



Lekebergs
kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Lekebergs kommun 2025



2026-03-01

Maria Linby, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Sara Brorsson, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer: SON 26-54

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.



Källa:

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

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

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

Innehåll

Inledning	2
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Nämndmål	5
Internkontroll	6
Måluppfyllelse	6
Övrig egenkontroll	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
En god säkerhetskultur	9
Informationssäkerhet.....	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Säker vård här och nu	22
Riskhantering.....	23
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Avvikelse	24
Klagomål och synpunkter.....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25
BILAGA 1.....	26
BILAGA 2	29

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur kommunen arbetar med patientsäkerhet och kvalitet i vården, vilka mål som finns, hur arbetet organiseras samt vilka resultat och utmaningar som uppstått under 2025.

Arbetet har påverkats av organisatoriska förändringar, särskilt brist på medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), vilket gjort att vissa planerade uppföljningar och riskanalyser inte genomförts. Samtidigt visar flera kvalitetsindikatorer goda resultat, särskilt inom rehabilitering och palliativ vård.

Det finns dock fortsatta problem inom hygien, avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete

De positiva resultaten visar att verksamheterna i flera avseenden håller en hög kvalitet. De övergripande målen för god och säker vård uppnåddes under året. Dessutom har omfattande satsningar på kompetensutveckling genomförts under året. Registreringar i kvalitetsregister som rör demensvård har ökat, vilket ger bättre förutsättningar för uppföljning och förbättringsarbete på det området.

Samtidigt finns flera tydliga utmaningar. Brist på stabil ledning, särskilt perioder utan medicinskt ansvarig sjuksköterska, har gjort att planerade riskanalyser och delar av det planerade systematiska patientsäkerhetsarbetet inte kunnat genomföras. Följsamheten till basala hygienrutiner är fortsatt under godkänd nivå och har i vissa delar försämrats, vilket innebär en viktig patientsäkerhetsrisk. Det finns också brister i hur avvikelser analyseras och följs upp på övergripande nivå, och dokumentationen i journaler är inte alltid korrekt eller enhetlig.

Sammantaget visar resultaten att vården ofta håller god kvalitet i praktiken, men att strukturer, uppföljning och förebyggande arbete behöver stärkas för att minska riskerna på längre sikt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

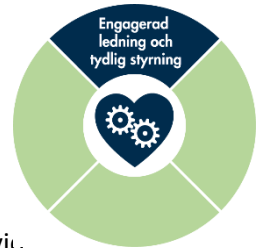
Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

I december 2024 började en ny medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen som dock slutade i mars 2025. Från mars till november har ansvaret som MAS fullgjorts växelvis av två enhetschefer med sjuksköterskelegitimation, via sidan av ordinarie chefsuppdrag. Innevarande MAS började sitt uppdrag i november 2025. Denna situation har påverkat att det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte kunnat fortlöpa eller utvecklas som planerat. Fokus har varit att hantera allvarliga händelser och risk för vårdskador och fullgöra utrednings- och anmälningsplikt. Verksamhetskontroller har fått vänta och planeras istället till start våren 2026. Inte heller riskanalys för övergripande HSL-området har genomförts.

Det har även varit förändringar i chefsstrukturen. En enhetschef inom LSS en enhetschef i hemtjänsten avslutade sina tjänster under våren. Rekrytering av nya chefer visade sig vara svårare än önskat och det var få kvalificerade sökande. Ny chef för LSS blev klart i november och den nya chefen påbörjade sitt uppdrag första december. Organisationen för chefsstrukturen utvärderades och ändrades under året så att en av enhetscheferna från särskilt boende (Linden) gick till hemtjänsten som biträdande chef. En av enhetscheferna för demensboendet inledde föräldraledighet under hösten. För att stärka upp på särskilt boende har teamledare utsetts bland personalen, en per avdelning, detta utförs som ett projekt under två år.



Övergripande mål och strategier

Nämndmål

Kopplat till det övergripande nämndmålet om god och säker vård finns politiskt antagna indikatorer som ska vägleda arbetet. Målintikatorerna visar viljeriktning mot nära vård, inte minst genom att för första gången ha direkta indikatorer som rör rehabilitering. 2025 indikatorer till nämndmålet om god och säker vård:

Nämndmål:
Hälso- och sjukvården ska
erbjuda god och säker vård

- Andel journaler med dokumenterad patientdelaktighet ska vara minst 80%
- Andel läkemedel som ges i tid ska vara minst 90%
- Andel kompletta registreringar i palliativregistret där samtliga bedömningar gjorts ska vara minst 90%
- Antal registreringar i registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) ska öka från 29 registreringar
- Andel av patienter som har nått sitt mål efter avslutad dag-/hemrehab-period ska vara minst 80%

- Andelen av nya personer inom hemtjänst som erbjudits ADL-bedömning av arbetsterapeut

Inför 2026 föreslås en ändring av målformulering till: "Hälso- och sjukvården ska erbjuda god och säker vård och rehabilitering", för att säkerställa att rehabilitering finns med även i framtiden.

Internkontroll

Internkontroll görs inom följande områden beslutade av nämnden:

- Kontroll två gånger per år av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL granskas för att se att de håller de krav som ställs på en godkänd journal. Fokus på delaktighet som ska kunna utläsas i 80% av journalerna.
- Regelbunden kontroll av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp. Utförs av utsedd sjuksköterska var sjätte vecka och sammanställs av MAS två gånger per år.
- Kontroll av palliativ vård genom att följa indikatorer i Svenska palliativregistret
- Kontroll av följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner. Mätning genomförs två ggr/år

Måluppfyllelse

Samtliga indikatorer för nämndmålet om god och säker hälso- och sjukvård nådde måluppfyllelse 2025. Andel läkemedel som ges i tid nådde 89,6 % och räknas som uppfyllt eftersom det avrundat blir 90 %. Anmärkningsvärt att de nyinsatta rehabiliteringsindikatorerna visar måluppfyllelse redan vid första mätningen, hela 97 % av patienterna når sina mål efter avslutad träningsperiod inom dag- och hemrehab och 100 % av nya personer inom hemtjänst har erbjudits ADL-bedömning.

Internkontrollen visar att det fortsatt finns utmaningar kopplat till följsamhet till hygienriktlinjer där resultatet hamnade på 63 % efterlevnad i samtliga steg i höstens punktprevalensmätning. Samtliga verksamheter uppfyller målet gällande klädregler men endast tre verksamheter uppfyller målet när det gäller basal hygien. Totalt sett sämre resultat än förra årets motsvarande mätning även om det var en förbättring av resultatet för klädregler.

Övrig egenkontroll

- Läkemedelshanteringsgranskning av extern aktör utförs en gång om året tillsammans med MAS.
- Registrering i kvalitetsregistret Senior Alert sker löpande minst en gång per år på de patienter över 65 år som godkänt medverkan.
- Palliativa registret används för att registrera hur kvalitén på vården har varit i livets slutskede.

Organisation och ansvar

Socialnämnden

Vårdgivaren tillika socialnämnden har det övergripande ansvaret för kvalitet inom hälso- och sjukvården och patientsäkerhetsarbetet. Detta innefattar bland annat att det finns den personal, lokaler och utrustning som behövs för att följa lagar och föreskrifter och för att ge en god och säker vård. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som innehåller de processer, rutiner och kontroller som behövs.

Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Socialchefen, tillika verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett övergripande ansvar, för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa.

Enhetschef

Enhetscheferna på respektive enhet ansvarar för att riktlinjer och rutiner är kända och tillämpas samt att personalen har den kompetens som krävs. I samråd med sjuksköterska och arbetsterapeut ska enhetschefen organisera och bemanna verksamheten för att säkerställa en god kvalitet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det innefattar även att säkerställa att händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada hanteras enligt rutinerna. Enhetschefen ansvarar för att i samverkan med sjuksköterska och arbetsterapeut genomföra riskanalys vid förändringar som direkt eller indirekt kan påverka förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Enhetschefen ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” de är också skyldiga till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskada i avvikelssystemet. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas leg. arbetsterapeut och leg. sjuksköterska samt baspersonal när de bistår legitimerad personal på delegation eller instruktion.

Övriga stödfunktioner

- Fysioterapeuterna är anställda av regionens primärvård och ska också serva våra brukare/patienter i kommunal vård. Likaså ska våra arbetsterapeuter serva regionens primärvårdspatienter med sin kompetens. Capio Vårdcentral Lekeberg har fysioterapeut avsatt för kommunens räkning även 2025 och tjänsten är införlivad i ordinarie verksamhet.
- Vårdhygien och smittskydd från Region Örebro län: Kommunerna i länet har tillsammans finansierat en sjuksköterska som är anställd av vårdhygien inom Region Örebro län. Hygiensjuksköterskan är kommunens stöd. Smittskydd och vårdhygien utarbetar rutiner och riktlinjer inom sitt område som gäller alla länets kommuner.
- Region Örebro län: Vi har tillgång till utbildning kring specifika patientärenden. Regionen erbjuder olika utbildningar och kurser i färdighetsträning för personal som arbetar inom vårdrelaterade verksamheter. Det finns utbildningar i exempelvis sårvård som sjuksköterskor har tagit del av under året.
- Patientnämnden är gemensam för alla kommunerna i länet.

- Regionen och kommunerna har genom Regionens Vård, välfärd och folkhälsa (VVF) samarbete kring bland annat omställning till nära vård, hjälpmedel, upphandlingar, digitalisering. De samordnar också olika nätverk mellan region och kommunerna. Samverkan sker mellan Centrum för hjälpmedel och länets kommuner. Där ingår bland annat MAR-representant från Sydnärkes kommuner.
- Extern granskning av läkemedelshanteringen görs årligen. Under 2025 har vi haft en farmaceut från Medovia (tidigare Apoex) som gjort granskningen. Några förbättringsområden har identifierats och arbetas med. Ny granskning och uppföljning sker hösten 2026.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En välfungerande regional samverkansstruktur mellan Region Örebro län och länets kommuner finns. Regional utveckling Välfärd och Folkhälsa samordnar detta arbete. Välfärd och Folkhälsa samordnar flera nätverk för chefsgrupp social välfärd och vård, där länets socialchefer samt representanter från regionen ingår, MAS/MAR samt nätverksträffar för enhetschefer i länets kommuner.

Nätverksträffar för socialchefer, samt deltagande av socialchef i chefsgrupp för samverkan social välfärd och vård, där även tjänstemän från Region Örebro län ingår. Länsövergripande överenskommelser och riktlinjer utarbetas i dessa nätverk.

Lekebergs kommun ingår i Länsdelsgrupp söder. Det är samverkan mellan närsjukvården och kommunerna i Sydnärke, i gruppen ingår Socialchefer, representant från MAS/MAR och representanter för Region Örebro län.

I regionen används informationssystemet Lifecare SP för informationsöverföring och vårdplaneringar. Från och med januari 2025 ska även vårdbegäran om hälso och sjukvård i hemmet hanteras via Lifecare SP. Vårdövergångar är fortsatt den process där det är störst risk att det uppstår brister i informationsöverföring. Det har tidigare saknats ett gemensamt forum där avvikelser i vårdens övergångar tas upp. 2026 kommer en ny riktlinje för avvikelser i samverkan och 2026 är det också tänkt att en vårdkedjegrupp ska bildas för södra länsdelen. Planering för detta har skett under 2025.

På lokalt plan har vi möten med Capio vårdcentral Lekeberg regelbundet. Samverkan sker på både ledningsnivå och verksamhetsnivå. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga och berörda chefer i kommunen har träffar med läkare, vårdsamordnare, sjukgymnast och enhetschef/biträdande från vårdcentralen flera gånger per år för att diskutera samarbete och gemensamma utvecklingsområden. Vi har ett gott samarbete och ett bra stöd av läkare i det vardagliga arbetet.

En god säkerhetskultur

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

Ingen strukturell metod eller verktyg används för att följa eller mäta säkerhetskulturen utöver det systematiska arbetet med avvikelshantering. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra men i dagsläget sker ingen analys av detta samband på aggregerad nivå. Inför 2026 går kommunen dock in i ett tvåårigt projekt, "Samkraft", som syftar till att öka kvalitet och djup på datadrivna analyser, vilket på sikt även kan ge goda effekter på uppföljning och planering av patientsäkerhetsarbetet.



Inom hälso- och sjukvårdsenheten ska övergripande riskbedömning genomföras två gånger per år. Detta har inte gjorts under 2025 då MAS-tjänsten varit vakant under stora delar av året. Agerande MAS har behövt fokusera på utredningar och akuta frågor.

Under 2025 påbörjades upphandling av säker digital kommunikation, SDK, som bland annat syftar till att kunna genomföra säkra videomöten med patient och dess anhöriga och dela känslig information med andra vårdgivare.

Informationssäkerhet

Kontroll av journalföring sker regelbundet två ggr/år för att säkerställa att journal förs enligt lagkrav. Lekebergs kommun arbetar med personliga arbetskonton där användning kan loggas. Personal måste vara inloggad på kommunens nätverk för att ha tillgång till journalsystem, avvikelshantering, intranät med mera. Journalsystemet och avvikelshantering kräver dessutom ytterligare inloggning. Det går att fjärransluta till systemet via VPN. Under året har samtlig personal fått genomgå utbildning i IT-säkerhet genom Sydnärkes IT. Ingen riskanalys kopplat till informationssäkerhet har genomförts för hälso- och sjukvårdens område under 2025.

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.

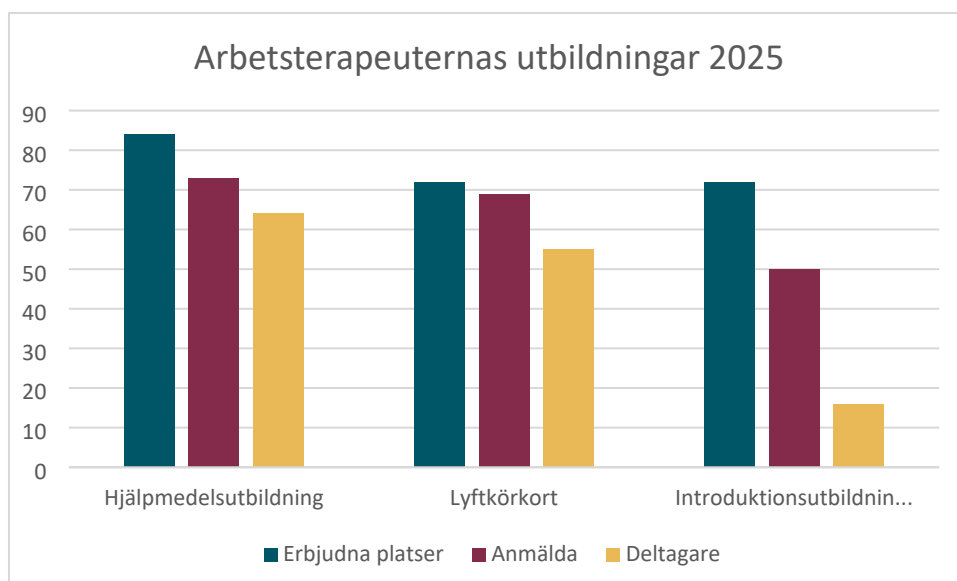


Vi har under 2025 haft en god bemanning av sjuksköterskor och arbetsterapeuter men rekrytering är ett pågående arbete, främst av sjuksköterskor som vikarier/timanställningar. En fullgod bemanning är en förutsättning för både patientsäkerheten och för arbetsmiljön, därav kommer behov av vikarier alltid finnas. Sjuksköterskor och till viss del arbetsterapeuter har en god arbetsmarknad med gott om tjänster, så vid missnöje är det lätt att flytta sig till annan arbetsgivare. Värt att notera att ingen omsättning skett i arbetsterapeutgruppen de senaste åren. Omsättning på personal påverkar patientsäkerheten negativt och behov av en bra, strukturerad introduktion är av vikt.

Inköp av utbildningar för delegering av läkemedel avslutades i juli 2025 och därefter har utbildning skett via demenscentrum. Däremot har vi fortsatt köpa testerna för delegering, vilket upplevs ha fungerat väl. Denna förändring har inneburit att processen blivit mer tidseffektiv för såväl utförarpersonal som sjuksköterskor.

Stor satsning har under året gjorts på kompetensutveckling. Nedan följer en sammanställning av de utbildningsinsatser som genomförts.

Utbildning för vårdpersonal gällande lyftkörkort, hjälpmedelsutbildning och utbildning för sommarvikarier bedrivs av arbetsterapeuterna. Samtliga utbildningar erbjuds till alla verksamheter inom vård och omsorg i kommunen. Arbetsterapeuterna planerar in utbildningarna återkommande enligt ett årshjul. E-tjänst för anmälan till utbildningar har skapats och tagits i drift under 2025, men efter utvärdering togs tjänsten bort. E-tjänsten fick inte avsedd effekt, varpå man beslutade att återinföra manuella listor som delas i teamskanal och är tillgängliga för alla berörda. Arbetsterapeuterna har erbjudit två introduktionsutbildningar för ny personal varav den ena ställdes in på grund av för få deltagare. Det har hållits sex tillfällen med lyftkörkort varav två var extra insatta för hemtjänstens räkning. Arbetsterapeuterna har också hållit i åtta tillfällen med hjälpmedelsutbildning, där ett av tillfällena riktades till chefer och samordnare och tre av tillfällena var extra insatta för hemtjänstens räkning. I figur 1 och 2 nedan finns en sammanställning av utbildningsplatser och nyttjandegrad. I bilaga 1 finns mer ingående information.



Figur 1 Sammanställning av arbetsterapeuternas utbildningar 2025

Nyttjandegrad			
	2025	VT	HT
Introduktionsutbildning	22 %	44 %	0 %
Lyftkörkort	76 %	67 %	86 %
Hjälpmedelsutbildning	76 %	52 %	83 %

Figur 2 Nyttjandegrad arbetsterapeuternas utbildningar 2025

Kommunens sjuksköterskor utbildar personal i samband med verksamheternas arbetsplatsträffar. Det går däremot inte att göra en sammanställning över vilka utbildningar som genomförts eftersom sjuksköterskorna utgått från respektive verksamhets önskemål och behov och innehållet har anpassats efter det möte man befunnit sig på.

I kommunen har under 2025 genomförts tre utbildningsomgångar i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), där sjuksköterska håller i utbildningen. Varje utbildning är på 2,5 dagar, och riktar sig till medarbetare inom socialförvaltningen. Chefer, legitimerad personal och baspersonal inom socialförvaltningen har deltagit. Fokus för utbildningen är bemötande, omvårdnadsåtgärder och kommunikation för att möta personer med kognitiv svikt. Om fler personal får utbildning så kan personer med kognitiv svikt få bättre förutsättningar till en bättre omsorg och omvårdnad. Utbildningen bygger på personcentrerad vård och ger även kunskap i förändringsarbete. 24 personer har genomgått utbildningen 2025.

”Närkes värmande mantel” (Mantel-projektet) är ett projekt inom palliativ vård som drivits under 2025 i samverkan med specialistvård, forskare och vårdcentral och som inneburit omfattande utbildning i palliativ vård för samtliga vårdprofessioner. Denna satsning kan vi också tydligt se resultat av i utdrag från Svenska palliativregistret, se mer under avsnitt: Agera för säker vård.

Under 2025 startade Kompetensnavet, ett kliniskt träningscentrum för länets alla kommuner. Kompetensnavet bedrivs inom ramen för projekt med finansiering från Europeiska socialfonden, ESF. Lekebergs kommuns deltagande i Kompetensnavet år 2025 var totalt 102 deltagare, vilket är totalt 433 kurstimmar. Kursutbudet har inkluderat kurser riktade mot hela teamet eller enstaka professioner. Samtliga kurser har utvärderats bland annat efter hur användbar deltagare upplever att kursen är för det egna yrkesutövandet. Bilaga 2 visar sammanställning av kommunens deltagande i olika kurser samt sammanfattning och hänvisning till Kompetensnavets årsrapport. Lekebergs kommun är topp fyra i deltagandegrad av kommuner i länet, med 44% uppfyllt åtagande för hela perioden 2025-2027.

Samtliga verksamheter inom vård och omsorg har under 2024 och 2025 arbetat med verksamhetsanpassade scheman som utgår från behovet hos brukare och patienter, undantaget arbetsterapeuter och rehabundersköterskor som arbetar rak vecka.

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.



Rådet för tillgänglighets och äldre frågor (tidigare Kommunala pensionärsrådet (KPR)) är ett forum för att diskutera övergripande mål och strategier. Denna samverkan behöver utvecklas för att få en större delaktighet. Utvecklingsledare för införande av nya Socialtjänstlagen har under året arbetat med kartläggning av behov och fokusområden framåt där anhörigstöd är en del som identifierats. Stärkt samverkan med civilsamhället är en annan.

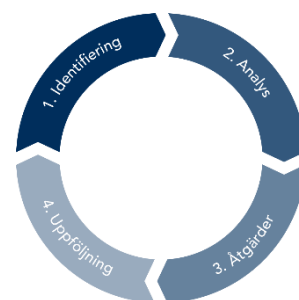
Vi arbetar för att få en personcentrerad vård på alla nivåer, ett arbete som pågår löpande genom utbildningsinsatser. Under 2025 har processledare för Nära vård deltagit på APT i samtliga verksamheter för att prata om personcentrering.

Vid upprättande av vårdplan ska patient och, om patienten så önskar, närstående involveras. Hur patienten och, efter samtycke, närstående är delaktiga ska dokumenteras i journalen. Detta följs upp i internkontrollen i samband med journalgranskningar.

Klagomål och synpunkter registreras på olika sätt, skriftligt men också via avvikelssystemet i Lifecare. Var och en som framför klagomål får återkoppling. Enhetscheferna har huvudansvar för att klagomål och synpunkter utreds och hanteras enligt rutin.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.

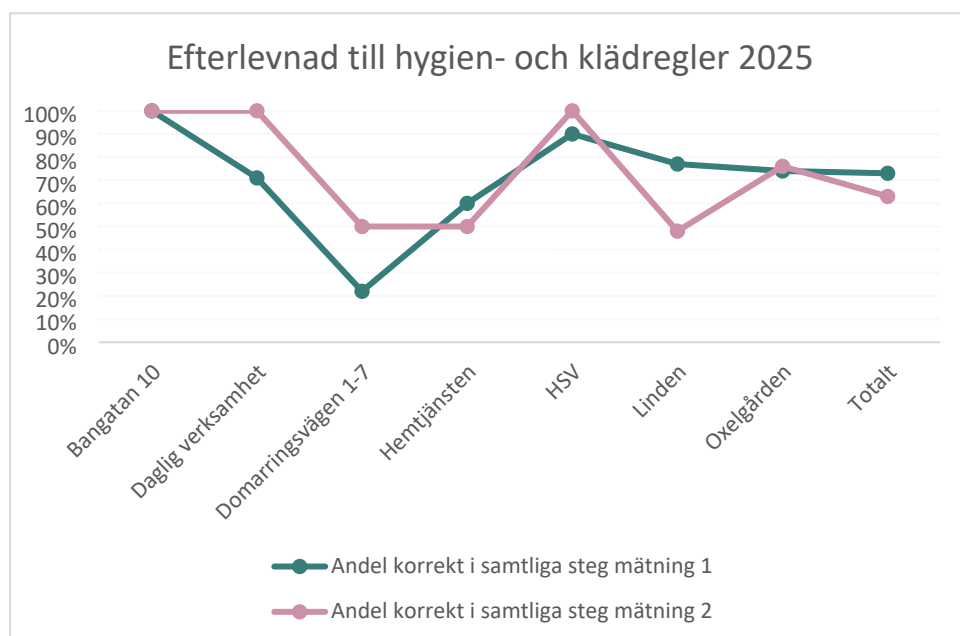


Övergripande strategier för patientsäkerhet byggs på aktuella nämndmål, resultat av internkontroller och andra egenkontroller. Vid sammanställning av resultat identifieras behov av framtida åtgärder. Nämndmålen följs upp i prognosrapporter två gånger per år och internkontrollen rapporteras även den två gånger per år. Egenkontroller har varit mer spridda under året och sammanställs ofta på årsbasis.

Hygien- och klädregler

Mål: Upprätthålla god vårdhygien genom efterlevnad till hygien- och klädregler.

Resultat: Punktprevalensmätningar genomförs i samtliga verksamheter minst två gånger per år och rapporteras i internkontrollen i juni och december. Helårssammanställning görs till patientsäkerhetsberättelsen. Vårens mätning innehöll 103 kontroller och höstens mätning 102 kontroller. Samtliga verksamheter har utfört kontroller. Nedan diagram visar en jämförelse mellan vårens och höstens mätning för respektive verksamhet sammantaget för basala hygienriktlinjer och klädregler.



Figur 3 Sammanställning av PPM 2025

3 av 7 verksamheter når helt godkänt resultat enligt målet som är minst 90% korrekt efterlevnad av basal hygien och klädregler. Domarringsvägen 1-7 hade i slutet av året förbättrat sitt resultat

avsevärt sedan föregående mätning, däremot ser vi försämringar i efterlevnad till basala hygienriktlinjer hos hemtjänsten och på Linden.

	Basalhygien		Klädregler	
	PPM 1	PPM 2	PPM 1	PPM 2
<i>Bangatan 10</i>	100%	100%	100%	100%
<i>Daglig verksamhet</i>	100%	100%	71%	100%
<i>Domarringsvägen 1-7</i>	22%	50%	89%	100%
<i>Hemtjänsten</i>	70%	50%	70%	100%
<i>HSV</i>	90%	100%	100%	100%
<i>Linden</i>	77%	48%	100%	93%
<i>Oxelgården</i>	74%	76%	100%	96%
<i>Totalt</i>	71%	63%	94%	96%

Ovan tabell visar jämförelse per enhet för respektive mätområde. Samtliga verksamheter når målnivå för efterlevnad av klädregler (90 %) medan de större bristerna återfinns inom basal hygien.

Analys av resultat: Vid analys av mätningarna framgår att de brister som finns kring basal hygien i huvudsak gäller att personal missar att sprita händerna innan vårdsituationen samt att förkläde inte används när det ska.

I januari gick hygiensjuksköterskan i pension. Hygiensjuksköterska hade ansvaret för att utbilda samordna hygienombuden. MAS påbörjade under våren 2025 ett arbete med hygienombuden i verksamheterna. MAS har därefter blivit sjukskriven och sedermera avslutat sin tjänst varvid arbetet avstannade. Vi ser ett fortsatt tydligt behov av att stärka grundkunskapen kring basal hygien i verksamheterna. Ett omtag behöver göras tillsammans med hygienombud i verksamheterna.

Åtgärd: Samtliga verksamheter fick i uppdrag att under hösten genomföra digital hygienutbildning för all personal.

Uppföljning av åtgärd: PPM genomförs två gånger per år och en tydlig förbättring kunde ses relaterat till klädregler efter utbildningar genomförts under hösten.

Senior alert

Mål: Arbeta förebyggande och följa upp kvalitet i verksamheten.

Resultat:

140 riskbedömningar är genomförda 2025, vilket är något färre än året innan. De riskbedömningar som är genomförda är i stor utsträckning kompletta och innehåller åtgärdsplan och uppföljning, det är en klar förbättring från föregående år. Lågt antal registreringar på särskilt boende Linden i förhållande till förväntat med tanke på antal boendeplatser.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Lekebergs kommun	103	84% ↓ 117 av 140	83% ↓ 97 av 117	91% ↓ 106 av 117	80% ↑ 77 av 98
Lekeberg Hemvård	47	84% → 43 av 51	86% ↑ 37 av 43	98% ↑ 42 av 43	91% ↑ 30 av 33
Lekeberg LSS-verksamhet	1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	100% → 1 av 1	0% → 0 av 1
Linden	10	100% → 10 av 10	80% ↓ 8 av 10	70% ↓ 7 av 10	100% ↑ 2 av 2
Oxelgården	48	81% ↓ 63 av 78	81% ↑ 51 av 63	89% ↓ 56 av 63	75% ↑ 45 av 60
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %

Analys av resultat: Vårdpreventivt arbete ska leda till att risker identifieras och åtgärder kan sättas in. Allt för att patienterna ska få färre trycksår och fall samt minskad undernäring och bättre munhälsa. Det är därför viktigt att riskbedömning genomförs.

Åtgärd: Planerad åtgärd 2026 är att delge resultatet i respektive verksamhet och föra dialog med verksamheterna om arbetssätt och åtgärder.

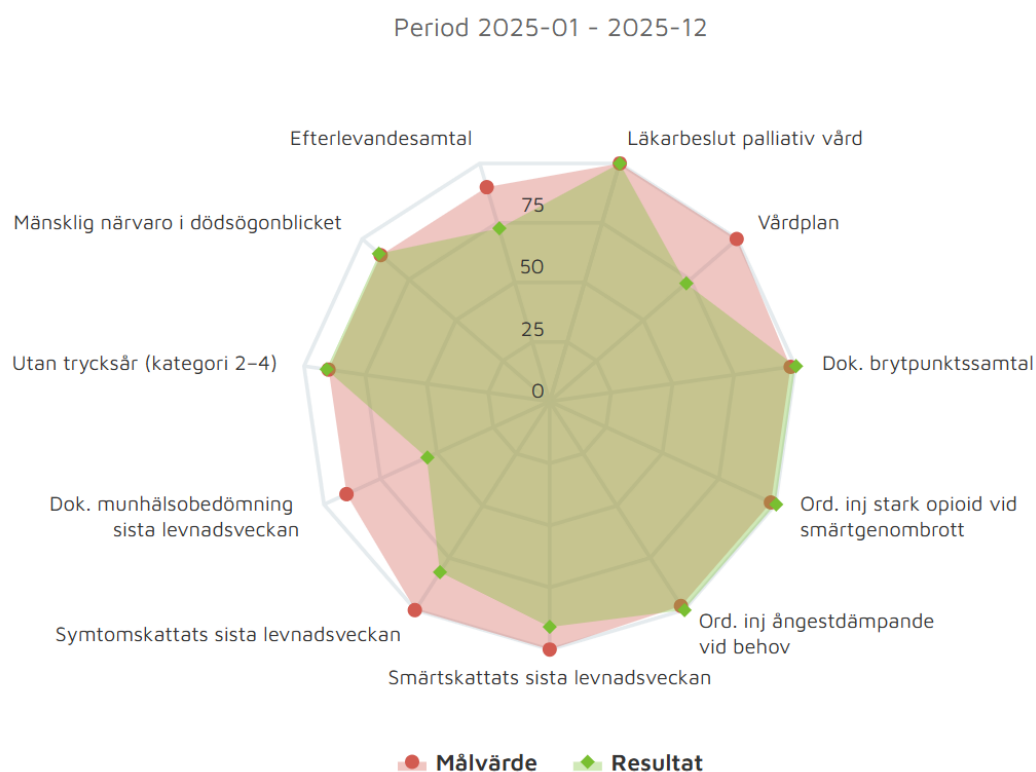
Uppföljning av åtgärd: Resultatet följs genom sammanställningar på årsbasis.

Svenska palliativregistret

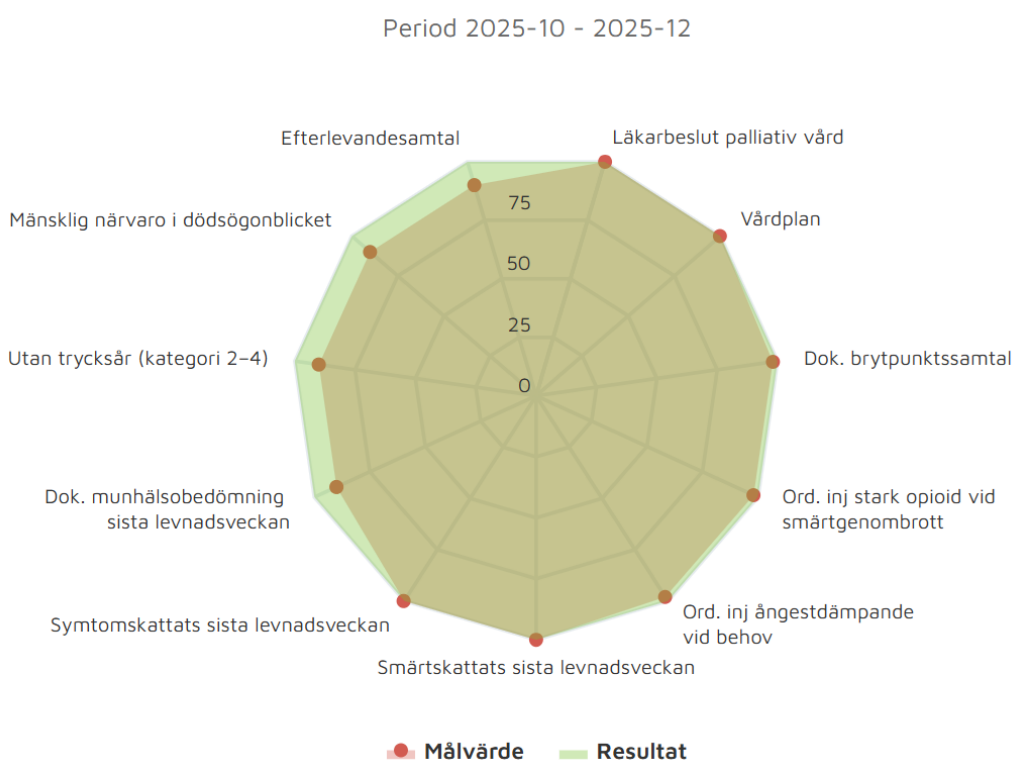
Mål: God omsorg och omvårdnad i livets slutskede

Resultat: I svenska palliativregistret registreras de som har avlidit i vår verksamhet och visar vården den sista veckan i livet. Lekebergs kommun ligger lika eller bättre på 10 av 11 mätpunkter i jämförelse med riksgenomsnittet sett över helår 2025. Kommunen hamnar något under riksgenomsnittet på munhälsobedömningar. Resultatet för sista kvartalet 2025 visar komplett måluppfyllelse på samtliga mätområden. Resultatet för helår och sista kvartalet presenteras nedan i spindeldiagram (figur 4 och 5) i jämförelse med de målvärden som är beslutade nationellt.

Analys av resultat: I Lekebergs kommun bedrivs generellt god palliativ vård, men det har funnits tydliga förbättringsområden och under året har en allvarlig händelse rapporterats enligt Lex Maria kopplat till palliativ vård. Mantel-projektets genomförande tros ha varit avgörande för resultatet för sista kvartalet 2025.



Figur 4 Sammanställning från utdataportalen Svenska palliativregistret, Lekebergs kommun helår 2025



Figur 5 Sammanställning från utdataportalen Svenska palliativregistret, Lekebergs kommun Kvartal 4 2025

Åtgärd: Under hösten 2025 påbörjades Mantel-projektet. Projektet har inneburit förändrat arbetssätt och omfattande utbildningsinsatser till hela teamet omkring patienten, från omvårdnadspersonal till legitimerade yrkesgrupper, inklusive läkare. En stor del av arbetssättet är att genomföra palliativa ronder på särskilt boende. Arbetssättet som införts under projekttiden ska fortsätta i ordinarie verksamhet och palliativa ronder kommer att fortlöpa även efter projektiden löpt ut.

Uppföljning av åtgärd: Kvalitetsindikatorerna följs genom sammanställningar på årsbasis.

BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Mål: God omsorg och omvårdnad för personer med demenssjukdom

Resultat: 45 registreringar har gjorts i registret 2025. Det är en ökning med 18 % jämfört med föregående år.

Analys av resultat: BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett kvalitetsregister men också en arbetsmetod. 90% av alla som får en demensdiagnos kommer också någon gång få oönskat beteende pga. sin sjukdom. Detta kan förebyggas och åtgärdas genom omvårdnadsåtgärder och bemötande- och kommunikationsplan. BPSD följer utvecklingen för individen men också på enheten, det är därför positivt att antal registreringar ökat sedan föregående år eftersom det ger mer tillförlitliga data. Högt antal registreringar ger också en indikation på att arbetsmetoden används som verktyg för att hantera symtom.

Åtgärd: Utbildning i BPSD hålls vid behov. I kommunen har under 2025 genomförts tre utbildningsomgångar i BPSD, där sjuksköterska håller i utbildningen.

Uppföljning av åtgärd: Antal registreringar i BPSD-registret följs regelbundet i internkontrollen.

Journalgranskning

Mål: Dokumentation sker i enlighet med gällande lagstiftning. En beslutad indikator är att patientens delaktighet ska vara dokumenterad i minst 80% av fallen.

Resultat: Under året har medicinskt ansvariga genomfört tre omgångar med journalgranskningar, två under våren och en under hösten. Parallellt med dessa har legitimerade genomfört två omgångar med kollegial journalgranskning. Syftet med detta har varit att inte enbart titta på dokumentation enligt lagkrav utan också arbeta med kvaliteten i dokumentationen.

Målet med att delaktighet ska vara dokumenterat i 80% av fallen uppnås. I tabellen nedan finns en sammanställning av kontrollpunkterna i förhållande till föregående år.

	Höst -25	Vår - 25 (2)	Vår - 25 (1)	Höst - 24	Vår - 24
Finns närmaste anhörig registrerad med namn, relation och telefonnummer?	100%	100%	100%	95%	95%
Framgår det om närmaste anhörig ska kontaktas nattetid eller inte?	68%	78%	68%	89%	63%
Har den enskilde namngiven OAS?	86%	100%	91%	100%	89%
Har den enskilde namngiven AT?	82%	78%	64%	80%	83%
Framkommer det vem som är ansvarig läkare?	80%	83%	73%	86%	72%
Överkänslighet, dokumenterad på rätt plats och varför?	59%	65%	59%	62%	61%
Finns samtycke till NPÖ?	100%	100%	95%	100%	100%
Finns registrerat samtycke till kvalitetsregister där det är aktuellt?	73%	86%	70%	83%	76%
Är samtycke efterfrågat vid skyddsåtgärder (leg ansvarsområde)?	100%	100%	100%	100%	80%
Finns det medicinska diagnoser (under annan dokumentation)?	91%	96%	95%	100%	100%
Finns ICF-dokumentation?	81%	74%	55%	80%	50%
Finns det reg i kvalitetsregister (GD009) för de som ska ingå?	57%	67%	75%	67%	31%
Finns det utredandeplan med bakgrundsorsak?	91%	83%	39%	57%	68%
Finns det utredande åtgärder?	95%	100%	88%	100%	100%
Finns resultat beskrivet?	95%	100%	100%	100%	91%
Finns det behandlande åtgärder?	100%	100%	100%	100%	100%
Finns resultat beskrivet?	100%	100%	100%	100%	91%
Kan man se en röd tråd i journalen?	82%	100%	81%	90%	73%
Är läkemedelsgenomgång gjord sista året (XV022 eller XV023) för de som ingår?	76%	61%	73%	70%	47%
Finns det uppgifter om patientens delaktighet? (syns i beh.plan)	91%	100%	54%	100%	52%
Vårdplanering dokumenterad (AU124, AU125, AW010)?	100%	100%	83%	86%	67%
Är brytpunktssamtal dokumenterad (uppmärksamhetsignal eller under behandlingsplan sen palliativ vård)?	80%	100%	100%	75%	100%

godkänt = 90-100
på god väg = 50-90
borde vara högre = 0-50
ej bedömbart/ingen uppgift

Figur 6 Sammanställning av journalgranskning 2024-2025

Analys av resultat: Det finns förbättringsområden gällande journaldokumentation, vilket framkommer än tydligare när legitimerad personal utför kollegial granskning. Den största utmaningen upplevs från legitimerade vara att få till en enhetlig dokumentation. Systemet i sig har brister i överskådlighet.

I dokumentation i journal så används så kallade kvalificerade vårdåtgärds-koder (KVÅ) som klassificerar enligt internationell standard för vård. Fortsatt dokumenteras vissa åtgärder på fel åtgärds-koder. Till exempel registreras läkemedelsgenomgångar som konferens med patient istället för läkemedelsgenomgång. Detsamma gäller utskrivningsplanering från sjukhus som ibland skrivs

konferens som patient. Konsekvensen blir att statistik för KVÅ-koder som hämtas automatiskt i systemet inte stämmer.

Ett allvarligt fel har upptäckts under granskning vilket rör ej dokumenterat samtycke, där man gjort bedömning och registrering enligt Senior Alert med det saknas ett dokumenterat samtycke till åtgärden.

Åtgärd: Områdesansvarig sjuksköterska meddelades omedelbart gällande ej dokumenterat samtycke. Samtycke fanns och registrerades omedelbart därefter.

Kollegial granskning har utförts två gånger av arbetsterapeuter och sjuksköterskor, som ett komplement till den granskning som medicinskt ansvariga gör, för att arbeta mer ingående med kvaliteten Fokus under 2026 blir att utveckla dokumentationen så att legitimerade dokumenterar mer enhetligt och använder rätt KVÅ-koder

Uppföljning av åtgärd: Dokumentation följs regelbundet genom journalgranskning som en del av internkontrollen, men följs också upp i samband med hälso- och sjukvårdsmöten med legitimerad personal och medicinskt ansvariga.

Apoteksgranskning

Mål: Säkerställa korrekt hantering och förvaring av läkemedel

Resultat: Granskningen genomförs av farmaceut från en extern aktör, Medovia (tidigare Apoex). Granskningarna visar på en rad förbättringsområden inom respektive verksamhet. Gemensamt för alla verksamheter härrör till de fysiska utrymmen som idag är läkemedelsrum där det finns utmaningar med att hålla korrekt temperatur. På några platser är skåpen för narkotikaklassade läkemedel trånga och försvårar säker hantering. Det har även funnits frågetecken kring städning av läkemedelsrum.

Åtgärd: Efter granskning får verksamheten en åtgärdslista med förbättringsförslag som sjuksköterska återskärter till granskaren efter genomförd åtgärd. Det finns i dagsläget inget alternativ till de läkemedelsrum som används, vilket ställer krav på de kontroller som behöver genomföras. Exempelvis ska temperaturmätning ske i kylskåp dagligen och i läkemedelsrummet varje vecka.

Uppföljning av åtgärder: Extern granskning genomförs varje år vilket ger en naturlig uppföljning av om vidtagna åtgärder varit tillräckliga.

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.



Har vården varit säker - Avvikelser

Alla händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada (avvikelser) som sker i verksamheten rapporteras i Lifecare avvikelser. Dessa utreds sedan av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller enhetschef beroende på typ av avvikelse, risk för allvarlig vårdskada utreds av medicinskt ansvariga. Utredningen innehåller även åtgärder för att minimera risken att det inträffade händer igen. I varje verksamhet går man igenom inkomna avvikelser tillsammans, chef och legitimerad personal, för att göra övergripande analys och identifiera eventuella systematiska fel eller risker.

Under året har det funnits vissa utmaningar med att avvikelser hanteras i tid och att misstanke om allvarliga händelser direkt ska rapporteras till chef och vidare till medicinskt ansvariga om det gäller vårdskador. En av de åtgärder som vidtagits för att avhjälpa detta är att avvikelser lagts till som stående punkt på förvaltningens ledningsgrupp samt att återföring av avvikelser sker på verksamheternas arbetsplatsträffar. I maj 2025 antogs en ny rutin för avvikelsehantering som beskriver hela processen från rapportering till utredning, analys och avslut. Nytt i rutinen är en tydligare uppdelning av avvikelser mellan vårdskador och avvikelser enligt Socialtjänstlagen/LSS.

1389 vårdskadeavvikelser rapporterats under året, av dessa har 1311 utretts (se figur 7). De avvikelser som inte utretts har varit felregistrerade eller ingår i utredning av annan avvikelse kopplat till samma patient.

Vårdskador 2025	
Inrapporterade avvikelser	1389
Utredda avvikelser	1311
Risk för allvarlig vårdskada/allvarlig vårdskada	3
Antal ärenden rapporterade till IVO (Lex Maria)	3

Figur 7 Inrapporterade och utredda vårdskador 2025

Tre händelser har rapporterats till IVO som Lex Maria. Av dessa har IVO återkommit i två av fallen där IVO meddelar att ärendet avslutas och att kommunen fullgjort sin utredningsskyldighet och vidtagit lämpliga åtgärder.

Analys av inkomna avvikelser under perioden 2025 visar att majoriteten av rapporterade händelser avser läkemedelshantering (33,1%), följt av fallhändelser 32,4% och brister i informationsöverföring 5%, (se figur 8) Detta är en skillnad från tidigare år då fallrapporter stått för majoriteten av avvikelser. Avvikelser kopplade till omvårdnadshändelser förekommer främst inom områdena sårvård, riskbedömningar och prioritering av omvårdnadsinsatser. Genomgång visar att avvikelserna i huvudsak inte beror på enskilda individers brister utan på organisatoriska faktorer såsom rutinefterlevnad, kommunikation mellan vårdgivare samt otydlighet i ansvarsfördelning.

Utöver de interna avvikelserna har vi rapporterat eller tagit emot fyra avvikelser till/från externa parter. Två avvikelser skickades till Region Örebro län i december, där den första handlar om att klinik på Universitetssjukhuset Örebro inte följt utskrivningsprocessen (ViSAM) när en svårt sjuk patient skickas tillbaka till kommunen utan utskrivningsplanering och utan att det fanns aktuellt beslut om korttidsplats. Den andra handlar om att vårdöverenskommelse i det enskilda fallet upprättats men inte följts i samband med utskrivning. Svar har inte inkommit från regionen i någondera av dessa.

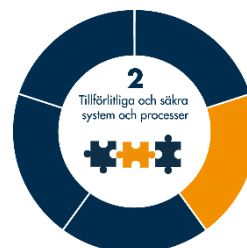
Två avvikelser har tagit emot från Region Örebro län.

1. En avvikelse handlade om patient som inkommer till sjukhuset efter att ha befunnit sig i vår verksamhet, där munvård inte utförts. Ärendet utreddes i kommunen av tf MAS och svar skickades till Region Örebro län. Utredningen visade att personal brustit i munvård men där en tänkbar orsak kan vara patientens svårighet att acceptera föremål i munnen. Efter avvikelserna skapades en ny rutin där munstatus görs vid ankomst till särskilt boende eller korttidsboende. Samt att munhälsa lyfts som en stående punkt på teamträffar.
2. Den andra avvikelserna rörde en patient där regionen anser att kommunens arbetsterapeut agerat felaktigt med stöd till patient. MAR har utrett och svarat på avvikelserna. Utredning visar att kommunens arbetsterapeut agerat i enlighet med rådande lagstiftning och yrkesetik.

Genomgång av avvikelser i vårdkedjan visar att vi brustit i att rapportera avvikelser i samverkan och dessa kan därför inte tas med i statistiken. Inför 2026 finns en ny överenskommelse om avvikelser i vårdkedjan som förhoppningsvis stödjer och underlättar arbetet med dessa avvikelser framöver.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Under 2025 har flera åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerhet och kontinuitet i vården. Genom samverkan med den lokala vårdcentralen har nya gemsama rutiner framarbetats exempelvis gällande ronder. För att få en mer tillförlitlig process kring provhantering har etikettskrivare installerats på särskilt boende och för hälso- och sjukvård i hemmet, så att provetiketter kan skrivas ut direkt på plats vid ordinationstillfället. Syftet är att minska risken för fördröjning av provtagning och svar, felmärkta provrör och risk för ihop blandning av ordinerade prover. Systemet är inte i drift ännu, då det behövs ytterligare teknisk administration, men bedöms börja användas under 2026. Regelbundna egenkontroller bidrar till medvetenhet om risker i verksamheterna. Ett arbete behöver göras för att säkerställa att egenkontrollerna är ändamålsenliga och att resultatet kan användas som underlag till förbättringsarbete.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag



Analys av avvikelser och riskhantering visar att dessa hanteras, men när det gäller avvikelser så sker detta inte alltid skyndsamt. Utredningstiden för allvarliga händelser har varit relativt kort, vilket är positivt då vi minskar risken för ytterligare händelser. Under 2025 har ingen övergripande riskbedömning gjorts för hälso- och sjukvården, vilket är prioriterat för kommande år. I sammanställning av avvikelser framgår tydligt att läkemedelshantering är ett prioriterat område för fortsatt arbete. Avvikelser visar också att delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ibland prioriteras ned.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Varje inrapporterad avvikelse bedöms utifrån risk för upprepning och allvarlighetsgrad på konsekvens. Vårdskada eller risk för vårdskada utreds i första hand av legitimerad personal, vid allvarlig händelse utreds avvikelsen av medicinskt ansvarig som också bedömer om händelsen ska rapporteras enligt Lex Maria. Avvikelser ska också hanteras i team inom varje verksamhet, där enhetschef tillsammans med legitimerad personal går igenom och analyserar inträffade avvikelser för att hitta eventuella strukturella orsaker och samband. Vid uppföljning med verksamheterna kan vi se att den strategiska övergripande analysen inte genomförs i önskvärd utsträckning. En identifierad orsak är att avvikelssystemet upplevs svårt att hantera och det har funnits tekniska utmaning med behörigheter som gjort att chefer inte sett alla avvikelser som rört deras verksamhet. Under 2026 kommer därför medicinskt ansvariga att göra månadsvisa sammanställningar över avvikelser och skicka ut till samtliga verksamheter.

Under 2025 har ingen övergripande riskanalys för hälso- och sjukvård genomförts. Rutiner för verksamheterna finns i kvalitetsledningssystemet på intranätet och uppdateras fortlöpande för att den information som behövs ska finnas nära tillgängligt och vara aktuell. Det finns en rutin för vilka rutiner som ska finnas utskrivna i pappersform och förvaras tillgängliga för personal. Dessa rutiner skrivs ut och förvaras av sjuksköterska i läkemedelsförrådet. Sjuksköterska ansvarar för att ta fram rutinerna vid eventuella systemavbrott.

Under 2025 har två säkerhetsmeddelande kommit från leverantörer av medicintekniska produkter (MTP). Det första från Baxter gällde snabbkoppling för bygel på lyft och det andra meddelandet från Swereco gällde uppresningsstöd EVA.

Säkerhetsmeddelande	Åtgärd
Baxter. Upptäckt risk med snabbkoppling Q-link 13 till lyft. Felaktig fastsättning av snabbkopplingskroken på Q-link 13 leder till att den lossnar under användning	Informationen kom inte kommunen tillhanda förrän 19 november trots att meddelandet först gick ut 25 juni. Hjälpmedelstekniker tar omedelbart kontakt med leverantören och har därefter kontrollerat berörda lyftas och kopplingar. Säkerhetsmeddelande har gått ut till berörda verksamheter i enlighet med uppmaning från leverantör.
Swereco. Allvarligt tillbud med uppresningsstöd EVA	29 oktober får hjälpmedelstekniker säkerhetsmeddelandet från Swereco. I inledningsskede stoppas all ny förskrivning av EVA-stöd och kontroll av redan förskrivna stöd planeras. Leverantören kommer snart därefter ut med ny instruktion för hjälpmedlet

men denna återkallas efter påpekande från läkemedelsverket. I december kommer en godkänd ny bruksanvisning. Alla förskrivare informeras om de nya kraven och monteringsanvisningarna och MAR tar fram en checklista för kontroll av redan förskrivna EVA-stöd. Tillsammans med anvisningen formuleras ett brev till brukare med information säkerhetsmeddelandet och de nya monteringskraven. Kontroller av redan förskrivna EVA-stöd startar efter årsskiftet.

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

MAS och MAR deltar på arbetsplatsträffar för att föra samtal med personal kring avvikelser. Personal uppmuntras till att skriva avvikelser och personal är generellt duktiga på att rapportera, även om det finns förbättringsområden när det gäller typ av avvikelse som rapporteras. Det går att under de senaste åren se en ökning av inrapporterade händelser och i det en större rapportering av andra avvikelser än läkemedel och fall, vilket ger en indikation på att det finns en större förståelse för vikten av att rapportera avvikelser. Återkoppling sker till medarbetare direkt vid teamträffar och/eller i sammanställningar i samband med arbetsplatsträffar, för att göra personalen delaktig i hela processen och möjliggöra lärande. Analys och utredning av avvikelser leder ofta till förtydligande av rutiner och arbetssätt.

Klagomål och synpunkter

Under 2025 har inga klagomål inkommit via patientnämnden. Yttranden från Inspektionen för vård och omsorg diarieförs och brister utreds av medicinskt ansvariga när det gäller hälso- och sjukvård eller av enhetschef om det gäller omvårdnad eller myndighetsutövning. IVO har inte gjort några yttranden gällande patientsäkerhet under 2025 som inte varit kopplade till anmälningar som kommunen själv gjort, Lex maria/lex Sarah. Eftersom kommunen saknas funktionen Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) har medicinskt ansvariga varit behjälpliga i utredningsprocessen även för lex Sarah.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Det är en brist att generell riskbedömning för hälso- och sjukvården inte genomförts under 2025. Förändrat omvärldsläge föranleder behov av att se över reservrutiner vid höjd beredskap eller kris. Många rutiner för avbrott i normal drift finns redan på plats, eftersom stort arbete med detta inleddes i samband med pandemin, däremot behövs planering för långvarig kris med påverkan på andra system. Under 2026 kommer medicinskt ansvariga att delta i arbete med kontinuitetsplaner och krisorganisation som ett led i ökad resiliens.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Måluppfyllelse utifrån mål tyder på att det finns många saker som fungerar bra ur patientsäkerhetssynpunkt. Det vi behöver fundera på framåt är om våra egenkontroller i tillräcklig utsträckning säger något om patientsäkerheten och om vi lyckas fånga tillräckligt många aspekter av patientsäkerhet.

2024 gjorde en plan för att påbörja verksamhetsgranskningar utifrån patientsäkerhet som täcker in andra aspekter än de som mäts i internkontroll eller följs genom nämndmål. Exempelvis hur man i verksamheten förhåller sig till sekretess och integritet vid samtal med den enskilde. På grund av att MAS-tjänsten varit vakant stor del av året så sköts denna planering upp och starten är nu planerad till mars 2026.

Utifrån det gångna årets resultat och analyser har flera förbättringsområden identifierats. Tillsammans med förändringar i lagstiftning, riktlinjer och kunskapsstöd för detta att medicinskt ansvariga inför 2026 föreslår att:

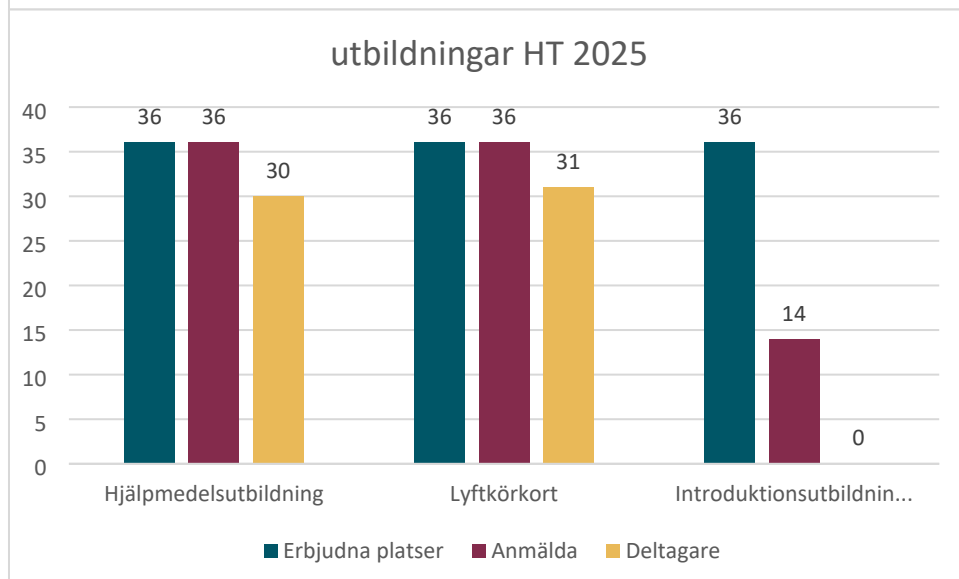
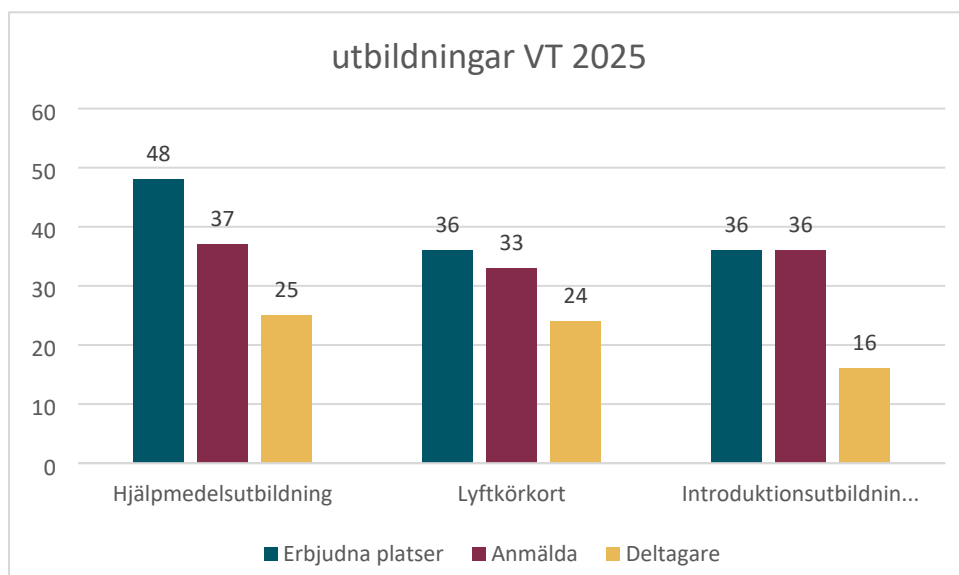
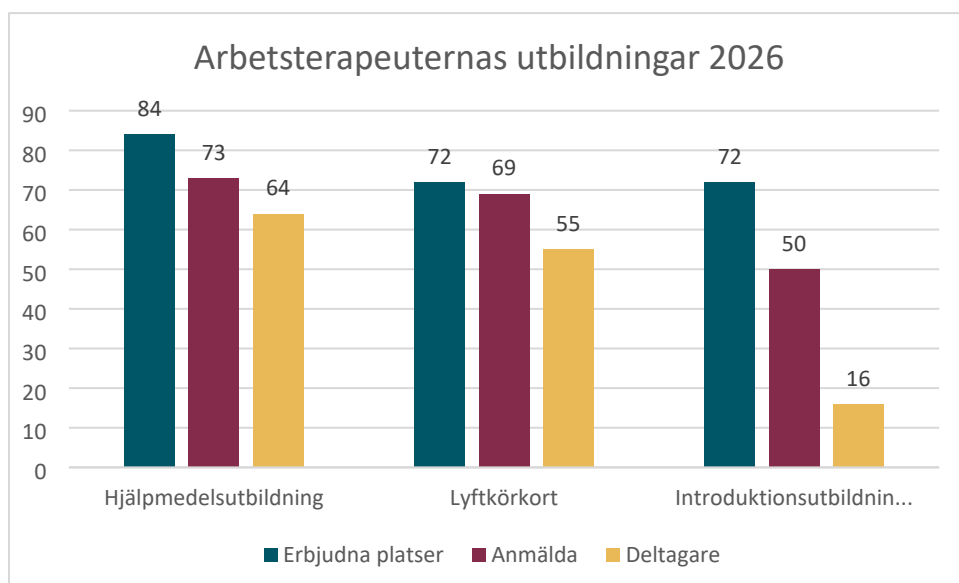
- Omtag kring ombudsroller med fokus på hygien görs
- Avvikelser sammanställs månadsvis till verksamheterna för att underlätta systematisk analys
- Verksamhetsgranskningar genomförs enligt en väl beprövad mall som används i en av våra grannkommuner
- Stickprovskontroller för narkotikahantering genomförs av MAS
- Samverkan med säkerhetschef för arbetsmed kontinuitetsplaner för hälso- och sjukvårdens område
- Årshjul för patientsäkerhetsarbetet upprättas för tydligare struktur i arbetet och minska risk för glapp i patientsäkerhetsarbetet om medicinskt ansvariga byts
- Planeringsarbete inför ny lag påbörjas (beredskapslager mm.)

BILAGA 1.

Sammanställning av arbetsterapeuternas erbjudna utbildningar 2025

Utbildning	Tillfällen/ datum	Termin	Antal platser	Antal anmällda	Antal deltagare	Kommentar
Introduktions- utbildning	26/5	VT	36	36	16	16 uteblev utan avanmälan
Introduktions- utbildning	14/10	HT	36	14	0	Inställd pga för få anmällda
Lyftkörkort	4/2	VT	12	9	8	
Lyftkörkort	25/4	VT	12	12	9	
Lyftkörkort	19/5	VT	12	12	7	
Lyftkörkort	29/9	HT	12	12	9	
Lyftkörkort	5/11	HT	12	12	11	Extra insatt för hemtjänsten
Lyftkörkort	5/11	HT	12	12	11	Extra insatt för hemtjänsten
Hjälpmedels- utbildning	30/1		-	-	9	För chefer/ samordnare
Hjälpmedels- utbildning	12/2	VT	12	11	8	
Hjälpmedels- utbildning	19/3	VT	12	7	6	
Hjälpmedels- utbildning	24/4	VT	12	7	5	Extra insatt för hemtjänsten
Hjälpmedels- utbildning	14/5	VT	12	12	6	
Hjälpmedels- utbildning	12/11	HT	12	12	8	
Hjälpmedels- utbildning	5/11	HT	12	12	11	Extra insatt för hemtjänsten
Hjälpmedels- utbildning	5/11	HT	12	12	11	Extra insatt för hemtjänsten

Nyttjandegrad



Nyttjandegrad			
	2025	VT	HT
Introduktionsutbildning	22%	44%	0%
Lyftkörkort	76%	67%	86%
Hjälpmedelsutbildning	76%	52%	83%

Analys

Det har varit ett högre procentuellt deltagande på erbjudna utbildningar under 2025 än året innan. Höstterminen var det generellt bättre deltagande än under våren, borträknat det tillfälle för introduktionsutbildning som ställdes in. Anmärkningsvärt är att just introduktionsutbildningarna ligger lägst i nyttjandegrad på endast 22%. 16 platser av totalt 72 nyttjades (i detta räknas även de platser som erbjöds vid tillfället då utbildningen ställdes in på grund av för få anmälda). 14 personer var anmälda till det inställda tillfället, vilket om det genomförts hade gett nyttjandegrad på 42%, vilket ändå är anmärkningsvärt lågt. För hjälpmedelsutbildningen och lyftkörkort är nyttjandegraden 76% sett över helår.



BILAGA 2

Sammanställning av Lekebergs deltagande i utbildningar från Kompetensnavet 2025

Kurs	Innehåll	Deltagare	Betyg användbarhet	Kommentar
Bemötande och bli bemött	Kursen ger dig förståelse för hur grundläggande och viktigt det är med bemötande. Det gäller både kollegialt och i mötet med de vi vårdar och deras närstående	29 deltagare	4,4 av 5	Kursutbud multiprofessionella teamet
Att möta och stödja – arbetsterapi för personer med NPF	Kursen ger grundläggande förståelse för neuropsykiatriska diagnoser samt hur dessa påverkar individens vardag. Fokus ligger på bemötande och arbetsterapeutiska strategier och verktyg för att ge rätt stöd i vardagliga situationer	Inga deltagare 2025		Kursutbud arbetsterapeuter
Grundkurs i handrehabilitering för arbetsterapeuter		Inga deltagare		Kursutbud arbetsterapeuter Inga deltagare, då kurstillfället som våra sex arbetsterapeuter var anmälda till ställdes in.
Min roll som omvårdnadsansvarig sjuksköterska		4 deltagare	3,5 av 5	Kursutbud Sjuksköterskor
Sluta krångla	Kursen ger dig förståelse för hur vi som personal, med vårt bemötande, påverkar mötet i en vård och omsorgssituation och hur vi behöver anpassa vårt bemötande efter den vi möter.	50 deltagare	4,2 av 5	Kursutbud baspersonal



Förebygga sår	En grundkurs om hur du kan förebygga sår och hudskador. Du lär dig hygienrutiner och ett aktivt arbetssätt som minskar risken för skador. Kursen ger dig verktyg för att upptäcka tidiga tecken, förstå orsaker till trycksår och arbeta förebyggande med rörelse, hudvård och bemötande.	8 deltagare	4,6 av 5	Kursutbud baspersonal
Först på plats	Här lär du dig hur du ser om personen du möter har ett förändrat eller försämrat allmäntillstånd. Vi övar på att bedöma situationen, ta vitala parametrar och rapportera enligt SBAR till rätt profession.	5 deltagare	5 av 5	Kursutbud baspersonal
Med egen kraft	Kursen ger dig kunskap och verktyg för att stödja människor att vara aktiva och delaktiga i sin vardag. Vi fokuserar på fysisk aktivitet, att ta vara på det friska och att bygga tillit till individens egen förmåga. Du lär dig hur bemötande och kommunikation kan anpassas för rätt stöd i rätt tid.	6 deltagare	4,3 av 5	Kursutbud baspersonal
Trygg i rollen, steg 1	Kursen är uppbyggd i tre delkurser, där varje delkurs gör dig säkrare i din yrkesroll. Steg 1: Hygienrutiner, smittförebyggande arbete och klinisk blick. Du övar på att tolka vitala parametrar och rapportera enligt SBAR. Grundläggande kunskap om hjärt-kärlsjukdomar.	Inga deltagare		Kursutbud undersköterskor med behov av generell kompetenshöjning:



Analys

Lekeberg har under 2025 uppfyllt 44% av sitt åtagande för hela projektperioden som löper till och med 2027, vilket innebär att deltagandet varit i förväntad takt. En av de utbildningar där samtliga arbetsterapeuter var anmälda ställdes in på grund av att man saknade kursledare och kursen erbjöds inte igen under 2025. Utbildningarna har upplevts som värdefulla av deltagarna och chefer men det går ännu inte att se om det bidrar till långvariga effekter på kvalitet i verksamheterna.

Kompetensnavets årsrapport 2025 finns tillgänglig i diariet.