

# Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsförvaltningen, år 2025

2026-02-12

Fredrik Landeblad, medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Katarina Haddon, förvaltningschef, vård- och omsorgsförvaltningen  
VON.2026.13



## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen är fastlagd av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och utgår från lagkrav samt följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.<sup>1</sup>

Hälso- och sjukvårdens arbete skall följa kommunens röda tråd med utgångspunkt i ledorden **medborgarperspektiv, helhetssyn, dialog och tydlighet**. Vi ska också följa upp och utveckla verksamheten. Samtliga kommunmål berör hälso- och sjukvårdens områden; Mod och framtidstro, Trygg och säker uppväxt, God folkhälsa, Attraktiv bostadsort, Hållbar utveckling och till störst del Trygg och värdig ålderdom.

Inom hälso- och sjukvården kallas den enskilde individen för patient, i patientsäkerhetsberättelsen används därför begreppet patient för den person som tar emot vården.



<sup>1</sup> Socialstyrelsen. Se. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

## Innehåll

SAMMANFATTNING.....	1
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	2
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	2
Övergripande mål och strategier.....	2
Organisation och ansvar.....	3
Informationssäkerhet .....	6
Strålskydd.....	6
En god säkerhetskultur .....	7
Övergripande nivå .....	7
Verksamhetsnivå .....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	9
Egenkontroller .....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	11
Har vården varit säker .....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	12
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system.....	12
Säker vård här och nu .....	12
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
Avvikelser .....	18
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	20
Resultat av nationella kvalitetsregister.....	21
Resultat av mål för 2025.....	24
Övergripande mål.....	24
Verksamhetsmål.....	25
Mål för 2026 .....	27
Övergripande mål.....	27
Verksamhetsmål:.....	27

## SAMMANFATTNING

Det pågår ett ständigt förbättringsarbete för att skydda patienter från att skadas när de får vård. Systematiska arbetsätt för att förebygga risken för vårdskador och helhetssyn är kärnan i allt patientsäkerhetsarbete.

Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar utifrån gällande lagar och förordningar. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar vård i form av allt från hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel till vård och omsorg för personer i vård- och omsorgsboenden. Även boende med särskild service, dagverksamhet, servicebostad samt ibland även vård för personer som har personlig assistans eller personer som får hjälp via socialpsykiatri. Läkarsamverkan sker med regionen och är reglerat i ett övergripande avtal mellan regionen och kommunen.

Oxelösunds kommun har ett hälso- och sjukvårdsansvar inom vård och omsorgsnämndens område.

Oxelösunds kommun har under 2025 haft som mål att öka patientsäkerheten genom ett preventivt patientsäkerhetsarbete, med patientens perspektiv i fokus utifrån ett personcentrerat förhållningsätt. Det preventiva patientsäkerhetsarbetet har innefattat bland annat; användningen av kvalitetsregister, interna samt externa utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonalen samt en stärkt samverkan med regionen. Ett arbete har pågått under året med att revidera samtliga rutiner, riktlinjer och arbetsmaterial för hälso- och vårdverksamheten. Kommunen har även arbetat med att se över olika digitaliseringslösningar i verksamheterna för att vara i framkant av utvecklingen.

Det har under året förkommit brister inom sjuksköterskeorganisationen samt i följsamheten till rutiner, riktlinjer och hanteringen av avvikelser i vissa verksamheter vilket har påverkat patientsäkerhetsarbetet. I några verksamheter har enhetschefer arbetat aktivt med patientsäkerhetsarbetet och därigenom skapat en god säkerhetskultur och bidragit med en till ökad patientsäkerhet. Exempelvis på avdelningar Ekan, Skäret och Masten på äldreboende Björntorp, LSS verksamhet samt på äldreboende Sjötangén där även engagemanget från sjuksköterskor varit ledande.

Den sammanfattande bedömningen är dock att verksamheterna har arbetat för att bidra till en ökad patientsäkerhet och kvalitet under 2025.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. *Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659* ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lättillgänglig och bygga på respekt för den enskilda individens självbestämmande och integritet.

Patientsäkerhetslagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Mål som verksamheterna haft under 2025 för att öka kvaliteten och patientsäkerheten är bland annat att aktualisera och se till att gällande rutiner efterlevs. Det har även genomförts olika former av verksamhets- och samverkansmöten mellan olika yrkesgrupper. Kontinuerliga uppföljningar och förbättringsarbeten har pågått. Samtliga rutiner och checklistor för hälso- och sjukvård har även reviderats under 2025.

Alla medarbetare oavsett position har ett ansvar i patientsäkerhetsarbetet där målet har varit att lyfta fram patientperspektivet med patienten i fokus.

## Organisation och ansvar

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

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, vilket för Oxelösund är vård- och omsorgsnämnden. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att bidra till en hög patientsäkerhet genom att följa de riktlinjer och rutiner som beslutats. För specifika yrkesroller, se tabell 1a och tabell 1b sida 4.

Tabell 1a. – Specifika yrkesroller inom vård- och omsorgsförvaltning kopplat till HSL

Yrkesroll	Beskrivning och ansvar
Verksamhetschef	Verksamhetschefens (HSL) uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschef ansvarar för strategisk och övergripande patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Verksamhetschefen ska säkerställa att verksamheter och enhetschefer arbetar i enlighet med riktlinjer och rutinerna som ingår i ledningssystemet.  Förvaltningschef för vård- och omsorgsförvaltningen i Oxelösunds kommun innehar rollen som verksamhetschef för hälso- och sjukvård.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.</li><li>• Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.</li><li>• Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)</li><li>• Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.</li><li>• Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.</li></ul>
Sektionschef	Sektionschef ingår i förvaltningsledningen tillsammans med verksamhetschef och delvis MAS. Sektionschef ska ge förutsättning för enhetschefer att utföra sitt arbete utifrån gällande ansvar.

Tabell 1b. – Specifika yrkesroller inom vård- och omsorgsförvaltning kopplat till HSL

Yrkesroll	Beskrivning och ansvar
Enhetschef	Enhetschefen ansvarar för att bidra till det strategiska arbetet med patientsäkerhet samt arbeta nära det operativa arbetet med patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.  Enhetschefen ska bland annat vara sammankallande och drivande av teamträffar, verksamhetsträffar och uppföljning av avvikelser med stöd från övriga organisationen.
Legitimerad personal	Legitimerad personal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.  Legitimerad personal har även ett ansvar i att bland annat handleda, bistå med kompetensutveckling och vara ett stöd för omvårdnadspersonal inom hälso- och sjukvård.
Omvårdnadspersonal	Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en hälso- och sjukvårdsuppgift.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk vilket kan leda till ineffektiv vård och i slutändan risk för vårdskada för patienten. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan inom verksamheten och mellan olika vårdgivare.

Samverkan både internt och externt bedöms (trots att det förekommit avvikelser) varit god och bidragit till en god och säker vård under 2025. För exempel på samverkansform internt och externt, se tabell 2a och 2b, s. 5.

Tabell 2a. – Samverkan i verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen

Samverkan i verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Både muntlig och skriftlig översäkring enligt särskilt mall har använts vid flytt mellan korttidsvården, övriga avdelningar och till ordinärt boende.</li> <li>• Kontinuerlig patientfokuserad informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef.</li> <li>• MAS har informerat kring patientsäkerhet på verksamhetens APT.</li> <li>• MAS har haft samverkansmöten kring vårdhygien med verksamheternas hygienombud en gång per halvår.</li> </ul>

- Ledningsmöten på förvaltningsnivå. MAS närvarar varannan vecka eller vid behov.
- MAS har haft samverkansmöten kring patientsäkerhet, förändring- och förbättringsarbeten kring hälso- och sjukvård med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster uppdelat på olika tillfällen var fjärde vecka.
- MAS har haft samverkansmöten samt interna utbildningstillfällen med enhetschefer i verksamheten löpande, i olika omfattning och struktur.
- MAS har haft samverkansmöte med utsedd legitimerad personal kring dokumentation, journal, verksamhetssystem var fjärde vecka.
- MAS har haft kontinuerlig samverkan under året med systemansvarig/systemsupport kring utveckling av verksamhetssystemen.

Tabell 2b. – Extern samverkan

#### **Extern samverkan**

- Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av fastställd läkarsamverkan/rond en dag per vecka samt möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov.
- Samverkansmöten med Oxelösunds vårdcentral.
- Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp södra äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp södra barn och Arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder samt Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland.
- Samverkansmöten med ApoEx för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- Samverkansmöten med tandvårdsenheten Region Sörmland gällande munhälsobedömning av tandhygienist samt utbildning i munvård för personal.
- Samordnad individuell planering [SIP]
- Förvaltning- och verksamhetsmöte/forum kopplat till de olika verksamhetssystem som kommunen använder.
- Samverkan med vårdhygien/smittskydd, Region Sörmland.
- Samverkan med Regionens Närvårdskordinator.
- Samverkan med läkemedelskommittén.
- Uppföljnings och samverkansmöten årligen och halvårsvis med olika enheter från Regions Sörmland.
- Samverkan Forskning och utveckling [FoU] Sörmland.
- Samverkan fotvårdsspecialist inom region Sörmland.
- Externa webbutbildningar/seminarium.
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempelvis Abby Pain Scale.
- Stöd och samverkan med Regionens specialistvårdsenheter exempelvis Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH).
- MAS deltar i nätverk för MAS/MAR i Sörmland.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

### **Risakanalys**

Legitimerad personal och vårdgivaren ska enligt rutin fortlöpande bedöma och beakta om det i verksamheten finns risker för händelser som kan medföra att kraven i föreskrifterna om journalföring och behandling av personuppgifter inte uppfylls. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### **Loggkontroll**

Rutin för behörighetshantering och loggkontroll finns. Detta för att säkerställa att känslig information endast hanteras av den som har rätt till uppgifterna. Under 2025 genomfördes loggkontroller i samband med utredningar/avvikelser samt löpande enligt rutin. Ingen överträdelse i loggar sågs i de loggkontroller som utfördes enligt rutin.

### **Journalgranskning**

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. En väl förd patientjournal utgör grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten. Det är angeläget att använda standardiserade termer och begrepp som möjliggör systematiska utdata. Informationshanteringen inom hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

MAS har under 2025 granskat patientjournaler med fokus på vårdplaner enligt gällande internkontrollplan samt löpande vid utredning kring eventuella vårdskador.

På grund av personalomsättning samt brister inom sjuksköterskeorganisation har ingen kollegial journalgranskning har blivit utförd av legitimerad personal under året.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheterna har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

## En god säkerhetskultur

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



### Övergripande nivå

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på organisatorisk nivå under 2025 har handlat om att stärka säkerhetskulturen och med patienten i fokus där varje medarbetare oavsett yrkesroll ser sitt ansvar och sin del i patientsäkerhetsarbetet.

Bland annat har samtliga rutiner, checklistor och arbetsmaterial för hälso- och sjukvård reviderats under 2025. Detta tillsammans med olika utbildningsinsatser inom verksamheterna, verksamhetsutveckling samt utveckling av de olika verksamhetssystemen har främjat en god säkerhetskultur på övergripande nivå inom hälso- och sjukvård under 2025.

### Verksamhetsnivå

Ett arbete kring patientsäkerhet, risk- och avvikelshantering har skett på respektive verksamhet med stöd från bland annat MAS.

Enhetschefer har ett ansvar för att riktlinjer och rutiner är kända på enheterna och att de följs. Enhetschefer har även ett ansvar för att personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Tvärprofessionella dialogmöten har under året genomförts i vissa verksamheter. Dialogmötena har utgått från ett patientfokuserat förhållningssätt vilket kan främja en god säkerhetskultur.

Ett gemensamt års-hjul kopplat till patientsäkerhet där insatser, åtgärder och vad som ska följas upp har tagits fram, bland annat för avdelningar Ekan, Skäret och Masten på äldreboende Björntorp. Omvårdnadspersonal har även fått varit delaktiga i planeringen av omvårdnadsinsatser. Det har även pågått dialoger kring bemötande, etik och värdegrund, detta för att skapa förbättrad kommunikation och främja delaktighet och trygghet hos patienter och dess närstående. Allt detta för att skapa en god säkerhetskultur som främjar en hög patientsäkerhet.

Dock har det under året förkommit stora brister inom sjuksköterskeorganisationen inom hemsjukvården. Det har även varit omsättning av enhetschefer i vissa verksamheter samt att hantering av avvikelser bland vissa enhetschefer var bristfällig. Detta har påverkat följsamhet till egenkontroller, rutiner, riktlinjer för hälso- och sjukvård, förbättrings-, förändrings- och patientsäkerhetsarbetet vilket har påverkat patientsäkerheten negativt.

## 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.



Sedan 2024 är rutinen för läkemedelshantering gemensam för alla verksamheter. Detta har medfört att rutiner och arbetssätt är likvärdiga oavsett boendeform vilket bidragit till en mer jämlik vård och därigenom en ökad patientsäkerhet. MAS har även under 2025 reviderat samtliga rutiner, checklistor och arbetsmaterial kopplat till hälso- och sjukvård. Detta har bidragit till en ökad förutsättning att arbeta utifrån en god säker vård.

Risk- och konsekvensanalyser har utförts när ett sådant behov initierats, exempelvis vid behov av specialiserad vård i hemmet.

Verksamheterna har under senaste åren uppmuntrat medarbetare att utbilda sig till undersköterskor genom Äldreomsorgslyftet. Detta har bidragit till att vård- och omsorgsförvaltningen har en stor andel personal med en undersköterskeutbildning.

Krav på godkänt arbetsprov vid nyanställning samt vid delegering finns i verksamheterna sedan 2023.

Verksamheterna har även bidragit på olika sätt med att stärka och bibehålla kompetens. Det har även erbjudits fortlöpande utbildningar, både internt och externt, se tabell 3.

Tabell 3. - Exempel på utbildningar som givits under 2025

Utbildningar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Basala hygienrutiner och klädregler till hygienombud via Region Sörmland.</li><li>• Vårdhygieniska chefsansvaret och vårdhygienisk egenkontroll (VEK) för enhetschefer via Region Sörmland.</li><li>• Avvikelsehantering i Treserva för enhetschefer.</li><li>• Dokumentation inom HSL och SOL.</li><li>• Vårdplaner och vårdprocesser.</li><li>• Utbildning i förflyttningsteknik via kommunrehab.</li><li>• Lågaffektivt bemötande.</li><li>• Munvårdsutbildning via uppsökande verksamheten Region Sörmland.</li><li>• Appva signeringssystem.</li><li>• Journalsystem Treserva.</li><li>• Verksamhetssystem Cosmic Link.</li><li>• Planeringsverktyget Intraphone (IP).</li><li>• Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).</li><li>• Suicidprevention.</li><li>• Senior Alert.</li><li>• Palliativ vård.</li></ul>

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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



Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Målet med hälso- och sjukvården i Oxelösund har varit att tillämpa ett personcentrerat arbetssätt där personens kunskaper och engagemang skall tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är aktiv i sin vård.

Patienter och deras anhöriga har även de ett ansvar att bidra till en ökad patientsäkerhet och ska få vara medskapare i sin vård. I praktiken har detta inneburit att patienten och/eller anhöriga, beroende på patientens vilja och förmåga, deltagit i vårdplanering, upprättande av riskbedömningar (Senior alert), SIP (samordnad individuell planering), uppföljning av omvårdnadsinsatser, planering av sin vård och omvårdnad samt medicinsk behandling och rehabilitering.

Alla patienter på särskilt boende tillsammans med anhöriga har erbjudits ankomstsamtal vid inflyttning. Detta kan vara av särskild vikt utifrån vård som berör personer med kognitiv svikt.

Patienter och närstående har även haft möjlighet att inkomma med klagomål och synpunkter på vården.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

## Egenkontroller

På grund av personalomsättning och brister inom sjuksköterskeorganisation har inte alla egenkontroller genomförts under 2025 som planerat. För exempel på utförda egenkontroller, se tabell 4 sida 10.

Tabell 4. - Utförda egenkontroller under 2025

Egenkontroll	Beskrivning/resultat
Journalgranskning	Journalgranskning av patientjournaler har skett löpandet under året av MAS, se sida 6.
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommun har utförts av apotekare via extern kvalitetsgranskare, ApoEx under hösten 2025, se resultat sida 16.
Kontroll av läkemedelsrum	Kontroller av läkemedelsrum har utförts enligt schematisk översikt. Innefattar bland annat temperaturkontroller, städning och kontroll av hållbarhet av läkemedel. Det förekom vissa brister av lägre allvarlighetsgrad men inga avvikelser av hög allvarlighetsgrad återfanns.
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	Ska ske minst en gång i månaden enligt gällande rutin. Dock har det förekommit brister i kontinuiteten av kontroller.
Loggkontroller av akut- och buffertförråd	Har utförts kontinuerligt av MAS.
Kontroll medicinskåp	Kontroll av patienters medicinskåp enligt rutin en gång per månad har skett av legitimerad samt av delegerad personal. Signering sker i Appva.
Vårdhygienisk egenkontroll (VEK)	Har utförts av två enhetschefer. Vårdhygienisk egenkontroll är ett stöd för systematiskt förbättringsarbete i syfte att upprätthålla god hygienisk standard och på så sätt förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Utförs en gång per år.
Hantering av narkotikaklassade läkemedel	MAS har under året sammanställt avvikelser gällande narkotikasvinn. Detta har sammanställts med antal avvikelser per enhet och den totala mängden narkotikaklassade läkemedel som försvunnit. Sammanställningen har redovisats löpande till sektionschef.
Kontroll av "nya" ej hanterade avvikelser	MAS har under året sammanställt avvikelser. Detta har sammanställts med antal avvikelser per enhet och redovisats löpande till sektionschef.
Kontroll av antal inskrivna patienter i hemsjukvården	Kontroll av antal inskrivna patienter och antal enstaka hembesök för sjuksköterskor inom hemsjukvården. Kontroll har skett veckovis under året av MAS och redovisats löpande till ansvarig enhetschef.
Lokala enhetsspecifika egenkontroller enhetschef har ansvarat för	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signeringslistor städning</li> <li>• Kontroll temperatur på livsmedel, kyl och frys</li> <li>• Spola vatten så att det inte blir stillastående</li> <li>• Hygienrutiner</li> <li>• Rutiner arbetskläder</li> </ul> <p>Dessa har följts upp under verksamhetsmöten, teamträffar samt på APT.</p>

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts.



Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

### Har vården varit säker

Ett systematiskt kvalitetsarbete har pågått under året både på övergripande nivå samt på verksamhetsnivå med att använda olika kvalitetsregister, exempelvis Senior Alert. Riskhantering har utförts utifrån inkomna avvikelser. Risk- och konsekvensanalyser har även skett vid specialiserad vård i hemmet.

Vårdgivaren har en utrednings- och anmälningsskyldighet. När vårdgivaren tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada som inte försvinner och som påverkar patienten för resten av livet räknas som en allvarlig vårdskada. Vid alla händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada tar MAS över utredningsuppdraget. Om utredningen visar att vårdskadan eller risken för den är allvarlig, anmäles detta även till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt en så kallad Lex Maria.

Vissa enhetschefer har under året arbetat aktivt med systematiskt kvalitetsarbete kring patientsäkerhet. Bland annat med att ta fram åtgärdsplaner kopplat till läkemedelsavvikelser. Det har pågått hygienronder där åtgärder har resulterat i att nya checklistor och rutiner har tagits fram. Det har även pågått riskanalyser vid behov för att göra vården säkrare.

MAS har under året blivit involverad i ett antal utredningar gällande eventuell vårdskada. Ingen av dessa bedömdes som en allvarlig vårdskada eller risk för en allvarlig vårdskada och har därmed inte anmälts till IVO.

## 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

Det förekommer många bra exempel på arbetsprocesser och system i verksamheterna. Däremot är dessa arbetsprocesser och system inte alltid gemensamma för samtliga verksamheter inom förvaltningen. Det som framkommer i tidigare års analysarbetet med patientsäkerhetsberättelsen är att det finns en avsaknad av samsyn i arbetsprocesser och system, vilket i sin tur kan påverka patientsäkerhetsarbetet negativt.

Vissa enhetschefer har lagt in delar av det systematiska patientsäkerhetsarbetet i års-hjul så att arbetet för en ökad patientsäkerhet sker kontinuerligt och blir till en naturlig del i verksamhetsutvecklingen.

Under 2024 påbörjades ett arbete med att starta upp ett gemensamt systematiskt ledningssystem för kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete via en modul i ledningssystemet Stratsys. Ett arbete med att implementera samt utbilda ledningsgruppen inom vård och omsorg i Stratsys har pågått under hela 2025 för att börja användas i början av 2026.

## 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.



Under året har teknik och kommunikation varit två delar som varit i fokus. Implementering av digitala verktyg har skett så som larm, digitala läkemedelsskåp och IP planering. För att säkerställa att de digitala implementeringarna inte skapat risker i arbetet har vissa enhetschefer under året lagt mycket tid på att omvårdnadspersonal ska vara involverade i planeringen, få utbildning och mer information om systemen. Arbetet har skett utefter riskbedömningar.

*Nedan presenteras några exempel med resultat på hur Oxelösunds kommun under 2025 arbetat med att göra vården säker här och nu för patienten.*

### **Avvikelser**

Vård- och omsorgsförvaltning har aktivt arbetat med avvikelshantering, för att som mål förebygga att liknande händelser och vårdskador inträffar på nytt och därmed bidra till ökad patientsäkerhet. Se resultat och analys på sida 18.

### **Kvalitetsregister**

Arbetat med olika kvalitetsregister kopplat till hälso- och sjukvård och pågått under 2025. Där målet är att förebygga vårdskador och därmed bidra till en ökad patientsäkerhet. För resultat av nationella kvalitetsregister, se sida 21.

### **Teamträffar**

Teamträffar syftar till att tvärprofessionellt utforma och följa upp det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet hos en patient. Syftet är också att följa upp vård- och rehabplaner samt bedöma risker i vardagen för individen. De som ingår i teamträff är enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och kontaktpersonal/omvårdnadspersonal. Det är ansvarig enhetschef som är sammankallande samt ansvarig för att detta arbete fortlöper.

För vissa enheter har arbetet fungerat väl och bidragit som tanken är till ett tvärprofessionellt arbete kring patienten, exempelvis på äldreboende Sjötången och Björntorp. En förbättring gällande teamträffar har även setts inom LSS verksamhet för 2025. Inom vissa verksamheter har det förekommit brister vilket lett till att teamträffar i vissa fall uteblivit. Ett fortsatt utvecklingsarbete inom det pågår.

### **Vaccinering**

Vaccination mot covid-19, pneumokock och säsongsinfluensan pågick under hösten 2025 i samarbete med Region Sörmland. Arbetet med vaccinering är ett preventivt folkhälsoarbete för att förebygga smittsamma sjukdomar, förbättra folkhälsan och därmed bidra till en ökad patientsäkerhet.

Vaccinationstäckning för personer i åldersgruppen 75 år och äldre givna från 1 september 2025 låg på 70%. Detta följer snittet i Sörmland samt i hela riket där vaccinationstäckningen låg på 70,3%.

### **Samverkan med läkare**

Oxelösunds kommun har haft samverkan med en vårdcentral, Oxelösunds vårdcentral under 2025. Samarbetet med vårdcentralen kring läkarmedverkan har varit i sin helhet välfungerande och bra. Samarbetet har bidragit till att utforma ett tvärprofessionellt samarbete, med patienten i fokus utifrån det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet.

Samverkan med läkare har skett via fysisk träff på respektive verksamhet varje vecka (rond), telefonkonsultation, samt både via planerade samt oplanerade hembesök hos patient. Detta är styrt via avtal mellan Hälsoval och vårdcentralen samt genom olika regionala överenskommelsen mellan region och kommun. En lokal överenskommelse finns mellan kommun och ansvarig vårdcentral som följs upp årligen, resultatet förmedlas sedan till Hälsoval.

### **Klinisk apotekare**

Målet med klinisk farmaci är att främja en rationell och ändamålsenlig läkemedelsanvändning för individen men även för samhället i stort. Arbetet är i många fall multiprofessionellt och syftar till att uppnå en trygg, säker och effektivare läkemedelsanvändning.

Enkel läkemedelsgång sker vid inflyttning på särskilt boende och när patienter skrivs in i hemsjukvården, därefter minst en gång per år. Genomgången sker mellan läkare och ansvarig sjuksköterska. För mer medicinskt komplexa patienter ska även en fördjupad läkemedelsgenomgång ske. I dessa fall ingår även apotekare via regionen.

Hemsjukvården i Oxelösunds kommun har under delar av 2024 och hela 2025 haft en apotekare fysiskt på plats, vilket bidragit till en ökad mängd fördjupade läkemedelsgenomgångar, framför allt inom hemsjukvården.

### **Munhälsobedömningar via den uppsökande verksamheten**

Den uppsökande verksamheten sker via folktandvården Region Sörmland. MAS är kommunansvarig vid uppföljning samt vid utfärdande av tandvårdsintyg. Den uppsökande verksamheten innebär att de som är berättigade har möjlighet att i sitt boende årligen få en munhälsobedömning av en tandhygienist. Munhälsobedömningen består av en bedömning av munhälsa och munvårdsbehov, individuell rådgivning samt erbjudande om kontakt med tandläkare eller tandhygienist för att kunna få nödvändig tandvård.

Under 2025 genomfördes 172 munhälsobedömningar på särskilt boende.

### **Gemensam rutin för läkemedelshantering**

MAS reviderade samtliga rutiner kopplat till läkemedelshantering under 2024 och sammanförde dessa till en gemensam lokal rutin som gäller för all hälso- och sjukvård inom Oxelösunds kommun. Detta medförde att rutiner och arbetssätt blev likvärdiga oavsett vilket enhet, vilket äldreboende, hemsjukvård eller LSS patienten bor på. Detta har även bidragit till en ökad patientsäkerhet med möjlighet att ge patienten en jämlik vård, oavsett boendeform.

Externa kvalitetsgranskningarna visar att Oxelösunds kommun har en stabil grund i läkemedelshantering genom sina tydliga lokala rutiner.

### **Digitala nyckellås via Swedlock**

Beslut togs under 2024 att nya medicinskåp med ett digitalt nyckellås via Swedlock skulle införskaffas till hela kommunen oavsett boendeform. Implementering av de nya medicinskåpen har skett succesivt under 2025.

Lås med digital nyckel har inneburit en ökad spårbarhet med möjlighet att ta ut loggkontroller samt att kunna styra att endast behörig personal får tillgång till patientbundna läkemedel. Lås med digital nyckel har även installerats på sjuksköterskorna läkemedelsskåp för patientbundna läkemedel samt till akut- och buffertförråd med tillhörande narkotikaskåp. Detta har bidragit till en tryggare och säkrare hantering av läkemedel.

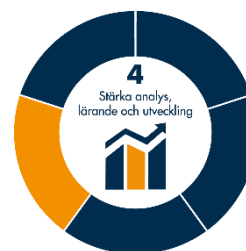
### **Riskhantering**

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

Riskhantering av en händelse har under 2025 skett löpande när ett behov uppstått.

### **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.



En del enhetschefer har skapat en delaktighet med sin personal kring planerade åtgärder, uppföljning kring dessa och pratat om hur dessa gett effekt. Lärdomarna har varit bland annat att planering, tydlighet, rapporteringstid, dokumentation och kommunikation är avgörande för patienten. Men även bemötande där har även värdegrundsfrågan lyfts.

En del enhetschefer har arbetat aktivt under året med att medvetandegöra och implementera befintliga rutiner i verksamheten för att arbeta ur ett helhetsperspektiv med patienten i fokus. Ett arbete har även pågått under året med bland annat olika kvalitetsindikatorer, avvikelshantering, registrering i kvalitetsregister, intern- och externkontroller, egenkontroll, information, samverkansforum och utbildningsinsatser för att stärka lärande och utveckling för en god och säker vård.

*Nedan presenteras exempel på det fortlöpande arbete som pågått under 2025.*

### **Kvalitetsregister**

Oxelösunds kommun är ansluten till fyra kvalitetsregister inom området: *Senior Alert, BPSD-registret, Palliativa registret* samt *SveDem*. För resultat och analys för 2025, se sida 21.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering (extern)**

Under 2025 har fysiska kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering genomförts inom äldreboende, hemtjänst, hemsjukvård och LSS-gruppboende. Syftet är att ge en övergripande bild av nuläget, identifiera gemensamma styrkor och förbättringsområden samt utgöra underlag för fortsatt kvalitetsutveckling på kommunövergripande nivå. Granskningarna har utförts enligt avtal mellan Oxelösunds kommun och Apoex AB på de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Fokusområdet för granskningarna har varit att göra en genomgång av hela läkemedelskedjan och se över arbetssätt och rutiner.

Kvalitetsgranskningarna visar att Oxelösunds kommun har en stabil grund genom sina digitala verktyg och tydliga lokala rutiner. Det finns dock återkommande förbättringsområden bland annat gällande dokumentation av effekt, temperaturkontroller, kontroll mot ordinationshandling samt systematiska brister i månadsvisa narkotikakontroller. För att ytterligare stärka patientsäkerheten krävs ett ökat fokus på den praktiska efterlevnaden av rutiner.

### **Utbildning av vård- och omsorgspersonal i tandvård**

Folktandvården Region Sörmland erbjuder via den uppsökande verksamheten munvårdsutbildning till omvårdnadspersonal årligen. Utbildningen är kostnadsfri för kommunerna. Målet med munvårdsutbildningen är att ge vård- och omsorgspersonal sådan motivation samt teoretisk och praktisk kunskap att munvård blir en självklar del av helhetsvården.

Erbjudan om utbildning skickas till ansvarig enhetschef i kommunen. Under 2025 genomfördes utbildningar på Björntorps äldreboende samt på hemtjänst innerstan. Totalt utbildades 99 personer under 2025.

## **Insatser från Vårdhygien Region Sörmland**

Vårdhygien Region Sörmland har avtal med samtliga kommuner i Sörmland att bistå med insatser från hygiensjuksköterskor. Under 2025 genomförde vårdhygien ett antal utbildningsinsatser och informationsträffar via teams för enhetschefer samt på plats för hygienombud. För omvårdnadspersonal på äldreboende Björntorp samt på hemtjänsten genomfördes en utbildning gällande basala hygienrutiner och klädregler. Det har även varit ett antal hygienronder under året, exempelvis på Masten och på korttidsboende Hällen på Björntorp.

Genomgående visar hygienronderna återkommande brister kopplade till lokaler, utrustning och organisatoriska förutsättningar. Det rör bland annat tillgång och placering av handdesinfektion, otydliga flöden mellan rena och orena moment, samt lokaler som inte är fullt anpassade till den vård och omsorg som bedrivs. Vid hygienronderna uppmärksammas även återkommande bekymmer med hantering av tvätt (både ren och oren), avfall och förråd. Bristerna gäller bland annat separation av ren och smutsig tvätt, struktur och städning av förråd.

## **Hygienombud**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) startade upp en hygienombudsgrupp under 2024 där samtliga hygienombud ingår. Ett antal samverkansmöten och utbildningar för denna grupp har erbjudits under 2025 med stöd från Vårdhygien/smittskydd på Region Sörmland. Arbetet kommer att fortgå under 2026.

## **Medelvårdtid som utskrivningsklar (UK-datum)**

I Sörmland har region och kommunerna arbetat för att medborgare snabbt skall tas hem till respektive kommun. Utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus kan vara en risk för patientsäkerheten, detta utifrån risk för till exempel vårdrelaterade infektioner, trycksår och bristande mobilisering.

Regionen utför en sammanställning månadsvis gällande medeltid som utskrivningsklar på sjukhuset. Målsättningen är att Oxelösunds kommun ska få hem medborgare till egen vårdregi snabbt och säkert. Oxelösunds kommun skall alltid ligga under snittet i länet.

Ett arbete har pågått under 2025 med att stärka de administrativa rutinerna i processen kring hemgång. Det har även varit veckovisa avstämningar i grupp bestående av både myndighet och verkställighet samt effektivt färdigställande av bostäderna på äldreboendena. Detta har resulterat i att Oxelösunds kommun har sänkt medelsnitt jämfört med 2024 där medelsnittet låg på snitt med 2,53 antal utskrivningsklara dagar.

## **Journalgranskning**

För resultat, se sida 6.

## **Genomlysning av sjuksköterskeorganisationen**

På grund av stor personalomsättning och svårigheter i att få kontinuitet i arbetet, vilket pågått under en längre tid, har det skett en genomlysning av hela sjuksköterskeorganisationen under 2025. Resultat av den har lett till en rad förändringar träder vilka i kraft under 2026.

## **Avvikelser**

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

All personal som arbetar inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar medföra en skada för den enskilde. Varje enhet har också en skyldighet att ta emot klagomål och utreda dessa. I riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter beskrivs övergripande kommunens skyldigheter enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Registrering av avvikelser skedde manuellt på papper till och med april 2023, därefter digitalt via journalsystem Treserva. Totalt registrerades 2800 avvikelser år 2025 vilket är en ökning från 2023 med 71 avvikelser.

Det är enhetschef för respektive verksamhet/enhet som har ansvar för hantering av avvikelser, att se till att rutinen blir känd i verksamheten och att rutinen används på sin enhet. Enhetschef ansvarar även för att berörd personal blir involverad, samt att berörd legitimerad personal blir informerad. Varje medarbetare har ett ansvar att följa rutinen. För vissa verksamheter har detta arbete fortlöpt väl under året vilket bidragit till ett internt utvecklingsarbete kring patientsäkerhet. Dock har det framkommit att det förekommer återkommande brister i hanteringen samt att inte rutinen följs bland vissa enhetschefer. Detta kan ha medfört att avvikelser av betydande och av allvarigare grad i vissa fall inte utretts korrekt eller inte utretts eller hanterats alls. MAS har under året sammanställt antal avvikelser som inte är hanterade/utredda per enhet och redovisats löpande till sektionschef.

Avvikelser kopplat till fall samt läkemedel är framträdande. Avvikelser gällande fall innefattar både fall med skada och utan. Många fallavvikelser är återkommande där samma patienter är involverade. Många av dessa fall är svåra att förebygga helt då fallpreventiva åtgärder finns. Avvikelser kopplat till läkemedel handlar främst om osignerade läkemedelsgivning och försenade insatser.

*Resultatet och analysen av avvikelser redovisas i diagram 3 och 4 sida 19.*

Diagram 3. – Antal avvikelser under 2025

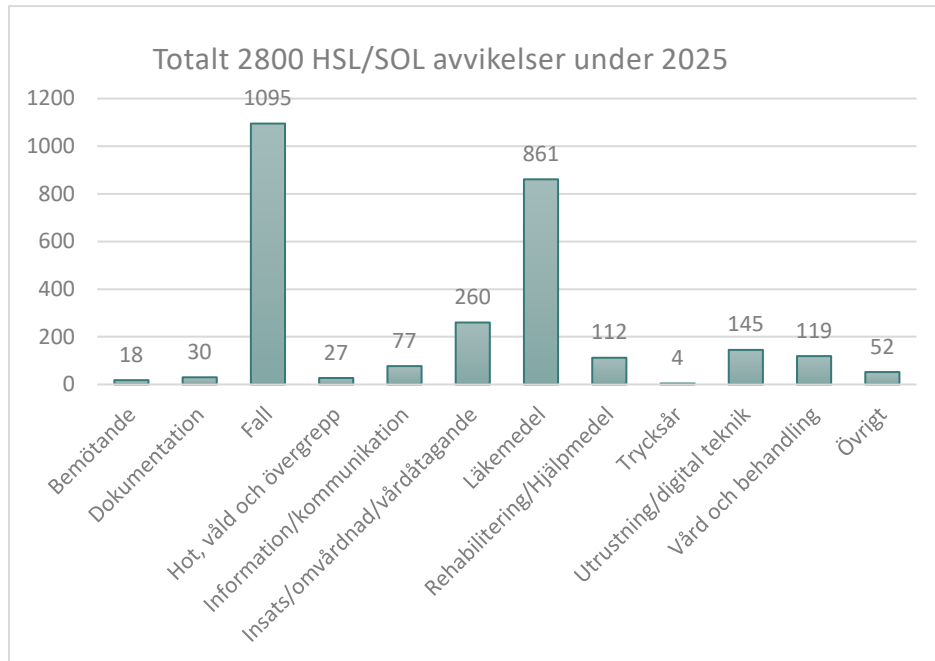
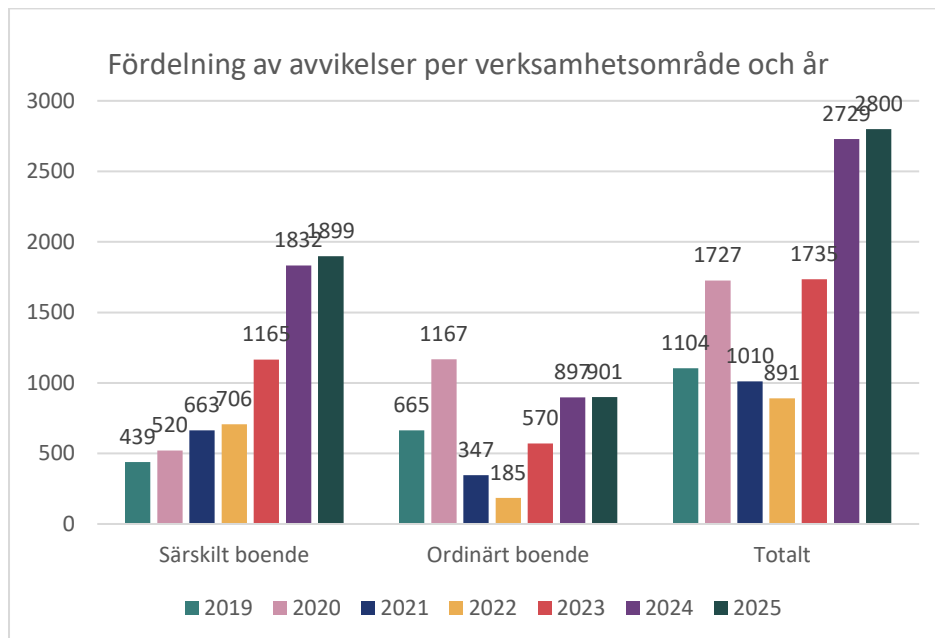


Diagram 4. - Antal avvikelser och fördelning för verksamhetsområde och år



## Klagomål och synpunkter

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

Oxelösunds kommun ser synpunkter och klagomål som en möjlighet att utveckla verksamheten. Därför är dessa viktiga för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén genom att uppmärksamma och åtgärda brister och därigenom identifiera utvecklingsområden på lokal nivå så tidigt som möjligt.

Den som lämnat klagomål och synpunkter via "Säg vad du tycker" ska inom tre veckor få ta del av den utredningen och/eller de åtgärder som vidtagits för att avhjälpa bristen. Klagomål kan även inkomma via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

De klagomål och synpunkter som inkommit till verksamheten under 2025 har behandlats enligt gällande rutiner.

## 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.



### Arbetet för ökad riskmedvetenhet och beredskap

Arbetet som verksamheterna identifierat och arbetet med under 2025 är bland annat:

- Kontinuerlig kompetensutveckling för personalen.
- Fortsätta det systematiska patientsäkerhetsarbetet med risk- och händelseanalyser.
- Hålla vårdplaner uppdaterade.
- Utveckla kommunikation inom och mellan enheter och verksamhet.
- Uppdatera kvalitetsregister löpande.
- Utveckla kontaktpersonalskapet och arbetet med delaktighet och personcentrerad vård.
- Prevents mall för riskbedömning på vårdtagarnivå.

## Resultat av nationella kvalitetsregister

### **BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens**

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska lidande och öka livskvalitet. Målet under 2025 har varit att alla vårdtagare med demenssjukdom och som lämnat samtycke ska vara registrerade i BPSD-registret. Utbildning för personal inom BPSD-registrering sker löpande via demenssamordnare.

### **Senior Alert – Nationellt kvalitetsregister**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister med syftet att minska skador och öka livskvaliteten för äldre. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet med att tidigt upptäcka och förebygga trycksår, undernäring, risk för fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion (inkontinens). Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en följd minska uppkomna vårdskador.

Strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg genom att:

- Identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktminskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

I rutinen för Senior alert är enhetschef ansvarig för att sammankalla till teamträff där uppföljning av kvalitetsregistret utförs i samverkan.

För 2025 sågs en minskning i vårdpreventionen, främst gällande *utförda åtgärder vid risk* jämfört med 2024. Ingen registrering påbörjades i hemtjänsten. Detta kan härledas bland annat till de brister som framkommit inom sjuksköterskeorganisation på hemsjukvården. För resultat per verksamhet och enhet, se figur 1 sida 22.

### **SveDem – Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar**

Registrering i kvalitetsregistret SveDem har gjorts under 2025. SveDem är ett nationellt kvalitetsregister där syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av personer med demenssjukdom i Sverige.

# Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsförvaltningen, år 2025

Datum  
2026-02-12

Diariennr.  
VON.2026.13

Figur 1. – Statistik särskilt boende Björntorp 2025

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Björntorp	130	98% ↕ 180 av 184	75% ↘ 120 av 160	85% ↘ 138 av 160	59% ↘ 51 av 86
Ekan	10	100% ↕ 12 av 12	92% ↘ 11 av 12	100% ↕ 12 av 12	60% ↕ 3 av 5
Fyren 1	5	100% ↕ 7 av 7	100% ↕ 7 av 7	100% ↕ 7 av 7	50% ↘ 4 av 8
Fyren 2	8	88% ↕ 7 av 8	100% ↕ 7 av 7	100% ↕ 7 av 7	0% ↘ 0 av 3
Grundet	10	91% ↘ 10 av 11	40% ↘ 4 av 10	90% ↘ 9 av 10	0% ↘ 0 av 3
Holmen	12	100% ↕ 17 av 17	88% ↘ 15 av 17	100% ↕ 17 av 17	76% ↕ 13 av 17
Hällan	30	100% ↕ 31 av 31	71% ↘ 22 av 31	81% ↘ 25 av 31	0% ↘ 0 av 0
Klippan	0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0
Kobben	12	100% ↕ 16 av 16	56% ↘ 9 av 16	88% ↕ 14 av 16	53% ↘ 8 av 15
Lotsen	0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0	0% ↘ 0 av 0
Masten	9	100% ↕ 13 av 13	85% ↕ 11 av 13	85% ↕ 11 av 13	90% ↕ 9 av 10
Piren	15	100% ↕ 17 av 17	94% ↕ 16 av 17	100% ↕ 17 av 17	78% ↘ 7 av 9
Skäret	10	94% ↘ 16 av 17	63% ↕ 10 av 16	69% ↕ 11 av 16	40% ↕ 2 av 5
Viken	11	93% ↘ 14 av 15	57% ↘ 8 av 14	43% ↘ 6 av 14	45% ↘ 5 av 11
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %

Figur 2. Statistik särskilt boende Sjötången 2025

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sjötången	38	96% ↘ 46 av 48	80% ↘ 37 av 46	87% ↘ 40 av 46	58% ↘ 23 av 40
Sjötången Havet	10	94% ↘ 15 av 16	73% ↘ 11 av 15	80% ↘ 12 av 15	77% ↘ 10 av 13
Sjötången Skeppet	12	94% ↘ 15 av 16	67% ↘ 10 av 15	87% ↘ 13 av 15	22% ↘ 2 av 9
Sjötången Stranden Snäckan	16	100% ↕ 16 av 16	100% ↕ 16 av 16	94% ↘ 15 av 16	61% ↘ 11 av 18
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %

## Palliativa registret

Oxelösunds kommun registrerar dödsfall i Palliativa registret. Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som utgår från Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Detta inkluderar ALLA dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Även oväntade dödsfall ska rapporteras in.

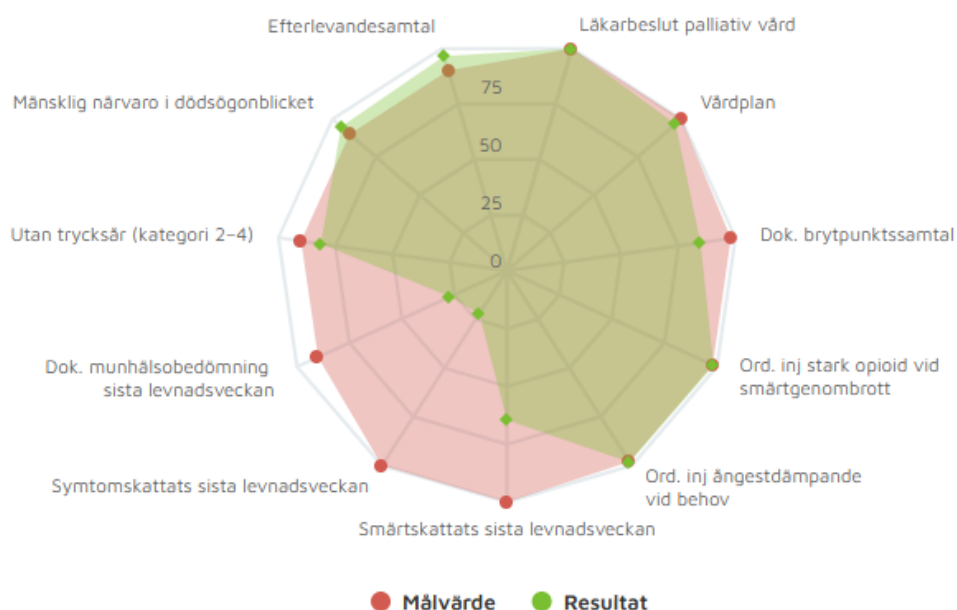
Kvalitetsindikatorer som mäts:

- *Dokumenterat brytpunktsamtal.*
- *Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott.*
- *Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov.*
- *Smärtkattats sista levnadsveckan.*
- *Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan.*
- *Utan trycksår (kat 2–4).*
- *Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.*

Målsättning att Oxelösunds kommun ska uppnå målvärde i samtliga kategorier i palliativa registret enligt de nationella kvalitetsindikatorerna. Kontroll sker av MAS fyra gånger per år av data ur palliativa registret som redovisas till enhetschef för legitimerad personal samt till sjuksköterskor via samverkansmöten.

Oxelösund har en måluppfyllelse under 2025 på 79 procent (riket 80 procent) vilket är en ökning med 2 procent jämfört med 2024. För resultat av varje målvärde, se diagram 5.

Diagram 5. – Resultat kvalitetsindikatorer palliativa registret 2025 för Oxelösund



## SveDem – Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar

Registrering i kvalitetsregistret SveDem har gjorts under 2025. SveDem är ett nationellt kvalitetsregister där syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av personer med demenssjukdom i Sverige.

### Svenska Halt

Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

Oxelösunds kommun har medverkat i Svenska Halt mätning sedan starten 2015.

## Resultat av mål för 2025

### Övergripande mål

Tabell 5. - Resultat av mål på övergripande nivå

Mål	Resultat och analys
Den övergripande målsättningen för Oxelösunds kommun med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.	Denna målsättning har varit styrande i allt arbete under hela året. Det har under året förekommit brister inom sjuksköterskeorganisationen. Hantering av avvikelser bland vissa enhetschefer har även varit bristfällig. Detta har påverkat följsamhet till egenkontroller, rutiner, riktlinjer för hälso- och sjukvård, förbättrings-, förändrings- och patientsäkerhetsarbetet. Det har bidragit till att det strategiskt viktiga utvecklingsarbetet inte fungerat optimalt och har påverkat patientsäkerhetsarbetet negativt.
Oxelösunds kommun ska även arbeta för att främja och utveckla en personcentrerad vård, för att stärka och tydliggöra patientens ställning med hänsyn tagen till dennes integritet.	Målet med att främja och utveckla den personcentrerade vården. Detta går i linje med den samverkan som sker både på lokal nivå samt på övergripande nivå mellan region och kommun kopplat till den överenskommelse som finns kring hälso- och sjukvård i hemmet.

## Verksamhetsmål

Tabell 6a. - Resultat av mål på verksamhetsnivå

Mål	Resultat och analys
<p>Utveckla den digitala avvikelshanteringen i journalsystemet Treserva.</p> <p><i>Arbeta för att samtliga avvikelser dokumenteras digitalt och att analys av avvikelser sker systematiskt.</i></p>	<p>En ökning av avvikelser skedde under 2025 jämfört mot 2024. Dock var ökning inte lika stor jämfört med tidigare års ökning. Detta kan tyda på att rutinen att dokumentera avvikelser digitalt är etablerad i verksamheterna.</p> <p>Dock har det framkommit stora brister bland vissa enhetschefer i följsamheten till rutinen, bland annat att det förekommer stor mängd ej öppnade/granskade avvikelser samt att avvikelser inte analyseras korrekt. Det har även förekommit att avvikelser avslutas trots att inte utredning är klar. Detta har lett till en ökad risk för att utredningar av allvarigare grad inte initieras vilket påverkat patientsäkerhetsarbetet negativt.</p>
<p>Revidera befintliga rutiner och riktlinjer årligen eller vid behov.</p> <p><i>Arbeta för att rutiner och riktlinjer blir väl kända för chefer och personal och följs i verksamheten.</i></p>	<p>Samtliga rutiner och riktlinjer inom hälso- och sjukvård har reviderats eller blivit genomgångna under 2025. Rutiner och riktlinjer som reviderats har gjorts kända för berörda chefer och person.</p>
<p>Utveckla teamträffar för att förbättra samverkan kring patientens vård</p> <p><i>Öka kvaliteten och tydligheten i vårdplanering genom regelbundna teamträffar.</i></p>	<p>Enhetschef är ansvarig för att initiera och leda arbetet med teamträffar. En förbättring gällande teamträffar har setts inom LSS-verksamhet samt på särskilt boende. Inom vissa verksamheter har det förekommit brister vilket lett till att teamträffar i vissa fall uteblivit.</p>
<p>Arbeta aktivt med kvalitetsregister för att stärka patientsäkerheten.</p> <p><i>Säkerställa att relevanta kvalitetsregister används och att data analyseras för att förbättra vården.</i></p>	<p>Samtliga kvalitetsregister som beslutats om ska användas under 2025 har använts med en bra täckningsgrad. Analyser av data har gjorts inom verksamheten under året.</p> <p>På grund av brister inom sjuksköterskeorganisationen på hemsjukvården har införandet med registrering i Senior Alert i hemtjänsten inte påbörjats som planerat.</p>

**Patientsäkerhetsberättelse för  
vård- och omsorgsförvaltningen,  
år 2025**

Datum  
2026-02-12

Diariennr.  
VON.2026.13

Tabell 6b. - Resultat av mål på verksamhetsnivå

Mål	Resultat och analys
<p>Öka kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonal genom fortbildning</p> <p><i>Bibehålla och höja kompetensnivån genom strukturerade utbildningsinsatser.</i></p>	<p>Kompetenshöjning har skett för hälso- och sjukvårdspersonal genom olika utbildningsinsatser, handledningstillfällen och workshops. För exempel, se rubrik "Adekvat kunskap och kompetens".</p>
<p>Förbättra egenkontroller, analys av brister och systematiskt förbättringsarbete</p> <p><i>Säkerställa att egenkontroller genomförs regelbundet och att förbättringsåtgärder vidtas.</i></p>	<p>För utförda egenkontroll, se rubrik "Egenkontroller".</p> <p>På grund av stora brister inom sjuksköterskeorganisationen på hemsjukvården samt omsättning av sjuksköterskor har följsamhet till egenkontroller och det förbättrings- och förändringsarbete kopplat till patientsäkerhetsarbetet påverkats negativt eller uteblivit helt. Exempelvis har inte journalgranskningar utförts utav sjuksköterskor som planerat.</p>
<p>Öka kunskapen inom dokumentation i journalsystemet Treserva.</p> <p><i>Arbeta för att förbättra kvaliteten på dokumentationen och därmed stärka patientsäkerheten genom bland annat utbildningsinsatser och tydliggörande/implementering av rutiner.</i></p>	<p>Rutiner kring dokumentation har reviderats och implementerats i verksamheten.</p> <p>På grund av stora brister inom sjuksköterskeorganisationen på hemsjukvården samt omsättning av sjuksköterskor har arbetat för att förbättra kvaliteten på dokumentationen inte förlöpt enligt plan. Exempelvis har inte journalgranskningar utförts utav sjuksköterskor som planerat.</p>
<p>Stärka den tvärprofessionella samverkan för ett personcentrerat arbetssätt.</p> <p><i>Förbättra samverkan både inom och utanför verksamheten för en mer patientcentrerad vård.</i></p>	<p>Arbetet med att stärka den tvärprofessionella samverkan både externt och internt pågår kontinuerligt via olika samverkansstrukturer. Se rubrik "Samverkan för att förebygga vårdskador".</p> <p>Brister i sjuksköterskeorganisationen inom hemsjukvården har dock bidragit att samverkan i vissa forum har försvårats eller uteblivit helt.</p>

## Mål för 2026

Nedan presenteras målen för 2026 för vård- och omsorgsförvaltningen i Oxelösunds kommun.

### Övergripande mål

- Den övergripande målsättningen för Oxelösunds kommun med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.
- Oxelösunds kommun ska även arbeta för att främja och utveckla en personcentrerad vård, för att stärka och tydliggöra patientens ställning med hänsyn tagen till dennes integritet.

### Verksamhetsmål:

- Att öka kvaliteten i arbetet och följsamheten med hantering av avvikelser. Det innebär enhetschefer behöver arbeta enhetligt och följa den rutin kring avvikelshantering som finns.
- Att samtliga befintliga rutiner och riktlinjer revideras årligen eller tidigare vid behov. Det innebär att rutiner och riktlinjer blir väl kända för chefer och personal och följs i verksamheten.
- Utveckla teamträffar för att förbättra samverkan kring patientens vård. Det innebär att kvaliteten och tydligheten i teamträffar behöver förbättras samt följsamheten till gällande rutin bland enhetschefer.
- Arbeta aktivt med kvalitetsregister för att stärka patientsäkerheten. Det innebär att fortsätta säkerställa att relevanta kvalitetsregister används och att data analyseras för att förbättra vården.
- Öka kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonal genom fortbildning. Det innebär genom att strukturerade utbildningsinsatser och fortbildningsinsatser ges för att höja och bibehålla kompetensnivån.
- Förbättra egenkontroller, analys av brister och systematiskt förbättringsarbete. Det innebär att säkerställa att egenkontroller genomförs regelbundet och att förbättringsåtgärder vidtas.
- Stärka den tvärprofessionella samverkan för ett personcentrerat arbetssätt. Det innebär att förbättra samverkan både inom och utanför verksamheten för en mer patientcentrerad vård.