

Patientsäkerhetsberättelse för Norsjö kommun År 2025



Datum: 2026-02-02

Ansvarig för innehållet: Carin Östlund, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Sofie Lindström, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: KS-26/00115

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Innehåll

Sammanfattning av måluppfyllelse 2025	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier 2025	6
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu	20
Är vården säker idag	20
Riskhantering	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026	24

Sammanfattning av måluppfyllelse 2025

För 2025 sattes två mål inom patientsäkerhetsarbetet, men inget av dem uppnåddes fullt ut.

Mål 1: Riskbedömningar enligt Senior alert

Målet var att alla boende på särskilt boende skulle få minst en riskbedömning under året.

Resultatet visar att detta inte har uppnåtts. På ett boende har riskbedömningar genomförts på papper men inte registrerats i Senior alert. På ett annat boende saknas Senior alertombud i riskbedömningar, vilket påverkat genomförandet. Utbildning har försvårats av tidsbrist hos både personal och utbildare. Arbetet med utbildning och stöd fortsätter under 2026. Projektmedel avslutades under 2025, och i nuläget finns ingen utsedd att driva utvecklingsarbetet vidare.

Mål 2: Fördjupade läkemedelsgenomgångar

Målet var att 80 % av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård skulle få en fördjupad läkemedelsgenomgång under året. Endast ett fåtal sådana genomgångar har registrerats. Orsakerna är framför allt tidsbrist hos sjuksköterskor för förberedelser samt otillräcklig läkartid. Fördjupade läkemedelsgenomgångar kräver bland annat symtomskattningar och provtagningar inför läkarbedömningen. Enkla läkemedelsgenomgångar görs dock rutinmässigt vid konsultationer.

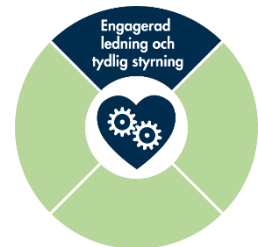
Mål för 2026 blir samma som varit för 2025 eftersom det behövs jobbas vidare med dessa

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier 2025

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

Mål 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla som bor på särskilt boende för äldre.

Strategier:

Arbeta för att senior alert fortsätter att användas i äldreomsorgens verksamheter. När det upptäcks risker ska det utredas om det finns bakomliggande orsaker, åtgärder ska sättas in och uppföljningar göras. Enheterna ska genom chef och Senior alertombud delges resultaten regelbundet till vård- och omsorgspersonalen och ansvariga legitimerade personal.

Resultat Mål 1:

Under 2025 genomfördes 38 riskbedömningar inom trycksår, undernäring, fall och munhälsa i Norsjö kommun. Totalt bedömdes 31 unika personer och risk identifierades i en stor andel av bedömningarna. Dokumentation av bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner är överlag god. Uppföljning av åtgärder sker i majoriteten av fallen. Skillnader ses dock mellan riskområden, särskilt avseende utförda åtgärder inom munhälsa.

Riskbedömningar har huvudsakligen genomförts på särskilda boenden, främst Solbacka samt Vinkelbo särskilt boende och korttidsboende. Dessa enheter uppvisar hög andel identifierade risker och relativt god dokumentation av åtgärdsplaner. Variation finns mellan enheterna när det gäller uppföljning och genomförande av åtgärder. Resultaten visar att riskbedömning och dokumentation fungerar väl i de verksamheter där arbetet är etablerat. Samtidigt finns ett glapp mellan planerade och utförda åtgärder, framför allt inom munhälsa. Avsaknad av riskbedömningar inom hemtjänst och funktionsnedsättningsomsorgen innebär risk för utebliven tidig upptäckt av vårdskador. Förbättringsåtgärder bör inriktas på stärkt uppföljning av åtgärder samt ökad enhetlig tillämpning av riskbedömningar. Uppföljning av kvalitetsregistrets resultat bör användas mer systematiskt i verksamheternas förbättringsarbete.

Under 2025 genomfördes riskbedömningar av blåsdysfunktion på 9 unika personer i Norsjö kommun, samtliga med identifierad risk. Bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner dokumenterades i drygt hälften av bedömningarna. Uppföljning genomfördes för de riskbedömningar där åtgärd planerats, och utförda

åtgärder redovisades i samtliga uppföljda fall. Upplevd förbättring noterades i ett fåtal uppföljningar. Riskbedömningar har genomförts på Bäckgården och Solbacka, medan inga registreringar finns från övriga enheter. Resultatet visar att samtliga genomförda riskbedömningar identifierade risk för blåsdysfunktion, vilket indikerar att rätt målgrupp bedöms. Samtidigt dokumenteras bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner endast i cirka hälften av fallen, vilket innebär en risk för bristande systematik i det preventiva arbetet. Uppföljning av planerade åtgärder genomförs och utförda åtgärder redovisas, men upplevd förbättring noteras i begränsad omfattning. Arbetet är koncentrerat till ett fåtal enheter, vilket tyder på ojämlig tillämpning i kommunen. Förbättringsåtgärder bör inriktas på att säkerställa fullständig dokumentation, stärka uppföljning av effekt samt öka tillämpningen av riskbedömningar inom samtliga berörda verksamheter.

Det har genomförts riskbedömningar på papper på en del patienter men de är inte inlagt i kvalitetsregistret, därför är det inte med i resultatet i tabellen. Det finns inte Senior alertombud på alla avdelningar.Handledning och stöttning har inte kunnat genomföras beroende på att det har varit svårt att få till tid som passar personal och utbildare. Projektmedel för arbetet med Senior alert avslutades 2025, i nuläget är ingen utsedd att föra detta arbete vidare på grund av att det inte finns avsatt medel för detta.

En utmaning till att få det riskförebyggande arbetet att fortskrida är att få enhetschefer, legitimerad personal och personal på avdelningarna att jobba tillsammans och mötas i TEAM. Teamträffar behövs för att få till förbättringar för de äldre både på individnivå och i verksamheten. Bristen på sjuksköterskor i kommunen gör att det är svårt att få till tider för regelbundna teamträffar. På teamträffar ska riskbedömningar där det uppmärksammas risker tas upp och i teamet ska man se på bakomliggande orsaker, planera in åtgärder, som ska utföras och sedan ska de följas upp. I nuläget är det oftast Senior alert ombuden som gör hela processen och då finns risk att det inte blir känt bland övrig personal vilka åtgärder som sätts in.

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Strategier:

Samverkan med hälsocentralen för att det ska avsättas tillräckligt med läkarresurser och helst även apotekare som är med vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sjuksköterskorna behöver prioritera planering för fördjupade läkemedelsgenomgångar, det krävs förberedelser såsom provtagning och skattningar innan fördjupade läkemedelsgenomgångar kan genomföras.

Resultat Mål 2:

Ett fåtal fördjupade läkemedelsgenomgångar har rapporterats in i journalsystemet eller i kvalitetsmätningen vecka 46.

Det har rapporterats in att det är genomfört flera enkla läkemedelsgenomgångar. Det görs en enkel läkemedelsgenomgång varje gång det tas upp ett patientärende med läkare. Läkaren ser över läkemedelslistan vid konsultationer.

Analys

Det har varit brist på sjuksköterskor och brist på läkartider vilket har gjort att det är patientärenden som behövs lyftas på läkarkonsultationerna och läkemedelsgenomgångar har bara gjorts som enkla. Vid fördjupade läkemedelsgenomgångar krävs förberedelse genom skattning av symtom och provtagning bland annat. När det är ont om tider med läkare har det blivit ner prioriterat då patientkonsultationer har behövts göras i stället.

För att följa statistiskt läkemedelsgenomgångar behöver sjuksköterskorna dokumentera det i patientjournalen under rätt KVÅ-kod (= klassifikation av vårdåtgärder) vilket inte görs och det försvårar att få fram statistik.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare/Kommunstyrelsen

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat medföra en vårdskada. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvård i Norsjö kommun för vårdgivare, utbildnings- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

Verksamhetschef för omsorg

Verksamhetschef för Omsorg där även hälso- och sjukvården ingår representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet samt patientsäkert i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig rehabilitering. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS utgör tillsammans med Medicinskt ansvarig rehabilitering, MAR och verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS ansvarar för att:

1. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
3. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
4. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,

- b) rapportering enligt patientsäkerhetslagen och
- c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda samt anmäla Lex Maria ärenden och anmäla om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Medicinskt ansvarig rehabilitering, MAR

Legitimerad arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut med ansvar för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet för områdena rehabilitering och behandling inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. MAR utgör tillsammans med MAS och verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAR ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområden.

Medicinsk ansvarig för rehabilitering ansvarar för:

- 1) att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- 2) att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- 3) att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- 4) att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- 5) att anmälan görs till socialnämnden som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- 6) MAR ansvarar även för att det finns rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter och hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbete, förbättringsarbete och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

Kvalitetsledningsgrupp

Verksamhetschef omsorg, omsorgs strateg, MAR, MAS samt kvalitetssäkerhetssamordnare, KSS har ingått i denna grupp som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter på övergripande nivå. Kvalitetsledningsgruppen träffas ungefär 1 gång/månad.

Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Region Västerbotten: Hälsocentral, Smittskydd och Vårdhygien. Patientnämnden kan också vara en del i det externa kvalitetsarbetet. Till patientnämnden kan individer kostnadsfritt vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Inspektionen för vård och omsorg, IVO har en nationell tillsyn av äldreomsorgen som pågår ännu. Deras tillsyn visar på förbättringsområden som det behövs arbetas med.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansträffar sker månatligen med Norsjö hälsocentralsledning, verksamhetschef och avdelningschef samt kommunens hälso- och sjukvårdsledning: verksamhetschef omsorg, enhetschef medicinska enheten, MAR och MAS. Träffarna gör det möjligt att ta upp övergripande frågor som berör verksamheterna och att lösa problem tillsammans. En arbetsgrupp (avdelningschef från hälsocentralen, enhetschef medicinska enheten och MAS samt MAR) jobbar sedan vidare med att revidera och upprätta gemensamma rutiner. Lokal rutin gällande teamsamverkan och läkarmedverkan i Norsjö finns.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten som ger stöd vid bland annat vårdhygieniska frågor, i samband med om- eller tillbyggnation inom vård och omsorg samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. De håller i utbildningar och genomför hygienronder samt stödjer kommunen med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta till exempel om en brukare är bärare av multiresistenta bakterier och vid infektioner. Vårdhygien har varit och är ett ovärderligt stöd i förbättring av det förebyggande arbetet för att minska smitta. De fortsätter även att vara till stöd och förmedlar rekommendationer till kommunerna för att underlätta vårt patientsäkerhetsarbete samt utarbetar rutiner för kommunerna inom deras kunskapsområde.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten som utför kontroller och lagar medicintekniska hjälpmedel. De stöder och ger råd när medicintekniska hjälpmedel ska köpas in.

Avtal finns även med Hjälpmedelscentralen, Region Västerbotten gällande personligt utskrivna hjälpmedel och en del medicintekniskutrustning som vi hyr.

Överenskommelse finns om samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsobedömning) och nödvändig tandvård med Region Västerbotten.

Samverkan sker även i Strategiska samverkansgrupp i Skellefteå och Norsjö området. Samverkansgruppen har representanter från ledning i Skellefteå sjukvårdsområde, Skellefteå kommun samt Norsjö kommun och det representerar området äldre, vuxna samt barn och unga.

I länet samverkar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga rehabilitering, MAR i nätverk för länet för att tillsammans lyfta patientsäkerhetsfrågor och hjälpas åt med omvärldsbevakning. Inlandets 8 kommuner, där Norsjö ingår, har regelbundna nätverksträffar för MAS och MAR där samverkan sker gällande gemensamma frågor inom patientsäkerhet i mindre kommuner.

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Samverkan sker därför även inom kommunen med verksamhetschef omsorg, ansvariga chefer inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, omsorgens strateg, kvalitetssäkringssamordnare, chefsstöd, MAR och MAS i Verksamhet äldre och funktionsnedsättningsomsorgen (VÄFO) 1 gång per månad. Där behandlas till exempel ny information, organisationsfrågor, kvalitetsfrågor och övrigt som berör kvalitet och säkerhet i verksamheterna. VÄFO mötet är även styrgrupp för kvalitet i Omsorgen, KOM. I KOM arbetas det med att förbättra kvalitén inom vård av äldre på särskilt boende. En

arbetsgrupp bestående av kvalitetssäkringssamordnare samt vård och omsorgspersonal jobbar med uppdrag gällande kvalitén.

Det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete i kommunen. Egenkontroller utförs i verksamheterna för att följa verksamheternas resultat.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För att använda de olika systemen i verksamheten där patientuppgifter finns som till exempel Lifecare (verksamhetssystem), Pascal (nationellt ordinationsverktyg för läkemedel), NPÖ (nationell patientöversikt) och kvalitetsregister används tvåfaktor inloggning för att säkerställa att endast behöriga användare kommer åt verksamhetssystemet. Det arbetas med att säkerställa att endast behöriga användare kan ta sig in i systemet och att använda det. När anställning upphör tas deras behörigheter bort. Inom Medicinska enheten används SITHS-kort för inloggning i de olika systemen som behövs i arbetet.

Rutin finns för regelbundna och slumpmässiga loggkontroller. Loggkontroll 2025 i verksamhetssystemet var utan anmärkning inom Medicinska enheten.

Strålskydd

Det används cytostatika läkemedel hos vissa patienter. Det finns rutiner hur detta ska hanteras för att ingen personal ska utsättas för någon skada.

En god säkerhetskultur

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

Både patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Det är viktigt att kommunikation mellan kollegor och ledning är öppen för att brister ska komma fram och kunna åtgärdas.

För att systematisk fånga upp risker och brister som berör patienterna skrivs avvikelser av den person som upptäcker händelsen. Om det är risker och incidenter som berör personalens arbetsmiljö skrivs KIA anmälan. Avvikelse rapporter utreds och åtgärder sätts in samt att åtgärder följs upp. När avvikelserna är utredda ska de återkopplas till berörda.

Arbetet med utredningar inom vårdskador ligger efter men åtgärder sätts in i samband med händelsen som rapporteras. Det brister i återrapportering till berörda på så sätt att det tar alldeles för lång tid och ibland uteblir det. För att få till en god säkerhetskultur behöver vi förbättra arbetssätt för vårdskador så att de blir



utredda snabbare och få till åtgärder som minskar att liknande vårdskador inträffar samt återkoppla vad som gjorts till berörda för att tydliggöra att vi jobbar med att förbättra patientsäkerhet.

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.



Vården har förändrats över tid. Den vård som nu utförs inom särskilt boende för äldre och hemsjukvård innebär att det behövs mer kunskap om sjukdomar och sjukvård samt att vården är personcentrerad och samordnad då det kan vara olika vårdgivare som är involverad i patientens vård. Den tekniska utvecklingen går framåt och mer avancerad vård utförs i hemmen vilket innebär att all personal som vårdar den patienten måste ha den kunskap som krävs för att det ska vara tryggt och säkert att utföra vård- och omsorg.

Inom Medicinska enheten arbetar legitimerade sjuksköterskor, legitimerade arbetsterapeuter och legitimerad sjukgymnast. Det gör att vi har bred kompetens inom hälso- och sjukvården bland legitimerad personal där de kan arbeta i team när det behövs runt en patient. Det är spridd ålder i gruppen, olika sjukvårdserfarenheter och de har arbetat olika länge i kommunal hälso- och sjukvård vilket gör att kompetensen är bred och av god kvalitet. Det är ett öppet klimat så de kan lyfta problem med varandra och ge stöttning och råd. När det erbjuds utbildningar som berör vårt område försöker enhetschef utifrån resurser låta personalen gå för att de ska få kompetensutveckling.

Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter är också hälso- och sjukvårdspersonal under tiden de utför uppgiften. Kompetensen inom hälso- och sjukvård hos vård- och omsorgspersonalen behövs förbättrats då det är svårare att få utbildad och erfaren personal att söka till våra verksamheter. Det finns en del som arbetar inom omsorgen som behöver stöd i svenska språket. Det finns några enstaka Språkombud inom vård- och omsorg. Det finns behov av att göra bedömning av kunskaper i svenska språket inför anställning som ordinarie eller vikarie inom vård och omsorg och språktester för nyanställda är infört under 2025.

För att ge ny personal en möjlighet att komma in i hur arbetet ska utföras samt ge ordinarie vård- och omsorgspersonal möjlighet till att förbättra eller repetera kunskaper har en sjuksköterska jobbat med utbildning i basalomvårdnad och basala hygienrutiner där personalen har fått göra praktiska övningar på en fullstor docka. Sjukgymnasten har utbildat samma kategorier i förflyttningskunskap samt hjälpmedelshandtering. En utbildningssatsning är påbörjad under hösten 2025 i palliativ vård till vård- och omsorgspersonal inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen.

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.



Patienter och närstående (efter samtycke från patient) är delaktiga i vårdplanering och vid SIP (=samordnad individuell plan). Vid dessa träffar kan patient och ev. närstående framföra sina önskemål och ta del av information som leder till att personcentrerad vård planeras tillsammans med patienten. Patienten informeras vid förändringar i måendet om vilken vård som kan behövas och finns det olika valmöjligheter ska information ges så patienten förstår och kan göra ett eget val eller närstående om patienten gett den fullmakt.

När det behövs försöker vi ordna att läkare kan göra hembesök (beror på resurser på hälsocentralen) för att träffa patienten och eventuella närstående för att öka patientens delaktighet i planering för vården. Det är lättare att få till hembesök av läkare med kortvarsel om det ska ske i Norsjö centrala samhälle än om det är en bit utanför då behövs framförhållning för att kunna få till att läkare ska kunna följa med på hembesök. Akuta besök på hälsocentralen går alltid ordna.

Patienten och närstående (vid samtycke) är också delaktiga vid läkarens samtal om vårdnivå samt vid tidigt brytpunktsamtal och brytpunktsamtal vid vård i livets slut. Under 2025 var det 25 patienter som hade ett dokumenterat brytpunktsamtal och 23 patienter dokumenterad individuell vårdplanering inom särskilt boende. Kvalitetsmätningen vecka 46 visar att 17 av 34 patienter inom hemsjukvården har haft en samordnad individuell plan, SIP. En av orsakerna till att alla inte haft en SIP är att patienten själv tackar nej till att ha en SIP.

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. Egenkontrollerna är ett sätt att göra uppföljning. På arbetsplatsträffar redovisar enhetschefer arbeten som pågår samt resultat som framkommit i egenkontrollerna enhetsvis. MAS redovisar egenkontrollerna på MAS-träffar, VÄFO och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Egenkontroller som utförs, se tabell 2

Tabell 2 Egenkontroller som genomförs under året inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Personalen fyller i självskattningsblankett.

Hygienronder	Ca vart 4:e år	Hygienskötterska från Vårdhygien genomför detta på särskilt boende.
Vårdhygienisk egenkontroll	1 gång/år	Enhetschef samt någon av hygienombud, skyddsombud utför detta.
Nattfastemätning	2 gång per år	Veckolång mätning på enheterna på pappersblankett. Enheterna kan själva mäta oftare. Höstens mätning ingår i kvalitetsmätningen vecka 46.
Kvalitetsmätning	Vecka 46 varje år	Sjuksköterskorna fyller i pappersblankett eller via forms för särskilt boende samt hemsjukvård.
Trycksår	1 gånger per år	Kvalitetsmätning v. 46.
Avvikelser	Följs löpande och återkopplas löpande till enheterna. Redovisas 1 gång per år i Patientsäkerhetsberättelsen.	Lifecare avvikelssystem
Patientens/närståendes klagomål och synpunkter	Löpande. Utredning och åtgärder återkopplas till anmälaren samt berörda.	Patientnämnden, IVO, avvikelssystemet samt synpunkts- och klagomålssystemet i kommunen.
Undernäring	4 ggr/år eller oftare vid behov. 2 ggr/år	Viktkontroller. Senior alert
Palliativ registret	Följs kvartalsvis och återkopplas till medicinska enheten 4 ggr/år. Rapporteras årsresultat i patientsäkerhetsberättelsen.	Hämtas resultat från palliativ registrets rapporter.
Uppsökande munhälsobedömning och munvårdutbildning	Erbjuds 1 gång per år uppsökande munhälsobedömning. Munvårdutbildning ska all personal genomgå.	Tandvårdsenheten Region Västerbotten utför detta.

Identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av egenkontrollerna

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler:

Självskattning genomförs av personal i vårdnära yrken. Vid höstens skattning inkom 53 svar.

Självskattningen hösten 2025 visar att följsamheten till basala hygienrutiner generellt är god. Personal följer i hög utsträckning rutiner för handdesinfektion efter vårdtagarnära arbete, användning av kortärmad arbetsdräkt samt att vara fri från smycken, ha korta naglar och uppsatt hår.

De vanligaste avvikelserna gäller handsprit före vårdtagarnära arbete och användning av plastförkläde, särskilt inom hemtjänst och hemsjukvård där handsprit inte alltid finns tillgängligt i brukarens hem. Flera medarbetare anger dessutom att plastförkläde bedöms som ”ej nödvändigt” i vissa moment. Enstaka avvikelser förekom även kring smycken, främst ringar som inte tas av. Trots detta visar resultaten att rutinerna följs väl inom merparten av verksamheterna och arbetsmomenten.

För att stärka följsamheten till basala hygienrutiner planeras flera förbättringsåtgärder. Tillgången till handsprit i ordinärt boende behöver säkerställas, och personal ska alltid bära med sig handsprit vid hembesök för att möjliggöra korrekt handdesinfektion. Rutinerna för användning av plastförkläde ska förtydligas och repeteras, särskilt avseende moment där det finns risk för kontakt med kroppsvätskor. Följsamheten kring smyckesfria händer behöver förbättras, med särskilt fokus på personal som inte kan ta av ringar. Vidare ska det tydliggöras att basala hygienrutiner gäller även vid korta eller av personalen bedömda låg-risk-moment. Slutligen fortsätter verksamheterna med riktade utbildningsinsatser och påminnelser för att säkerställa en enhetlig och hållbar efterlevnad av rutinerna.

Hygienrund och Vårdhygienisk egenkontroll

Hygienrund med vårdhygienssköterska, enhetschef, MAS och hygienombud på enheten genomfördes 2025 på Bäckgården, Vinkelbo, Åkargatan 13 samt Kroken. Det planeras att genomföras på Solbacka under 2026.

Respektive enhetschef ansvarar för att arbeta fram handlingsplan för brister som framkom vid egenkontrollen tillsammans med personalen och åtgärda dessa samt följa upp åtgärderna.

Nattfastemätning

Mätningen av nattfasta visar ett genomsnitt på cirka 12,6 timmar med tydlig spridning mellan enskilda observationer. De flesta mätvärden ligger ungefär mellan 12 och 14 timmar, men det förekommer både högre värden (upp mot cirka 16–17 timmar) och lägre värden (i vissa fall under 8 timmar). I materialet finns även ofullständiga uppgifter (saknade värden), vilket påverkar möjligheterna till heltäckande analys. Sammantaget indikerar resultaten en stor individuell variation i nattfastans längd och understryker behovet av fortsatt uppföljning över tid, särskilt med fokus på att minska spridningen mellan individer samt att stärka datakvaliteten genom fullständiga registreringar.

Avtal med dietist finns sedan 2025 för att få hjälp att öka kompetensen inom nutritionsområdet, både för råd vid patientärenden och utbildning på särskilt boende. En arbetsgrupp har bildats gällande nutrition. I samverkan med kostchef, dietist, enhetschefer, kostombud och MAS. Måltidsordningen har förändrats genom att lunch, middag och kvällsfika har blivit framflyttat för att det inte ska vara för tätt mellan måltiderna och för att försöka minska nattfastan. Under 2026 kommer utbildningar och satsningar på att öka förståelsen hos personalen för hur vi ska minska den långa nattfastan.

Kvalitetsmätning Hemsjukvård vecka 46 se bilaga 1.

Se bilaga 1 för årsjämförelse mellan åren 2023–2025.

Kvalitetsmätning Särskilt boende äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen vecka 46 se bilaga 2.

Se bilaga 2 för årsjämförelse mellan åren 2023–2025.

Statistik inlandskommunerna 2025 se bilaga 3.

Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Resultat av kvalitetsindikatorerna i Norsjö kommuns hälso- och sjukvård för 2025 visas i spindeldiagram 1 och för 2024 i spindeldiagram 2 för att kunna jämföra.

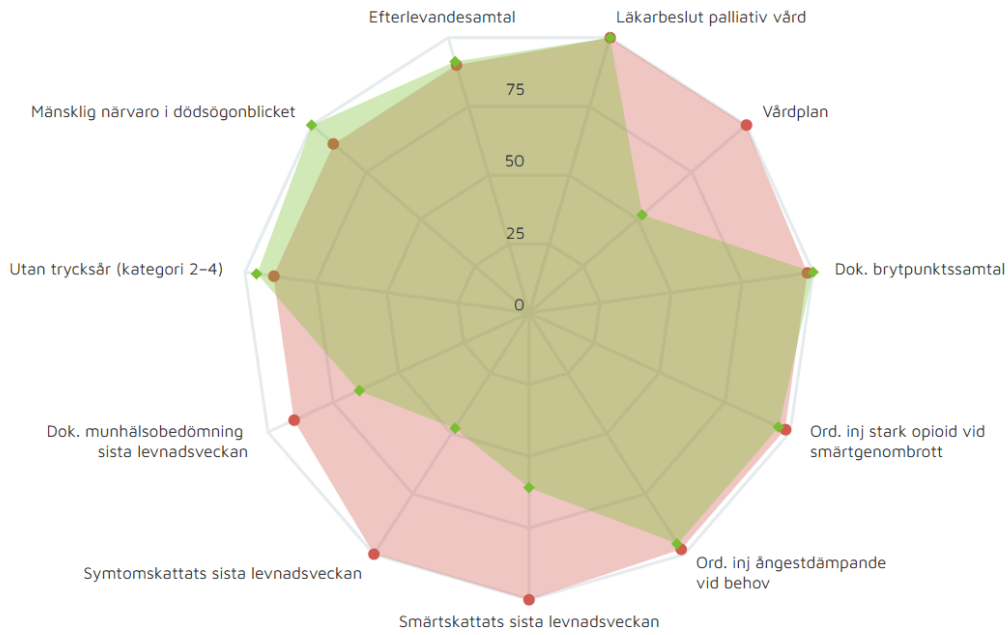
En jämförelse mellan 2024 och 2025 visar att resultaten i stort är stabila över tid med vissa förbättringar. Under 2025 ses en förbättrad måluppfyllelse inom flera indikatorer kopplade till medicinska ordinationer, såsom ordination av stark opioid vid smärtgenombrott och ångestdämpande läkemedel vid behov. Även läkarbeslut om palliativ vård och dokumenterat brytpunktssamtal ligger fortsatt på en hög nivå och nära uppsatta målvärden.

Samtidigt kvarstår utvecklingsområden jämfört med 2024, framför allt inom vårdplan, symtomskattning under sista levnadsveckan samt dokumenterad munhälsobedömning i livets slutskede, där resultaten även 2025 understiger målvärdena. Indikatorn mänsklig närvaro i dödsögonblicket samt andel utan trycksår (kategori 2–4) visar likvärdiga resultat mellan åren. Sammantaget visar jämförelsen att kvaliteten i den palliativa vården är god och relativt jämn över tid, men att behov kvarstår av att stärka systematik och dokumentation i omvårdnadsnära processer.

Palliativ vård kommer vård- och omsorgspersonal att erbjudas utbildning i under 2025 och 2026. Legitimerad personal behöver också få fortbildning i palliativ vård. Kvalitetsindikatorerna för 2025 kommer att visas för medicinska enheten och utifrån resultatet kommer gruppen få diskutera hur de vill jobba vidare för att förbättra palliativ vård.

Spindeldiagram 1. Visar kvalitetsindikatorer från Palliativregistret för 2025.

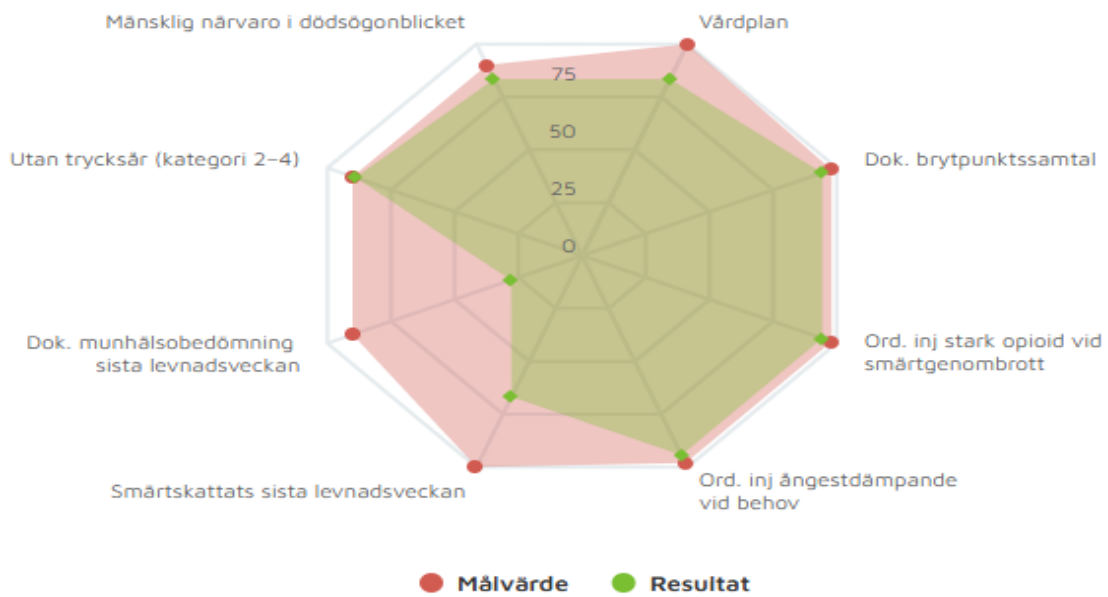
Period 2025-01 - 2025-12



Spindeldiagram 2. Visar kvalitetsindikatorer från Palliativregistret för 2024.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



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

Analys av vårdskador 2025

Det har under 2025 inkommit 497 vårdskaderapporter, 2024 var det 239 vårdskaderapporter. Av 2025 års vårdskaderapporter är det gjort 475 utredningar och det är 289 åtgärder insatta. De klart vanligaste avvikelserna är läkemedelsavvikelser 183st och fall 205st. Övriga avvikelserapporter, se tabell 1. En ökning har skett mellan 2024 och 2025 av avvikelsetyp Brister i vården från 50 till 81 vårdskaderapporter, övriga avvikelsetyper har minskat eller är oförändrade.

Sammantaget ger fördelningen en tydlig bild av att fall och läkemedelshantering fortsatt utgör de mest betydande riskområdena i verksamheten och därmed de områden som kräver fortsatt fokus i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 1. De avvikelsetyper som rapporteras är följande 2025:

Övergripande tabell – Avvikelsetyper 2025

Avvikelsetyp	Antal
Brister i vården	81
Bruten sekretess	2
Extern avvikelse inkommen	1
Extern avvikelse utgående	10
Fall	205
Förväxlingar	1
Hot och våld	10
Läkemedelshantering	183
Medicinteknisk produkt	1
Tryckskada/trycksår	1
Undernäring/felnärd	1

Det har skett förändringar i personalbemanningen där det anställs personer som inte har teoretisk eller reella kunskaper om vård och omsorg samt i vissa fall finns det brister i svenska språket.

Kompetensbristerna visar sig även i vårdskador. Bristerna är kända och det arbetas med att höja kvalitén inom vård och omsorg på olika sätt. Praktiska utbildningar ges i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik, hjälpmedelsanvändning. Det arbetas även med vård- och omsorgspersonalen på enheterna för att förbättra deras kunskaper i att ta del av dokumentation och kunskaper i att dokumentera om brukarna. Det behövs även göras individuella språkbedömningar för att kunna veta hur vi kan stötta och hjälpa de som behöver mer stöd för att komma vidare i att förbättra svenska språket. Personal som

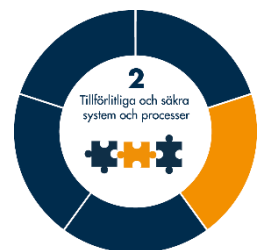
inte har vård- och omsorgserfarenhet kan trots det fungera riktigt bra i samarbete med patienterna och kollegor. Omsorgens ledning behöver ge dem förutsättningarna att komma in i arbetet på ett bra sätt. Vi behöver lära ut hur vi ska jobba förebyggande och upptäcka risker innan vårdskador inträffar.

Ett sätt att förbättra vård och omsorg är att använda ett strukturerat arbetssätt och göra riskbedömningar, och när risker upptäcks jobba i team för att titta på orsaker och sätta in åtgärder samt att följa upp åtgärderna enligt senior alert.

Varje enhet behöver följa upp sina egna resultat av till exempel avvikelser och risker samt analysera dessa för att fånga upp vilka områden där förbättringsarbete behöver sättas in. Det krävs att vi arbetar i team för att få till förbättringar då vi har olika kunskaper som kan bidra på olika sätt tillsammans. Att få till teamarbetet är en utmaning då det är brist på sjuksköterskor och det är svårt för vård- och omsorgspersonal att gå ifrån avdelningen för träffar. Enhetschefer behöver se över möjligheten att få till regelbundna träffar med olika professioner.

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

För att förbättra kompetensen hos vård- och omsorgspersonal ges praktiska utbildningar i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik samt hjälpmedelsanvändning.

Ett Introduktionsprogram är framtaget men har hittills inte använts som det var meningen. Det är mycket egna studier via webbutbildning som personen ska gå igenom. Det passar inte alla att bara göra webbutbildning utan även praktisk utbildning behövs och möjlighet att få fråga om saker som är otydliga till en fysisk person. Introduktionsprogrammet ses över inför varje sommarperiod.

Problem finns att kunna frigöra personalen så att de kan gå introduktionsprogram och praktiska utbildningar. För ny personal är det önskat att de får gå detta innan de inskolas på enheten så att de har några baskunskaper när de kommer ut och arbetar. Praktiska utbildningarna är även anpassade för ordinariepersonal som en kompetenshöjning, fördjupning, repetition men när det inte finns vikarier har det inte gått frigöra ordinariepersonal för utbildningarna mer än enstaka fall trots att det funnits utbildningstillfällen. Under 2025 har processen för introduktion och praktisk utbildning setts över och ett flödesschema har utarbetats för att tydliggöra ansvarsfördelning vilket ska underlätta att få till processen.

Läkemedelsgenomgångar har våra äldre rätt till att få och enkla läkemedelsgenomgångar har utförts. Tyvärr har vi inte fått tillräckligt med läkartider och tillräckligt med sjuksköterskeresurser för att kunna få till fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är område som lyfts och kommer fortsättas lyftas i våra samverkansträffar med hälsocentralen för att hitta lösningar hur vi ska få till detta.

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

God och nära vård är område vi ska jobba med tillsammans med Region Västerbotten och det jobbas med det på olika nivåer. Ledning för Norsjö Hälsocentral och ledning för Norsjö Kommuns hälso- och sjukvård träffas regelbundet för att diskutera gemensamma ärenden en gång i månaden.

Skellefteås slutenvård är snabbare på att skriva ut patienter än de varit tidigare. I kommunen upplever vi att patienterna som kommer hem är i sämre skick och behöver mer vård och omsorg som inte alltid har framkommit från utskrivningsrapporter. Det är en förklaring till externa avvikelser. Det har även lett till att vi har behövt skicka tillbaka några patienter till slutenvården då de inte klarat sig hemma eller blivit försämrade vid hemgången. Sluten vården har svårt att få kompetent personal vilket leder till resursbrist som gör att slutenvården inte kan ha öppen alla vårdplatser. Även kommunen har svårt rekrytera kompetent personal vilket har lett till att patienter kan ha fått vara kvar på sjukhus extra dagar. Det har även varit kö till kommunens särskilda boende under 2025 vilket lett till att kommunen inte kunnat ta hem patienter från sjukhuset när de är utskrivningsklara och är beviljade korttidsvård för att på korttidsboendet har det varit fullt med patienter som väntar på särskild boendeplats.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vid varje vårdskaderapport ska det bedömas klassificering av vårdskada. Det görs även en bedömning av sannolikhet av att det inträffar igen samt vilken allvarlighetsgrad vårdskadan bedöms som. När det är risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada görs Lex Maria utredning och anmälan. Om sannolikhet och allvarlighet bedöms högt så kontaktas MAS och MAR som då är med i utredning, åtgärder och uppföljning.

Vid förändringar i verksamheterna görs en risk- och konsekvensanalys med olika representanter från verksamheterna.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

IVO:s nationella granskning av äldreomsorgen i kommunen är avslutad. Det är ingen Lex Maria anmälan gjord 2025 till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Journalgranskning har skett i samband med utredningar av vårdskador. Markörbaserad journalgranskning är genomförd inom hemsjukvården av MAS och MAR.

Återkoppling av ovanstående händelser och kontroller samt resultat görs inom verksamheten för att sprida kunskap och fånga förbättringsområden som verksamheterna behöver arbeta med. Viktigt att resultat från pågående arbeten återkopplas för att sprida engagemang samt förståelse för förändringar som behövs för att komma vidare i förbättringsarbetet och göra att alla känner sig delaktiga.

Avvikelser

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

Fall

Totalt inom Omsorgen har fallen minskat 2025 till 136 jämfört med 2024 då det var 163. Konsekvensen av ett fall som leder till fraktur har minskat under 2025 då det är inrapporterat att 6 personer har drabbats av frakturer jämfört med 2024 då det var 11 personer som drabbades av frakturer. Under 2025 ledde 2 av fallen inom hemsjukvården till frakturer, en minskning av frakturer sedan 2024 (4 frakturer).

Att personer faller kan bero på att de använder vissa läkemedel som kan medföra att personerna blir bensvaga och faller lättare. Ökat antal fall kan även bero på personens grundsjukdom som medför ökad risk för fall. Det kan även bero på utebliven träning för balans och styrka. Ett för litet intag av energi- och näringsrik kost, ökar också risken för fall samt frakturer vid fall.

Omsorgens personal behöver förbättrade kunskaper i förebyggande av fall samt att förbättring av följsamhet till ordinerade HSL-uppdrag för träning behöver ökas. Utbildning i förebyggande av fall genom aktiviteter som stärker balans och styrka samt god nutrition som är utspridd över dygnet behövs. På särskild boende inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen finns nu dietistkompetens där planer för 2026 är utbildning av personal samt att möjlighet till konsultation i patientärenden används.

Utbildningsinsats genomförs för nyanställd personal inom Omsorgen som innefattar förflyttningsteknik, ergonomi, basal omvårdnad samt basala hygienrutiner. Det erbjuds även till ordinarie personal.

Vid analys av fall inom särskilt boende för äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen har en ökning av nyckeltal skett mellan 2025 och 2024, se tabell 1.

Tabell 1. Årsjämförelse gällande fallavvikelser inom särskilt boende och korttidsboende inom äldre och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO 2021 – 2025 i nyckeltal (nyckeltal = fall/boendeplats).

ÅRTAL	FALL NYCKELTAL
2021	1,81
2022	1,49
2023	1,08
2024	1,27
2025	1,4

Tabell 2. Inom hemsjukvård med eller utan hemtjänst årsjämförelse gällande fallavvikelser i nyckeltal (nyckeltal=fall per inskriven i hemsjukvård) mellan år 2021 - 2025.

ÅRTAL	FALL NYCKELTAL
2021	0,80
2022	0,68
2023	1,63
2024	1,60
2025	1,05

Årsjämförelsen visar att läkemedelsavvikelserna inom särskilt boende och korttidsboende har ökat i nyckeltal (antal avvikelser per boendeplats) 2025, se tabell 3. Det infördes ett digitalt signeringssystem för läkemedelsgivning något år efter byte av verksamhetssystemet vilket borde ha minskat läkemedelsavvikelser men det brister fortfarande i läkemedelshanteringen. Det beror till viss del på att personalen inte signerar direkt vid administreringen, personalen inte har med sig det digitala verktyget när de administrerar läkemedel. Det brister även att en del inte är inne i verksamhetssystemet så de ser inte vilka hälso- och sjukvårdsuppdrag de ska utföra. Om kontinuiteten på personal med delegering minskar ökar risken för fler läkemedelsavvikelser.

Tabell 3. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2021 – 2025 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende.

ÅRTAL	LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL
2021	1,70
2022	1,18
2023	1,4
2024	1,07

2025	1,4
------	-----

Årsjämförelsen i hemsjukvård visar att nyckeltalet har ökat 2025, se tabell 4. Inom hemtjänsten används ett mobilt signeringssystem som de har i sina mobiltelefoner där deras planering för dagen finns med. Om det ska ges läkemedel hos en brukare kan de inte lämna brukaren innan uppgiften är utförd vilket gör att det borde bli minskade läkemedelsavvikelser. Det som varit problem för hemtjänsten 2025 är att det varit för få personal som kunnat få läkemedelsdelegering vilket gjort att personal med delegering fått åka runt mycket och varit stressad på grund av att den behövt administrera läkemedel i hemtjänstgrupp där de inte känner brukaren så väl. Avvikelsestatistiken inom hemsjukvård är inte så säker, svårt veta vilket antal inskrivna man ska räkna på då det varierar över året. För en del av avvikelserna kan det vara hälsocentralen som har hälso- och sjukvårdsansvaret.

Tabell 4. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2021–2025 inom hemsjukvård där insatsen är övertagande av läkemedelshantering.

ÅRTAL	LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL
2021	2,52
2022	1,44
2023	2,05
2024	1,54
2025	2,44

Förbättringar har skett i att trygga upp läkemedelsdelegeringarna inom ÄFO genom förbättringar i kunskapsmaterialet, muntlig genomgång samt skriftligt test för att trygga upp att de som får delegering verkligen har de kunskaper som behövs. Det krävs även kunskap i svenska språket för att kunna få delegering av läkemedel, personerna måste förstå, tala, läsa, skriva och förmedla sig i svenska språket för att få delegering. Personalen måste även vara inne i verksamhetssystemet och ta del av information samt dokumentera det som händer i journalen samt veta att rapportera förändringar hos patienterna till legitimerad personal.

Klagomål och synpunkter

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

Totalt har det inkommit 65 klagomål och synpunkter i hela omsorgen. Kommunens hälso- och sjukvård har varit inblandade i utredning och åtgärder samt uppföljningar i 2 av dessa. Återkoppling sker till anmälare och berörd personalgrupp. Kommunens hälso- och sjukvård har även varit delaktig i utredning kring klagomål och synpunkter gällande SoL.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För att öka riskmedvetenheten och beredskap håller kvalitetsregistret Senior alert på att återinföras och personalen får gå en grundutbildning i Senior alert i samband med införandet.

Avvikelser ska återkopplas på ett strukturerat sätt till medarbetarna för att medvetandegöra om risker och händelser som inträffat och tillsammans jobba för att undvika att liknande händelser inträffar igen.

Arbete pågår inom ledningen för hälso- och sjukvård att utarbeta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter, för att säkerställa att vård och omsorg kan bedrivas även vid avbrott eller händelser som kan påverka verksamheten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026

MÅL 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

Strategier:

Återinföra strukturerade riskbedömningar enligt Senior alert. När det upptäcks risker ska det utredas om det finns bakomliggande orsaker, åtgärder ska sättas in och uppföljningar göras. Enheterna ska genom chef och ombud samt legitimerad personal delges resultaten.

Utmaning:

Att få med och engagera vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och enhetschefer i arbetet att jobba förebyggande genom Senior alerts strukturerade vårdpreventiva process.

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Strategier:

Samverkan med hälsocentralen för att det ska avsättas tillräckligt med läkarresurser och helst även apotekare som är med vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sjuksköterskorna behöver prioritera planering för fördjupade läkemedelsgenomgångar, det krävs förberedelser såsom provtagning och skattningar innan fördjupade läkemedelsgenomgångar kan genomföras.

Utmaningar:

Att tid ska gå avsättas för fördjupade läkemedelsgenomgångar både från läkare och sjuksköterskor. Vi har under senare delen av 2025 fått minskade konsultationstider med läkare. Den fortsatta bristsituationen att kunna rekrytera sjuksköterskor medför även fortsatta utmaningar.