående trycksår i kategori 1–3. Ett av dessa uppstod dock utanför den egna enheten, vilket tyder på brister i det förebyggande arbetet vid den ansvariga enheten där trycksåret utvecklades och inte hos den rapporterade enheten. För de fall där trycksår uppstår inom den egna enheten är orsaken ofta brister i det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsplaner.

När det gäller riskbedömningar i kvalitetsregistret identifieras risker i hög utsträckning av de genomförda bedömningarna, vilket fortsatt belyser behovet av förebyggande insatser och vikten av att genomföra bedömningarna. Målet är därför att 75 % av patienterna ska få riskbedömningar inom varje område, åtgärdsplaner vid identifierade risker och minst två uppföljningar per år har delvis uppnåtts, med variation mellan verksamheterna. När det däremot kommer till måluppfyllelse avseende riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar finns begränsningar i möjligheten att exakt beräkna täckningsgrad. Variation i vårdtider, inflyttningar, utflyttningar samt ett kontinuerligt flöde av patienter – särskilt inom korttidsverksamheten – gör att det saknas ett tillförlitligt underlag för att fastställa hur många individer som haft behov av två riskbedömningar under året. Utifrån tillgänglig statistik och omfattningen av genomförda bedömningar bedöms Estrids gård sannolikt ha uppnått målet om minst 75 %, även om detta inte kan fastställas med exakta procentsiffror.

För hemsjukvården är underlaget betydligt mer begränsat. Antalet registreringar är lågt och resultaten indikerar att målet inte har uppnåtts under året. Detta ligger i linje med tidigare års utmaningar, där samordning i det multiprofessionella teamet, tidsmässiga förutsättningar och begränsad möjlighet till gemensam planering fortsatt påverkar arbetet med riskbedömningar i kvalitetsregistret.

Vid analys av resultaten behöver även utfallet avseende fallrisk sättas i sitt sammanhang. En stor andel av de riskbedömda personerna identifieras med fallrisk, vilket behöver ses i relation

till målgruppen. Många patienter är sköra, har bakomliggande sjukdomar, läkemedelsbehandling som påverkar balans och vakenhet eller använder gånghjälpmedel. Bedömningsinstrumentet är utformat för att tidigt identifiera risk, vilket innebär att fallrisk relativt lätt identifieras i denna patientgrupp. Resultatet speglar därmed i hög grad patienternas samlade vårdbehov snarare än brister i det förebyggande arbetet, och understryker vikten av strukturerade och individanpassade fallförebyggande åtgärder.

Avseende risk för undernäring visar resultaten att en betydande andel av de personer som bedömts ha en risk också uppvisar låg vikt eller ofrivillig viktnedgång. De vanligaste bakomliggande orsakerna är kopplade till bakomliggande sjukdom, lång nattfasta och ökat energibehov. Uppföljande nattfastemätningar visar att andelen personer med en nattfasta som överstiger 11 timmar fortsatt är hög, men att den samtidigt har minskat tydligt jämfört med föregående år. Detta tyder på att ett förbättringsarbete pågår på enheten och att ökad uppmärksamhet kring måltidsordning och nattfasta haft viss effekt. Samtidigt visar resultaten att genomförandegraden av planerade åtgärder fortfarande varierar, vilket indikerar ett behov av att i högre grad arbeta strukturerat med uppföljning för att säkerställa att vidtagna insatser får avsedd och varaktig effekt.

Sammantaget visar årets resultat att det vårdpreventiva arbetet är delvis etablerat men fortsatt behöver utvecklas, särskilt när det gäller systematik, uppföljning och analys. För att det förebyggande arbetet ska få mera genomslag över tid krävs ett fortsatt fokus på att säkerställa att riskbedömningar genomförs, att åtgärder planeras utifrån identifierade risker samt att effekten av dessa följs upp på både individ- och verksamhetsnivå.

Åtgärd: Under året har arbetet med riskbedömningar och vårdpreventiva åtgärder fortsatt inom ramen för Senior alert. Den planerade mötesstrukturen mellan hemsjukvården och hemtjänsten har dock inte kunnat etableras under året. Arbetet med PU sensorn har varit begränsat, men en utbildningsinsats genomfördes under hösten i syfte att skapa förutsättningar för en nystart.

Avseende nattfasta på Estrids gård har planerade åtgärder till viss del genomförts i verksamheten, men dokumenterad uppföljning och samlad analys av åtgärdernas effekt har varit begränsad under året.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning har skett genom redovisning och dialog i samband med kvartalsrapporter till HSL-ledningen. Resultaten har använts för att identifiera utvecklingsområden samt för att ta tillvara och förstärka arbetssätt som fungerar väl.

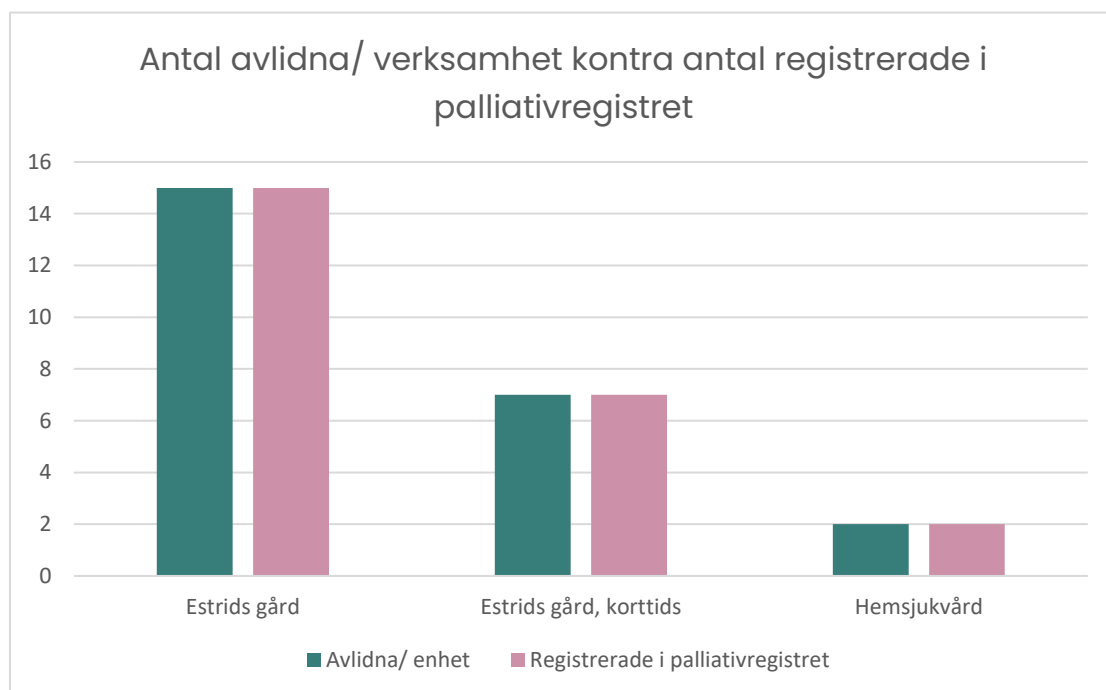
Kvalitetsregister – Palliativa registret

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registret består av ett trettiotal frågor om personens symtom och vård under den sista veckan i livet men även frågor om närstående erhållit brytpunktsamtal och efterlevandesamtal. Samtliga frågor återspeglar viktiga områden inom palliativ vård och resultatet används genom att bristerna identifieras och de områden som behöver förbättras synliggörs.

Mål 4: Öka täckningsgraden i Palliativregistret för Vård- och omsorgskontorets utförare till 90 %. Förbättra resultaten jämfört med 2024 avseende smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument och genomförande av munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka.

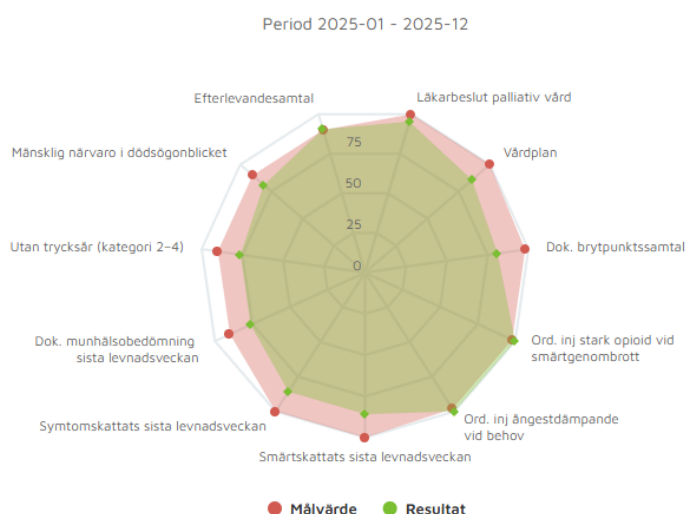
Egenkontroll: Resultat från Palliativregistret och enkät gällande täckningsgrad.

Resultat: Se nedanstående tabeller och spindeldiagram.



Tabellen beskriver täckningsgrad i palliativregistret fördelat på verksamheterna under 2025.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	95,2
Vårdplan	100,0	85,7
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	85,7
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	85,7
Dok. munhalsobedömning sista levnadsveckan	90,0	76,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	76,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	81,0
Efterlevandesamtal	90,0	90,5

Spindeldiagrammet visar elva kvalitetsindikatorers andelsvärden under 2025, samt respektive målvärde. Sex av dessa kvalitetsindikatorer utförs av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet är för Estrids gård, korttidsavdelningen samt hemsjukvården.

Analys av resultat: Utifrån egenkontrollen i form av resultat från Palliativregistret visar utfallet för 2025 att målet om att öka täckningsgraden till minst 90 % har uppnåtts med god marginal. Täckningsgraden uppgår till 100 %, vilket innebär en tydlig förbättring jämfört med 2024 då täckningsgraden låg på 84 %. Resultatet visar att samtliga dödsfall inom Vård- och omsorgskontorets utförare, inklusive både egen regi samt LOV-utförare där Knivsta kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret, nu registreras i Palliativregistret. Detta utgör en viktig grund för ett tillförlitligt och systematiskt kvalitetsarbete inom vård i livets slutskede.

Den fullständiga täckningsgraden innebär att resultaten för 2025 ger en mer heltäckande och rättvisande bild av vården i livets slutskede än tidigare år. Detta skapar förbättrade förutsättningar för analys, uppföljning och jämförelser över tid, samt möjliggör att identifierade brister kan följas upp mer strukturerat på både verksamhets- och organisationsnivå.

När det gäller de prioriterade kvalitetsindikatorerna visar resultaten för 2025 en fortsatt positiv utveckling jämfört med 2024. Andelen patienter som smärtskattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan uppgår under 2025 till cirka 86 % (82 % år 2024). Resultatet visar att arbetet med strukturerad smärtskattning har stärkts, men ligger fortsatt under Socialstyrelsens målvärde på 90 %, vilket innebär att ytterligare förbättringsinsatser krävs för att säkerställa att smärtskattning genomförs konsekvent för samtliga patienter i livets slutskede.

Även resultaten för munhalsobedömning under sista levnadsveckan har förbättrats jämfört med föregående år. Under 2025 uppgår andelen till cirka 76 % (71 % år 2024). Trots förbättringen ligger resultatet fortsatt tydligt under målvärdet, vilket bekräftar att munhalsobedömning i livets slutskede fortsatt är ett prioriterat utvecklingsområde. Resultaten indikerar att momentet inte alltid genomförs eller dokumenteras i tillräcklig omfattning, trots

att det utgör en central del av den palliativa omvårdnaden och har betydelse för patientens välbefinnande.

Övriga kvalitetsindikatorer i Palliativregistret uppvisar överlag god måluppfyllelse under 2025. Indikatorer kopplade till ordination av symtomlindrande läkemedel vid smärtgenombrott och ångest visar höga resultat, vilket indikerar att de medicinska förutsättningarna för symtomlindring i livets slutskede i stort sett är väl tillgodosedda. Även indikatorer såsom dokumentation av brytpunktssamtal, vårdplanering och mänsklig närvaro i dödsögonblicket uppvisar stabila nivåer, även om variationer mellan indikatorer kvarstår.

Vid jämförelse med resultaten för Uppsala län framgår att Vård- och omsorgskontorets utförare i huvudsak uppvisar resultat som ligger i nivå med länets genomsnitt för flera centrala kvalitetsindikatorer inom vård i livets slutskede. Liksom på länsnivå kvarstår förbättringsbehov främst inom omvårdnadsnära indikatorer såsom smärtskattning, symtomskattning och munhälsobedömning under sista levnadsveckan, medan indikatorer kopplade till ordination och tillgång till symtomlindrande läkemedel uppvisar god måluppfyllelse.

Under 2025 har även nya kvalitetsindikatorer inkluderats i Palliativregistret jämfört med föregående år. Dessa indikatorer saknar därför jämförelsetal från 2024 och resultaten för 2025 ska ses som en nulägesbild. Utfallet utgör ett viktigt underlag för fortsatt uppföljning och förbättringsarbete framåt.

Den positiva utveckling som ses inom flera indikatorer bedöms, i likhet med tidigare år, vara kopplad till ett mer strukturerat och målinriktat arbete med Palliativregistret. De förbättringar som genomförts i dokumentationen, bland annat genom användning av statusmallar och vårdplan för vård i livets slutskede, fortsätter att utgöra ett viktigt stöd för att säkerställa att centrala moment utförs och dokumenteras på ett mer enhetligt sätt.

Ett identifierat utvecklingsområde framåt är att i ökad utsträckning inkludera närståendeenkäten kopplad till Palliativregistret. Genom att systematiskt ta tillvara närståendes erfarenheter och synpunkter kan delaktigheten stärkas och ytterligare perspektiv på vården i livets slutskede synliggöras. Närståendeenkäten kan därmed utgöra ett viktigt komplement till befintliga kvalitetsindikatorer och bidra till ett mer heltäckande underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Åtgärd: För att stärka resultaten har regelbundna uppföljningar genomförts på enhetsnivå, och specifika åtgärder har implementerats utifrån resultaten. Ett fortsatt gemensamt arbete med regionen och länets kommuner har bedrivits inom ramen för LAG Täckningsgrad för att förbättra täckningsgraden i hela länet. På lokal nivå har arbetet fortsatt med att räkna ut täckningsgraden för Vård- och omsorgskontorets utförare, vilket möjliggjorts genom inhämtning av data via månadsvisa enkäter.

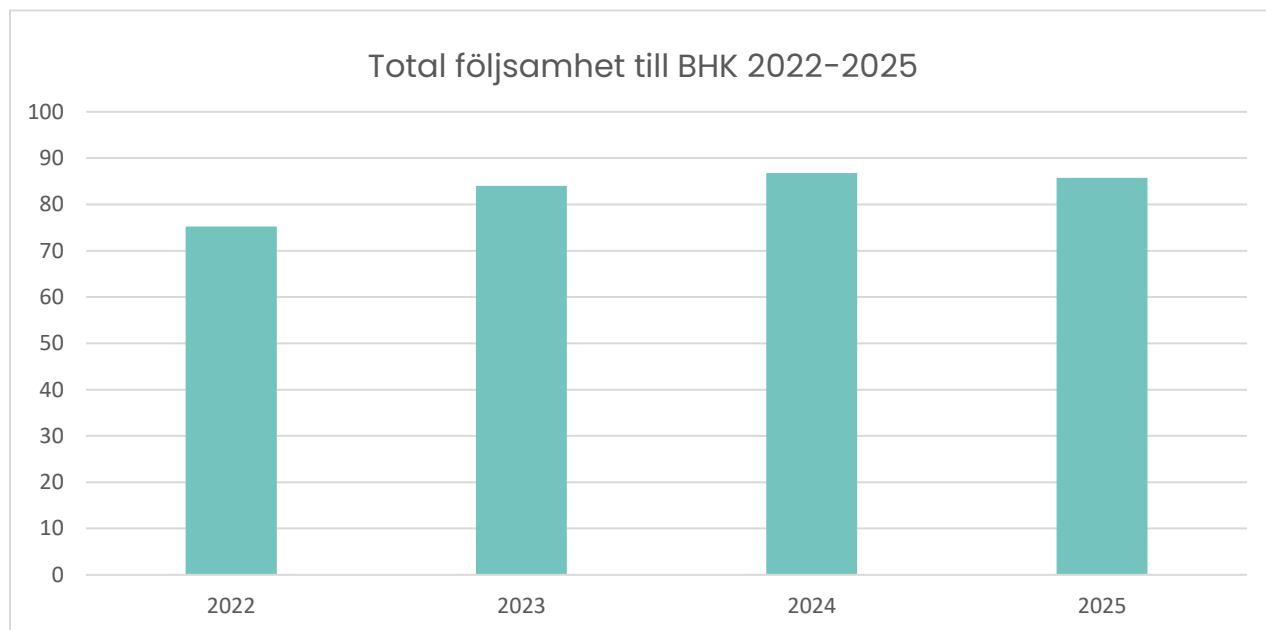
Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har resulterat i förbättringar inom samtliga prioriterade målområden. Regelbundna strukturerade uppföljningar har genomförts vid HSL-ledningen, vilket har bidragit till att säkerställa en kontinuerlig utveckling av arbetet med fokus på förbättrad kvalitet och patientsäkerhet.

Basal hygien och klädregler

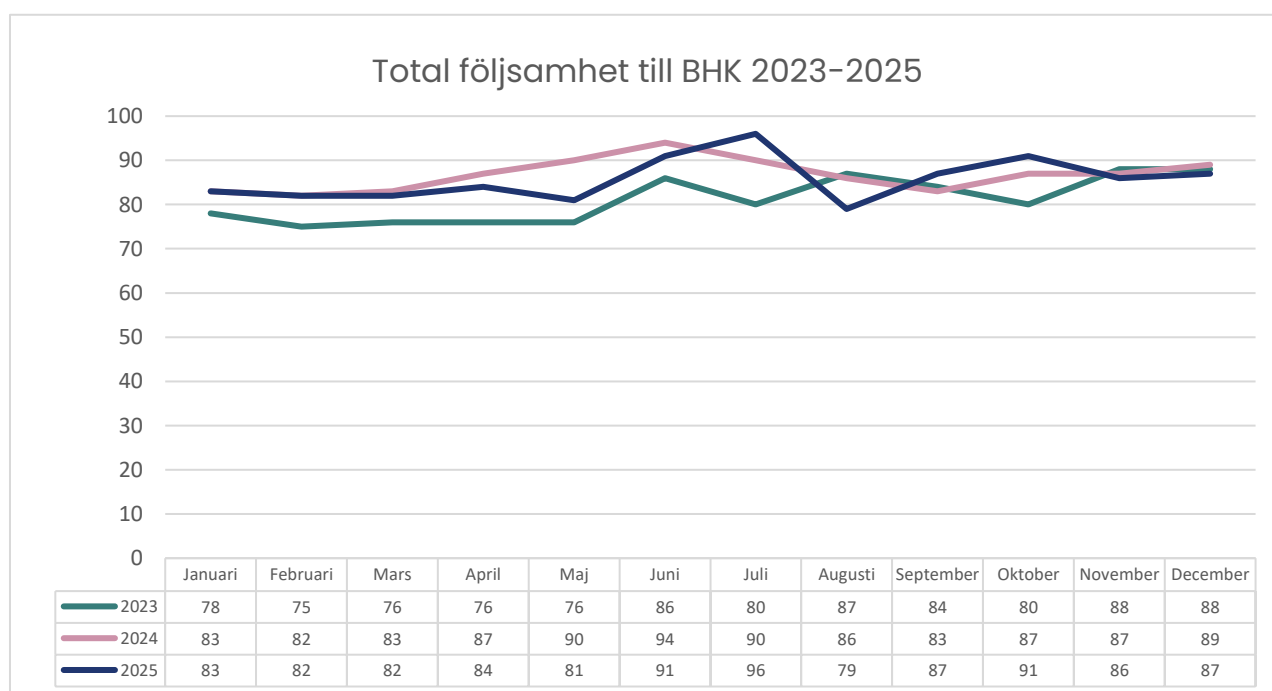
Mål: 100 % följsamheten till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförarenheter.

Egenkontroll: Observationsmätningar på Estrids gård och hemtjänsten egen regi. Övriga verksamheter utför observationsmätningar i den utsträckning det är möjligt och utöver det självskattningar. Tio observationer/ självskattningar per enhet ska utföras en gång i månaden.

Resultat: se nedanstående tabeller.

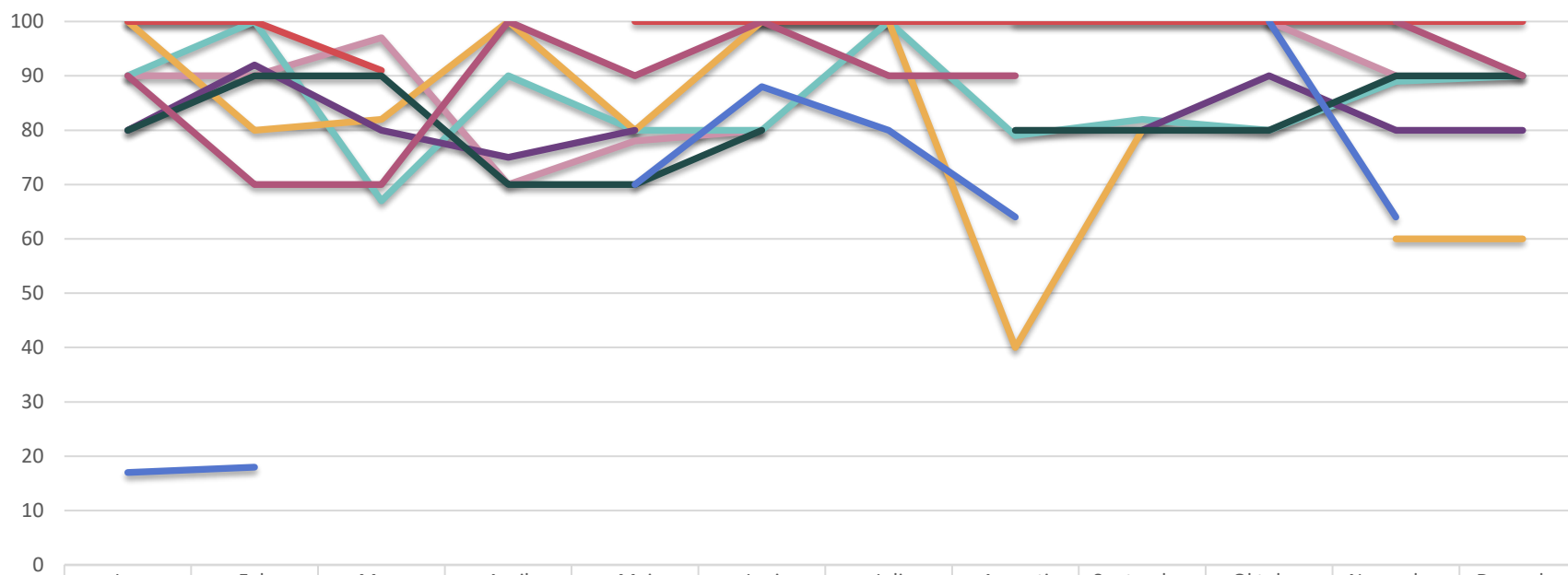


Tabell beskriver medelvärdet av den totala följsamheten till BHK i procent för åren 2022 till 2025. I den totala följsamheten ingår samtliga verksamheter.



Ovanstående tabell beskriver den totala följsamheten till BHK i procent fördelat över månaderna under åren 2023 till 2025. I den totala följsamheten ingår samtliga verksamheter.

Total följsamhet till BHK 2025



	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Dadelvägen	100	100				100	100			100	100	
Daglig verksamhet	90	90	97	70	78	80		100	100	100	90	
Estrids gård	90	100	67	90	80	80	100	79	82	80	89	90
Hemsjukvård	100	80	82	100	80	100	100	40	80		60	60
Hemtjänst Attendo	100	100	91		100	100	100	100	100	100	100	100
Hemtjänst egen regi	80	92	80	75	80		100		80	90	80	80
Lycksåsen	80	90	90	70	70	80		80	80	80	90	90
Personlig assistans	17	18			70	88	80	64		100	64	
S:t Maria	90	70	70	100	90	100	90	90			100	90
Tegelparken												100

Tabellen beskriver den totala följsamheten till BHK under 2025 fördelat på respektive enhet. Tom ruta innebär att mätning uteblivit under den månaden.

Analys av resultat: Den totala följsamheten till BHK under 2025 uppgår till 86 %, vilket innebär en marginell minskning jämfört med helåret 2024 (87 %). Utfallet för helåret är i linje med förväntningarna, då den genomsnittliga följsamheten vid halvårsuppföljningen 2025 uppgick till cirka 84 %. Trots detta visar utvecklingen över tid fortsatt på en tydligt positiv trend, där den genomsnittliga följsamheten ökat från 75 % år 2022 till dagens nivå. Sammantaget indikerar resultaten att arbetet med BHK är etablerat inom organisationen, även om variationer mellan månader och enheter kvarstår.

Den något lägre genomsnittliga följsamheten under 2025 bedöms delvis kunna förklaras av att fler verksamheter nu deltar i mätningarna. När nya enheter inkluderas påverkas det samlade medelvärdet, särskilt under uppstartsperioder innan mätningar, analys och förbättringsarbete blivit en naturlig del av den dagliga verksamheten. Erfarenheter från tidigare år visar dock att följsamheten tenderar att förbättras när arbetssättet mognar och rutinerna blir mer etablerade.

Vid analys av månadsutfallen för perioden 2023–2025 framträder ett återkommande mönster där följsamheten generellt är högre under sommar- och tidig höstperiod. Under 2025 uppnåddes de högsta resultaten under juni, juli och oktober, medan augusti utmärker sig med årets lägsta genomsnittliga följsamhet. Variationerna kan delvis kopplas till semesterperioder och förändringar i bemanning. Under dessa perioder kan både efterlevnaden av hygienrutiner och kontinuiteten i mätningarna påverkas. Tillfälligt högre följsamhet under vissa sommarmånader behöver inte nödvändigtvis innebära att vikarier generellt är mer följsamma än ordinarie personal, utan kan även bero på faktorer såsom färre observationer, mindre personalgrupper, nyligen genomgången introduktion samt att rutiner följs mer regelstyrkt i avsaknad av invanda arbetssätt. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och ses i ett sammanhang över tid.

Fördelat per enhet framträder både styrkor och utvecklingsområden. Dadelvägen uppvisar även under 2025 mycket hög följsamhet och når 100 % vid samtliga genomförda mätningar. Även hemtjänst Attendo visar genomgående mycket höga resultat och når nära 100 % i genomsnitt, med god kontinuitet i rapporteringen. Dessa verksamheter är relativt små, med begränsade personalgrupper och färre patienter, vilket kan innebära andra organisatoriska förutsättningar för uppföljning och implementering av BHK jämfört med större och mer komplexa verksamheter. Samtidigt bör det beaktas att mätningarna i dessa verksamheter huvudsakligen genomförs som självskattningar, vilket kan innebära en risk för överskattning av faktisk följsamhet.

Daglig verksamhet uppvisar genomgående relativt höga resultat, men med skiftande utfall mellan månaderna, där enstaka perioder med lägre följsamhet bryter av mot annars höga nivåer.

Estrids gård är den enda verksamhet som rapporterat mätresultat samtliga tolv månader under året, vilket ger ett gott underlag för analys. Resultaten visar samtidigt tydliga variationer mellan månaderna, med både lägre och högre utfall under året, vilket indikerar att följsamheten inte är jämn över tid trots god kontinuitet i mätningarna.

Hemtjänst i egen regi uppvisar överlag god följsamhet under året, med resultat som i huvudsak ligger på höga nivåer, men med variationer mellan månaderna. Även om rapporteringen täcker större delen av året saknas resultat för enstaka månader, vilket innebär att den samlade bilden av utvecklingen över tid kan behöva tolkas med viss försiktighet.

I kontrast till detta uppvisar hemsjukvården under 2025 en genomsnittlig följsamhet på cirka 80 %, vilket placerar verksamheten i den lägre delen av resultatspannet jämfört med övriga enheter. Samtidigt har hemsjukvården en hög täckningsgrad i mätningarna, med resultat rapporterade under nästan hela året, vilket gör utfallet tillförlitligt. Detta är särskilt anmärkningsvärt då hemsjukvården är den enda verksamhet som uteslutande bemannas av legitimerad personal, där kunskap om basala hygienrutiner förväntas vara hög. Resultatet indikerar att formell kompetens i sig inte är tillräcklig för att säkerställa hög och jämn följsamhet över tid, utan att även organisatoriska förutsättningar, arbetsbelastning samt strukturerad uppföljning och återkoppling är avgörande faktorer.

Personlig assistans uppvisar under året låg och ojämn följsamhet, men med en tydlig positiv utveckling över tid. Resultatet behöver tolkas utifrån verksamhetens särskilda förutsättningar, där brukarens självbestämmande har en stark ställning. Det förekommer situationer där brukare inte accepterar eller möjliggör full efterlevnad av BHK, vilket kan försvåra fullständig följsamhet trots att personalen har kunskap om gällande riktlinjer. Samtidigt visar utvecklingen att riktade insatser, ökad dialog och kontinuerlig uppföljning kan bidra till förbättring inom verksamheten.

Tegelparken har genomfört mätningar under delar av året med god följsamhet. Underlaget är dock begränsat, då endast en fullständig mätning med tillräckligt antal observationer har genomförts under året. Under övriga månader har enstaka observationer utförts, men dessa har inte inkluderats i sammanställningen eftersom underlaget bedömts vara för litet för att ge ett tillförlitligt resultat. Resultaten för Tegelparken behöver därför tolkas med försiktighet och kan inte ensamma ligga till grund för någon säker bedömning av följsamheten över tid.

Sammantaget varierar omfattningen av de månatliga mätningarna mellan enheterna. Under 2025 är det endast en verksamhet som genomfört och rapporterat mätresultat samtliga tolv månader, medan övriga enheter har rapporterat resultat under större delen av året men med variation i täckningsgrad. Detta försvårar kontinuerlig uppföljning och tidig identifiering av trendförändringar på enhetsnivå. Det framkommer även skillnader i hur aktivt resultaten används som underlag för förbättringsåtgärder, vilket visar att det systematiska arbetet med BHK ännu inte är fullt ut etablerat inom samtliga verksamheter. Målet om 100 % följsamhet till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförare är fortsatt styrande för patientsäkerhetsarbetet. Resultaten för 2025 visar att hög följsamhet är möjlig att nå och upprätthålla över tid, men också att ytterligare förbättringsinsatser krävs för att säkerställa en jämn och varaktig följsamhet inom alla verksamheter. För detta behöver insatser fortsatt anpassas efter respektive enhets förutsättningar, och framgångsfaktorer från verksamheter med hög och stabil följsamhet bör lyftas fram och spridas som goda exempel i det övergripande arbetet med BHK.

Åtgärd: För att förbättra följsamheten till BHK upprättas handlingsplaner vid negativa trendbrott. Hygienombudens arbete, regelbundna ombudsträffar och samarbetet med Vårdhygien är centrala för att stärka följsamheten. Daglig ledning och styrning på respektive enhet är också en viktig framgångsfaktor för att säkerställa att följsamheten hålls på en hög nivå. Månadsvisa sammanställningar redovisas på HSL-ledningsmöten för att följa utvecklingen och tidigt kunna identifiera eventuella trendbrott. På enhetsnivå redovisas resultaten på arbetsplatsträffar där både positivt utfall och förbättringsområden diskuteras tillsammans med arbetsgruppen. Arbetet resulterar i gemensamt framtagna åtgärder som kan

leda till högre följsamhet. Detta är avgörande för att långsiktigt uppnå målet om 100 % följsamhet.

Uppföljning av åtgärd: Resultaten följs upp både på enhetsnivå och på en strategisk nivå i HSL-ledningen. För att nå målet krävs ett fortsatt arbete med kontinuerliga uppföljningar på både strategisk och verksamhetsnivå samt ett fortsatt arbete med att implementera framgångsrika strategier och handlingsplaner.

Infektionsregistreringar

Infektionsregistreringar ska utföras på samtliga särskilda boenden för äldre och korttidsenheter i Uppsala läns kommuner, där syftet är att resultatet ska vara ett underlag för riktat förbättringsarbete och exempelvis för prioritering av områden, eller som hjälp vid utvärderingen för att se om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Infektionsregistreringen omfattar förekomsten av virusorsakade infektioner (inflensa och magsjuka), antibiotikaordinerade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridioides difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier.

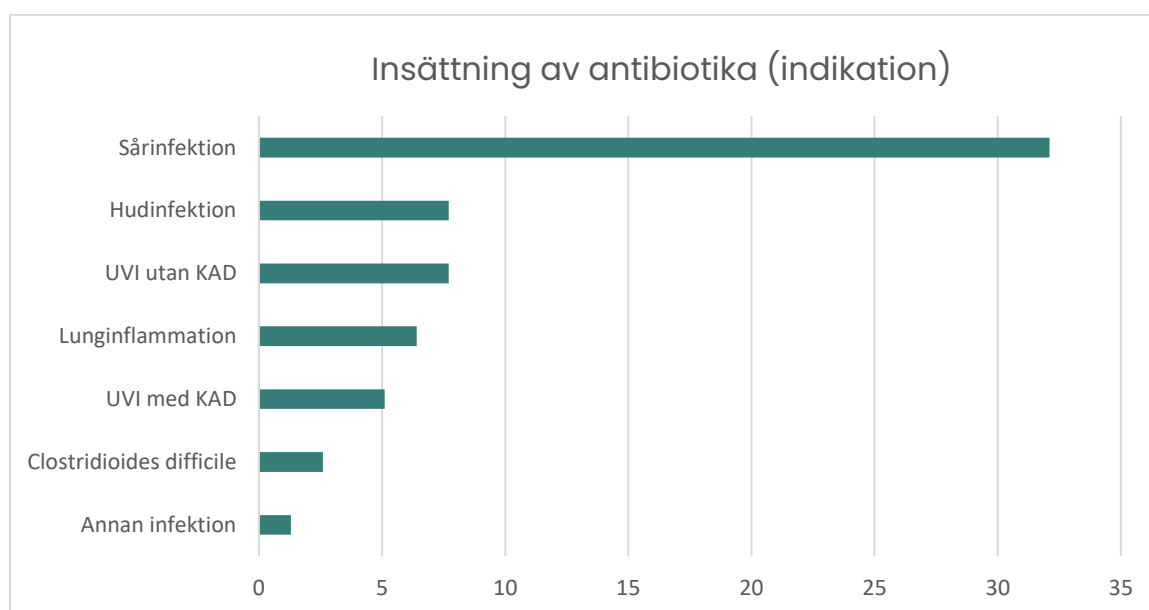
Mål: Fullständig följsamhet av infektionsregistrering på särskilt boende för äldre samt korttidsenheten.

Egenkontroll: Månadsvisa infektionsregistreringar i enkätform

Resultat: Under 2025 har Estrids gård och korttidsenheten haft full följsamhet till gällande rutin för infektionsregistrering. Verksamheten har registrerat, sammanställt, analyserat samt månadsvis rapporterat resultaten till Vårdhygien och MAS.

Under årets inledning drabbades Estrids gård av ett större utbrott av magsjuka som omfattade flera patienter och medarbetare. Under årets senare del inträffade ytterligare två mindre smittutbrott, ett covid-19 utbrott med både laboratoriebekräftade fall och ytterligare ett fåtal personer med symptom, samt ett influensautbrott med ett begränsat antal patienter som uppvisade symptom.

För resultat av infektionsregistreringarna, se nedanstående tabell.



Tabellen visar andel antibiotikainsättning per indikation för Estrids gård, inklusive korttidsenheten, under 2025.

Analys av resultat: Analysen av infektionsregistreringarna för 2025 behöver tolkas med viss försiktighet, då Vårdhygien under året har förändrat sättet att beräkna statistiken. Detta innebär att jämförelser med tidigare resultat inte är möjliga. Enligt Vårdhygien bedöms dock den nya beräkningsmodellen ge ett mer korrekt och tillförlitligt underlag.

Årets resultat visar trots ovanstående begränsningar tydligt att sårinfektioner utgör den vanligaste indikationen för antibiotikainsättning och att andelen är väsentligt högre i jämförelse med övriga kommuner i länet. Utfallet bör även i detta sammanhang delvis tolkas med försiktighet, då verksamheten omfattar ett begränsat antal enheter, vilket kan medföra relativt stora variationer i statistiken. Samtidigt är resultatet tydligt avvikande och motiverar därför en fördjupad genomgång.

Vid analysen bör fokus inte enbart vara på förekomsten av infektioner, utan även på om antibiotikainsättningen varit medicinskt motiverad utifrån patientens symtombild samt gällande behandlingsrekommendationer vid tidpunkten för insättning. Ett ökat antal sår och efterföljande infektioner kan ha flera bakomliggande orsaker, såsom exempelvis hög vårdtyngd, ökad skörhet och komplexa sjukdomsbilder hos patienterna. Det behöver därför även analyseras om antalet sår hade kunnat förebyggas, eller om det huvudsakligen varit slumpmässiga variationer som bidragit till en större andel sårinfektioner under detta år.

Precis som tidigare år fortsätter också urinvägsinfektioner hos patienter utan kateter vara en relativt vanlig orsak till antibiotikabehandling, vilket fortsatt kräver en vidare analys för att förstå om dessa infektioner bedömts som kliniskt motiverade samt om de hade kunnat förebyggas, exempelvis genom förbättrad hygien eller tidig identifiering av riskfaktorer. Att andelen antibiotikabehandling vid urinvägsinfektion med kateter är lägre än hos patienter utan kateter skulle dock kunna indikera att följsamheten till riktlinjer och basala hygienrutiner efterlevs i större utsträckning när patienten har en kateter och därmed följs upp mer strukturerat.

Under året har även flera smittutbrott förekommit, bland annat ett större magsjukesutbrott samt mindre utbrott av covid-19 och influensa. Vid samtliga utbrott vidtogs snabba åtgärder för att begränsa smittspridning. Det har dock rört sig om särskilt smittsamma utbrott, där exempelvis magsjukesutbrottet bedömdes vara ovanligt aggressiv och smittsam, vilket kan ha försvårat möjligheterna att helt bryta smittspridningen.

Därtill kvarstår utmaningar när patienter har svårt att följa instruktioner för att begränsa smittspridning, vilket fortsatt visar på vikten av att fortsätta utveckla anpassade rutiner och strategier för att hantera smittsamma sjukdomar i miljöer med begränsade möjligheter till efterlevnad av smittskyddsåtgärder. Utbrotten visar också på vikten av god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, där tidig upptäckt och snabba åtgärder är avgörande för att begränsa smittspridning.

Åtgärd: Utbildning och daglig handledning från sjuksköterska till omsorgspersonal. Verksamhetsansvarig chef och Vårdhygien samarbetar i händelse av utbrott. Vårdhygien går igenom en checklista med föreslagna åtgärder för att säkerställa att verksamheten vidtagit samtliga lämpliga åtgärder vid varje enskilt utbrott. MAS och områdeschef för utförare informeras.

Efter varje utbrott av smittsam sjukdom ska en händelseanalys med tillhörande åtgärdsplan upprättas i syfte att kartlägga om ytterligare åtgärder kan vidtas för att reducera risken för nya utbrott, och framför allt för att förebygga större smittspridning på enheterna.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning på enhetens sjuksköterskemöte. MAS tar del av enhetens händelseanalys och åtgärdsplan och följer vid behov upp den tillsammans med berörd chef. Vid betydande avvikelser informeras HSL-ledningen.

Vårdhygienisk egenkontroll

Mål: Att förebygga vårdrelaterade infektioner genom strukturerad genomgång av enheterna.

Egenkontroll: Årlig hygienrund utifrån en checklista för vårdhygienisk egenkontroll vid samtliga enheter. Vart fjärde år deltar Vårdhygien från region Uppsala på hygienrund på särskilt boende för äldre.

Resultat: Hygienrund är utförd på sex av nio enheter under 2025.

Analys av resultat: Den vårdhygieniska egenkontrollen visar att det generellt finns en god grundläggande följsamhet till basala hygienrutiner, men att olika verksamheter har identifierat skilda förbättringsområden. Framför allt har behov uppmärksamats av att tydliggöra lokala rutiner för hantering av skyddsmaterial och handdesinfektion i patientnära miljöer, samt för rengöring och förvaring av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning.

Vidare har vissa verksamheter identifierat behov av förbättringar avseende städrutiner, hantering och förvaring av sterilt material samt rutiner vid uppackning av levererat material. Som en följd av egenkontrollen har flera verksamheter planerat eller påbörjat åtgärder, bland annat genom översyn av lokala rutiner och deltagande i riktade utbildningsinsatser inom hygienområdet.

Åtgärd: Arbeta för att samtliga enheter utför minst en vårdhygienisk egenkontroll under 2026.

Uppföljning av åtgärd: Årlig uppföljning i patientsäkerhetsberättelsen.

Läkemedelskontroll

Mål: Säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering utifrån gällande rutin och föreskrifts krav.

Egenkontroll: Årliga externa kvalitetsgranskningar

Resultat: Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes på Estrids gård under hösten 2025. Planerade kvalitetsgranskningar inom övriga verksamheter genomfördes inte under året. Detta berodde på att hemsjukvården under perioden hade ett uttalat behov av att prioritera implementering och konsolidering av tidigare beslutade rutiner och förändrade arbetssätt inom den egna enheten.

Analys av resultat: Åtgärdsrapporten från den externa kvalitetsgranskningen visar att läkemedelshanteringen i huvudsak fungerar på ett säkert och strukturerat sätt, med god ordning, spårbarhet och följsamhet till övergripande rutiner. Samtidigt kvarstår förbättringsområden som till stor del överensstämmer med tidigare års granskningar, vilket indikerar behov av fortsatt utvecklingsarbete. Avsaknaden av lokal enhetsrutin för läkemedelshantering bedöms fortsatt kunna bidra till variation i arbetssätt och bristande följsamhet i vissa moment, särskilt i det dagliga praktiska utförandet. Ett fortsatt arbete med att ta fram och implementera lokal rutin är därför en viktig förutsättning för att ytterligare stärka kvalitet och patientsäkerhet inom området.

Åtgärd: Respektive enhet ansvarar för att arbeta systematiskt utifrån sin åtgärdsplan. Enheter som inte haft extern kvalitetsgranskning under 2025 fortsätter arbetet utifrån de åtgärdsplaner som upprättades efter granskningarna hösten 2024, med målsättning att rekommenderade åtgärder ska vara genomförda inför nästa kvalitetsgranskning hösten 2026.

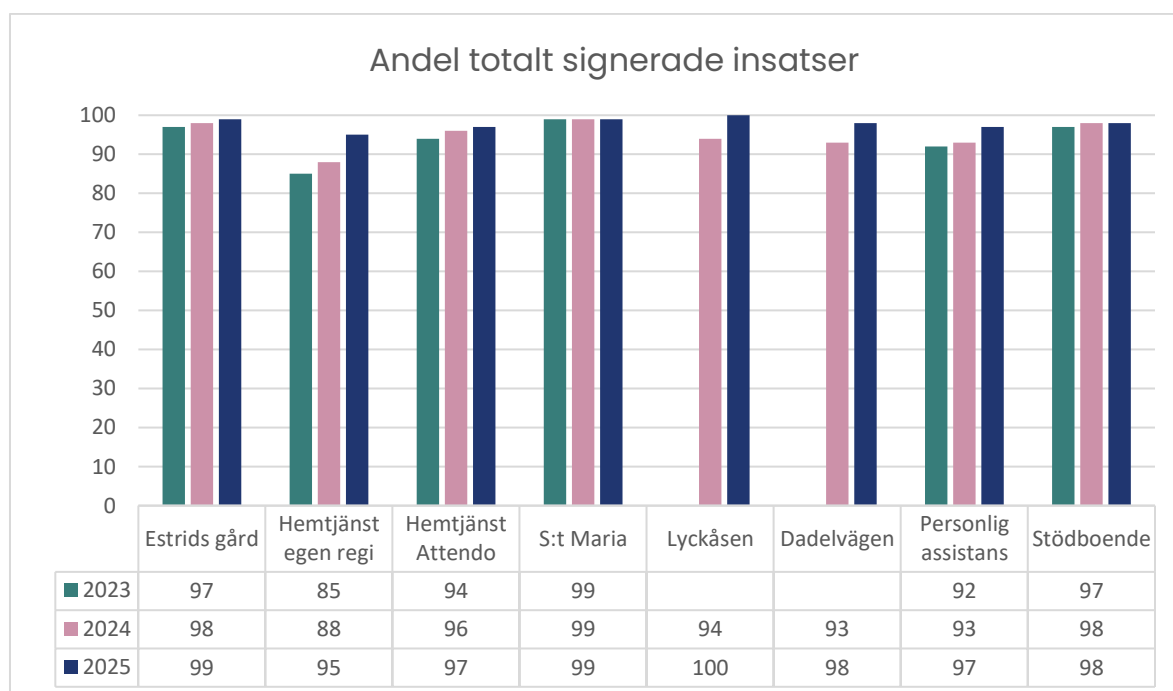
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning i samband med nästkommande kvalitetsgranskning.

Följsamhet till ordinationer

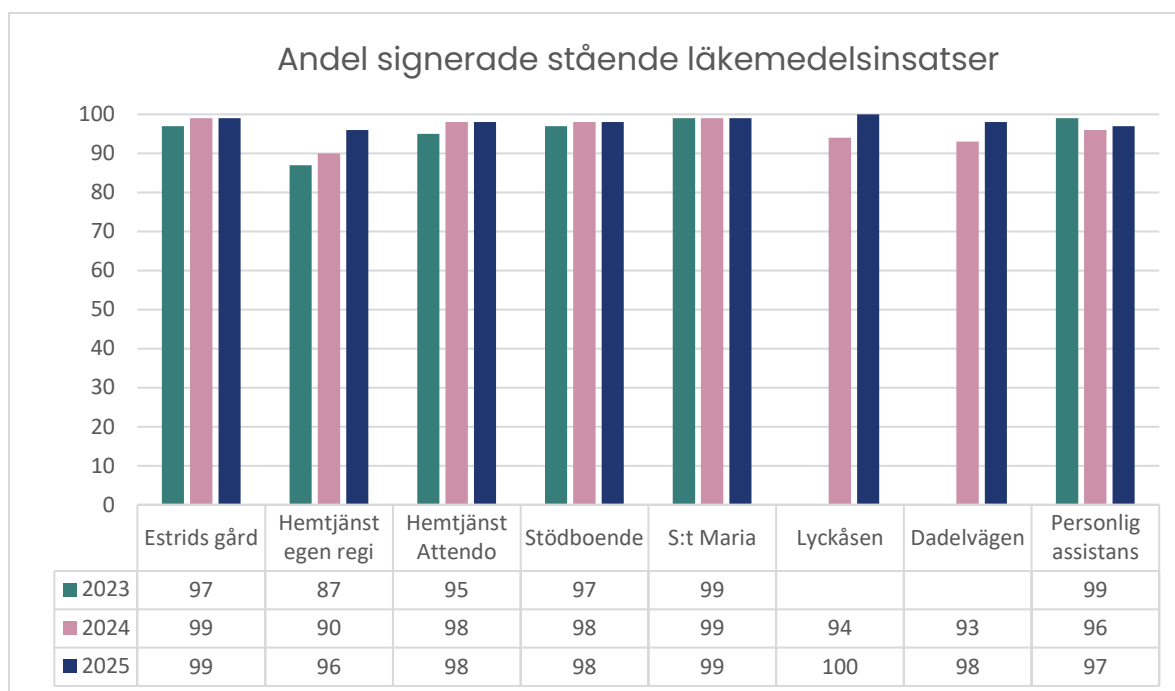
Mål: 100 % följsamhet till ordinationer

Egenkontroll: Följs upp via digitalt signeringsystem.

Resultat: Se tabellerna nedan



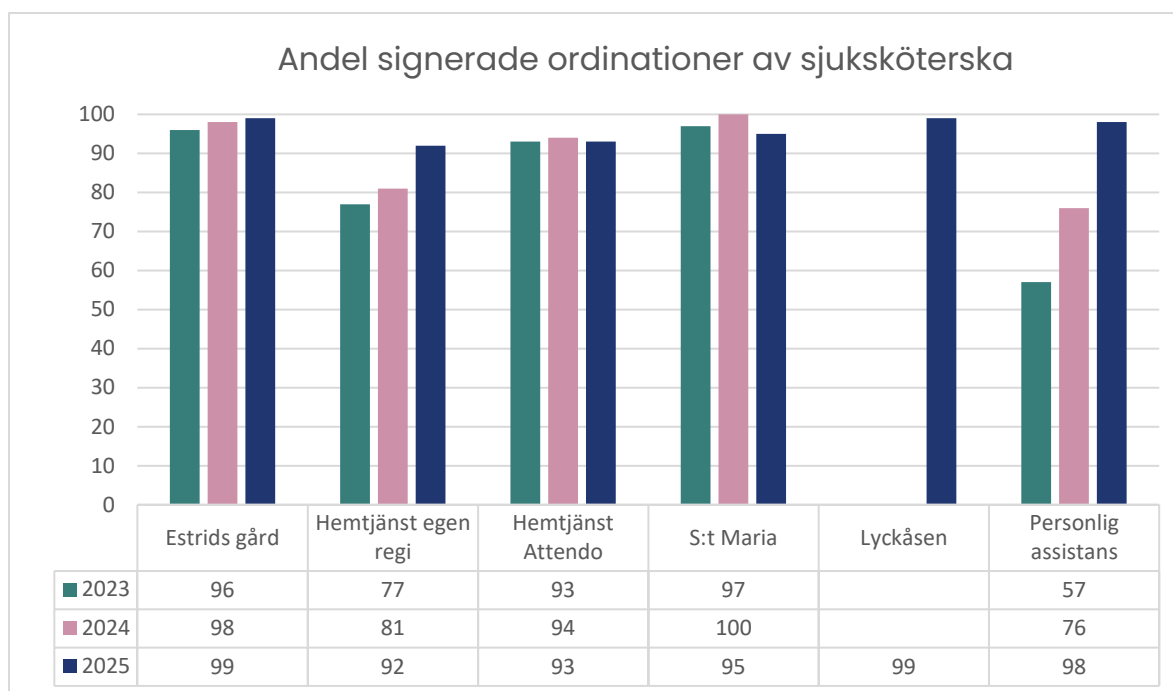
Tabellen beskriver andel totalt signerade insatser i procent, oberoende av vilken typ, fördelat på de olika enheterna under 2023 – 2025.



Tabellen beskriver andel signerade stående läkemedelsinsatser i procent fördelat på de olika enheterna under 2023 – 2025.



Tabellen beskriver andel signerade rehabinsatser i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2023 – 2025.



Tabellen beskriver andel signerade ordinationer av sjuksköterska i procent fördelat på de olika enheterna som haft ordinerade rehabinsatser under 2023 – 2025.

Analys av resultat: Resultaten för 2025 visar överlag en positiv utveckling jämfört med tidigare år, med en ökad följsamhet inom flera områden och mellan flera enheter. Den samlade andelen totalt signerade insatser ligger fortsatt på en hög nivå, och flera verksamheter uppvisar en successiv förbättring jämfört med tidigare år, vilket indikerar ett mer strukturerat och medvetet arbetssätt i det digitala signeringssystemet.

Följsamheten till stående läkemedelsinsatser är fortsatt mycket hög inom samtliga verksamheter och uppgår för flera enheter till 98–100 %. Resultatet bedöms som stabilt och i linje med tidigare års utveckling. Den höga signeringsgraden inom läkemedelsområdet speglar både en god följsamhet till läkemedelsordinationer samt användning av det digitala signeringssystemet i det dagliga arbetet.

När det gäller rehabinsatser kvarstår variationer mellan enheterna, men resultaten för 2025 visar en viss förbättring jämfört med föregående år. Estrids gård fortsätter att uppvisa en positiv utveckling med successivt ökad följsamhet över tid, vilket tyder på ett aktivt och långsiktigt förbättringsarbete. Inom hemtjänstverksamheterna ligger följsamheten fortsatt på lägre nivåer, vilket bedöms hänga samman med att rehabinsatser ofta är mer situationsberoende och påverkas av faktorer såsom patientens dagsform, tillgänglighet samt prioriteringar i det dagliga arbetet. I ordinärt boende är det dessutom svårare att ta igen en utebliven rehabinsats senare under dagen, exempelvis om patientens allmäntillstånd tillfälligt försämrats vid det planerade tillfället. Detta skiljer sig från förutsättningarna inom särskilt boende, där närheten mellan personal och patient i större utsträckning möjliggör omplanering och genomförande av insatsen vid ett senare tillfälle.

Andelen signerade ordinationer av sjuksköterska har ökat inom flera verksamheter under året, särskilt inom personlig assistans och hemtjänst i egen regi, där följsamheten närmar sig eller uppnår mycket höga nivåer. Resultatet indikerar förbättrad struktur i arbetet och ökad medvetenhet om vikten av korrekt signering även för sjuksköterskeordinationer. Samtidigt framträder en skillnad i följsamhet jämfört med rehabordinationer, där signeringsgraden

generellt är lägre. Orsakerna till detta behöver analyseras vidare. En möjlig förklaring kan vara att sjuksköterskor i större utsträckning har en aktiv närvaro i det digitala signeringsystemet, vilket innebär att larm om försenade eller uteblivna insatser snabbare uppmärksammas och kan följas upp i nära anslutning till händelsen. Detta kan bidra till att sjuksköterskeordinationer i högre grad genomförs och signeras. Men skillnaderna skulle även kunna hänga samman med olika organisatoriska förutsättningar och möjligheter till omplanering av insatser, vilket ytterligare understryker behovet av fortsatt analys för att bättre förstå bakomliggande orsaker och stärka följsamheten även till rehabordinationer.

Under året har andelen insatser som signerats inom rätt tidsfönster uppgått till cirka 89 %, vilket är en förbättring jämfört med tidigare år. Den genomsnittliga tidsavvikelsen, det vill säga tiden för insatser som utförs utanför det ordinerade tidsfönstret, uppgår till 24 minuter och bedöms fortsatt vara låg samt i nivå med utfallet föregående år. Sammantaget visar detta att insatser i allt större utsträckning genomförs nära ordinerad tid, vilket är positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Det är samtidigt viktigt att understryka att utebliven signering inte nödvändigtvis innebär att en insats inte har utförts. Orsaker kan exempelvis vara brister i pausning av insatser vid frånvaro, tekniska hinder eller missad dokumentation. Det är därför viktigt att resultaten fortsätter att analyseras på enhetsnivå för att kunna skilja mellan faktisk utebliven insats och bristande systemregistrering.

Åtgärd: Fortsatt regelbunden uppföljning av följsamhet till ordinationer sker på enhetsnivå. Legitimerad personal följer löpande upp ordinationer, signeringsgrad och inkommande larm i det digitala signeringsystemet, i syfte att tidigt identifiera uteblivna eller försenade insatser. Vid behov genomförs riktade informations-, instruktions- och utbildningsinsatser för att säkerställa korrekt användning av systemet. Uppföljning sker även i samband med delegeringsuppföljningar och vid kvartalsredovisningar i HSL-ledningen.

Uppföljning av åtgärd: Följsamheten till ordinationer följs regelbundet på HSL-ledningsnivå genom sammanställningar från det digitala signeringsystemet. Resultaten används som underlag för dialog, prioritering av åtgärder och fortsatt utvecklingsarbete under kommande år.

Journalgranskning

Mål: Öka följsamheten till journalrutinen till 80 %.

Egenkontroll: Strukturerade journalgranskningar utifrån en förutbestämd journalgranskningsmall.

Resultat: Totalt har 24 hälso- och sjukvårdsjournaler granskats med en följsamhet till journalrutin samt lag- och föreskriftskrav på 76 %. Detta innebär en fortsatt förbättring jämfört med 69 % under 2024 och 53 % under 2023.

Ett särskilt tydligt förbättringsområde under 2025 är dokumentationen av samtycken. Journalgranskningarna visar en markant ökning av följsamheten avseende samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan vårdgivare, både vad gäller att samtycke finns dokumenterat och att det är aktuellt. Även dokumentationen av hur samtycken inhämtats har förbättrats avsevärt jämfört med föregående år. Motsvarande positiva utveckling ses även gällande samtycke till kontakt med närstående, där både förekomst och

tydlighet i dokumentationen har förbättrats tydligt. Därtill visar årets granskning också en mycket hög följsamhet när det gäller dokumentation av samtycke till kvalitetsregister, vilket är en betydande förbättring jämfört med tidigare år.

Inom området anamnes dokumenteras diagnoser och hälsoproblem i hög utsträckning. Däremot framgår inte alltid orsaken till vårdkontakt eller bakgrunden till vården, vilket fortsatt utgör ett förbättringsområde.

Avseende status kan förbättringar ses i dokumentationen av aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, men variationer kvarstår gällande hur aktuell informationen är. Flertalet status var inte uppdaterade under det senaste halvåret.

För hälsoplaner visar granskningen tydliga förbättringar jämfört med föregående år. Andelen journaler där relevanta hälsoplaner upprättats efter identifierade risker har ökat från 68 % år 2024 till 83 % under 2025. Även överensstämmelsen mellan identifierade risker i status och vidtagna åtgärder i hälsoplanerna har förbättrats tydligt, från 44 % år 2024 till 71 % under 2025. Det huvudsakliga förbättringsområdet inom hälsoplaner avser tydlighet i dokumentationen kring ansvar, hur och när åtgärder ska följas upp. I flera journaler framgår att åtgärder är planerade och genomförda, men uppföljningsstruktur och ansvarsfördelning dokumenteras inte alltid på ett tillräckligt tydligt och enhetligt sätt.

Patientens egna önskemål om vård och behandling dokumenteras i högre utsträckning än tidigare år, men området utgör fortsatt ett utvecklingsområde. Även möjligheten att genom journalen få en samlad helhetsbild av patientens situation varierar mellan granskade journaler.

Analys av resultat: Resultatet visar en tydlig förbättring av dokumentationskvaliteten över tid, med en successiv ökning av följsamheten till journalrutin sedan 2023. Den positiva utvecklingen bedöms vara ett resultat av ett långsiktigt och strukturerat förbättringsarbete inom dokumentationsområdet, exempelvis via dokumentationsgruppen.

De mycket tydliga förbättringarna avseende samtycken bedöms bero på en kombination av systemtekniska förändringar, införandet av ny rutin samt ökad samsyn i verksamheterna. Därtill har riktade utbildningsinsatser och temabaserade workshops bidragit till ökad förståelse för regelverk och dokumentationskrav, vilket sammantaget haft stor betydelse för resultatet.

När det gäller området anamnes bedöms den lägre täckningsgraden avseende orsak till vårdkontakt och bakgrund till vården till stor del bero på att flera av de granskade journalerna är upprättade utifrån en äldre anamnesmall, där dessa uppgifter inte efterfrågas. Detta påverkar årets resultat, trots att arbetssättet i nuläget har förändrats genom införande av reviderad mall med tydligare struktur. Effekten av den nya anamnesmallen förväntas därmed bli mer synlig vid kommande journalgranskningar.

De förbättrade resultaten avseende hälsoplaner bedöms i stor utsträckning vara en följd av ett tydligt och återkommande fokus från medicinskt ansvariga på vikten av att samtliga identifierade risker ska dokumenteras i hälsoplanen och att förebyggande åtgärder utgör en central del av det preventiva patientsäkerhetsarbetet.

Detta har bidragit till att verksamheterna under året arbetat mer aktivt och systematiskt med hälsoplaner som ett stöd i det förebyggande arbetet. Samtidigt kvarstår behov av att ytterligare stärka tydligheten i dokumentationen kring ansvar, hur och när åtgärder ska följas upp, för att säkerställa en fullgod struktur och spårbarhet i journalen.

Trots förbättringar inom flera områden kvarstår behov av fortsatt utveckling, särskilt avseende aktualitet i dokumentationen, uppföljning och utvärdering av åtgärder samt dokumentation av patientens delaktighet. Arbetet med journalgranskningar och riktade förbättringsåtgärder behöver därför fortsätta även kommande år.

Åtgärd: Månatliga möten med dokumentationsgruppen för att fortsätta arbeta med förbättringar utifrån identifierade brister. Fortsatt samarbete med avdelningen för system och administration kommer att vara centralt för att fortsätta säkerställa anpassning av verksamhetssystemet till dokumentationsbehoven.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljningar kommer att genomföras genom nya strukturerade journalgranskningar. HSL-ledningen följer upp resultatet av granskningarna och följer det kontinuerliga förbättringsarbetet inom området.

BILAGA 2.

MÅLUPPFYLLELSE 2025

Basala hygienrutiner och klädregler

Mål 1: 100 % följsamhet till BHK hos Vård- och omsorgskontorets samtliga utförare

Resultat: Målet är inte uppfyllt. Full följsamhet under hela året har inte uppnåtts av någon verksamhet.

Förebyggande arbete med riskbedömningar i kvalitetsregister

Mål 2: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Riskbedömningarna ska ske inom två veckor från inskrivning i hemsjukvården när sjuksköterskeinsatser finns. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, åtgärdsplan vid identifierad risk samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Estrids gård bedöms sannolikt ha uppnått målet på 75 %. Hemsjukvården har inte uppnått målet.

Teamarbete

Mål 3: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete både inom och mellan enheterna samt mellan olika professioner.

Resultat: Målet är inte uppfyllt.

Täckningsgrad och kvalitetsindikatorer i Palliativregistret

Mål 4: Öka täckningsgraden i Palliativregistret för Vård- och omsorgskontorets utförare till 90 %. Förbättra resultaten jämfört med 2024 avseende smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument och genomförande av munhalsbedömningar under personens sista levnadsvecka.

Resultat: Målet är uppfyllt.

Avvikelsehantering

Mål 5: Förbättra avvikelsehanteringen genom att minska ledtiden till maximalt 14 dagar mellan upprättad avvikelse rapport och påbörjad utredning, säkerställa kvaliteten i utredningar och uppföljningar samt korrekta bedömningar av allvarlighetsgrad.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Målet avseende bedömningarna av allvarlighetsgrad bedöms vara mer enhetliga och tillförlitliga jämfört med tidigare år.

Dokumentation

Mål 6: Öka följsamheten till journalrutinen till 80 %.

Resultat: Målet är inte uppfyllt.

Följsamhet till rehabiliteringsinsatser

Mål 7: Minst 80 % följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser.

Resultat: Målet är delvis uppfyllt. Estrids gård har som enda verksamhet uppnått målet.