

Patientsäkerhetsberättelser 2025

Uppdrag

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (3 kap, 10 § PSL). PSB är en del av det kvalitetsledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Syftet med PSB är att beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts. PSB ska även beskriva hur verksamheterna arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Där ska även finnas en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. PSB ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har en mall som stöd för PSB. Den är framtagen för att stämma överens med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Mallen är ett stöd i arbetet med patientsäkerhet och kan användas av alla vårdgivare oavsett storlek.

Den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden för god och säker vård:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare
- Ökad kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärkt analys, lärande och utveckling
- Ökad riskmedvetenhet och beredskap



Genomfört

Nedan presenteras en sammanställning av verksamheternas PSB för 2025.

Alla verksamheter har under april fått en skriftlig återkoppling på sina PSB med krav om att komplettera vissa områden. Samtliga kompletteringar har inkommit och gjorts direkt i respektive PSB som delges till nämnd 2026-06-18.

Forenede Care

Björkgården, S:t Anna och Riggargatan har alla använt mallen från SKR vid upprättandet av PSB. Rapporteringen följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet gällande grundläggande förutsättningar och fokusområden.

Alla tre verksamheterna har förbättrat sin PSB utifrån MAS/MAR's synpunkter från föregående år i den del som beskriver grundläggande förutsättningar för god och säker vård. Alla PSB beskriver samma grundorganisation och alla tre verksamheterna har övergripande mål och strategier. Målen från föregående PSB är uppföljda och presenteras överskådligt i årets PSB. Alla tre PSB har även bättre beskrivit hur de arbetar inom de olika områdena för grundläggande förutsättningar.

I den del som beskriver Fokusområden kan alla tre PSB bli tydligare. Det är tydligt redogjort för vilka egenkontroller som görs i verksamheten, men information saknas om resultatet av dessa, liksom analys av vissa resultat.

Det finns tydliga tabeller för arbetet med avvikelser och alla har även gjort en kortare beskrivning av vilka typer av klagomål som inkommit och vilka åtgärder man vidtagit. Däremot stämmer fortfarande inte den sammanlagda siffran för avvikelser med den som MAS/MAR tagit fram. Detta kan dock bero på att vi inte undersöker samma sökord. Alla tre verksamheterna har försökt att förtydliga siffror kopplat till kvalitetsregister, men det står på olika ställen i alla tre PSB och inte under den rubrik där det borde stå. Det kan förtydligas ytterligare med bilder och grafer från de olika registren tillsammans med en analys av resultatet.

Inför 2026 har alla tre verksamheterna beskrivit nya övergripande mål, dock på lite olika sätt. Genomgående är att det finns en beskrivning av vilka specifika mål verksamheterna har samt vilka åtgärder man tänker vidta. Alla har även beskrivit hur och i vilka forum åtgärderna ska följas upp. Fortfarande saknas tidsaspekten samt hur måluppfyllelsen ska mätas. Alla tre verksamheterna har mål kopplat till kvalitetsregister, men väljer att arbeta väldigt olika och framför allt redovisar resultatet väldigt olika. Inte i någon PSB finns information om hur man arbetat med lokal handlingsplan för patientsäkerhet som låg i fokus under 2025 eller vilka åtgärder som man tagit fram.

I två av Forenede cares verksamheter bedrivs demensvård, men det är bara i en PSB som arbetet med BPSD beskrivs. I en PSB står det om arbetet med digital signering, medan de andra verksamheterna inte nämner det alls.

Verksamheterna har under april fått skriftlig återkoppling på PSB med krav om kompletteringar. Alla tre verksamheter inom Forenede Care har korrigerat och lagt till information i sina PSB. Det är mer fylligt beskrivet och bättre analyserat kring arbetet inom vissa områden och det är förtydligat där återkoppling getts.

Betelhemmet

Betelhemmets PSB ger en övergripande sammanställning där verksamheten beskrivs inom alla områden. Det finns en beskrivning av övergripande mål och strategier samt hur man arbetat med dem under 2025 samt hur man avser att arbeta framöver. Man redovisar resultat från Senior alert samt att man identifierat förbättringsområde gällande dokumentation av framtagna åtgärder kopplat till respektive riskområde samt hur man avser att stärka teamsamverkan, vilket anses positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

Verksamheten har efter återkoppling inkommit med förtydliganden och justeringar utifrån följande områden:

- Beskrivningar av aktiviteter som inte har en tydlig koppling till patientsäkerhet. Exempelvis har trädgårdsdag, jul/sommarfest och utflykter tagits bort då det inte är relevant i en PSB.
- Komplettering med beskrivning av hur framtagande av lokal handlingsplan för patientsäkerhet gått till samt hur man avser arbeta med den framöver.
- Komplettering med analys av resultat gällande genomförd HALT-mätning samt analys av egenkontroller vid hygienrond och självskattningar av basal hygien.

Verksamheten har sammanlagt 22 mål som man avser att arbeta med under kommande år, vilket anses vara mycket. Dock är omfattningen av de olika målen varierande.

Division Social omsorg (DSO)

DSO har fortsatt använt sig av mallen från SKR. Rapporteringen följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet gällande grundläggande förutsättningar och fokusområden.

PSB ger en bra övergripande sammanställning över samtliga delar. Verksamheten beskrivs inom alla områden med förklarande detaljer, tabeller och exempel. Det är enkelt att förstå processer och det kommunövergripande arbetet med informationssäkerhet. Struktur kring samverkan, internt och externt, beskrivs tydligt och bra.

DSO beskriver att en hel del arbete gjorts under 2025 för att säkerställa bättre teamsamverkan. Ett gott teamarbete krävs för att säkerställa att patienterna får en god och säker vård av hög kvalitet. Verksamheten har reviderat och skapat rutiner för att stärka samverkan. Byte av verksamhetssystem för social dokumentation har under året påverkat både upprättande av avvikelser och att personal dokumenterar korrekt information i korrekt journal. Verksamheten har under 2025 arbetat med digitala lösningar för att stärka behoven kring rutiner och dokumentation. Arbetet kommer löpa på under 2026.

DSO beskriver små framsteg inom hanteringen av avvikelser och resultatet kommer fortsatt följas för att ta fram ytterligare åtgärder för att förbättra arbetet med att förebygga att vårdskador inträffar.

Det konstateras vidare att det under 2025 identifierats områden där det finns brister gällande rutiner och arbetsätt. Detta gäller basal hygien och klädregler samt brister som framkommit vid hygienrond inom hemtjänst och

funktionsstödsomsorg. Dessa områden kommer att arbetas vidare med under 2026.

För 2026 presenteras åtta mål. Målen är väl beskrivna utifrån område, omfattning, åtgärder, uppföljning samt ansvar. Målen har en tydlig koppling till patientsäkerhet.

Resursteam demens arbetar verksamhetsnära med stöd.Handledning ges till personal i arbetet med personer som uppvisar BPSD-symtom. Beskrivningen i PSB saknar även detta år helt redovisning kring hur Nyköping avser arbeta utifrån beslut fattade i samband med den nationella demensstrategin "Nationell demensstrategi 2025–2028" S2025/0012.

Resultatet i BPSD är försämrat både gällande antal signerade registreringar och antal registreringar på unika personer. Resursteam demens ansvarar för att utbilda enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på de enheter där man vårdar personer med demenssjukdom inom kommunens verksamheter (även privata). Redovisning kring hur dessa utbildningar genomförts, hur stor andel personal som fått utbildning och hur patienterna kommit till gagn av utbildningen som givits ska upprättas i separat rapport kring demensvård i Nyköpings kommun.

Verksamheten har efter återkoppling inkommit med förtydliganden och justeringar utifrån följande områden:

- Beskrivning av hur verksamheten har arbetat med lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Beskrivningen är tydlig vad som gjorts hittills och hur verksamheten ska arbeta framåt.
- SveDem saknades helt beskrivning för i PSB, men har nu lagts till. Detta är reglerat i avtalet mellan kommunen och regionen och Nyköping har i dagsläget ej arbetat alls med registret. I PSB beskrivs att verksamheten ska arbeta med Svedem under 2026.

Bedömning

Bedömning från MAS/MAR är att PSB för 2025 (efter inlämnade kompletteringar) ska godkännas.

Utifrån beskrivningen av arbetet kring demensvård i DSO's PSB, bedömer MAS/MAR att Vård- och omsorgsnämnden bör uppmana DSO/Resursteam demens att inkomma med fristående rapport för att tydliggöra arbetet med demensvården i Nyköpings kommun. Rapportens innehåll ska kopplas till de förbättringsområden som finns beskrivna i "handlingsplan för demensvård" reviderad 2024.

Beskrivna områden är:

- Målet är att all personal, det vill säga fast anställda, nyanställda och vikarier som möter personer med demenssjukdom genomför den webbaserade grundutbildningen Demens ABC.
- Införa verksamhetsnära stöd i verksamheterna där en person från Resursteam demens är kopplad till boendena för att arbeta som stöd ute i

verksamheterna; dels som stöd vid implementering av arbetet med BPSD-registret och utifrån arbetsgruppens behov.

- Alla enheter med specifik demensinriktning på särskilt boende, på dagverksamhet samt i hemtjänst ska arbeta systematiskt med BPSD-registret för att minska förekomsten av BPSD och höja livskvaliteten för personer med demenssjukdom som får vård och omsorg i Nyköping. Tydlig redovisning kring hur BPSD-utbildningar genomförts, hur stor andel personal som fått utbildning och hur patienterna kommit till gagn av utbildningen som givits.
- Fortsatt implementering av Nationella riktlinjer, Läns-gemensamt program och kommunens Handlingsplan för demensvård inom verksamheter där personal möter personer med demenssjukdom. Hur fortlöper arbetet med denna implementering samt arbetet med nationella demensstrategin "Nationell demensstrategi 2025–2028" S2025/0012.

Även den årliga redovisningen av kvalitetsindikatorer, som sker enligt Läns-gemensamt program för vård och omsorg av demenssjuka, bör vara en del av rapporten.

Innehållet i rapporten uppmanas att beskriva likvärdigt arbete till både privata och kommunala aktörer.