

Patientsäkerhetsberättelse för division social omsorg 2025



2026-02-20

Mattias Carlsson, Verksamhetschef HSL

Malin Eriksson, Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård

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. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

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”

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	10
Verksamheter inom organisationen	11
Hälso- och sjukvårdsorganisationen.....	11
Särskilt boende äldre.....	12
Dagverksamhet.....	13
Funktionsstödsomsorg	13
Hemsjukvård	14
Nattsjuksköterskor	14
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	14
Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården	15
Patientsäkerhetsdialoger särskilt boende	16
Genomförda patientsäkerhetsdialoger 2025	16
Samverkan inom divisionen	17
Informationssäkerhet.....	18
Strålskydd.....	19
En god säkerhetskultur.....	19
Adekvat kunskap och kompetens	19
Patienten som medskapare	22
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	23
Palliativregistrets kvalitetsindikatorer	23
Senior Alert	25
BPSD	26
Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler.....	28
Delegeringar	30
Öka kunskap om inträffade vårdskador	31
Tillförlitliga och säkra system och processer	32
Läkemedelsgenomgångar.....	32
Medicinsktekniska produkter	32
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	32
Svenska HALT.....	34

Vårdhygieniska utbildningar och hygienronder	36
Självskattnig basala hygienrutiner och klädregler.....	38
Resultat	38
Genomförda och pågående åtgärder.....	39
Fortsatt fokus	39
Suicidprevention.....	40
Säker vård här och nu.....	41
Digitalisering	41
Nära vård	42
Inhyrd personal	43
Riskhantering.....	43
Stärka analys, lärande och utveckling	43
Avvikelser.....	43
HSL-avvikelser	44
Avvikelser och synergier mellan Nyköpings kommun och Region Sörmland	45
Klagomål och synpunkter.....	48
Öka riskmedvetenhet och beredskap	49
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	50

SAMMANFATTNING

Under 2025 har en hel del arbete gjorts för att säkerställa bättre teamsamverkan mellan legitimerad personal, omvårdnadspersonal och enhetschefer i verksamheterna. Uppföljning av resultat från kvalitetsregister visar att ett effektivt och väl fungerande teamarbete krävs för att säkerställa att patienterna får en god och säker vård av hög kvalitet. Det har reviderats och skapats rutiner för att stärka samverkan mellan de olika professionerna i syfte att samordna insatser och därigenom skapa en personcentrerad vård för den enskilde patienten. Det sker stora förändringar i verksamheterna med införande av digitala lösningar och mycket av det arbete som sker i verksamheterna går hand i hand med omställningen till nära vård.

Mycket fokus har legat på hälso- och sjukvårdsdokumentation under 2025, vilket är ett arbete som kommer fortsätta under flera år framöver för att säkerställa en patientsäker dokumentation. Byte av verksamhetssystem för social dokumentation har under året påverkat möjligheterna att på ett enkelt sätt registrera avvikelser medan det på andra sätt underlättar för personalen att bli mer mobila i sina arbetsätt. Små framsteg görs ändå 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 har under året identifierats områden där det finns brister gällande rutiner och arbetssätt, framför allt gällande basal hygien och klädregler samt brister som framkommit vid hygienronder inom hemtjänst och funktionsstödsomsorg. Dessa områden kommer att arbetas vidare med under 2026 för att säkerställa att verksamheterna följer de krav som ställs för en god och säker vård.

Under 2025 har varit världsläget oroligt, vilket skapat behov av att se över divisionens krisberedskap och säkerställa en verksamhet som står stadigt i händelse av både större och mindre kriser. Det sker inom samtliga verksamhetsområden ett långsiktigt arbetet för att säkerställa en stabil och säker organisation genom kontinuitetsplaner som blir användbara vid inträffade händelser.

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 §

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Det är vård- och omsorgsnämndens ansvar att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt att följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

Grunduppdrag inom hälso- och sjukvården enligt överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden för 2025 var följande:

- Ansvara för arbetsuppgifter som åligger verksamhetschef enligt HSL.
- Ansvara för den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 12 kap § 1-2.
- Ansvara för den kommunala hemsjukvården enligt avtal med Region Sörmland. (Gäller även privata utförare)
- Ansvara för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt HSL 12 kap § 5. (Gäller även privata utförare)
- Ge handledning och utbildning till medarbetare gällande demenssjukdomar (Gäller även privata utförare).
- Upprätta årlig patientsäkerhetsberättelse.
- Använda kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert, HALT och Svenska Palliativregistret på avsett sätt.
- Tillhandahålla särskild personal med kompetens inom demensområdet i form av ”Resursteam demens” (Gäller även privata utförare).
- Medverka till omställningen till Nära vård enligt beslutade fokusområden.

Särskilda uppdrag i överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden för 2024 var följande:

Mål: Ett aktivt användande av kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD, Palliativa registret och HALT, ger en kvalitetssäkrad och preventiv vård.

Önskat resultat 2025-2027: Samtliga verksamheter deltar aktivt.

Målvärden: Senior alert, hemsjukvård: 50% av patienterna ska registreras inklusive bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning. Senior alert, särskilt boende: 80%. HALT, särskilt boende 80%. Palliativregistret: 100 % ska registreras. BPSD: 70 % på demensboende ska ha två skattningar gjorda under året.

Rapport till nämnd: 2025-10-30

Mål: Funktionsstödsomsorgen ska ingå i det övergripande samarbetet med hälso- och sjukvården och följa gemensamma rutiner och uppföljningskrav

Önskat resultat 2025-2027: Arbetet med riskbedömningar, bakomliggande orsaker, planerade åtgärder och uppföljningar i Senior Alert förbereds inför och diskuteras i samband med hälsokonferens. Samtliga individer över 65 år som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ska erbjudas en riskbedömning.

Rapport till nämnd: 2025-06-05 samt 2025-12-11.

Mål: Socialpsykiatrin ska kännetecknas av en god samverkan där individen är delaktig och står i centrum. Lämpliga arbetsverktyg och forum är identifierade och nyttjas resurseffektivt.

Önskat resultat 2025-2027: Samverkan mellan funktionsstödsomsorgen, hälso- och sjukvården och individ- och familjeomsorgen ska vara processlagd med tydliga rutiner för möten där samverkan sker. Hälsokonferenser ska utföras med en rutinmall som är anpassad för målgruppen och fastlagt antal tillfällen per år. Socialpsykiatrin och hälso- och sjukvården ska tillsammans riskbedöma och ge insatser i samordnad form till de individer som samtycker till detta via gemensamma SIP:ar (samordnad individuell plan) och verksamhetsmöten. Följs via: Granskning av hälsoplaner för säkerställa att individen varit delaktig.

Rapport till nämnd: 2025-06-05 samt 2025-12-11.

Mål: Implementera vårdförlopp ”svårläkta sår” enligt nationellt program, inom hela den kommunala hälso- och sjukvården

Önskat resultat: Genom kompetenshöjande insatser samt införande av ett strukturerat och evidensbaserat omhändertagande för hemsjukvårdens patienter med svårläkta sår, främjas en jämlik och effektiv vård.

Rapport till nämnd: 2025-10-30

Förbättrings område från PSB 2024 inför PSB 2025	Mål	Planerade åtgärder 2025	Genomförda åtgärder 2025	Kvarstår
Smittförebyggande åtgärder, basal hygien	Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner i samtliga verksamheter inom funktionstödsomsorg	Implementera det vårdhygieniska årshjulet i samtliga verksamheter, tydliggöra uppdraget för hygienombud. Sammanställning och uppföljning med åtgärdsplaner utifrån självskattning basal hygien. Genomföra årlig vårdhygienisk egenkontroll.	Webbutbildning basal hygien har genomförts enligt årshjulet. Enhetschefer har deltagit på vårdhygiens utbildningar under hösten. Hygienronder har genomförts på sju enheter tillsammans med vårdhygien. Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts vid ett tillfälle inom grupp- och servicebostad.	Att följa rutin för smittförebyggande åtgärder med genomförande av självskattning basal hygien fyra gånger per år.

<p>Hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser</p>	<p>Öka antalet registrerade avvikelser och säkerställa att risker för vårdskador uppmärksammas och åtgärdas.</p> <p>Förbättrat resultat i enhetschefernas utredningar av avvikelser.</p>	<p>Granskning av innehåll i utredningar av avvikelser, stickprovskontroll var tredje månad. Totalt 240 avvikelser har granskats under 2025.</p> <p>Sammanställning och uppföljning inom respektive verksamhetsområde utifrån resultat av stickprovskontroller.</p>	<p>Stickprovskontroll granskning totalt 240 avvikelser</p> <p>Årlig genomgång av utbildningsfilm för omvårdnadspersonal</p> <p>Uppdatering av frastexter i utredning för enhetschefer samt reviderad lathund för enhetschefer</p> <p>Utbildning för hemtjänstpersonal i avvikelshantering</p>	<p>Fortsätta stickprovskontroller under 2026.</p> <p>Ytterligare åtgärder behövs för att förbättra avvikelshantering.</p>
<p>Hälso- och sjukvårdsdokumentation</p>	<p>Medarbetare är säkra på hur de dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen.</p> <p>Medarbetare dokumenterar på ett patientsäkert sätt utifrån gällande lagar och föreskrifter</p>	<p>Utbildningar för samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården.</p> <p>Enhetsvisa förbättringsarbeten inom dokumentation.</p> <p>Uppföljning av rutin för dokumentation.</p> <p>Framtagande av stödmaterial för dokumentation vid ny patient, hälsoplaner och åtgärder.</p> <p>MAS/MAR årliga journalgranskning</p>	<p>Utbildningar genomförda enligt plan</p> <p>Enhetsvisa förbättringsarbeten har genomförts.</p> <p>Rutin för dokumentation i HSL-journal har reviderats.</p> <p>Stödmaterial framtaget.</p>	<p>Resultat utvärderas efter MAS/MAR årliga journalgranskning, därefter framtagande av nya åtgärder utifrån vad resultatet visar.</p>
<p>Svårläkta sår</p>	<p>Arbete med svårläkta sår inom hemsjukvården ska implementeras inom hela hälso- och sjukvården</p>	<p>Implementering särskilt boende våren 2025, implementering funktionsstödsomsorg hösten 2025.</p>	<p>Implementering inom särskilt boende genomförd.</p> <p>Utbildningar, föreläsningar och workshops för all legitimerad personal.</p>	<p>Implementering av vårdförlopp svårläkta sår inom funktionsstödsomsorgen.</p>
<p>Senior Alert</p>	<p>Mål särskilt boende: 80% Mål hemsjukvård: 50% Mål funktionsstödsomsorg: Implementering av arbete med registret.</p>	<p>Fortsatt arbete med att förbättra resultat och öka antalet registreringar inom både särskilt boende och hemsjukvård.</p> <p>Besluta och implementera framtagna rutin för arbete med Senior alert, se till att samtliga enheter arbetar på likvärdigt sätt.</p>	<p>Målet för antal registreringar uppnås inom särskilt boende. Mål för antal registreringar uppnås inte inom hemsjukvård. Rutin beslutad och implementerad för särskilt boende.</p> <p>Arbetet med senior alert har startats upp inom</p>	<p>Att skapa en gemensam rutin och förbättra arbetet med senior alert inom hemsjukvård/hemtjänst när hemtjänsten beviljats ersättning för arbete med kvalitetsregister.</p> <p>Fortsätta implementeringen inom funktionsstödsomsorg och skapa rutin.</p>

		Starta upp arbetet med senior alert inom funktionsstödsomsorg	funktionsstödsomsorgen	
Palliativregistret	Öka antalet registreringar av dödsfallsenkäter. Uppnå de nationella målvärdena för registrets kvalitetsindikatorer.	Statistik följs upp kvartalsvis av Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård och delges respektive verksamhetsområde genom arbetsgrupp palliativ vård. Statistiken presenteras vidare inom respektive enhet av deltagare i arbetsgruppen.	Statistik har följts upp kvartalsvis med återkoppling till respektive verksamhetsområde	Sammanställning månadsvis av statistik under 2026 med återkoppling till ledningsgrupp HSO för framtagande av åtgärder.
Delegering	Att säkerställa att delegeringar sker på ett sätt som är förenat med god och säker vård.	Färdigställa underlag för bedömning av reell kompetens vid delegering. MAS årliga rapport till vård- och omsorgsnämnden om delegeringar inom hälso- och sjukvården.	Infört gemensamma kunskapstester i appen Visible Care inför delegering i början av 2026. Framtagande av gemensamma ”delegeringslådor” för praktisk genomgång av moment som ska delegeras. Processkarta för delegering delges externa utförare.	Fortsatt implementering av delegeringsutbildningar i Visible Care under 2026.
Medicinsktekniska produkter	Följsamhet till riktlinje för medicinsktekniska produkter	Skapa lokal rutin och förteckning över medicinsktekniska produkter för enheten Följs upp i MAR rapport till vård- och omsorgsnämnden om medicinsktekniska produkter	Fler enheter har skapat lokal rutin och förteckning över medicinsktekniska produkter. Utbildning för chefer inom äldreomsorg	Ytterligare öka antal lokala rutiner, säkerställa att det finns hos samtliga enheter som hanterar medicinsktekniska produkter. Utbildning för chefer inom funktionsstödsomsorg.
Lokal rutin för läkemedelshandling	Varje enhet som hanterar läkemedel ska ha en lokal rutin för läkemedelshandling	Skapa/revidera lokal rutin för läkemedelshandling en gång per år eller vid förändringar, ska skickas till MAS och sparas i avsedd mapp i Platina. Följs upp vid externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshandling, rapport till MAS.	Fler enheter har skapat/reviderat lokal rutin för läkemedelshandling. Vissa enligt gammal mall.	Samtliga enheter behöver skapa/revidera lokal rutin för läkemedelshandling enligt den nya mallen.

Organisation och ansvar

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

Kommunfullmäktige i Nyköpings kommun har beslutat att vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att nämnden har det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens (HSL 2017:30) krav på en god och säker vård. Ansvaret för det direkta utförandet av hälso- och sjukvårdsarbetet innehas av verksamhetschef enligt HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Verksamhetschef enligt HSL är på nämndens uppdrag ansvarig för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det ska ske genom systematiskt kvalitetsarbete samt genom att styra, följa upp och förbättra arbetet med att analysera, hantera och åtgärda verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett ansvar som regleras i hälso- och sjukvårdslagen respektive hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett medicinskt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare och annan legitimerad personal ordinerat.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerhet.
- Det finns ändamålsenliga och säkra rutiner för läkemedelshantering, rapportering av händelser och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS utarbetar riktlinjer för de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens utförande utifrån lagar och föreskrifter samt kontrollerar och utvärderar verksamhetens kvalitet i samråd med nämnden. MAS ska även vara ett stöd till verksamheten i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerheten.

Områdeschefer ansvarar för att tillsammans med enhetschefer och andra funktioner (till exempel kvalitetsutvecklare) inom sitt verksamhetsområde säkerställa att arbetet som bedrivs är av god kvalitet utifrån gällande styrdokument.

Enhetschef ansvarar för att leda och fördela arbetet på den egna enheten utifrån gällande styrdokument och även att säkerställa att medarbetare arbetar enligt dessa.

Medarbetare ska aktivt medverka och bidra i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt uppmärksamma och rapportera händelser som har eller kunde ha lett till vårdskada. Medarbetare ska aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens kvalitetsledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Delegerad personal tar emot delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal, och är vid utförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. Med det följer yrkesansvar i och med att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Kvalitetsutvecklare finns inom varje verksamhetsområde samt även inom nära vård, digitalisering, psykisk hälsa och anhörigstöd. Kvalitetsutvecklarna ska stödja verksamheterna i kvalitetsfrågor och samverka i divisionsövergripande uppdrag.

Resursteam demens arbetar gränsöverskridande mellan region och kommun för att genom samordning säkerställa vård och omsorg av god kvalitet. När resursteam demens via det standardiserade insatsförloppets arbetsgång får kännedom om nya patienter startar arbetet i kommunen. För den enskilde patienten kan det pendla mellan kontakt med region och kommun för bedömning av vilka insatser som är nästa steg. Insatser planeras systematiskt för att säkerställa en jämlik vård oavsett om det är insatser från andra aktörer eller stödsamtal. Resursteamet ska stödja privata och kommunala utförare i arbetet med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och säkerställa god vård genom tidiga insatser. Demenssjuksköterskan ingår i resursteam demens, som är även sammanhållande av undersköterskor med specialistutbildning inom demens och ansvarar för att planera och genomföra minst tre möten per år för att handleda och utveckla arbetet i verksamheterna.

Omvårdnadspersonal med ombudsroller finns inom till exempel palliativ vård, hygien och demens. Ombuden har särskilda uppdrag för att stärka arbetet inom ombudets ämnesområde.

Hemgångsteamet är ett särskilt team inom hemtjänsten som tar emot de patienter som går hem från sjukhus, med stöd av legitimerad personal. I hemgångsteamet arbetar även en arbetsterapeut och två fysioterapeuter, vid behov finns det även tillgång till sjuksköterska från hemsjukvården. Arbetsterapeuts och fysioterapeuternas uppdrag innefattar att handleda omvårdnadspersonalen i ett rehabiliterande förhållningssätt, genomföra bedömningar samt prova ut adekvata hjälpmedel. Tillsammans med patienten formuleras individuella mål, och teamet ansvarar för att bedöma behov av samt planera och följa upp insatser. Syftet är att stärka patientens förmågor och främja en så hög grad av självständighet som möjligt. Patienten är inskriven under ett begränsat antal veckor och tanken är därefter att beslutet om hemtjänstinsatser utgår från patientens verkliga behov innan ordinarie hemtjänstgrupp tar över.

Hygiensjuksköterskan är anställd i region Sörmland med avtalad tid för kommunala verksamheter. Hygiensköterskan arbetar på uppdrag av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor som en expertfunktion för verksamheterna att tillfråga vid behov. Några av uppgifterna som hygiensjuksköterskan utför är utbildning och handledning inom vårdhygien, samt stöd vid utredning av smittutbrott på enheterna. Hygiensjuksköterskan ger även stöd i arbete med hygienronder och vid ny-/ombyggnad av enheter inom kommunen.

Fallpreventionsteamet träffar medborgare i Nyköpings kommun som har hemtjänst och/eller trygghetslarm där det finns ökad fallrisk eller att personen har ramlat. De erbjuder enbart hembesök till personer som inte är anslutna till hemsjukvården, medan rehab hemsjukvård genomför hembesök till de personer som är anslutna. Besöket syftar till att se över hemmiljön och vardagliga aktiviteter samt göra en bedömning om det finns behov av några åtgärder för att minska risken för fall i dessa aktiviteter. Exempel på sådana åtgärder skulle kunna vara träning, modifiering av hemmiljön eller hjälpmedelsförskrivning utefter personens behov. De utbildar kollegor och hemtjänstpersonal i fallprevention och hälsofrämjande arbetssätt. De håller även i informationsträffar/föreläsningar för medborgare, via ex. patientföreningar eller pensionärsföreningar.

Verksamheter inom organisationen

Hälso- och sjukvårdsorganisationen

Hälso- och sjukvårdsorganisationen består av fem enheter där det finns en enhetschef per enhet:

- Sjuksköterskor hemsjukvård
- Rehab hemsjukvård
- Sjuksköterskor särskilt boende
- Rehab särskilt boende
- Hälso- och sjukvård (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) inom funktionsstödsomsorg och nattsjuksköterskor.

Indelning av hälso- och sjukvården i enheter utifrån verksamhetsgrenar skedde under slutet av 2024 och har skapat en ökad möjlighet för enhetscheferna att samverka med andra enhetschefer inom området. Hälso- och sjukvården växer ständigt och uppdragen som legitimerad personal arbetar med blir alltmer komplexa, vilket även ställer högre krav på enhetschefernas tillgänglighet.

Under 2025 har det även tillsatts en områdeschef för hälso- och sjukvård som är närmsta chef för enhetscheferna inom hälso- och sjukvård. Skapandet av rollen områdeschef inom hälso- och sjukvård stämmer överens med hur övriga verksamhetsområden är uppbyggda. Att det nu finns en områdeschef inom hälso- och sjukvård skapar bättre förutsättningar för samverkan mellan verksamhetsområden och med externa aktörer.

Särskilt boende äldre

Särskilt boende är ett samlingsnamn för äldre- och demensboenden i Nyköpings kommun. Utöver de kommunala boendena finns även ett antal privat drivna boenden. Alla som bor på ett särskilt boende har en egen lägenhet i nära anslutning till gemensamma utrymmen där det finns matsal och umgängesytor. Under 2025 har det gjorts en utökning av antal platser på korttidsboende i och med att korttidsboendet Klippan öppnades med 11 platser som finns i lokaler som kommunen hyr på ett äldreboende i Oxelösund. Det tillfälliga boendet på Hället (10 platser) som funnits för personer som väntar på plats på särskilt boende stängdes permanent i december 2025.

De som bor på särskilt boende får hjälp utifrån sina behov och det finns tillgång till omvårdnadspersonal och möjlighet till kontakt med sjuksköterska dygnet runt. På dagtid, vardagar, finns även tillgång till sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskorna på särskilt boende har ett omvårdnadsansvar för de personer som bor på boendet, vilket omfattar ett samordningsansvar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som åligger en sjuksköterska utifrån dennes kunskapsområde. Det finns även möjlighet till läkarkontakt utifrån samverkansavtal med vårdcentralerna, som innebär att det kommer läkare till boendet regelbundet för att ha rond tillsammans med sjuksköterska och vid behov genomföra hembesök hos den enskilde.

Sjukgymnaster/Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom särskilt boende ansvar för flera enheter, i snitt ansvarar de för 100 patienter per heltidsanställd. Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar även för rehabilitering på de privatdrivna boendena i kommunen.

Enhet	Antal brukare	Antal sjuksköterskor
Lundagården	32	1
Mariebergsgården	129	5
Koggen	63	3
Myntan	104	4
Väverskan	48	2
Fruängskällan	72	3
Rönnliden	17	1
Korttidsboendet Mariebergsgården	24	2
Korttidsboendet Klippan (Start april 2025)	11	1
Hället (Avvecklades i december 2025)	10	1

På kvällar (vardag samt helger) finns det två sjuksköterskor i tjänst inom särskilt boende som ansvarar för de jourärenden som uppstår inom särskilt boende samt vård i livets slutskede. Under 2024 konstaterades det att bemanningen av sjuksköterskor på jourtid var för låg både med hänsyn till arbetsmiljö och patientsäkerhet. Bemanningen på jourtid visade sig vara lägre i Nyköpings kommun vid jämförelse med andra kommuner i riket. Det har därför gjorts en utökning under 2025 till att det dagtid under helger finns tre sjuksköterskor i tjänst. Under jourtid fokuserar sjuksköterskorna på de akuta ärenden som uppstår och inte kan vänta till nästkommande vardag. Det som kan planeras till att utföras på dagtid ska göra det. Kommunens joursjuksköterskor inom särskilt boende ansvarar även för de ärenden som eventuellt uppstår på kvällar och helger på det privatdrivna äldreboendet Betelhemmet i Jönåker, inom funktionsstödsomsorgens grupp- och servicebostäder samt socialpsykiatrins boenden.

Hemtjänst

Hemtjänst beviljas för de som är äldre eller har en funktionsnedsättning som innebär att stöd och hjälp behövs i hemmet. Det finns både kommunal och privat utförare av hemtjänst, och kunderna får själva välja utförare. Inom den kommunala hemtjänsten fanns det i december 2025 852 personer med verkställda hemtjänstbeslut, med totalt 234 663 beslutade timmar under året.

Dagverksamhet

Inom äldreomsorgen finns det dagverksamhet för äldre och dagverksamhet för personer med demenssjukdom. I september 2025 var det 44 individer som hade beslut om dagverksamhet för äldre, medan 73 individer hade beslut om dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Dessa siffror har inte gått att särskilja efter byte av journalsystem till Lifecare utförare från och med oktober 2025, så efter detta går det endast att redovisa det totala antalet. I december var det 126 personer som var beviljade dagverksamhet.

Funktionsstödsomsorg

Funktionsstödsomsorgen omfattar boenden eller stöd till personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig och allvarlig psykisk ohälsa. Det arbetar 9 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, 2,5 sjukgymnaster och 2,5 arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården som riktar sig till funktionsstödsomsorgen. Den legitimerade personalen ansvarar för hälso- och sjukvården inom grupp- och servicebostäder, socialpsykiatriboenden, personlig assistans, boendestöd samt daglig verksamhet och sysselsättning. Detta är verksamheter som innefattar patienter med oerhört komplexa vårdbehov ofta med behov av samordning mellan somatisk och psykiatrisk vård, vilket ställer höga krav om kunskap och erfarenhet hos den legitimerade personalen. Det innebär även att enhetschef för gruppen av legitimerad personal har behov av att samverka med alla olika verksamhetsgrenar inom funktionsstödsomsorgen och i många varierande ärenden.

Enhet	Antal brukare 2025
Personlig assistans	16
Boendestöd	178
Daglig verksamhet	285
Daglig sysselsättning	60
Socialpsykiatriboende	46
Gruppboendestad	77
Servicebostad	97

Inom personlig assistans är det 13 patienter som är anslutna till kommunal hälso- och sjukvård och inom boendestöd är 25 av patienterna anslutna. Personer som har sin bostad inom exempelvis grupp- eller servicebostad kan även ha beviljad daglig verksamhet eller daglig sysselsättning, men dessa personer kan

även bo i sitt eget hem utan andra insatser från kommunen, vilket gör att det är svårt att räkna ihop det totala antal brukare inom funktionsstödsomsorgen.

Hemsjukvård

Sjuksköterskorna inom hemsjukvården har på dagtid ett omvårdnadsansvar för anslutna patienter, som även kan vara hemtjänstkunder inom både kommunal och privat driven hemtjänst. Fram till och med sommaren 2025 arbetade det även undersköterskor inom hemtjänsten, men till hösten 2025 gjordes en organisationsförändring där hemtjänsten startade upp ett HSL-team som utför de lite mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras eller fördelas från hemsjukvården. I och med den förändringen flyttades hemsjukvårdens undersköterskor över till hemtjänstens HSL-team. Uppstarten av hemtjänstens HSL-team har varit turbulent under hösten med otydligheter i ansvarsfördelning och delegering, vilket inneburit att en del avvikelser har inträffat. Det finns idag en tydlig plan framåt för att få samarbetet att fungera framåt och för att minska risken för avvikelser.

Organisationsförändringen har även inneburit en utökning av sjuksköterskebemanningen på jourtid för hemsjukvårdens del, då det tidigare arbetade en sjuksköterska och en undersköterska tillsammans under kvällar och helger. Fyra av de undersköterskor som förflyttats till hemtjänstens HSL-team har ersatts med sjuksköterskor i hemsjukvården. På vardagkvällar mellan kl. 16-21 och på helgen finns två sjuksköterskor i tjänst. På jourtid ansvarar sjuksköterskorna för jourärenden som inkommer vid förändrat hälsotillstånd hos patienterna samt vissa planerade insatser för patienter som är anslutna till hemsjukvården samt för de patienter som har boendestöd eller personlig assistans i sitt hem. Inför varje helg sker en genomgång av att göra-listorna i hemsjukvården för att säkerställa tillräcklig bemanning vid till exempel hög vårdtyngd eller palliativ vård.

Antal anslutna patienter 2025 (december)	Antal sjuksköterskor	Antal sjukgymnaster/ fysioterapeuter	Antal arbetsterapeuter
454	30	6,5	6,5

Rehab hemsjukvård genomförde totalt 2101 nybesök under 2025, detta innefattar besök till nya patienter som inte har några pågående eller uppföljande ärenden. Rehabiliteringen hemsjukvård består av 7 team, vilket innebär att det görs ca 300 nybesök per team per år. Utöver de medarbetare som arbetar dagligen i hemsjukvård ingår även arbetsterapeuter och fysioterapeuter i fallpreventionsteamet, hemgångsteamet och arbetsterapeuter som arbetar mot myndighetsfunktionen i enheten. De arbetsterapeuter som arbetar mot myndighetsfunktionen genomför bedömningar av patientens förmågor som kan användas som stöd för myndighetsbeslut.

Nattsjuksköterskor

Alla dagar mellan klockan 21-07 finns det två sjuksköterskor i tjänst i division social omsorg. De ansvarar för de patienter som vårdas i livets slutskede samt jourärenden som behöver följas upp eller uppstår under arbetspasset inom samtliga verksamhetsområden där det finns ett hälso- och sjukvårdsansvar - hemsjukvård, särskilt boende för äldre och funktionsstödsomsorgen. Ärenden kan även inkomma på jourtid via 1177 gällande personer som inte är anslutna till kommunal hälso- och sjukvård sedan tidigare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En väl fungerande samverkan både internt och externt och på alla nivåer är nödvändig för att främja patientens bästa och för att minska risken för att patienten ska drabbas av en vårdskada. Till exempel behöver övergångar mellan vårdenheter och samverkan med primärvården vara väl fungerande för att patienten ska få en god och säker vård.

Nyköpings kommun ingår i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) med gemensamma samverkansmål för Sörmland. Uppdrag kommer från länets huvudmän genom länets närvårdsstruktur samt från nationell nivå genom bland annat partnerskap med SKR och Socialstyrelsen, men det kan också komma direkt från myndigheter med ansvar för frågor inom socialtjänst och vård. NSV har ansvar för att stödja och främja samverkan mellan region Sörmland och länets nio kommuner när det gäller olika målgrupper och områden.

Nyköpings kommun ingår även i den länsgemensamma styrgruppen för närvård, där representanter från länets nio kommuner, region Sörmland och FoU i Sörmland arbetar för att skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland ska få en jämlik vård. Divisionschef för DSO är representant för Nyköpings kommun i länsstyrgruppen.

Det finns även samverkansgrupper inom samverkansstrukturen för närvård i Sörmland, där verksamhetschef HSL är representant för Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra äldre (ASÄ), och verksamhetschef inom funktionsstödomsorgen representerar Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder (ASPF). I dessa samverkansgrupper ligger frågorna på verksamhetsnivå och representanterna i dessa grupper ansvarar för att förankra beslut som tas i länsstyrgruppen i respektive verksamhet. Arbetsgrupperna syftar även till att stärka samverkan mellan kommunen och regionen samt vara ett forum för samråd och erfarenhetsutbyte inom respektive område.

2021 startades arbetsgruppen ”Lokal samverkan äldre” för att säkerställa en bättre samverkan på verksamhetsnivå. I arbetsgruppen fanns representanter för vårdcentraler i Nyköping, kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, geriatriska kliniken, SSIH, Alma-teamet och ambulansen. Syftet med arbetsgruppen var att förbättra samarbetet mellan verksamheterna och utifrån beslut som tas på ASÄ utveckla identifierade förbättringsområden, till exempel gällande utskrivningsprocessen och utvecklandet av nära vård. Det var lågt/inget deltagande från flera av vårdcentralerna i Nyköping i denna arbetsgrupp under 2023. Under 2024 och 2025 har arbetsgruppen varit pausad, då det bedömts vara svårt att driva förbättringsarbeten i det forumet när inte samtliga vårdcentraler funnits representerade.

I december 2025 genomfördes ett samverkansmöte med verksamhetschefer från samtliga vårdcentraler där verksamhetschef HSL, områdeschef hälso- och sjukvård samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering deltog. Det som diskuterades vid mötet var framför allt läkarsamverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samma funktioner från kommunen har även regelbundna möten i syfte att stärka samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och ambulanssjukvården.

Enhetschefer för legitimerad personal bokar samverkansmöten med andra enheter inom till exempel region Sörmland när det dyker upp ett behov av det. Det finns även en del länsgemensamma ämnesspecifika arbetsgrupper där det finns representanter från kommunal verksamhet, bland annat arbetsgrupper i diabetes, palliativ vård, hjälpmedel och hjärtsvikt.

Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Det länsövergripande avtalet om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården mellan regionen och samtliga kommuner i Sörmland beskriver hur läkarmedverkan ska utformas och att uppföljning ska ske årligen. Det länsövergripande avtalet är översatt till lokala överenskommelser mellan respektive vårdcentral och Nyköpings kommun. Uppföljning av avtal genomförs årligen och rapport skickas till enheten för Hälsoval, som är ansvariga för administration av invånarnas val av vårdcentral. Uppföljningar görs under slutet av året och vid uppföljningstillfällena medverkar MAS/MAR och områdeschef hälso- och sjukvård tillsammans med verksamhetschef för respektive vårdcentral.

De kommunövergripande resultat som framkommit vid 2025 års uppföljningar av avtal för läkarmedverkan är följande:

- Kontakter mellan läkare och sjuksköterska upplevs fungera bra.

- Planerad fast rondtid stämmer oftast inte överens med regelboken för primärvårds avtalade antal timmar. Fasta telefontider har börjat användas i större utsträckning. Fortsatt önskemål om fast läkarkontakt inom hemsjukvård och fasta rondtider.
- Otydlighet kring några av frågorna i uppföljningsmallen som verksamheterna fyller i inför uppföljningen. Det upplevs svårt att veta vad man svarar på. Dessa frågor skickas tillbaka till hälsoval som skapar uppföljningsmallen.
- Brytpunktsamtal samt dokumentation kring brytpunktsamtal och dialog kring detta kan bli bättre.
- Enkel läkemedelsgenomgång genomförs men det finns oklarheter kring dokumentationen.
- Fördjupade läkemedelsgenomgångar kan bli bättre. Det finns svårigheter på grund av begränsad tillgång till apotekare samt att identifiering av potentiella patienter måste bli bättre. Utbildning och information till kommunens sjuksköterskor behövs fortsatt.
- Det saknas rehabperspektiv i uppföljningsmallen, därför är det svårt att följa upp samverkan med rehab.
- SBAR används i stor utsträckning vid rapportering.

Patientsäkerhetsdialoger särskilt boende

För att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på särskilt boende i Sörmland har Länsstyrgruppen beslutat att det ska genomföras gemensamma patientsäkerhetsdialoger. Patientsäkerhetsdialogerna innefattar inte någon diskussion kring enskilda patienter, utan sker utifrån ett strukturellt perspektiv där man ser till verksamhetens behov. Målet med patientsäkerhetsdialogerna är att genom en gemensam dialog identifiera brister, risker och framgångsfaktorer i verksamheten. Utifrån det som framkommer kan det därefter initieras verksamhetsförbättringar i samverkan inom de berörda verksamheterna.

Deltagare vid patientsäkerhetsdialog är följande: Från kommunen: Alla enhetschefer på boendet, all legitimerad personal, en omvårdnadspersonal per avdelning. Det är valfritt om chef för legitimerad personal ska delta. Från vårdcentralen ska samtliga patientansvariga läkare för boendet delta samt verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig. Utifrån det som framkommer vid patientsäkerhetsdialogen arbetas en handlingsplan fram för enheten. Därefter ska resultatdialog ske även på kommunnivå, länsdelsnivå och länsnivå.

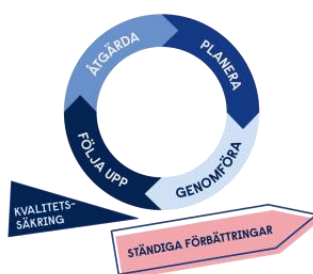
Genomförda patientsäkerhetsdialoger 2025

Särskilt boende	Sammanfattning
Fruängskällan tillsammans med VC Statsfjärden och VC Min doktor	Handlingsplan har upprättats men inte följts upp. Exempel på åtgärder: Att omvårdnadspersonal deltar vid rond. Att öka dokumentation och uppföljning av insatt behandling i HSL-journal. Öka samverkan kring Senior alert.
Rönnliden tillsammans med VC Ekensberg	Handlingsplan har upprättats, ska följas upp i mars 2026. Exempel på åtgärder: Hembesök innan inflytt till boendet. Ställningstagande till brytpunktssamtal vid årskontroll.
Väverskan tillsammans med VC Min doktor	Handlingsplan har upprättats, ska följas upp 2026. Exempel på åtgärder: Utbildning diabetes i samband med APT. Rehab och undersköterska medverkar vid rond. Möjlighet till digitala möten vid välkomstsamtal.
Mariebergsgården tillsammans med VC Åsidan	Handlingsplan har upprättats men inte följts upp. Exempel på åtgärder: Synliggöra att patient/anhöriga har haft samtal och hur de varit delaktiga i dokumentationen. Tydliggörande om anhörigstödsombud vid välkomstsamtal. Bjuda in apotekare till fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Lundagården tillsammans med VC Bagaregatan	Handlingsplan har upprättats men inte följts upp. Exempel på åtgärder: Att använda digital säker plattform för att kunna erbjuda anhöriga att vara närvarande vid planerade läkarbesök och rond. Att vid svåra fall kunna få hjälp av läkare som är mer specialiserade på avsett område, t ex psykiatri. Att vid mer komplicerade ärenden ha med personal från avdelningen i samband med rond.
Koggen tillsammans med VC Ekensberg	Handlingsplan har upprättats, ska följas upp vid nästa patientsäkerhetsdialog 2026. Exempel på åtgärder: Övriga professioner och anhöriga erbjuds möjlighet att delta vid rond vid behov. Anhöriga kan delta digitalt vid behov. Sjuksköterskor ska ge återkoppling på läkarnas vårdplaner.
Myntan tillsammans med VC Stadsfjärden	Patientsäkerhetsdialog har genomförts och minnesanteckningar finns. Aktuell handlingsplan saknas.

Samverkan inom divisionen

Inom division social omsorg finns ett styrdokument som beskriver hur divisionen ska arbeta med kvalitetsledningssystemet för att säkerställa att processer och rutiner säkrar verksamhetens kvalitet på ett systematiskt sätt. Detta dokument har reviderats under 2025. Det är ett omfattande arbete som fortgår för att förbättra och vidareutveckla processer och rutiner. Kvalitetsutvecklare finns inom varje verksamhetsområde och samverkan sker mellan de olika kvalitetsutvecklarna över områdesgränserna när det finns gemensamma frågor. Genom ett systematiskt arbete med kvalitetssäkring sprids goda erfarenheter i organisationen. Verksamheterna lär av varandra, förhindrar att fel upprepas och säkerställer en säker vård för medborgarna. I division social omsorg ska verksamheterna arbeta enligt förbättringshjulet:



En övergripande strategi för att säkerställa patientsäkerheten är att arbeta med årshjul för respektive verksamhetsområde, som innehåller de egenkontroller och uppföljningar som behöver göras både på divisionsövergripande, verksamhetsövergripande och på enhetsnivå för att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs för en god och säker vård. Syftet med årshjulet är att ge en tydlighet och överblick av vilka åtgärder som ska göras under året. Det säkerställs även att de sker i samtliga verksamhetsområden under samma period och att de blir genomförda enligt plan. Under 2025 har årshjulet för äldreomsorgen skapats i systemet Hypergene, vilket har förbättrat översynen av vad respektive verksamhetsområde har för åtgärder att vidta under kommande månad.

Hälsokonferensen är ett forum som finns till för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering genom en väl fungerande samverkan mellan de olika professionerna med fokus på den enskilde patienten. Hälsokonferensen syftar även till att höja kvaliteten i vården genom att man arbetar systematiskt med nationella kvalitetsregister och ett hälsofrämjande förhållningssätt. Vid hälsokonferensen deltar enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. På de enheter där man under en längre tid arbetat aktivt med hälsokonferenser syns det en tydlig skillnad i statistiken gällande genomförda bedömningar och åtgärder i senior alert. En försvårande faktor för hemsjukvårdens del har tidigare varit att inte hemtjänsten fått ersättning från nämnden för hälsokonferenser, och därför har inte arbetssättet fungerat inom de privata hemtjänstgrupperna där hemsjukvården har hälso- och

sjukvårdsansvaret. Från och med 2025 ges hemtjänsten ersättning för 60 minuter per månad för hälsokonferens.

Inom funktionsstödsomsorgen genomförs hälsokonferenser två gånger per år på varje enhet inom grupp- och servicebostad samt socialpsykiatriboenden. Under 2025 har legitimerad personal som arbetar inom funktionsstödsomsorgen ökat registreringarna i senior alert för de individer som är över 65 år, och arbetet med registret kommer vidareutvecklas under kommande år. Det har även skapats en särskild rutin för arbetet med hälsokonferenser inom funktionsstödsomsorgen.

Inom hälso- och sjukvården har det under 2025 påbörjats samverkansträffar mellan hemtjänst och hemsjukvård. Vid den inledande träffen diskuterades samverkan utifrån förutbestämda områden i syfte att förbättra teamsamverkan mellan hemtjänstpersonal, enhetschefer, planerare och legitimerad personal. De teman som lyftes var hälsokonferenser, Appva – digital signering, välfärdsteknik, Senior alert, genomförandeplaner och generellt samarbete. Det genomfördes en träff för kommunala utförare av hemtjänst och en träff där privata utförare av hemtjänst deltog. Det som framkom vid dessa träffar kommer under 2026 följas upp med ytterligare möten. Samverkansträffar planeras även att införas inom särskilt boende och funktionsstödsomsorg under 2026 i samma syfte.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Som bilaga till Nyköpings kommuns program för effektiv organisation finns ”Policy för informationssäkerhet”. Av policyn framgår att det systematiska informationssäkerhetsarbetet i Nyköpings kommun omfattar hela kommunens verksamhet och all information som kommunen äger och hanterar oavsett form. Information behöver därför skyddas på rätt sätt och efter behov så:

- att den alltid finns när den behövs.
- att det går att lita på att den är korrekt.
- att endast behöriga personer får ta del av den.

Ansvar för informationssäkerheten följer det delegerade verksamhetsansvaret, vilket innebär att den som är ansvarig för en viss verksamhet (exempelvis division, verksamhet, enhet, process, projekt) också är ansvarig för att skydda information som hanteras inom den verksamheten på rätt sätt och efter behov. Kommundirektören ansvarar för att informationssäkerhetsarbetet bedrivs genom ständiga förbättringar i enlighet med de övergripande målen och inriktningen för informationssäkerhetsarbetet i Nyköpings kommun. Informationssäkerhetsarbetet ska vara ett effektivt stöd i kärnverksamheten.

Enligt dataskyddsförordningen ska det finnas rutiner för att kunna upptäcka, rapportera och utreda personuppgiftsincidenter. Av rutinen för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar framgår vad som är att betrakta som en personuppgiftsincident och hur det ska rapporteras till dataskyddsombudet. I varje division och verksamhet ska det finnas en eller flera lokala informationssäkerhetssamordnare som har i uppgift att stötta ledningen, verksamheterna och medarbetare i informationssäkerhetsfrågor. Division social omsorg har en utsedd informationssäkerhetssamordnare.

Rapporter om säkerhetsincidenter går till en gemensam funktionsbrevlåda som medarbetare på räddning och säkerhet, enheten för informationsförvaltningen och IT-enheten bevakar. De gör en första bedömning och skickar rapporten vidare till rätt enhet för åtgärd och det är rapportören som får återkoppling i ärendet.

Det finns en obligatorisk webbutbildning inom informationssäkerhet som samtliga medarbetare i Nyköpings kommun ska genomgå. Det finns även ytterligare en utbildning om informationssäkerhet som inte är obligatorisk, den handlar om dataskydd i kommunal verksamhet och GDPR.

Det finns en riktlinje framtagen av MAS för hantering av NPÖ (Nationell patientöversikt). NPÖ är ett nationellt system som syftar till att stärka patientsäkerheten genom effektivare flöden och övergång mellan region, kommun och privata vårdgivare. Med stöd i patientdatalagen skapas genom NPÖ en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter och därmed säkerställa en patientsäker vård. Patienten ska informeras om legitimerad personals möjlighet att inhämta information, under förutsättning att patienten samtycker till att uppgifterna hämtas ur patientens journal.

För säker informationsöverföring, planering och kommunikation mellan kommunens och regionens verksamheter gällande enskilda patientärenden användes tidigare systemet Prator. Sedan hösten 2025, i och med att region Sörmland bytt journalsystem, sker kommunikationen istället via systemet Cosmic Link. Det nya systemet för informationsöverföring mellan kommun och region har inneburit en del problematik för verksamheterna i uppstarten då inte alla funktioner fungerade från start. Det har varit problem med inloggningar i systemet och för personer som har anställning i både kommun och region är det inte möjligt att använda Cosmic Link. Dialog pågår mellan kommun och region gällande lösningar för de problem som kvarstår.

Det har under 2025 skapats en rutin för hantering av skyddade personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Syftet med rutinen är att ge stöd till legitimerad personal i att hantera skyddade personuppgifter.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

En god säkerhetskultur

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

Samtliga verksamheter har avvikelser som en stående punkt på APT, där det ges utrymme för öppna frågor kring ämnet. Även vikten av att skriva avvikelser diskuteras, och att det behöver finnas en öppenhet i det. Att avvikelser inte sker för att peka ut enskilda personer görs tydligt för grupperna vid dessa tillfällen och exempel på avvikelser lyfts för att erfarenheter av inträffade händelser ska bidra till ett lärande i grupperna. Att det finns en öppen dialog kring inträffade avvikelser ger en stärkt patientsäkerhet genom att det ökar chansen att medarbetarna uppmärksammar risker och rapporterar dessa, vilket i sin tur kan bidra till att inträffade avvikelser förebyggs.



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.

En av de stora utmaningarna verksamheterna har idag är att rekrytera personal med rätt kompetens, och det är därför av största vikt att det finns möjlighet att erbjuda utbildningar till den personal som är anställd både för att bibehålla och utveckla kunskaper. Inom samtliga verksamheter bemannas och schemaläggs personal utifrån kunskap och erfarenhet.



Bemanning och personalplanering är en central del i arbetet med att säkerställa god kvalitet och hög patientsäkerhet. Schemaläggning och bemanning sker i enlighet med gällande bemanningshandbok och utifrån verksamhetens och patienternas behov. Vid planering av bemanning tas hänsyn till personalens kompetens, behörigheter och delegeringar, med en tydlig ambition att i möjligaste mån matcha rätt kompetens till rätt uppdrag. Om delegerad personal saknas vid enskilda arbetspass eller tillfällen samverkar

arbetsgrupperna med varandra för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet. Detta arbetssätt gäller oavsett om det är dag-, kvälls- eller nattarbete. Den nya delegeringsutbildning som införts via appen Visible Care under början av 2026 syftar till att säkerställa mer kvalitetssäkrade delegeringar med fördjupad kunskap hos delegerad personal.

Vid enstaka tillfällen vid hög frånvaro i verksamheterna händer det att legitimerad personal får hjälpa till med att administrera till exempel insulin, då det inte finns delegerad personal i tjänst.

Inom funktionsstödsomsorgen har samtliga enheter inom grupp- och serviceboenden tillgång till stödpedagog. Vid behov av extra stöd för enskilda patienter sätts vak, extra personal eller vaken nattpersonal in.

Förflyttningsutbildning erbjuds kontinuerligt för personal som arbetar i särskilt boende (äldre- och funktionsstödsomsorg), hemtjänst och personlig assistans inom Nyköpings kommun. Syftet med utbildningen är att öka kompetensen och fördjupa förståelsen i förflyttningskunskap.

Samtliga enheter inom särskilt boende för äldre, funktionsstödsomsorg och hemtjänst erbjuds en årlig munvårdsutbildning för omvårdnadspersonal. Under 2025 har munvårdsutbildningen genomförts på tre enheter inom särskilt boende för äldre, fyra enheter inom funktionsstödsomsorgen och tre hemtjänstgrupper.

Under 2025 har all ordinarie personal inom hemtjänsten fått utbildning i hälso- och sjukvårdsdokumentation, vilket även inkluderat utbildning i vad ett förändrat hälsotillstånd innebär samt avvikelshantering. Sjuksköterskor från hemsjukvården har även utbildat hemtjänstgrupper inom specifika ämnesområden i samband med APT, till exempel sårvård.

Andra utbildningar som genomförts under 2025 är till exempel Demens ABC, BPSD och inkontinensutbildningar. Undersköterskeutbildning har erbjudits hemtjänstpersonal via äldreomsorgslyftet. Tyvärr har flera medarbetare fått hoppa av utbildningen efter start på grund av svårigheter med språket.

Inom särskilt boende har utbildning i beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) genomförts. Resursteam demens arbetar verksamhetsnära med stöd.Handledning ges till personal i arbetet med hyresgäster som uppvisar BPSD-symtom. BPSD-skattningar genomförs regelbundet och följs upp i samband med hälsokonferenser, vilket bidrar till ett strukturerat, personcentrerat och patientsäkert arbetssätt.

Vidareutbildningar har även inom särskilt boende genomförts genom äldreomsorgslyftet, där flera medarbetare påbörjade utbildning till undersköterska. Flera fick dock avbryta utbildningen efter start på grund av språkliga krav. Vidareutbildningar har genomförts utifrån verksamhetens behov och uppdrag. Dessa omfattar vidareutbildning till specialistundersköterska med inriktning demens samt vidareutbildning till undersköterska med allmän specialistkompetens.

Utöver detta har behovsstyrda vidareutbildningar genomförts i samband med att personer med särskilda medicinska behov flyttat in i verksamheten. Det har bland annat avsett utbildning inom trakeostomi samt syrgashantering. Dessa utbildningar har genomförts för berörd personal i syfte att säkerställa rätt kompetens för ett tryggt och patientsäkert omhändertagande.

Inför sommaren 2025 genomfördes introduktionsutbildningar för samtliga semestervikarier inom äldreomsorgen. Utbildningen syftar till att säkerställa att ny personal får grundläggande kunskap om verksamhetens uppdrag och omfattar bland annat ansvar och förväntningar, dokumentation, sekretess och tystnadsplikt, avvikelshantering, basala hygienrutiner, förflyttningskunskap samt bemötande.

Inom funktionsstödsomsorgen sker dokumentationsutbildning och utbildning i avvikelshantering individuellt via E-Learning. Stöd ges även via stödpedagoger gällande dokumentation och avvikelshantering. Medarbetare har genomgått Yrkesresan, en utbildningsplattform via webben med fokus på olika avsnitt såsom kommunikation, lagar, grundläggande värden, funktionsnedsättningar osv.

Extern handledning ges där metoden Ett självständigt liv (ESL) är central. Vid introduktion av nya medarbetare och vikarier följs en övergripande rutin som gäller för hela funktionsstödsomsorgen.

Hälso- och sjukvården har under 2024 haft fortsatt stort fokus på utbildningar för att förbättra dokumentationen. Under våren 2025 fick samtliga sjuksköterskor en föreläsning om läkemedelsgenomgångar av apotekare. Ett begränsat antal platser har under 2025 kunnat erbjudas för utbildning i hjärt- och lungräddning, och det är ett fåtal legitimerad personal som har deltagit vid dessa utbildningstillfällen. Totalt 22 sjuksköterskor har gått en heldagsutbildning i Proact, som är ett utbildningskoncept som syftar till att öka tryggheten och kompetensen vid omhändertagande av akut sjuka patienter. Genom att tidigt upptäcka försämrat hälsotillstånd och handlägga ärenden strukturellt ska allvarliga händelser kunna förebyggas och patientsäkerheten ökar.

Sjuksköterskorna inom särskilt boende har haft en halv planeringsdag med utbildning och workshops samt praktisk träning i ämnet sårvård och svårläkta sår tillsammans med distriktssköterska från hemsjukvården som har som särskilt uppdrag att arbeta med svårläkta sår. Samtliga sjuksköterskor inom särskilt boende har även fått utbildning inom hot och våld. Två sjuksköterskor har gått handledarutbildning under 2025. Ett par sjuksköterskor har även gått utbildning i förskrivningsrätt blåsa och tarm under hösten 2025.

Två sjuksköterskor inom hemsjukvården har läst en 7,5 poängs högskoleutbildning i palliativ vård, en sjuksköterska har läst en 7,5 poängs högskoleutbildning gällande inkontinens och en sjuksköterska läser en 15 poängs högskoleutbildning i farmakologi och sjukdomslära inför förskrivningsrätt under året. En sjuksköterska i hemsjukvården studerar till distriktssköterska på halvfart och blir färdig med utbildningen till sommaren 2027. Interna utbildningar som genomförts för sjuksköterskor i hemsjukvården under 2025 är flera olika sårutbildningar som genomförs löpande, samt för alla nyanställda sjuksköterskor.

Inom rehabenheterna har enskilda medarbetare gått utbildning i kliniskt resonemang, fallförebyggande utbildning och funktionell sittställning. Det har även erbjudits utbildningar om olika sorters hjälpmedel. Några medarbetare från rehabenheterna har varit på hjälpmedelsmessa samt e-hälsomässa under 2025. Det finns inom rehabenheterna medarbetare som studerar vidareutbildningar i form av magisterutbildning folkhälsovetenskap med inriktning digitalisering, masterprogram i medicinsk vetenskap med inriktning fysioterapi samt magisterprogram i gerontologi. En medarbetare har även en forskartjänst på deltid som ersätts av vård- och omsorgsnämnden. Forskningen bedrivs inom hemgångsteamet och syftet är att forskningen ska leda till ökad kunskap om arbetet inom hemgångsteam, goda resultat och på sikt minskade insatser. Metoder som används är bland annat av intervjuer och enkäter.

Lokal handlingsplan för patientsäkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659), samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att förebygga att vårdskador uppstår. För att stödja patientsäkerhetsarbetet har Socialstyrelsen tagit fram en Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen är utformad att hjälpa både kommuner och regioner att ta fram lokala handlingsplaner för patientsäkerhet.

Nyköpings lokala handlingsplan för patientsäkerhet är framtagna för att stärka och stödja divisionens strategiska patientsäkerhetsarbete och ska vara vägledande för att genomföra ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och därmed förebygga och undvikbara vårdskador inom alla verksamheter.

Inom äldreomsorgen har åtgärder i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet varit bland annat att utbilda enhetschefer och medarbetare i avvikelseprocessen både teoretiskt och praktiskt. Detta har delvis genomförts och ytterligare åtgärder med genomgång av avvikelshantering i systemet kommer genomföras under 2026. Exempel på åtgärder som påbörjats och som pågår fortsatt under 2026 är att se över kvalitetsutvecklaruppdraget i syfte att nå ut på enhetsnivå. Återkommande utbildningstillfällen gällande

prioriterade områden inom patientsäkerhet har påbörjats genom fallpreventionsteamets löpande kunskapsutveckling inom fallprevention. Under 2026 startas kliniskt träningscentra upp, där det kommer kunna erbjudas kontinuerliga utbildningar inom andra områden som till exempel basala hygienrutiner.

Exempel på åtgärd inom hälso- och sjukvården är att stärka kunskap hos chefer inom samtliga verksamhetsområden kopplat till patientsäkerhet, vilket har genomförts i form av informationsträffar från medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Inom funktionsstödsomsorgen har en aktivitet varit att öka antalet hälsoplaner och att delaktigheten från patienten ska öka. Resultatet visar att detta har ökat efter vidtagna åtgärder. Rutin för hälsokonferens inom funktionsstödsomsorg har tagits fram och reviderats för att passa målgruppens behov.

De åtgärder som tagits fram inom DSO följdes upp av medicinskt ansvarig sjuksköterska under slutet av 2025. Vid denna uppföljning konstaterades det att äldreomsorgen och hälso- och sjukvården inte genomfört en ny nulägesanalys under 2025, utan bedömningen gjordes att den som gjordes föregående år var fortsatt aktuell. Aktiviteterna som tagits fram i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet har inte implementerats i verksamheternas årshjul. MAS bedömning av handlingsplanen var att de åtgärder som tagits fram var enstaka och enhetsspecifika snarare än övergripande och strategiska, och det har därför varit svårt att läsa ut effekterna av de vidtagna åtgärderna.

Även den nulägesanalys som gjort föregående år inom funktionsstödsomsorgen bedömdes vara fortsatt aktuell. Aktiviteterna har inte heller implementerats i verksamheternas årshjul. Verksamheterna har dock arbetat med de åtgärder som tagits fram under året.

Det som kvarstår till kommande år är att revidera den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård och funktionsstödsomsorg samt att implementera åtgärderna i verksamheternas årshjul. Till 2026 års uppföljning ska ny nulägesanalys genomföras inom alla områden och en ny handlingsplan tas fram. Målet är att aktiviteterna som tas fram blir mer övergripande och strategiska för att lättare kunna implementeras i verksamheternas årshjul samt underlätta för uppföljning.

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.



Inom funktionsstödsomsorgen genomförs brukarråd för att erbjuda brukarna delaktighet. I de fall det finns behov av samordning kring patienten genomförs det samordnad individuell planering, där den enskilde är delaktig. Den enskilde är delaktig i upprättande samt vid revidering av genomförandeplan enligt gällande lagstiftning och utifrån den enskildes behov. Det erbjuds alltid välkomstsamtal där även sjuksköterska deltar vid behov och närstående kan bjudas in. Samtliga enheter har anhörigombud och det genomförs kontinuerliga samtal med företrädare och närstående.

Inom hemtjänsten genomförs välkomstsamtal med alla nya kunder. Det sker alltid genom ett personligt möte för att skapa en bra relation som ska göra att kunden och eventuella närstående känner trygghet. Nya kunder och närstående får i samband med välkomstsamtalet informationsmaterial om vad hemtjänst är och vad det innebär samt vad hemtjänstens hälsofrämjande förhållningssätt innebär. Det lämnas även ut information om kontaktvägar till anhörigstöd, polisen, BPSD och om inköp på nätet. Telefonlistor lämnas ut och samtycke samt kontaktuppgifter inhämtas. Det genomförs uppföljningssamtal när det finns behov av det. Under 2025 har hemtjänsten försökt införa digitala informationsträffar för närstående, men det har inte funnits några deltagare vid de träffar som erbjudits. Under 2026 kommer hemtjänsten arbeta vidare med att informera tydligare om dessa träffar för att förhoppningsvis kunna nå ut till närstående. Kunden

görs alltid delaktig i genomförandeplanen efter sin förmåga och sina individuella behov. Hemtjänsten fungerar som en länk mellan kund eller närstående och sjuksköterskan i hemsjukvården.

Inom särskilt boende genomförs brukarråd fyra gånger per år för att göra de boende delaktiga i verksamheten. Resultatet från brukarundersökningen används som underlag i samtalen och bidrar till verksamhetens förbättringsarbete. Anhörigstöd erbjuds genom välkomstsamtal där information ges om vilken typ av kontakt som finns, samt vart man kan vända sig som anhörig. Information ges även om resursteam demens samt om Anhörigcenter. Anhörigombud finns inom verksamheten. Anhörigsamtal genomförs vid behov utifrån vad ärendet gäller. Vid behov hänvisas anhöriga vidare till Anhörigcenter eller andra relevanta stödsatser. Kontaktpersonalen har en central roll i kontakten med anhöriga och bidrar till trygghet och kontinuitet i vården.

Hyresgästens delaktighet i sin egen vård säkerställs genom ett strukturerat arbete med genomförandeplan och hälsoplan. I samband med inflytt och välkomstsamtal förs en dialog där hyresgästen ges möjlighet att beskriva sina behov, önskemål och resurser. Det tydliggörs på vilket sätt hyresgästen har varit delaktig i planeringen och detta dokumenteras i genomförandeplanen. Genomförandeplanen tas fram i dialog med hyresgästen och, när det är aktuellt, tillsammans med närstående. Arbetet utgår från ett hälsofrämjande förhållningssätt där fokus ligger på vad hyresgästen själv kan göra, vilket stöd som behövs samt hur insatserna ska utföras utifrån hyresgästens önskemål och behov. Genomförandeplanen följs upp och revideras vid förändrade behov.

Välkomstsamtal planeras av kontaktpersonal vid inflytt på särskilt boende. Vid samtalet bjuds hela teamet in att delta, såsom kontaktpersonal, sjuksköterska, rehabpersonal och enhetschef, i den mån det är möjligt. Syftet med samtalet är att skapa en trygg start, lära känna hyresgästen och fånga upp behov, önskemål och förväntningar. Närstående och/eller god man kan delta vid behov. Som en del av introduktionen erbjuds hyresgästen att tillsammans med närstående fylla i en levnadsberättelse.

Inom hälso- och sjukvården har formulering av hälsoplaner varit en del i utbildningarna inom dokumentation. I detta ingår patientens delaktighet och hur det ska dokumenteras. Diskussion lyfts även i samband med verksamhetsträffar hur det går att arbeta för att göra patienten mer delaktig i sin egen vård. Hemsjukvården har tagit fram en informationsbroschyr ”om mitt sår” kopplad till arbetet med svårläkta sår. Vid framtagande av denna har patienter varit delaktiga. I broschyren finns ett avsnitt med rubriken ”Det här är viktigt för mig”, med delmål och långsiktiga mål som patienten fyller i tillsammans med sjuksköterska. Vid anslutning till hemsjukvård genomförs inskrivningssamtal och till detta används en inskrivningsmall med frågeställningar som ger utrymme för egna frågor från patienten och vad som är särskilt viktigt för patienten själv. Rehabiliteringen inom särskilt boende har haft en workshop kring patientens delaktighet där det togs fram en lista på åtgärder för att säkerställa patientens delaktighet.

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.

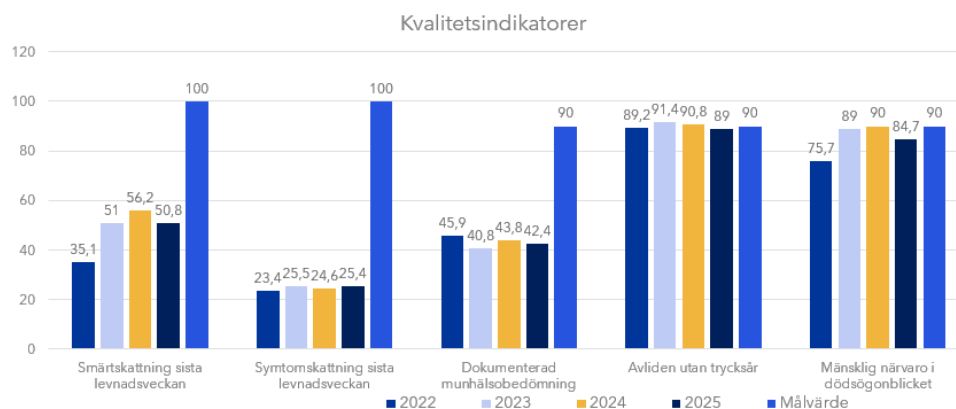
Palliativregistrets kvalitetsindikatorer

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Efter ett inträffat dödsfall registreras svar på en enkät gällande vården i livets slutskede för den enskilde patienten i palliativregistret. Svaren från de enkäter som registreras används därefter för sammanställning av statistik för vården som ges i livets slutskede.

Mål: Samtliga dödsfall som sker i kommunens verksamheter ska registreras i palliativregistret. De målvärden för kvalitetsindikatorer som anges för riket ska uppnås.

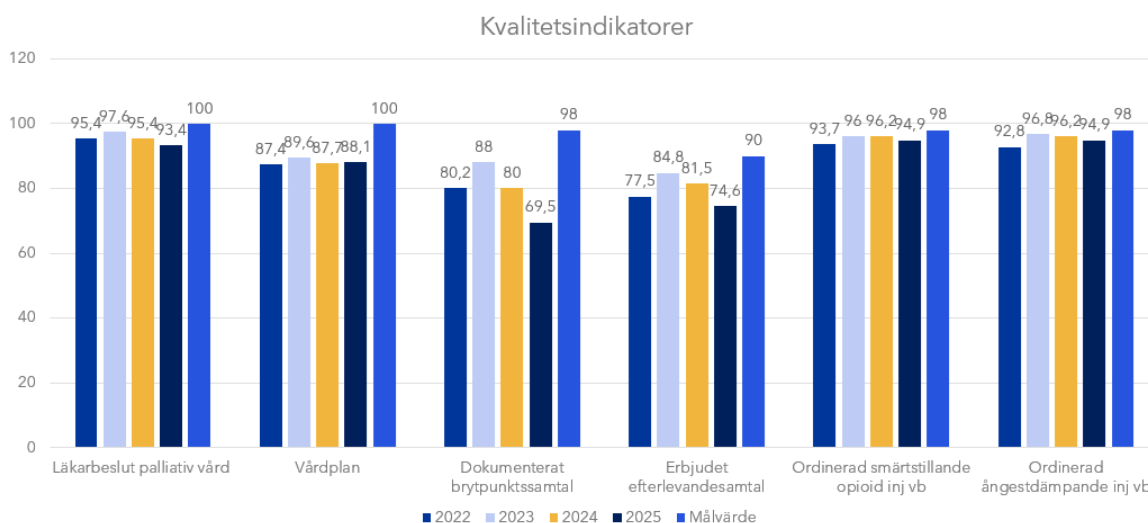
Resultat: Under 2025 registrerades totalt 118 dödsfall i palliativregistret inom Nyköpings kommun.

Förändring i resultatet 2022-2025



Nyköping

Förändring i resultatet 2022-2025



Analys av resultat: Det har skett en minskning i antal registreringar jämfört med föregående år. Det går inte att ta ut siffror ur nuvarande verksamhetssystem för hur många personer som avlidit i våra verksamheter, och därmed är det inte heller möjligt att följa upp målet om att samtliga dödsfall ska registreras. Vid jämförelse av statistiken på enhetsnivå syns det att arbetssättet skiljer sig åt mellan olika enheter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid jämförelse mellan åren för palliativregistrets kvalitetsindikatorer ser man en minskning på helhet gällande smärtskattning under sista levnadsveckan, där resultatet minskat från 56,2% år 2024 till 50,8% år 2025. Symtomskattning under sista levnadsveckan är en kvalitetsindikator som inte funnits med tidigare i kvalitetsindikatorerna och därmed inte någonting som man i verksamheterna arbetat för att öka. Det finns idag ingen rutin för användande av symtomskattningsinstrument annat än smärtskattning, vilket är något som behöver ses över under 2026.

Under 2024 sågs en liten ökning av andel dokumenterade munhälsobedömningar, vilket under 2025 minskat till 42,4%. Det nationella målvärdet för dokumenterad munhälsobedömning är 90%, så även här finns ett förbättringsarbete att genomföra.

Av de dödsfallsenkäter som registrerats under 2024 har 89% av patienterna avlidit utan trycksår, vilket är nära målvärdet på 90%. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket hade 84,7% av patienterna, vilket är nära målvärdet om 90%, men en försämring jämfört med föregående år. Dokumenterade vårdplaner fanns hos 88,1% av patienterna, vilket är en förbättring jämfört med föregående år. Dokumenterade brytpunktssamtal har minskat markant jämfört med föregående år, det dokumenterades endast i 69,5% av fallen. De flesta patienter får ordination på smärtstillande opioid och ångestdämpande injektion vid vård i livets slutskede, båda områdena uppnår 94,9%. Det nationella målvärdet är att dessa ordinationer ska finnas vid 98% av dödsfallen.

Åtgärd: Under 2026 kommer en arbetsgrupp med legitimerad personal se över vilken eller vilka validerade instrument som ska användas för symtomskattning vid vård i livets slutskede. Det bör kunna användas olika slags smärtskattningsskalor beroende på vilken patient som ska bedömas och det finns behov av att kunna skatta andra symtom än endast smärta vid vård i livets slutskede.

Att genomföra och dokumentera munhälsobedömningar vid vård i livets slutskede är ett ämne som verksamheten behöver jobba vidare med att förbättra. Dokumentation av vårdplaner, brytpunktssamtal och ordinerade injektioner för symtomlindring är alla målvärden som inte kan förbättras utan stöd från ansvarig läkare, så detta har lyfts vid uppföljningar av avtal för läkarmedverkan med vårdcentralerna under 2025 och kommer fortsatt lyftas i samband med dessa uppföljningar.

Uppföljning av åtgärd: Resultat från kvalitetsregister kommer under 2026 att följas upp månadsvis i ledningsgrupp hälso- och sjukvård för att löpande återkoppla resultat och målvärden till enheterna inom hälso- och sjukvård. Uppföljningen görs för att ta fram åtgärder för de områden som behöver förbättras. Uppfyllnad av målet följs även upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och verktyg för att stödja vårdprevention. Genom att arbeta med kvalitetsregistret främjas det förebyggande arbetet för personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring eller ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. I Nyköpings kommun arbetar verksamheterna med riskbedömningar inom områdena fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömningar gällande blåsdysfunktion har inte införts ännu, då det är en funktion som tillkommit under senare tid i registret.

Strukturen i Senior alert bygger följande fyra steg:

1. Identifiera risker för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen.
2. Analysera bakomliggande orsaker till att den enskilda individen har risk inom något av områdena.
3. Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
4. Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

Senior Alerts nationella målvärde är att minst 75% av de individer där riskbedömningen påvisar risker ska få en genomgång av samtliga fyra steg ovan. Genom att följa dessa fyra steg systematiseras det förebyggande arbetet på individnivå. Det möjliggör också uppföljning av resultat på enhets-, områdes- och verksamhetsnivå, för att skapa en bild av vilka åtgärder som kan vidtas på enheten. Om det till exempel framkommer att en enhet har en hög andel vårdtagare med risk för undernäring kan åtgärder som att minska nattfastan ses över för hela enheten. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en

följd minska risk för vårdskador. Statistik på områdesnivå sammanställs kvartalsvis av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och delges områdeschefer.

Mål: 80% av patienterna inom särskilt boende och 50% av hemsjukvårdspatienterna ska få en bedömning med bakomliggande orsak, åtgärder och uppföljning inom områdena trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

Resultat: Hemsjukvården har 2025 registrerat 91 patienter i Senior alert, vilket är en minskning jämfört med föregående år då 159 patienter registrerades. Målet är att 50% av patienterna inom hemsjukvården ska registreras under 2025. I hemsjukvården finns ca 450 patienter inskrivna, så målet uppnås inte.

Inom särskilt boende har det under 2025 genomförts registrerade riskbedömningar i senior alert för totalt 471 unika personer, vilket motsvarar 92%, och därmed uppnås resultat över målvärdet på 80% om man tittar på resultatet i helhet. År 2024 registrerades totalt 424 unika personer, så det syns en liten förbättring jämfört med föregående år inom särskilt boende. Under 2025 har rutin för arbete med senior alert inom särskilt boende tagits fram och implementerats i verksamheterna.

Inom funktionsstödsorgen har arbetet med Senior Alert påbörjats under 2025. Totalt har 21 unika personer registrerats i registret under året. Samtliga patienter har registrerats på samma enhet inom funktionsstödsorgen. Under 2025 har det skett ett arbete med att skapa enheter i registret för samtliga grupp- och servicebostäder samt socialpsykiatrins boenden för att möjliggöra uppföljning på enhetsnivå framöver.

Analys av resultat: Det har skett en minskning av antal registreringar inom hemsjukvården under 2025. Analyseras resultatet på enhetsnivå så skiljer sig resultatet ganska mycket mellan de olika teamen inom hemsjukvården. Svårigheterna med arbetet inom hemsjukvård bedöms bero på att hemtjänsten inte ersätts för arbete med kvalitetsregister, vilket skapar svårigheter att få till ett väl fungerande teamarbete med framför allt privata aktörer inom hemtjänst.

Även inom särskilt boende finns behov av att arbeta mer lika på de olika enheterna. Idag är det vissa enheter som registrerat 100% av sina patienter inklusive bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning inom samtliga riskområden, medan andra enheter har ett betydligt sämre resultat. Så även om målvärdet uppnås på helhet så ser det ut som att det finns ett arbete kvar att göra för att säkerställa en jämlik vård på samtliga enheter. Resultatet behöver inte betyda att det ges sämre vård på en enhet utifrån att det visas sämre resultat i registret, det kan även bero på att fokus inte varit att lägga in uppgifterna i registret.

Åtgärd: Att skapa rutin för arbete med senior alert inom ordinärt boende kommer ske under 2026 efter att vård- och omsorgsnämnden fattat beslut om hemtjänsten eventuellt kommer kunna få ersättning för arbetet med kvalitetsregister.

Eftersom det endast är personer över 65 år som ska registreras i Senior Alert behövs en inventering av hur många personer det finns i verksamheterna inom funktionsstödsorgen som är äldre än så för att kunna göra en bedömning av hur stor andel som registrerats. Det behöver även skapas en rutin för arbete med senior alert inom funktionsstödsorgen.

Uppföljning av åtgärd: I ledningsgrupp för hälso- och sjukvård följs resultat upp månadsvis med återkoppling till respektive enhet inom hälso- och sjukvården för att följa utveckling och ta fram åtgärder för områden som behöver förbättras. Uppfyllnad av målet följs även upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

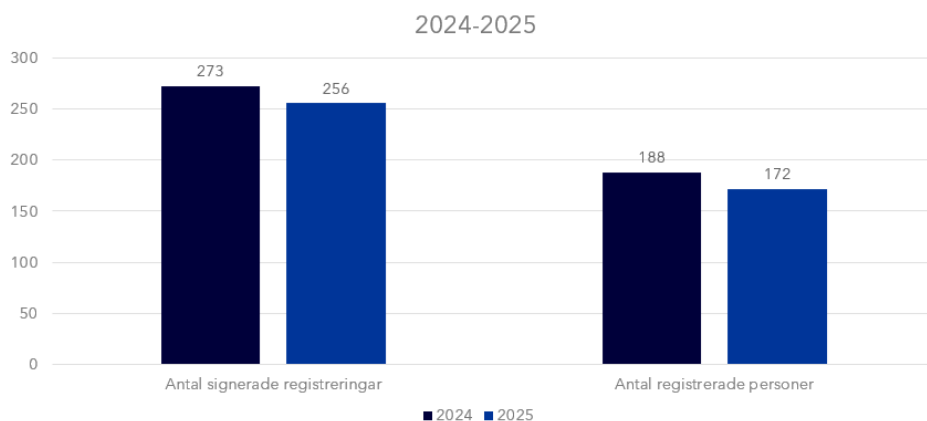
BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte och mål att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom, och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eller kognitiv sjukdom. Resursteam demens ansvarar för att utbilda

enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på de enheter där man vårdar personer med demenssjukdom inom kommunens verksamheter.

Mål: Att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom genom vårdåtgärder som minskar förekomst av BPSD. Målet enligt överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden är att 70% av de som bor på demensboende ska få två skattningar genomförda under året.

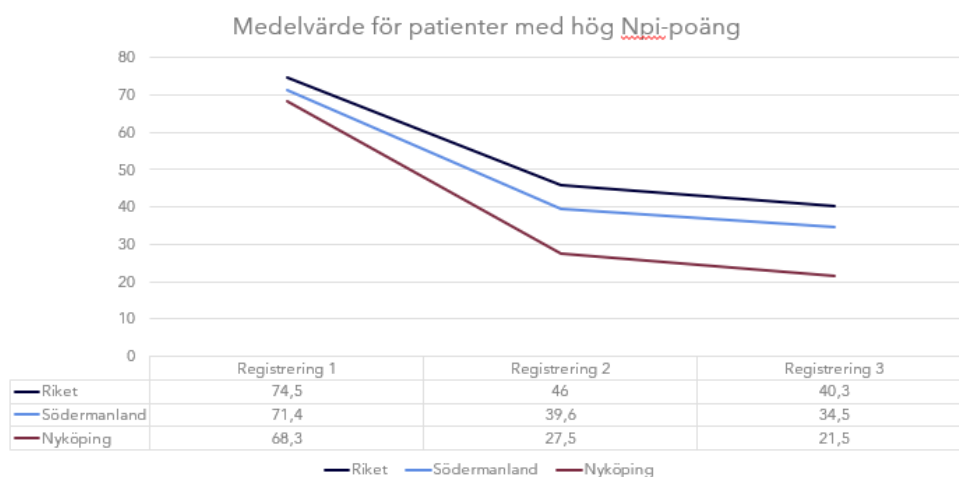
Resultat: Under 2025 har totalt 256 registreringar gjorts i BPSD för totalt 172 unika personer.

Registreringar i BPSD



 Nyköping

Resultat av NPI-skattning vid hög poäng



 Nyköping

Den skattning som görs i BPSD kallas NPI-skattning. Det som skattas är förekomst och allvarlighetsgrad hos de symtom som den enskilde personen besväras av. Hög poäng i skattningen innebär svåra symtom som förekommer ofta (maxpoäng är 144).

Analys av resultat: Under 2024 gjordes 273 registreringar i BPSD, så resultatet är något lägre än föregående år. Vid uppföljning av de registreringar som gjorts över tid syns tydliga förbättringar av symtomen efter att adekvata åtgärder har vidtagits, se diagrammet ovan.

Åtgärd: För att kunna nå målet om att 70% av de personer som bor på demensboende ska få två skattningar per år behöver antalet registreringar ökas och fler personer behöver få utbildning i att arbeta med registret. Verksamheterna inom äldreomsorgen kommer under 2026 arbeta med att förbättra teamarbetet i det BPSD-arbete som utförs i vardagen ute i verksamheterna samt integrera BPSD i det dagliga arbetet. Demenssjuksköterska har saknats under 2025 i resursteam demens och det har till följd av resursbrist inte genomförts tre träffar för specialistundersköterskor i verksamheterna under året, vilket också kan ha bidragit till minskad efterfrågan av registreringar i BPSD. I början av 2026 har ny demenssjuksköterska anställts i kommunen och planering för dessa träffar under 2026 pågår. Det ska även tas fram en beskrivning i uppdraget för demenssjuksköterskan angående vad dessa träffar ska ha för innehåll.

Uppföljning av åtgärd: Uppfyllnad av målet följs upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler

Mål: Patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

Resultat: 268 journaler har granskats av enligt följande fördelning:

Område	Antal granskade journaler	Antal angivna patienter	Andel granskade journaler
SSK hemsjukvård	45	438	10 %
SSK SÄBO äldre	66	663 (inkl. privata)	10 %
SSK FSO	38	381	10 %
Rehab hemsjukvård	40	381	10%
Rehab SÄBO äldre	66	663 (inkl. privata)	10 %
Rehab FSO	13	131	10%
Totalt	268	2657	10%

Analys av resultat: Den sammanfattade bedömningen efter 2025 års journalgranskningar är att fortsatt utbildningsbehov för legitimerad personal finns. Det finns olika utvecklingsbehov för de olika arbetsgrupperna.

Fokusområden för sjuksköterskor hemsjukvård:

- Bedömningsinstrument. Koppling mellan bedömningar i senior alert och införda bedömningar i patientjournal samt plan till resultaten saknas i stor omfattning.
- Dokumenterat samtycke saknas i en del journaler.
- Dokumenterad känd eller ej känd överkänslighet saknas i många journaler.

Åtgärd sjuksköterskor hemsjukvård: Teamsvisa dokumentationsträffar för genomgång av journaler och plan för förbättringar.

Fokusområden sjuksköterskor särskilt boende:

- Grundbedömning när patient flyttar in.
- Bedömningsinstrument behöver dokumenteras i journal och inte enbart genomföras i senior alert.
- Hälsoplaner behöver uppdateras och framför allt upprättas inom många områden.
- Patienter behöver göras delaktiga till större del eller att det ska dokumenteras att det inte är möjligt.
- Överkänslighet och HLR behöver dokumenteras på rätt ställe och inte enbart i OBS-rutan.

Åtgärd sjuksköterskor särskilt boende: Dokumentationsträffar enhetsvis för genomgång förbättringsområden och plan för förbättringar.

Fokusområden rehabenheten särskilt boende:

- Hälsoplaner behöver uppdateras och i vissa fall upprättas.
- Arbete med att minska efterdokumentation behöver fortsätta.

Åtgärd rehabenheten särskilt boende: Genomgång av patientjournaler enligt framtagen checklista planeras in av respektive par under perioden 2 mars till 29 maj. Följs upp av enhetschef på verksamhetsträff.

Fokusområden rehabenheten hemsjukvård:

- Hälsoplaner behöver uppdateras
- Arbete med att minska efterdokumentation behöver fortsätta.

Åtgärd rehabenheten hemsjukvård: Enhetschef planerar in tider för gemensam genomgång av patientjournaler enligt framtagen checklista.

Fokusområden rehabenheten funktionsstödsomsorg:

- Se över grunduppdrag för rehab inom funktionsstödsomsorg.
- Säkerställ att enbart hälso- och sjukvårdsdokumentation förekommer i patienters HSL-journaler.

Fokusområden sjuksköterskor funktionsstödsomsorg:

- Hälsoplaner behöver uppdaterad och i vissa fall upprättas.
- Bedömningar behöver dokumenteras på korrekt sätt.
- Samtycke gällande informationsöverföring till närstående.

Åtgärd legitimerad personal funktionsstödsomsorg: Checklista för dokumentation av samtycken, grundbedömning och Hälsoplaner. Plan för implementering och uppföljning av checklista.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), enhetschef för daglig verksamhet och arbetsterapeut inom daglig verksamhet har genomfört uppföljningsmöte för att förtydliga vad som är HSL dokumentation och vad som är LSS dokumentation.

Uppföljning av åtgärd: Effekt av vidtagna åtgärder följs upp i MAS/MAR årliga journalgranskning 2026.

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem)

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som samlar data om utredning, behandling och uppföljning av personer med kognitiv sjukdom eller demens, med målet att förbättra och likvärdiggöra demensvården i Sverige. SveDem används av primärvård, specialistmottagningar och särskilda boenden för att registrera information om bland annat genomförda undersökningar, diagnoser, läkemedelsbehandling och omvårdnadsinsatser. Genom att följa patienter över tid kan vården identifiera förbättringsområden, jämföra resultat nationellt och regionalt samt utveckla mer personcentrerad och jämlik demensvård.

Det finns reglerat i avtal för läkarsamverkan mellan vårdcentral och kommun att registreringar ska ske i registret och arbetet med implementering inom division social omsorg kommer att påbörjas under 2026. Under våren 2026 kommer arbetet med SveDem lyftas i samband med uppföljningar mellan kommunal hälso- och sjukvård och de vårdcentraler som har avtal för läkarsamverkan för att diskutera hur samarbetet ska ske och för att skapa en bild av hur vårdcentralerna arbetar med registret. Division social omsorg behöver även teckna ett avtal med SveDem för att verksamheterna ska kunna påbörja

registreringar. Under hösten 2026 planeras för införande på demensenheter inom särskilt boende för äldre och i hemtjänstens demensteam.

Delegeringar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering följer upp följsamheten till de styrdokument som finns gällande delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter en gång per år i en rapport till vård- och omsorgsnämnden. MAS har inför rapporten skickat ut frågor via e-post till samtliga enhetschefer inom funktionsstödsomsorgen, hemtjänst och särskilda boenden för äldre med frågor kring hur mycket delegerad personal som finns samt hur mycket uppdrag det finns som inkommit från annan vårdgivare. MAS har även kontrollerat Appa, som är ett digitalt system för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser, där alla delegeringar finns lagrade.

Ett mejl med frågor gällande föregående rapporters att-satser har skickats till verksamhetschef för ÄO samt områdeschef för HSO för besvarade av hur långt man kommit med att utföra arbetet som VON beslutat om. Dessa att-satser gällde att skapa en gemensam rutin för delegering av läkemedel för sjuksköterskor samt ett gemensamt utbildningsunderlag för reel kompetens hos omvårdnadspersonal. Det fanns även ett behov av att göra kommunens processkarta för delegering känd hos privata aktörer i kommunen.

Mål: Att de delegeringar som utfärdas är förenliga med god och säker vård inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Resultat: Vid kontroll i Appva konstaterades det att det fanns totalt 2 651 medarbetare inlagda, vilket är en ökning från föregående år då det fanns 2 454 medarbetare inlagda. Av dessa är det 2 024 som har en läkemedelsdelegering, fyra medarbetare har delegering utfärdad av fysioterapeut gällande TENS och inga delegeringar finns utfärdade av arbetsterapeut.

En del delegeringar och uppdrag kommer direkt från regionen, så kallad specialistvård på primärvårdsnivå. Då ansvarar regionen för att delegera eller instruera kommunens omvårdnadspersonal samt att de ansvarar för att insatsen blir utförd på korrekt sätt. Insatserna handlar oftast om tracheostomi, påsdialys, ventilatorer (hostmaskiner) eller olika läkemedelspumpar. Kommunens legitimerade personal har inget ansvar för dessa insatser och delegerar således inte omvårdnadspersonal i dessa fall. Alla tillfrågade chefer utom 2 har svarat på frågan. Av alla verksamheter som har svarat framkommer att det finns 6 uppdrag som Nyköpings kommun utför åt Region Sörmland. Detta är en minskning från föregående år.

Granskningen av appva visade även att det skett en försämring både i andel signerade insatser och i uppföljning av larm för osignerade åtgärder.

Analys av resultat: Verksamhet fick efter MAS rapport i uppdrag att slutföra arbetet med gemensam rutin för delegering av läkemedel till omvårdnadspersonal samt gemensamt utbildningsunderlag för bedömning av reell kompetens hos omvårdnadspersonal, samt att kommunens processkarta för delegering skulle göras tillgänglig för privata aktörer. Gällande de målvärden verksamhet satt upp kopplat till Appva MCSS, det vill säga att samtliga insatser ska vara signerade och att de ska vara signerade i tid har de inte uppnåtts under 2025.

Andel signerade insatser på helhet för samtliga professioner är lägre 2025 jämfört med föregående år vilket kan tyda på att färre patienter får sina ordinerade insatser utförda. Att antal okvitterade larm ökar under 2025 tyder fortsättningsvis på att verksamhet inte hade ett fungerande arbetssätt gällande uppföljning av sina insatser i Appva MCSS. Antalet medarbetare var högt vid förra årets granskning och har fortsatt att öka under detta år. Detta kan tyda på att medarbetare som ej längre är verksamma i sitt uppdrag inte har avslutats i Appva MCSS. Det är ansvarig chef eller av chef utsedd person som ansvarar för att lägga till och ta bort medarbetare.

Åtgärd: Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser har reviderats och skickats ut till externa utförare. Områdeschef inom hälso- och sjukvård har även planerat in individuella uppföljningar med varje

utförare för genomgång av rutinen under 2026. Ny gemensam rutin och gemensamt bedömningsunderlag har tagits fram och beslutats och implementeras i verksamheterna under 2026. Gemensam rutin för delegering, ett gemensamt utbildningsunderlag för bedömning av reell kompetens hos omvårdnadspersonal samt känd processkarta kommer säkerställa att all delegerad personal har samma kunskaper. Detta förväntas i sin tur öka patientsäkerheten i de delegeringar som utfärdas.

Släckning av inaktuella okvitterade larm i Appva genomfördes i december 2025. Rutiner kring kvittering av larm i Appva har setts över och vid behov uppdaterats. Legitimerad personal har utbildats i hur larm i Appva ska kvitteras. Enhetschefer för legitimerad personal gör månadsvisa uppföljningar för att säkerställa att larm kvitteras. Inom särskilt boende för äldre, hemtjänst och inom funktionsstödsomsorgen har det tagits fram verksamhetsspecifika planer för att säkerställa att samtliga insatser signeras. Hälso- och sjukvården, särskilt boende för äldre, hemtjänst och inom funktionsstödsomsorgen har det tagits fram planer för hur de ska säkerställa att endast aktuella medarbetare finns i systemet.

Uppföljning av åtgärd: Vidtagna åtgärder följs upp i samband med MAS rapport om delegeringar 2026.

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.



Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds i samarbete mellan kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering. Utredningen följer en mall med innehåll utifrån det som finns reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete enligt följande:

- Händelseförlopp
- När händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades
- Vilka konsekvenser händelsen medfört eller hade kunnat medföra för patienten
- Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen
- Vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits/ska vidtas för att förhindra att händelsen inträffar igen, eller för att begränsa effekterna av en händelse som inte helt går att förhindra
- När åtgärderna ska vara vidtagna
- Vem eller vilka som ansvarar för uppföljning av åtgärder
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen, i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet
- Patientens beskrivning och upplevelse av händelsen. Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse ska det framgå i utredningen.

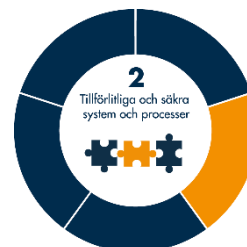
Efter genomförd utredning återkopplas den till den verksamhet där händelsen inträffat, och en åtgärdsplan arbetas fram av verksamheten. Händelsen och planerade åtgärder presenteras därefter för de som berörs av den för att dra lärdom av det inträffade. Uppföljning av genomförda åtgärder planeras in tillsammans med MAS/MAR.

Under 2025 har 21 händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utretts. Av dessa är det sex utredningar som bedömts som allvarlig risk för vårdskada eller vårdskada och anmälts till inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med Lex Maria. Av dessa sex händelser har tre skett inom funktionsstödsomsorgen, två inom särskilt boende för äldre och en inom en privat hemtjänstgrupp.

Föregående år genomfördes 14 utredningar, varav tre ledde till en anmälan till IVO. Händelserna som uppmärksammats har till exempel inkommit via avvikelser från regionen, som klagomål från närstående eller som registrerade HSL-avvikelser i verksamhetssystemet. Att antalet utredningar och anmälningar enligt Lex Maria ökar är en positiv utveckling som tyder på en förbättring i att uppmärksamma risker för vårdskador i verksamheterna. Bedömningen är att det finns ytterligare behov av att öka kunskaperna kring att uppmärksamma vårdskador eller risk för vårdskador hos personal och chefer i kommunen och att det förmodligen skulle behöva utredas fler händelser per år.

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.



Läkemedelsgenomgångar

Under 2025 har det genomförts totalt sju fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare inom särskilt boende för äldre samt två inom hemsjukvården. Detta är ett område som det sedan flera år tillbaka funnits förbättringsbehov inom. Behovet har lyfts vid uppföljningar av avtal för läkarsamverkan med vårdcentralerna, och i vissa fall har det låga antalet konstaterats bero på att det har funnits svårigheter för vårdcentralen att få tillgång till stöd av apotekare. Under våren 2025 har sjuksköterskorna inom den kommunala hälso- och sjukvården fått utbildning i ämnet läkemedelsgenomgångar.

Medicinskt tekniska produkter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 4 kap 2§ ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Socialstyrelsens föreskrifter om *användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2021:52* anger att varje vårdgivare ska fastställa rutiner för användning och hantering av MTP i verksamheten. Vårdgivaren ska genom rutinerna säkerställa att MTP som har förskrivits, lämnats ut eller tillförts till patienter kan spåras.

Under 2025 har Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utbildat enhetschefer inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård i syfte att öka kunskap om medicinskt tekniska produkter och ansvarsfördelningen kopplad till dessa. Utbildningen kommer under 2026 även erbjudas enhetschefer inom funktionsstödsomsorgen. MAR har skapat en gemensam mall för förteckning och lokal rutin som respektive enhetschef använder. Vid uppföljning 2025 av upprättade lokala rutiner och förteckningar över medicinskt tekniska produkter visade resultatet att 55% av enheterna har en komplett förteckning över sina medicinskt tekniska produkter, vilket är en förbättring jämfört med föregående år då ingen enhet hade en komplett förteckning. 43% av enhetscheferna har upprättat en lokal rutin gällande hantering av medicinskt tekniska produkter, att jämföra med föregående års 4%. Dessa siffror inkluderar även privata utförare. En ökning av upprättade förteckningar och rutiner har skett och det är ett pågående arbete i verksamheterna.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Varje år granskas läkemedelshantering inom de verksamheter där läkemedelshantering förekommer av apotekare från ett externt företag som Sörmlands kommuner har ett gemensamt samverkansavtal med. Syftet med kvalitetsgranskningen är att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån de krav som ställs i författningar och regionens styrdokument "Läkemedelshantering i Sörmland" samt enhetens lokala rutiner. Varje enhet får efter granskningstillfället ta fram en handlingsplan för att åtgärda de eventuella brister som upptäcks, vilket även innebär ett ansvar för enhetschef att vidta de åtgärder som behövs. Uppföljning av åtgärdsplaner sker i samband med kommande års kvalitetsgranskning.

Hösten 2024 genomfördes granskningar på särskilda boenden samt inom hemtjänsten. Läkemedelsrum för sjuksköterskor granskades också. Under våren 2025 granskades funktionsstödsomsorgen samt läkemedelsrum för sjuksköterskor.

Resultat funktionsstödsomsorg: Många enheter har behov av att uppdatera de lokala rutinerna efter den nya mallen för lokal rutin. Nyckelhantering eller hantering av koder till nyckelskåp och ska finnas beskrivet i den lokala rutinen och personal behöver ha kännedom om de lokala rutinerna för att kunna följa dem.

Generellt sett fungerar ordination och administrering av läkemedel bra, dock ansågs inte kontroll mot ordinationshandling fungera optimalt vid administrering av läkemedel. Det framkom även att dokumentation om uppföljning efter givet läkemedel inte gjordes på rätt sätt. Vid kontroll av patienters läkemedelsskåp fanns läkemedel med utgången datum. En del läkemedel var inte datummärkta när de öppnades/togs i bruk. Det förvarades även andra artiklar i läkemedelsskåpet som inte är läkemedel. En del utgångna läkemedel förvarades på personalkontor. Det behövs läsbara skåp för läkemedelsförvaring på personalens kontor. Det saknades signeringslistor för kontroll av temperatur i kylskåp som innehöll läkemedel.

Arbetet med narkotikaklassade läkemedel bedöms fungera bra. Arbetet med avvikelser bedöms fungera bra och är en återkommande punkt på APT. Det är oftast utebliven dos eller glömd signering som är de vanligaste avvikelserna kopplade till läkemedel.

Resultat särskilt boende för äldre: Den nya mallen för lokal rutin läkemedelshantering diskuterats och det har framkommit behov av att uppdatera befintliga rutiner inom framför allt mottagande av läkemedel och vilka som har tillgång till läkemedelsrum samt hantering av dosetter för växelvärdspatienter. Det behöver också säkerställas att all omvårdnadspersonal har tillgång till rutinen.

Generellt sett fungerar ordination och administrering av läkemedel bra, dock ansågs inte kontroll mot ordinationshandling fungera optimalt vid administrering av läkemedel. Det fanns även gamla och ogiltiga ordinationshandlingar vid stickprovskontroll. Det behövs tydlighet i vid behovs-ordinationer, bland annat vad som är maxdos. Det framkom även att dokumentation om uppföljning efter givet läkemedel inte gjordes på rätt sätt.

Inom signering fanns det stora variationer kring hur detta följdes upp och återkopplades till omvårdnadspersonal. Det lades stor tyngdpunkt på vikten av uppföljning av signering för att identifiera och åtgärda eventuella brister.

Vid kontroll av patienters läkemedelsskåp fanns läkemedel med utgången datum. En del läkemedel var inte datummärkta när de öppnades/togs i bruk. Det förvarades även andra artiklar i läkemedelsskåpet som inte är läkemedel. I många skåp var det trångt vilket kan öka risken för fel och förväxlingar. Även nyckelhantering visades vara otydlig i arbetssätt på många ställen. Det belystes problem med leveranser, att läkemedel lämnas på obemannade platser eller att kvittering inte utförs på rätt sätt. Det saknades korrekt dokumentation för kontroll av temperatur i kylskåp som innehöll läkemedel.

Gällande delegering fanns variationer kring hur de utfärdas och följs upp. Apotekare ser behov av att säkerställa att all personal genomgått enhetlig utbildning innan delegering samt att det belyses vilket ansvar som en delegerad personal har. Arbetet med narkotikaklassade läkemedel bedöms fungera bra men det uppmärksammades brister i hanteringen av narkotikapläster. Arbetet med avvikelser bedöms fungera bra och är en återkommande punkt på APT. Vissa enheter arbetar även med regelbunden statistik från Appva.

Resultat hemtjänst och hemsjukvård: Fokusområdet för granskningarna har varit att göra en genomgång av hela läkemedelskedjan och se över arbetssätt och rutiner. Fokusområdena för granskningarna var ansvar och lokala instruktioner, delegering, förvaring av läkemedel, iordningställande och administrering, ordinationer, hantering av narkotika, samt kvalitetsuppföljning.

Vid granskningarna av hemtjänst säkerställdes att lokal rutin för läkemedelshantering var kända och tillgängliga för personalen. Många enheter behöver uppdatera sina lokala rutiner för att beskriva det nya

arbetssättet med läkemedelshandlingen. Att förtydliga rutiner för driftstopp och åtkomst till patientens läkemedelsskåp vid driftstopp identifierades som ett behov. I händelse av driftstopp måste skåpet brytas upp då ingen annan lösning finns.

Hemsjukvården har upprättat en egen lokal rutin men vid granskning rekommenderas att den kompletteras med ytterligare information. Behov av uppdatering av lokala rutiner identifierades för att bättre beskriva det nya arbetssättet med läkemedelshandlingen och förtydliga rutiner vid driftstopp och åtkomst till patienternas läkemedelsskåp.

Vid förvaring av insulin hemma hos kund var det oklart om insulinpennor märks upp med brytdatum.

Vid granskningen av Hemsjukvården noterades brister i kontroll av journalföringen för narkotika och att dokumentation i narkotikajournal ska ske med bläck, inte blyertspennor.

Enheterna har rutin för att ta upp och diskutera avvikelser tillsammans för att dra lärdom av varandra och för ständiga förbättringar. Förbättringsförslag inkluderar att säkerställa kompetens kring avvikelserapporteringen och att rapportera fler avvikelser. Det föreslogs att sjuksköterskor bjuds in till arbetsplatsträffar för genomgång av avvikelser och diskussion kring missade signeringar i Appva. Den enskilda enhetens chef ansvarar för att utse ansvariga och följa upp åtgärdsplanerna.

Granskningarna har utförts med gemensamma diskussioner. Det utfördes inga fysiska kontroller i hemmet hos enskild inom hemtjänst. Enhetschefer har deltagit på samtliga granskningar och deltagare från verksamheterna har varit närvarande på de flesta granskningar. Det har oftast varit planerare som har fått svara på hur de arbetar inom verksamheten som delegerad personal. Vid granskning kontrollerades läkemedelsförråd för hemsjukvården.

Framtagande av lokal rutin av respektive enhetschef har en tydlig förbättring sedan föregående år. Dock har en verksamhet trots upprepade påminnelser ej lämnat in lokal rutin. En annan verksamhet har lämnat in lokal rutin utformad efter en gammal mall som ej besvarar det som MAS bedömer behöver finnas med i lokal rutin för läkemedelshandling.

Svenska HALT

(Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities)

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska spridning av antibiotikaresistenta bakterier är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. En ansvarsfull antibiotikaanvändning och god vårdhygien är centrala delar i arbetet med att minska uppkomst och spridning av resistenta bakterier. Svenska HALT (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är en del av den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) HALT-mätningar. Mätningen är en årlig punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI), antibiotikaanvändning, vårdtyngd och riskfaktorer hos personer som bor på särskilt boende för äldre, korttidsboende samt boende med särskild service (LSS). Folkhälsomyndigheten är ansvarig för mätningen i Sverige. En vårdrelaterad infektion (VRI) hos en person är en infektion som uppkommer under eller efter vård som följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad. Eller en infektion som personal, som arbetar inom vård och omsorg, ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. Motsatsen är samhällsförvärd infektion. Syftet med mätningen är att stödja ett systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och bidra till en mer ansvarsfull antibiotikaanvändning. Datainsamling och återrapportering görs i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Genom att strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning skapar Nyköpings kommun underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även grund till att försöka minska och förebygga riskfaktorer hos vårdtagarna. Genom att följa resultat över tid kan vårdgivaren se trender och få förklaringar till resultatet.

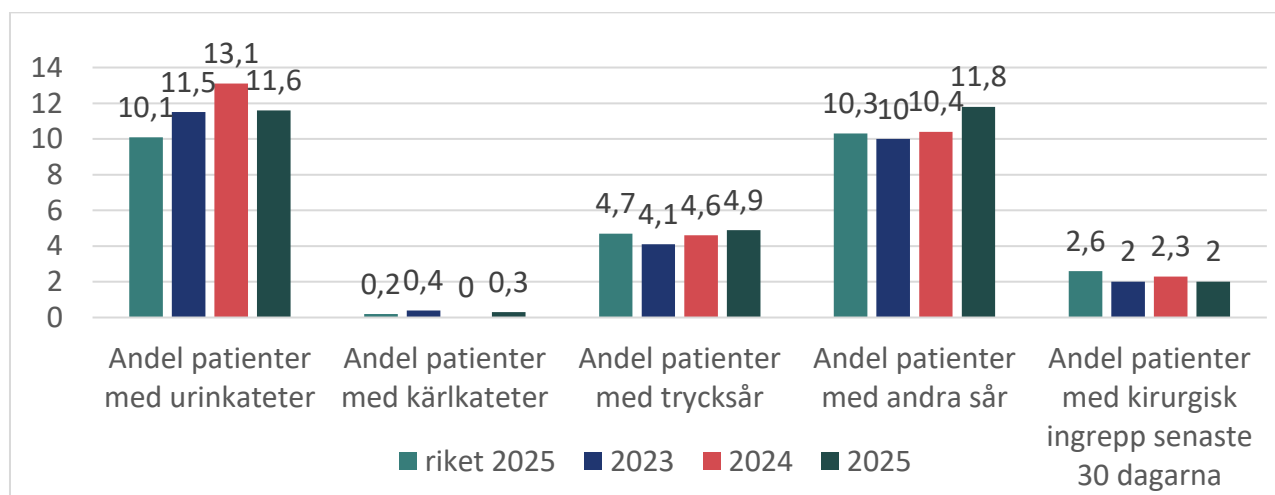
Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort en sammanställning och uppföljning av resultatet av 2025 års HALT-mätning och i mätningen ingår både kommunala och privata särskilda boenden för äldre. Sammanlagt 47 enheter av 86 har registrerat resultat i Senior alert. Av dessa 47 inrapporterande enheter

tillhör 46 särskilt boende inom äldreomsorgen. Det är en enhet inom funktionsstödsomsorgen som har registrerat i HALT-mätningen 2025. Det finns sammanlagt 644 vårdtagare inom äldreomsorgen och 228 inom funktionsstödsomsorgens grupp- och servicebostäder. Av dessa 872 vårdtagare har 577 (66 %) registrerats i mätningen. Inom bara särskilt boende för äldre ligger registreringen på 92 %, men på helhet landar det på 66 %. Förutom funktionsstödsomsorgens låga svarsfrekvens är det två enheter inom särskilt boende som inte gjort några registreringar. På de boenden som genomfört registreringar är inte alla vårdtagare på de boendena registrerade i mätningen.

Att 66 % av vårdtagarna har registrerats i mätningen är en ökning från föregående år. Att funktionsstödsomsorgen inte svarade i den utsträckning som förväntats beror till stor del på att verksamheten/enheterna inte har ett inarbetat arbetssätt med senior alert på alla vårdtagare samt att alla vårdtagare registrerades på en och samma enhet i stället för de enheter som de bor på.

Mätningen visar att det totalt finns 1,4 % vårdrelaterade infektioner (VRI) i kommunens verksamheter, de vanligaste är urinvägsinfektion (UVI) samt hudinfektion. Sammantaget ligger Nyköpings kommun likvärdigt med riket i det övergripande resultatet för VRI men det är en ökning från föregående år i kommunen. Det går även att utläsa att andelen UVI och hudinfektioner ökat från föregående år.

Mätningen visar även att verksamheter har en del riskfaktorer, de vanligaste riskfaktorerna för att utveckla en vårdrelaterad infektion (VRI) är urinkateter och andra sår. I mätningen går det att se att Nyköpings kommun generellt har högre andel patienter med riskfaktorer än riket, det går även att utläsa att det är en successiv ökning från år till år gällande riskfaktorer. Se tabell nedan.



Mätningen av vårdtyngd visar att 62,4 % av vårdtagarna lider av desorientering (rikssnitt 66,4 %). 64,3 % av vårdtagarna på särskilt boende har någon form av inkontinens (rikssnitt 66,2 %). Båda dessa mätvärden är bättre än rikssnittet men det är en stadig ökning i Nyköpings kommun från år till år vilket betyder att fler och fler vårdtagare har problem med inkontinens och desorientering. Större andel vårdtagare i Nyköpings kommun, 42,1 %, har nedsatt rörlighetsförmåga (behov av rullator/rullstol vid förflyttning) jämfört med rikssnittet, 40,6 %, dock visar statistiken att detta värde har sjunkit jämfört med tidigare år.

Även om Nyköpings kommun uppvisar samma övergripande siffror för VRI som i riket ses det högre siffror för UVI samt hudinfektioner än riket. Nyköpings kommuns största riskfaktorer för UVI och hudinfektioner är att det finns många vårdtagare med urinkateter samt att det finns många vårdtagare med andra sår. Kommunens särskilda boenden har under 2025 arbetat med utbildning kring sår och sårbehandling och de ökande siffrorna kan delvis bero på högre kunskap och förståelse kring detta vilket kan ha lett till att fler sår uppmärksammas och behandlats. Det finns inget sådant arbete kopplat till inkontinens.

Att det är höga siffror gällande vårdtyngd inom desorientering är inte orimligt då många av kommunens särskilda boenden är demensenheter. Gällande de höga siffrorna av inkontinens går det inte att bedöma orsaken bakom i denna mätning. Även om Nyköpings kommun har lägre resultat inom dessa två områden av vårdtyngd än rikssnittet visar det på en stadig ökning i jämförelse med tidigare års resultat. Här kan det även finnas korrelation med ökade riskfaktorer för VRI. Är en vårdtagare inkontinent och i behov av inkontinenshjälpmedel ökar även risken för UVI. Gällande rörlighet har kommunen förbättrat sina siffror med 1,4 % sedan föregående år och visar på nedåtgående trend även om det fortsatt sämre än rikssnittet.

Det fanns utmaningar i sammanställningen då flera av verksamheterna inte har utfört registreringen korrekt, alla vårdtagare på enheterna är inte registrerade samt att det har registrerats på fel enheter.

Vårdhygieniska utbildningar och hygienronder

All omvårdnadspersonal som arbetar patientnära ska enligt rutin genomföra Socialstyrelsens webbutbildning i basal hygien vid introduktion och därefter minst en gång per år. Enhetschefer och hygienombud, som ska finnas på varje enhet, bjuds in till utbildning av vårdhygien en gång per termin. Två gånger per år bjuder vårdhygien in till utbildning för enhetschefer. Inom särskilt boende har det även genomförts en smittspårning under hösten 2025 i samarbete med vårdhygien. Utbildningar som genomförts under året är ”Smittförebyggande arbetssätt och VRI” för legitimerad personal inom hemsjukvård, funktionsstödsomsorg och särskilt boende. I december utbildades chefer inom funktionsstödsomsorg gällande basala hygien- och klädregler, hygienombud och vårdhygienisk egenkontroll av vårdhygien.

Inom särskilt boende för äldre har Regionens sektion för vårdhygien genomfört uppföljningsmöten efter hygienronder på Fruängskällan, Väverskan, Myntan och Mariebergsgården under 2025.

Hygienronder har genomförts av vårdhygien inom hemtjänstverksamheterna under våren 2025. Områden som sågs över var utformning av hemtjänstens lokaler och de ytor som behöver finnas tillgängliga utifrån vilka arbetsmoment som utförs och vilket material som förvaras i lokalen. Hantering av tvätt och arbetskläder sågs även över.

Resultatet från hygienronderna inom hemtjänsten påvisade brister inom vårdhygienisk kompetens utifrån brister i inskolning av nyanställd personal samt hur personal erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling inom området. Enhetschefen behöver säkerställa att det finns hygienombud och att den personen har kunskap om uppdraget. Det skiljde sig även åt hur ofta enheterna utför självskattning gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och få enheter initierade åtgärder för att förbättra resultaten i utförda självskattningar. Gällande hemtjänstens lokaler påvisades brister i att de inte är anpassade för de hygienkrav som ställs på verksamheten. Lokaler och förråd var i många fall inte utformade för att personal ska kunna tillämpa ett smittförebyggande arbetssätt. Det noterades även brister gällande arbetskläder, både gällande tillgång till rena arbetskläder och hantering av tvätt. Det saknades ofta även rutiner för tvätt av fleece- och ytterjackor. Brister som konstaterades gällande förråd var att det saknades kunskap om hur de ska hanteras och planeras, det saknades rutiner för rengöring och desinfektion av förråd samt för hantering, förvaring och rengöring av väskor.

Varje enhet inom hemtjänsten har efter genomförda hygienronder tagit fram handlingsplaner utifrån de vårdhygieniska bristerna som framkommit. Verksamheten kommer att utreda möjligheten att införa Eskilstunamodellen i Nyköping för att arbeta med hygienfrågorna på ett nytt och mer strukturerat sätt. Kortfattat innebär modellen att verksamheten anställer en ansvarig hygiensjuksköterska som, på hel- eller deltid, arbetar tillsammans med undersköterskor ute i verksamheterna för att säkerställa en god hygienisk standard.

Sammanfattning av åtgärder i handlingsplan efter hygienronder i hemtjänsten:

Vidtagna och planerade åtgärder gällande lokaler och förråd:

- Vägghängda hållare för handsprit och desinfektion är beställda för att säkerställa god tillgång till

hygienmaterial.

- Förrådshanteringen har stärkts genom att skapa städrutiner för utrymmen där förbrukningsartiklar och hygienartiklar förvaras.
- En kartläggning av brister har genomförts, och förråden har utrustats med hållare för hand- och ytdesinfektion, torkpapper, tvål, handskar och plastförkläden. Dessutom ska torr och dammfri förvaring samt tydlig separering av rent och orent material säkerställas.
- Skriftliga rutiner för rengöring och desinfektion av förråd och väskor har införts, tillsammans med en plan för regelbunden städning och dokumentation vid påfyllnad.
- Slutligen har omklädningsrum en dedikerad förvaring för ytterkläder som används i tjänsten för att säkerställa en hygienisk och funktionell arbetsmiljö.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande hantering av tvätt:

- Förvaring ordnad, tvättrutin en gång/månad, fler ryggsäckar beställda.
- Arbetskläder tvättas på tvätteriet.
- Säkerställ korrekt utformad tvättstuga i de grupper som städar själva. Tvättstuga ska ha separata rena/orena ytor, 60–90 °C-program och torktumlare/torkskåp.
- Ta fram tvättrutiner och ansvar.
- Säkerställa att tjänstejackor tvättas via säker process.
- Avveckla tvättmaskiner på personaltoaletter pågående.
- Flytta till separat tvättstuga enligt vårdhygieniska krav.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande hygienombud:

- Samverka mer över enheterna med hygienfrågor.
- Eventuella skapa en grupp för hygienombuden.
- Utse minst ett hygienombud per enhet.
- Ta fram uppdragsbeskrivning och schemalagda möten med vårdhygien för hygienombud och enhetschef.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande hygienrutiner och utbildning:

- Skapa en gemensam rutin för alla nyanställda samt årlig repetitionsutbildning för ordinarie personal.
- Tydliggör enhetschefens ansvar
- Kvartalsvis uppföljningar om utbildning, egenkontroller och avvikelser inom ledningslag och vid behov kontaktas MAS/MAR.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande egenkontroller:

- Fastställ frekvens.
- Använd standardiserat observationsprotokoll.
- Redovisa resultat på APT och initiera åtgärder vid avvikelse.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande arbetskläder:

- Arbetskläder saknas. Upphandlingsarbete pågår eftersom nuvarande leverantör inte kan tillgodose verksamhetens behov.
- Antal och storlekar ska dimensioneras så att dagligt byte samt extra vid behov möjliggörs.

Beställningarna motsvarar verksamhetens behov, men på grund av leverantörproblem har inte alla leveranser genomförts. Dialog med samtliga leverantörer pågår.

- Installera stängda skåp/rum med handsprit inom räckhåll.
- Märkning ska säkerställa att korsande flöden undviks. Detta är leverantörens ansvar. Dialog med leverantören pågår.

Vidtagna och planerade åtgärder gällande flöden och byggnation:

- Genomlys lokalens logistik.
- Märk upp gångvägar och arbetsytor.
- Undvik korsande flöden.

- Inför krav i projektmodellen att Vårdhygien deltar från behovsanalys till slutbesiktning.

Hygienronder inom funktionsstödsomsorgen har genomförts inom sju grupp- och servicebostäder under hösten 2025. Brister som konstaterats vid dessa hygienronder gäller vårdhygienisk kompetens utifrån att det saknas introduktion för nyanställda gällande basala hygien- och klädregler och enhetschefers uppföljning av att nyanställda har fått rätt kunskaper i ämnet. Det saknas återkommande aktivitet för att repetera kunskaper gällande basala hygienrutiner och klädregler. Enhetschefer behöver säkerställa att det finns hygienombud med kunskap om sitt uppdrag. I flera fall har det konstaterats att varken enhetschef eller hygienombud har kunskap om den länsgemensamma uppdragsbeskrivningen. De flesta enheter utför någon gång per år egenkontroll i form av självskattning, men det arbetas inte vidare med resultatet och förbättringsåtgärder. Lokalerna har vid hygienronder visat sig inte vara anpassade för de hygienkrav som ställs på verksamheten och inte heller utformade för att personal ska kunna tillämpa ett smittförebyggande arbetssätt. Gällande arbetskläder har det konstaterats att det är ont om arbetskläder med risk för att personal arbetar i smutsiga arbetskläder i flera dagar. Det förekommer även att personal tar hem och tvättar sina kläder hemma. Flera enheter tvättar sina kläder själva, och det saknas många gånger korrekt inredd tvättstuga som klarar de krav som ställs för en säker hantering av tvätt. Det saknas också ofta godkänd förvaring av rena arbetskläder. På vissa enheter saknas omklädningsrum och personal hänvisas till personaltoaletten för ombyte och det finns inte heller omklädningskåp. Det finns också brister i tvättprocessen, där många enheter har en tvättmaskin inne på personaltoaletten för tvätt av arbetskläder och torktumlare saknas. I många fall fungerar tvättstugan även som rum för förvaring av städartiklar. Rapport om de vårdhygieniska bristerna inom funktionsstödsomsorgen presenteras vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026 och verksamheterna kommer under våren 2026 behöva arbeta med att ta fram handlingsplaner utifrån de brister som framkommit.

Självskattning basala hygienrutiner och klädregler

Enligt rutin för smittförebyggande åtgärder inom särskilt boende, hemtjänst och funktionsstödsomsorg ska självskattning av basala hygienrutiner genomföras fyra gånger per år enligt den självskattningsmall som tagits fram av regionens enhet för vårdhygien. Enhetschef sammanställer resultatet på enheten, presenterar det för personalgruppen och tar fram åtgärder för att förbättra resultatet. Resultatet från egenkontroller ska därefter sammanställas på verksamhetsnivå.

Under 2025 har det även genomförts självskattning av basala hygienrutiner hos sjuksköterskor i hemsjukvården. Dessa självskattningar visar att det finns en allmänt god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Förbättringsåtgärd är att använda förkläde vid moment som kräver det. Enhetschef har återkopplat resultat via veckobrev.

Hemtjänst: Under 2025 har det genomförts fyra självskattningar av följsamhet till basala hygienrutiner inom Hemtjänst och Dagverksamhet äldre i enlighet med rutin för smittförebyggande åtgärder. Vid det första tillfället inkom totalt 245 svar. Det saknas resultat från två grupper som flyttade till ny lokal under dessa datum och därför inte deltog i skattningen. Vid det andra tillfället för självskattning genomfördes totalt 286 självskattningar, vid det tredje tillfället 271 självskattningar och vid det fjärde och sista tillfället genomfördes 194 självskattningar.

Självskattning 1–4 visar sammantaget att verksamheten förbättrar sin följsamhet till basala hygienrutiner med förbättringar inom flera områden, samtidigt som vissa återkommande förbättringsområden har identifierats.

Resultat

- Följsamheten till handdesinfektion har förbättrats över tid.
- Användning av förkläde är ett återkommande förbättringsområde med relativt jämn nivå av brister.

- Handskanvändning uppvisar risk för överanvändning har identifierats.
- Följsamheten avseende naglar och armband är god.

Genomförda och pågående åtgärder

Arbetet med att stärka följsamheten till basala hygienrutiner har under året omfattat:

- Webbutbildning i basal hygien
- Genomgångar av självskattningar på APT
- Hygienronder och uppföljning i verksamheterna
- Stöd och uppföljning genom hygienombud
- Introduktion och utbildning i basala hygienrutiner för nyanställd personal

Fortsatt fokus

Det fortsatta förbättringsarbetet kommer att inriktas på:

- Handdesinfektion före och efter arbetsmoment
- Tydliggörande av riktlinjer för användning av förkläde och handskar
- Systematisk och återkommande uppföljning genom självskattningar
- Rutin att lägga in i verksamhetens planering för att alltid utföra webbutbildning Basal hygien för samtlig personal i samband med självskattningen, dvs 4 gånger/år.
- Uppstart av att samla verksamhetens hygienombud 4 gånger/år och lägga fokus på hur självskattningarna analysera samt utbildning och att hygienombuden får med sig APT-material ut till enheterna att presentera för kollegorna.

Bedömningen är att verksamheten har goda förutsättningar att ytterligare stärka följsamheten till basala hygienrutiner och därigenom bidra till ökad patientsäkerhet.

Särskilt boende: Inom särskilt boende har det genomförts fyra självskattningar under 2025 i enlighet med rutin för smittförebyggande åtgärder. Självskattningarna visar sammantaget att verksamheten har en god och i huvudsak stabil följsamhet till basala hygienrutiner. Resultaten indikerar en god hygienkultur, med successiva förbättringar inom flera områden, samtidigt som vissa återkommande förbättringsområden har identifierats.

Resultatet för 2025 visar:

- Följsamheten till handdesinfektion har förbättrats över tid, även om viss variation mellan skattningarna kan ses.
- Användning av förkläde är ett återkommande förbättringsområde med relativt jämn nivå av brister.
- Handskanvändning uppvisar låg andel brister, men risk för överanvändning har identifierats.
- Följsamheten avseende naglar och armband är mycket god.

Arbetet med att stärka följsamheten till basala hygienrutiner har under året omfattat:

- Webbutbildning i basal hygien
- Regelbundna genomgångar av hygienrutiner på APT
- Hygienronder och uppföljning i verksamheterna
- Stöd och uppföljning genom hygienombud
- Introduktion och utbildning i basala hygienrutiner för nyanställd personal

Det fortsatta förbättringsarbetet bör inriktas på:

- Handdesinfektion före och efter arbetsmoment
- Tydliggörande av riktlinjer för användning av förkläde och handskar
- Systematisk och återkommande uppföljning genom självskattningar

Bedömningen är att verksamheten har goda förutsättningar att ytterligare stärka följsamheten till basala hygienrutiner och därigenom bidra till ökad patientsäkerhet.

Funktionsstödsomsorg: Det har vid ett tillfälle under 2025 genomförts självskattning av basal hygien och klädregler inom grupp- och servicebostad. Totalt 66 självskattningar har fyllts i. Avvikelser finns enligt följande: Arbetsuppgift som kräver handdesinfektion före arbetsmomentet: 14/66. Arbetsuppgift som kräver handdesinfektion efter arbetsmomentet: 5/66. Arbetsuppgift som kräver handskar: 9/66. Arbetsuppgift som kräver plastförkläde/skyddsrock: 32/66. Arbetsuppgift som kräver kortärmad arbetsdräkt: 1/66. Arbetsuppgift som kräver att händer är fria från ringar, armband, klocka: 9/66. Arbetsuppgift som kräver att underarmar och händer är fria från stödskenor och bandage: 6/66. Arbetsuppgift som kräver korta naglar och fria från konstgjorda material såsom nagellack och lösnaglar: 6/66. Arbetsuppgift som kräver kort eller uppsatt hår: 1/66.

Planerade åtgärder efter genomförd självskattning:

- All omvårdnadspersonal ska minst en gång per år genomföra Socialstyrelsens utbildning om basala hygienrutiner på IN.
- Hygienombud i varje arbetsgrupp informerar och tydliggör kraven på hygienrutiner samt syftet med rutinerna 2ggr/år på APT samt vid nyanställning av personal (extra viktigt inför sommaren när många nya vikarier anställs).
- Upprättar och implementerar en checklista för personal, att vid start av arbetspass och ombyte till arbetskläder även ta av sig ringar, armband och klocka.
- Klargöra riktlinjer för plastförkläde och annan utrustning.
- Regelbundna kontroller för att säkerställa följsamhet kring borttagning av klockor, ringar och armband.
- Införa regelbundna praktiska övningar och påminnelser.

Brister som identifierats i verksamheterna är följsamhet till årshjulet och fastställda rutiner. Det har under året varit hög omsättning av chefer, vilket har påverkat möjligheterna till kontinuitet och uppföljning. Aktiviteter har delvis genomförts inom fler enheter, men resultat har inte alltid sparats eller vidareförmedlats.

Vidtagna åtgärder för att säkerställa följsamhet under 2026:

- Årshjulet har upprättats i ett tidigare skede för bättre förutsättningar för planering av självskattningarna
- Samtliga aktiviteter har genomgått systematiskt av områdeschef i ledningsgruppen.
- Rutiner har förtydligats för att säkerställa enhetlig tillämpning.
- Årshjulet har kvalitetssäkrats och är nu korrekt länkat till respektive aktivitet.
- Månatlig uppföljning av årshjulet har införts.
- Det har förtydligats i årshjulet att självskattningar ska skickas till kvalitetskoordinator tillsammans med tillhörande åtgärdsplan

Suicidprevention

Inom division social omsorg finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar specifikt med psykisk hälsa. Det finns en handlingsplan för suicidprevention framtagen, som gäller vid hot, risk och vid fullbordad suicid. På intranätet finns det material som kan användas på APT kring suicidfrågor samt utbildningar för medarbetare för att öka medvetenheten och patientsäkerheten i frågan. Det finns även en utbildning för all personal framtagen som handlar om bemötande i olika situationer. Ett gott bemötande och insikten av att vi behöver bemötas olika utifrån våra olika förutsättningar ökar patientsäkerheten.

Det finns en övergripande rutin för suicidprevention inom hälso- och sjukvård. Syftet med rutinen är att tydliggöra det suicidpreventiva arbetet för att i enlighet med kommunens handlingsplan minska andelen

suicid och suicidförsök genom att bättre uppmärksamma personer som kan befinna sig i risk. Rutinen gäller handhavande av patientärenden som ingår i samtliga verksamhetsområden som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. Rutinen beskriver hur omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschef ska agera vid händelse av suicidtankar, suicidförsök och vid fullbordat suicid.

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.



Digitalisering

Digitaliseringen inom divisionen har en mycket nära koppling till Nära vård. Nya tekniska lösningar skapar stora möjligheter att bo kvar hemma, till exempel trygghetskameror.

Samtliga verksamheter inom division social omsorg som utför hälso- och sjukvård använder sig av det digitala signeringsystemet Appva för att signera utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. Att signera digitalt innebär en stor tidsbesparing, då det tidigare gått åt mycket tid för legitimerad personal att skriva ut och lämna ut signeringslistor samt att lämna ut nya vid förändringar. I systemet för digital signering kan legitimerad personal direkt se när en insats inte är utförd inom rätt tid, vilket är en kvalitetssäkring av att till exempel läkemedel blir givna i rätt tid. Tidigare fick legitimerad personal tillbaka papperslistor i början av nästkommande månad, och då är det ofta svårt att ta reda på orsaken till att en avvikelse skett tidigare i månaden. Det har också blivit lättare att ändra insatser när det görs direkt i datorn i stället för att till exempel hemsjukvården tidigare behövt skriva ut en ny signeringslista och åka ut med den till patientens läkemedelsskåp. Under 2025 har det genomförts ett förändringsarbete med uppbyggnaden av enheter i Appva för att skapa en bättre ordning i systemet gällande placering av patienter och behörigheter för personal.

Under 2023–2024 genomfördes ett pilotprojekt på Väverskans äldreboende där smarta kameror testades. Kameran ”Nattugla” har flera funktioner och bedöms vara användarvänlig. En avdelning på Väverskan har testat två kameror under ett års tid. De har använts hos olika boenden med olika syfte, allt från att skapa en ostörd nattsömn till att minimera antalet fall. Under hösten 2025 har kamerorna breddinförts inom särskilt boende i fallpreventivt syfte. Tio kameror har köpts in och ordinerats av legitimerad personal till personer som har hög risk för fall och fallskador.

Det pågår en kommungemensam upphandling av ett nytt verksamhetssystem. Divisionen står inför vägvalet mellan att ha kvar befintligt verksamhetssystem i väntan på den läns-gemensamma upphandlingen eller att övergå från dagens verksamhetssystem Procapita till Lifecare. Det finns inom divisionen en projektgrupp, som hålls ihop av en projektledare som även är delaktig i det kommungemensamma arbetet med upphandling av verksamhetssystem. I arbetsgruppen har det gjorts en analys för att väga för- och nackdelar emot varandra och beslut är ännu inte fattat. Procapita är ett system som inte längre utvecklas och leverantörens rekommendation är att övergå till Lifecare, som ersättning för systemet. Vissa moduler i Procapita slutar fungera och därför har många delar som tidigare funnits i det systemet redan ersatts av moduler i Lifecare. Bland annat har all social dokumentation gått över till systemet Lifecare utförare. I och med det förändrades det hur omvårdnadspersonal kan läsa pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder samt vad och hur de ska dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal. Det nya verksamhetssystemet medförde även att omvårdnadspersonal inom daglig verksamhet och dagverksamhet nu kan läsa och dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen kvarstår i Procapita än så länge.

Läkemedelsautomater har under 2025 implementerats i hemsjukvården, för administrering av läkemedel hos personer som har behov av stöd och hjälp med läkemedelshantering. Att ha stöd av en

läkemedelsautomat i stället för att hemtjänsten delegeras att lämna ut läkemedel kan bidra till en ökad känsla av självständighet hos den enskilde patienten.

Vid MAS/MAR utredningar av händelser relaterade till misstanke om vårdskada eller inträffad vårdskada i verksamheterna har det i flera fall konstaterats att avvikelser orsakas på grund av bristande kännedom om befintliga rutiner. Tillgänglighet till befintliga rutiner försvåras av att de idag finns placerade i verksamhetssystemet Platina, som är ett svårt system att leta och hitta information i för den som inte använder det dagligen. Den personal som behöver ha god kännedom om rutiner arbetar i de allra flesta fall ute i olika typer av verksamheter, på plats hos brukare eller patienter där de saknar tillgång till dator. Däremot har samtliga tillgång till en mobiltelefon. Från 2025-11-01 till 2026-10-31 pågår ett pilotprojekt inom hemtjänst och hälso- och sjukvård med en app, ”Social omsorg Nyköpings kommun”, som gör att personal har tillgång till rutiner direkt när de behövs i det dagliga arbetet. Förhoppningen med pilotprojektet är att skapa förbättrad följsamhet till rutiner och därigenom minskad risk för inträffad vårdskada som kan relateras till bristande följsamhet till rutin. Genom att göra rutiner tillgängliga i den dagliga verksamheten minskar även tiden som personal lägger på att leta efter rutiner. Patientsäkerheten ökar genom att personal i sin mobil kan hitta och följa det som står i rutinerna direkt när de behöver tillgång till informationen. Appen testas i verksamhet 2026-02-01 till 2026-10-31 och kommer att utvärderas via enkät till medarbetare under maj 2026.

Nära vård

Inom divisionen finns en kvalitetsutvecklare som arbetar med att stödja omställningsarbetet till nära vård. En god och nära vård bygger på att vården utgår ifrån patientens individuella förutsättningar och behov. Nära vård är inte ett arbetssätt utan ett förhållningssätt som bygger på att vården ska vara relationsbaserad, hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Den nära vården ska även bidra till en jämlik hälsa, trygghet och självständighet som är grundad i ett gemensamt ansvarstagande och tillit (SKR).

I Nyköpings kommun pågår omställningen till nära vård. Dels genom samverkan med regionen i form av det arbetet som sker i den utarbetade samverkansstrukturen, men mycket sker även internt inom kommunen. Exempel på internt nära vårdarbete är arbetet som hemgångsteamet och fallpreventionsteamet. De startades utan koppling till nära vård men är exempel på insatser som går hand i hand med omställningen.

Att arbeta för att förstärka den medicinska kompetensen inom hälso- och sjukvården är en av åtgärderna i Nära vård-arbetet. Detta genom att verksamheten möter upp ökade behov av mer avancerad hälso- och sjukvård i patientens hem genom att säkerställa god kompetens hos den legitimerade personalen. Under 2025 har flertalet utbildningar genomförts inom hälso- och sjukvårdsorganisationen, exempelvis i form av kliniskt resonemang, palliativ omvårdnad och funktionellt sittande. Inom sjuksköterskegruppen har vidareutbildning till distriktssköterska genomförts och inom rehabenheten är det två personer som läser för att ta magisterexamen och en som examinerades under 2025.

Kvalitetsutvecklare inom Nära vård har under 2025 genomfört workshops inom hälso- och sjukvårdsenheten med Nära vård som tema. Legitimerad personal fick en genomgång om vad Nära vård innebär och därefter arbetades det med hur det hälsofrämjande arbetet samt den interna samverkan kan förbättras. Denna workshop genomfördes vid tre tillfällen. Vid det första tillfället deltog all rehabpersonal, vid tillfälle nummer två deltog alla sjuksköterskor som arbetar dagtid och vid det tredje tillfället deltog nattsjuksköterskorna. Nästa steg är att genomföra nya workshops med all legitimerad personal inom respektive verksamhetsområde (hemsjukvård, särskilt boende, funktionsstödsomsorg) i syfte att förbättra den interna samverkan samt förstärka HSL-teamet kring patienten.

Det finns även en hel del övriga hälsofrämjande och förebyggande insatser som ryms inom kommunens arbete mot en god och nära vård, bland annat arbete mot ofrivillig ensamhet, välfärdsbibliotek och smarta hemmet. Samtliga insatser går att ta del av i den årliga uppföljningen för Nära vård.

Inhyrd personal

Hälso- och sjukvården har under många års tid varit beroende av inhyrda sjuksköterskor för att det dels varit en hög personalomsättning inom framför allt hemsjukvården med medföljande svårigheter att rekrytera och behålla ordinarie personal. Att hyra in personal är en väl fungerande lösning ur ett kortsiktigt perspektiv, då det innebär att det finns personal på plats att utföra det dagliga arbetet. Det som sker när en hög andel av personalen är inhyrda är att kvalitets- och utvecklingsarbete inom organisationen blir lidande, då kortsiktiga lösningar av vakanser orsakar att fokus förflyttas från ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv till ett fokus på akuta insatser här och nu.

Under 2025 har den inhyrda personalen kunnat minskas inom den kommunala hälso- och sjukvården genom att ordinarie personal har kunnat rekryteras. Förhoppningen var att under 2025 endast behöva hyra in personal under sommarperioden. Detta har till stor del kunnat hållas, även om ett fåtal vakanser behövt ersättas med inhyrd personal under övrig tid av året.

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.

MAS har utarbetat en riktlinje gällande riskhantering för patientsäkerhet som divisionen ska arbeta efter. Riskbedömningar görs inför förändring av verksamhet eller vid behov på individnivå. Det görs även riskbedömningar inom samtliga verksamhetsområden på individuell nivå i hemmet. Inom äldreomsorgen görs det alltid en arbetsmiljöbedömning som även uppmärksammar vad kunden behöver för hjälpmedel. Inom funktionsstödomsorgen genomförs riskanalyser på individnivå där individens hela situation ses över, från fysiska till kognitiva funktioner och behov. Samtliga individer ska ha en genomförd riskbedömning med framtagna åtgärder utifrån de behov som framkommer.

Det finns en checklista för risk- och konsekvensanalys som tagits fram i samarbete mellan Region Sörmland och länets kommuner. Riskanalysen ska genomföras i samverkan mellan kommun och region efter patients samtycke inför utskrivning från slutenvård och vid anslutning till kommunal hälso- och sjukvård på uppdrag av regionen. Bedömning av risker ska genomföras för att säkerställa att hälso- och sjukvården kan ges utifrån god och säker vård i den tänka vårdmiljön/boendet. Checklistan används som ett stöd för att i dialog finna eventuella risker och skapa förutsättningar för en säker vård. I de fall en patient har behov av specialiserad vård i hemmet och när risk kan föreligga på primärvårdsnivå ska en risk- och konsekvensanalys alltid genomföras.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

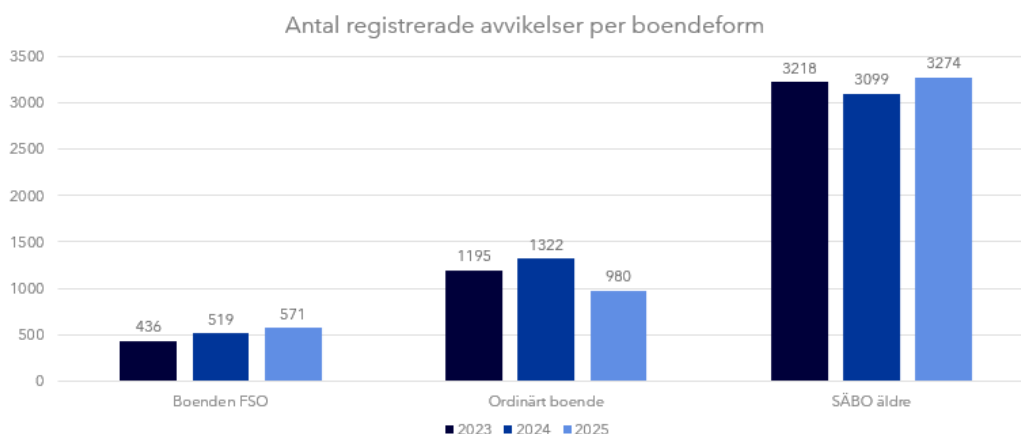
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Det har under året varit stort fokus på att arbeta med avvikelshantering i verksamheterna. Inom samtliga verksamhetsområden har det under året arbetats aktivt med att lyfta inträffade avvikelser både på enheter och inom verksamhetsområden i samband med APT/verksamhetsträffar och ledningsgrupper. Avvikelser finns med som stående punkt på APT och vid hälsokonferenser för att möjliggöra lärande och ta fram

förebyggande åtgärder. All omvårdnadspersonal får vid introduktion samt årligen ta del av en utbildningsfilm gällande avvikelshantering. Inom hemtjänsten har all ordinarie hemtjänstpersonal fått utbildning i avvikelshantering i samband med dokumentationsutbildning under hösten 2025.

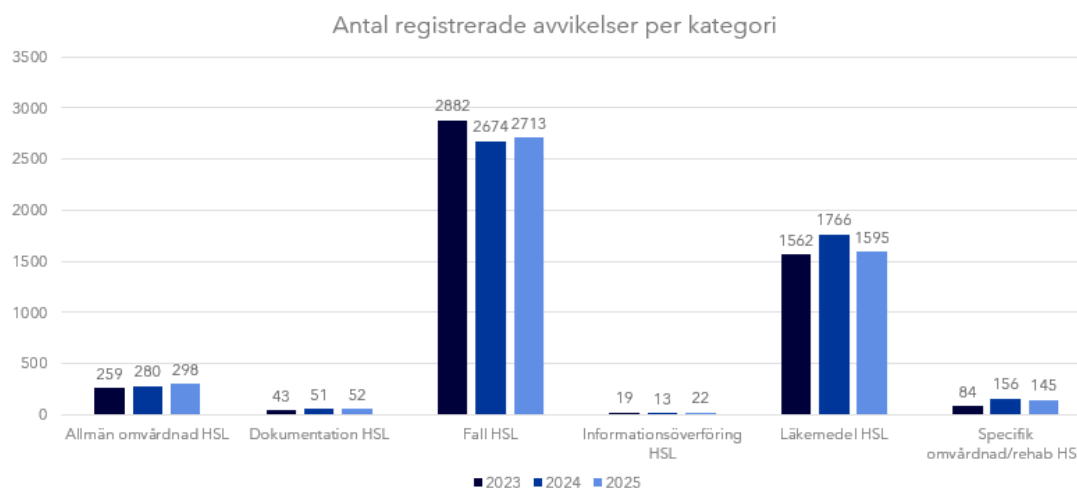
HSL-avvikelser

Jämförelse 2023 - 2025, helår DSO



Nyköping

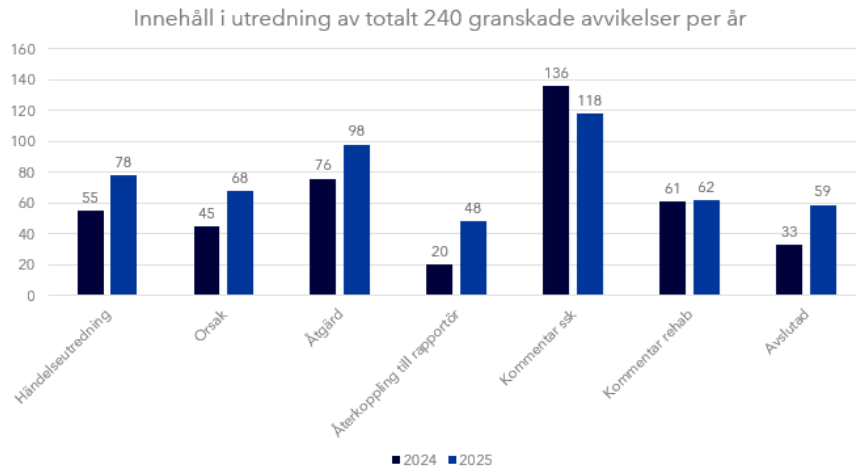
Jämförelse 2023 - 2025, hela DSO



Nyköping

Antalet registrerade avvikelser ligger på ungefär samma nivåer som föregående år på totalen. En ökning av antal registreringar ses inom funktionsstödsomsorgen och inom särskilt boende, medan det inom ordinärt boende har skett en relativt stor minskning av antal registreringar. Bedömningen är att minskningen beror på att hemtjänsten gått över till Lifecare utförare för den sociala dokumentationen, med möjlighet att dokumentera direkt i mobilen. För att registrera avvikelser krävs inloggning via dator i det gamla systemet Procapita, vilket försvårar hanteringen för hemtjänstpersonalen.

Innehåll i utredning av avvikelser, DSO



Innehåll i utredning av avvikelser har granskats genom stickprov om 60 avvikelser per kvartal, totalt 240 granskade avvikelser under 2025.

Enhetscheferna har ökat antal utredningar av avvikelser och de innehåller i fler fall samtliga delar, det ser bättre ut än föregående år. Dock kvarstår ett lågt resultat: 32,5% av de granskade avvikelserna innehåller en händelseutredning, 28% har en dokumenterad orsak, 41% av utredningarna innehåller en åtgärdsstext för det inträffade. 20% av de som rapporterat en avvikelse har fått återkoppling av den som utreder det inträffade och 24,5% av de granskade avvikelserna är avslutade.

Kommentar sjuksköterska har minskat jämfört med föregående år till 49%. Ett flertal enhetschefer har avslutat avvikelserna kort tid efter registrering, och det har därför inte funnits utrymme för legitimerad personal att skriva in sina kommentarer. Kommentar rehab ska inte finnas i alla avvikelser då inte alla avvikelser rör insatser som ordinerats av rehab, men de allra flesta där avvikelserna är skickade till rehab finns en kommentar.

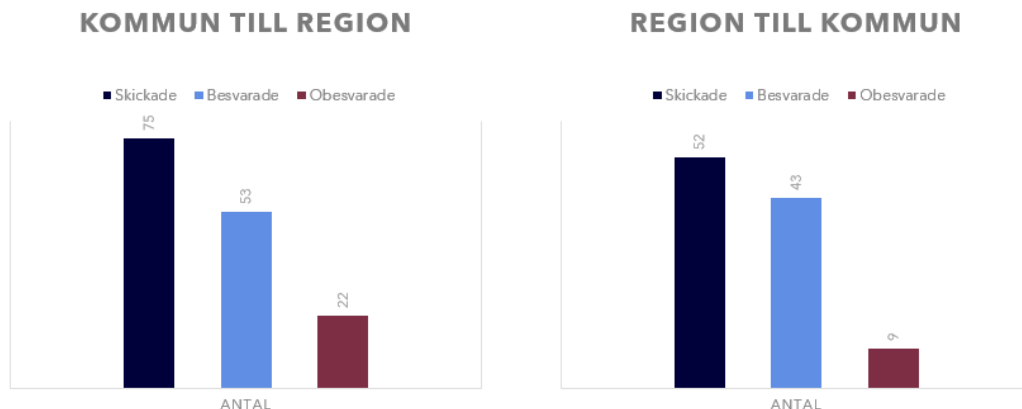
Under början av 2025 har de frastexter och hjälpfrastexter som finns i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet uppdaterats för att bättre kunna stödja enhetscheferna i vad som bör finnas med vid utredning av avvikelser. Det syns framför allt en stor skillnad i de avvikelser som utreds inom funktionsstödsomsorgen, där flera enhetschefer använder sig av frastexterna vid utredning av avvikelser. Det har även tagits fram ett stödmaterial som finns i assistenten för att underlätta enhetschefernas hantering av avvikelser.

Vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde i februari 2026 fick områdescheferna inom division social omsorg i uppdrag att säkerställa att varje enhetschef arbetar enligt rutin och process med hälso- och sjukvårdsavvikelser. Områdescheferna kommer under våren 2026 ta fram en handlingsplan för att säkerställa detta.

Avvikelser och synergier mellan Nyköpings kommun och Region Sörmland

I Nyköpings kommun används en läns-gemensam blankett för avvikelser gällande informationsöverföring och samordnad vårdplanering vid behov av att skicka en avvikelse till annan vårdgivare. Region Sörmland använder sig av ett digitalt system och de avvikelser som sänds från regionen till kommunen kallas därför i stället synergier.

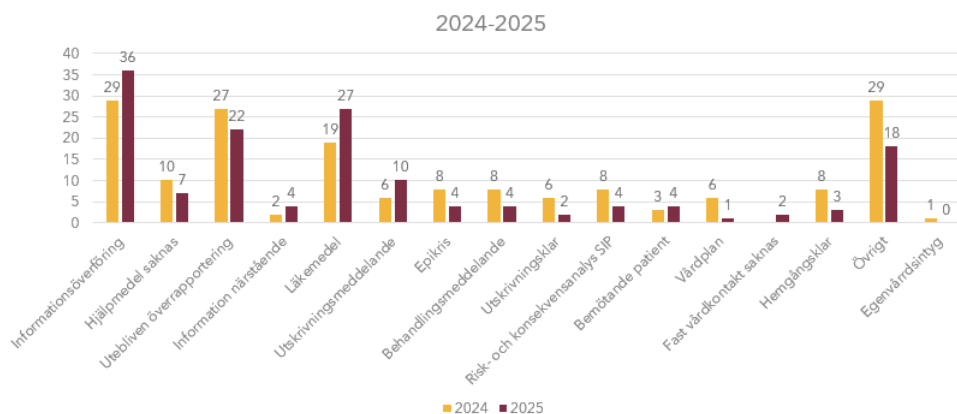
Totalt antal skickade/mottagna avvikelser 2025



Under 2025 har Nyköpings kommun skickat 75 avvikelser till Region Sörmland, 53 av dessa har besvarats av mottagande klinik. Under föregående år skickade Nyköpings kommun 78 avvikelser till Region Sörmland, så antalet skiljer inte så mycket jämfört med föregående år.

Region Sörmland har skickat 52 synergier till Nyköpings kommun under 2025, av dessa är 43 besvarade. Under 2024 skickade Region Sörmland 72 synergier till Nyköpings kommun, vilket innebär en minskning med 20 synergier jämfört med föregående år.

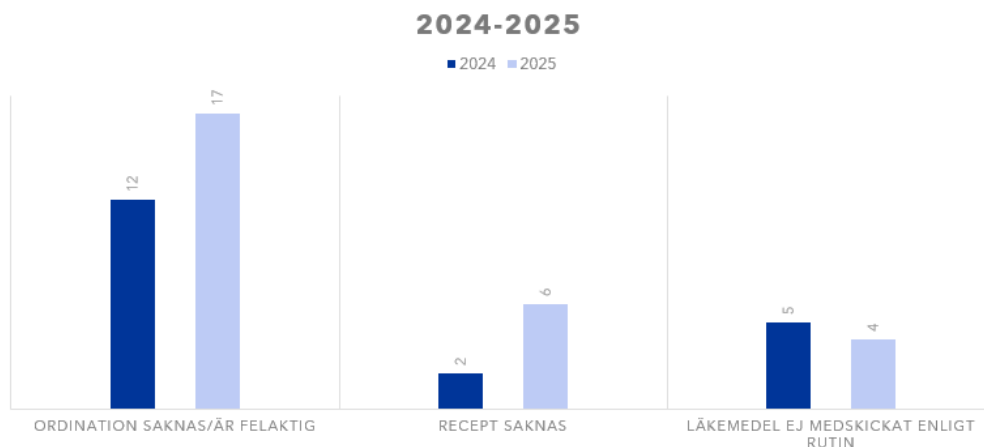
Orsaker till skickade avvikelser kommun - region



Gällande avvikelser som skickats från Nyköpings kommun till Region Sörmland syns en ökning inom informationsöverföring, läkemedel, information till närstående, bemötande av patient och utskrivningsmeddelande. Övriga kategorier har minskat jämfört med föregående år.

En avvikelse innehåller ofta flera orsaker, därav att det totala antalet är betydligt högre än antal registrerade avvikelser.

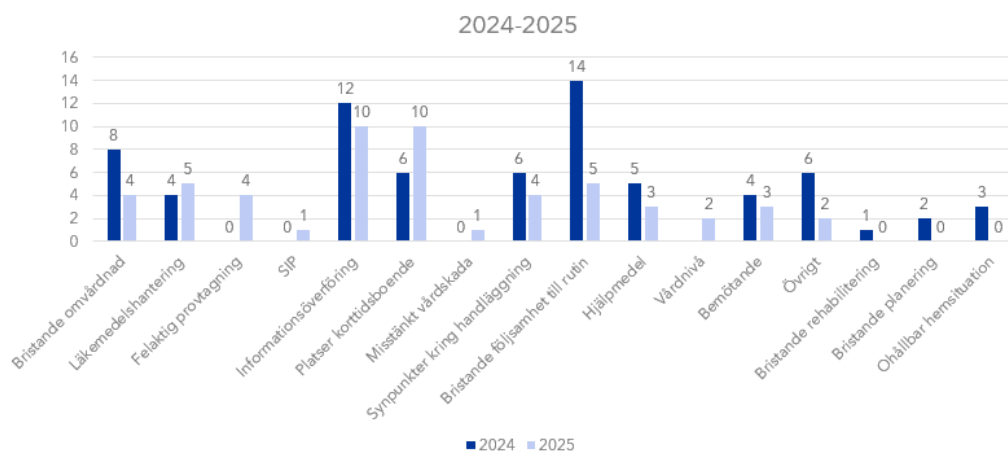
Avvikelser gällande läkemedel skickade till Region Sörmland



Avvikelser gällande läkemedel finns indelade i tre kategorier. En avvikelse kan innehålla mer än en brist, så samma avvikelse kan återfinnas i flera kategorier. I de allra flesta avvikelserna (19 av 27) gällande läkemedel gäller det att patientens recept eller ordination inte stämmer vid utskrivning från slutenvård. Det finns även några avvikelser i kategorin informationsöverföring som rör att hemsjukvården inte fått information från vårdcentralen om ändringar i patienters ordinationer i fall där patienten är ansluten till hemsjukvård för ansvarsövertagande av läkemedel.

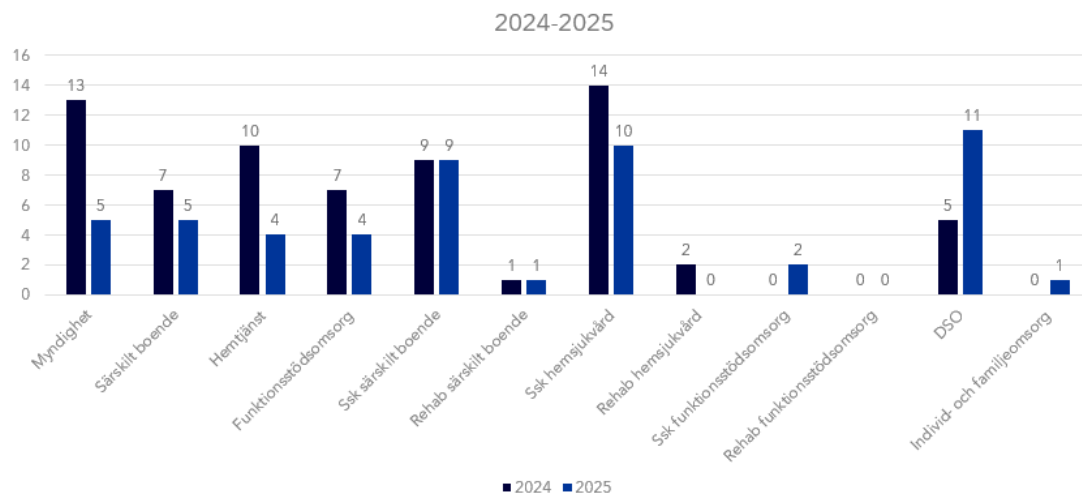
Flera avvikelser rör att ordinationer i Pascal inte stämmer överens med läkemedelslista i Cosmic, ett problem som blivit vanligare efter att regionen bytt journalsystem. Att det inte längre finns en koppling mellan Pascal och regionens nya journalsystem Cosmic ökar risken för att patienter får felaktiga läkemedel, då läkare måste säkerställa att ordinationen stämmer överens i båda systemen i de fall en patient har dosdispenserade läkemedel, vilket de flesta av de patienter som är anslutna till kommunal hälso- och sjukvård har.

Orsaker till skickade synergier region - kommun



Eftersom det totala antalet synergier som skickats från Region Sörmland till Nyköpings kommun har minskat så har antalet minskat även inom de flesta kategorier av orsaker som angivits till det inträffade. Det har skickats en synergi mer än föregående år gällande läkemedelshantering och fyra fler än föregående år gällande brist på platser på korttidsboendet som orsakar långa sjukhusvistelser för patienter.

Till vilka verksamheter skickas synergier från regionen?



Synergier skickade till myndighetsfunktionen gäller framför allt synpunkter kring fördröjd handläggning, men också kommunikation i Prator/Link. Synergier inom SÄBO gäller till exempel att läkemedel/hjälpmiddel inte skickats med när en boende skickats in till sjukhus. En synergi gäller en misstänkt vårdskada, vilket blivit ett ärende som utretts vidare av MAS.

Bristande omvårdnad, bemötande och informationsöverföring när kund skickats in till sjukhus är exempel på synergier som inkommit till hemtjänsten medan funktionsstödsomsorgen mottagit synergier gällande utebliven ledsagning till sjukhus samt utebliven närvaro vid planerat hembesök hos patient av läkare. Regionen haft skickat två synergier till sjuksköterskor inom särskilt boende gällande att patienter skickats till sjukhus. I båda fallen har utredning visat att det funnits ett läkarbeslut om att patienten ska skickas in till sjukhus och att patienten blivit kvar med insatser som inte kunnat utföras i kommunal hälso- och sjukvård. Andra synergier skickade till sjuksköterskor inom särskilt boende gäller till exempel felaktig provtagning och bristande medicinsk omvårdnad.

Den synergin som skickats till Rehab inom särskilt boende gäller hjälpmedel och bostadsanpassning. Exempel på synergier skickade till sjuksköterskor inom hemsjukvården gäller utebliven eller felaktig provtagning, läkemedelshantering, informationsöverföring och bristande följsamhet till rutin. Sjuksköterskor inom funktionsstödsomsorgen har fått två synergier gällande brister i läkemedelshantering. 11 synergier har skickats på övergripande nivå till divisionen, varav tio gäller patienter med lång väntetid på plats till korttidsboende och en synergi angående önskemål om tillgång till dietist i kommunen. Individ och familjomsorgen har fått en synergi som gäller att digitalt system för informationsöverföring inte har använts vid kallelse till SIP.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål tas emot via kommunens egen funktion ”synpunkten”. De kan även inkomma via e-post direkt till verksamheten eller via telefonsamtal. Det finns en övergripande rutin för hur synpunkter och svar på dessa ska diarieföras. Det kan även inkomma ärenden via patientnämnden eller

inspektionen för vård och omsorg. Samtliga inkomna ärenden diarieförs innan de skickas ut till den person som ska besvara ärendet.

Utifrån inkomna synpunkter och klagomål sker utveckling och förbättring av arbetssätt eller följsamhet till rutiner i arbetsgrupperna och i svaren återkopplas vad verksamheten har gjort för åtgärder för att förhindra att det inträffade händer igen. Under 2025 har gemensamma mallar för besvarande av synpunkter och avvikelser börjat användas, för att säkerställa att inkomna synpunkter och avvikelser besvaras på liknande sätt.

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.



För att säkerställa ett fortsatt patientsäkert arbetssätt arbetar verksamheterna inom äldreomsorgen långsiktigt med kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Arbetet sker genom utbildning, språkutveckling samt strukturerade insatser för att stärka medarbetarnas förutsättningar att utföra sitt uppdrag på ett tryggt och säkert sätt. Inom ramen för Omsorgslyftet skickas fler medarbetare på undersköterskeutbildning. Parallellt pågår språkutbildning i syfte att uppnå behörighet till undersköterskeutbildning samt säkerställa en god språklig nivå i arbetet. Verksamheten arbetar vidare med Språkklar och införande av språktester som ett stöd för att identifiera språkliga utvecklingsbehov. Vid nyrekrytering är inriktningen att i första hand anställa utbildade undersköterskor. Det finns ett behov av bättre uppföljning av vikarier som inte avser att vidareutbilda sig till undersköterska, för att säkerställa rätt kompetens över tid.

Förutom att det behövs personal med grundläggande kompetens finns ett behov av att kunna jobba mer förebyggande med riskanalyser, stärkt samverkan mellan de olika professionerna och ett ännu tydligare hälsofrämjande arbetssätt. Hemgångsteamet är en funktion som underlättar möjligheten att arbeta flexibelt.

Även inom funktionsstödsomsorgen arbetar verksamheterna med kompetensutveckling och med att försöka anställa undersköterskor vid nyanställning, det finns också en plan för att utöka antal stödpedagoger i verksamheterna. Grundläggande utbildning inom ESL (Ett självständigt liv) är på inplanerat under våren 2026 för de som inte har utbildats. Lågaffektivt bemötande utbildning inplanerad under våren 2026. Boendestöd ska börja genomföra hälsokonferenser under våren 2026 samt även få utbildning i avvikelshantering.

Kontinuitetsplaner arbetades fram inom samtliga verksamhetsområden under 2023 och arbetet har under 2025 pågått med att revidera dessa i samverkan med säkerhetssamordnare. Det pågår även framtagande av krigsorganisation inom DSO.

Under 2026 startar division social omsorg upp ett kliniskt träningscenter (KTC), dit det rekryterats en tjänst som koordinator. Den person som anställts till KTC är utbildad fysioterapeut och kommer arbeta med att samordna de utbildningsinsatser som ska genomföras på KTC. Vid behov kommer andra professioner tas in för genomförande av utbildningar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Det syns redan nu att de grupperna kommunen arbetar med i hemmet, vare sig det rör sig om funktionsstödsomsorg, hemtjänst eller särskilt boende, förändras. Människor som bor hemma är svårt sjuka och uppdragen blir i ökande takt mer komplexa. Uppdragen som rör specialistvård i hemmet ökar och blir mer komplicerade. Befolkningsprognosen är bekymmersam för kommunens verksamheter när personer lever längre och det samtidigt är brist på personer i arbetsför ålder. Att kunna rekrytera personal med rätt utbildning och behov av specialistkompetens blir allt svårare. Att implementera välfärdsteknik är en utmaning, samtidigt som det kommer bli en absolut nödvändighet att ta stöd av tekniska lösningar för att kunna möta upp svårigheterna att rekrytera tillräckligt med personal.

Inom särskilt boende finns det redan idag en blandning av personer med olika diagnoser på samma enheter. Samsjuklighet, beroende, missbruk och hot och våld ökar i kommunens verksamheter, och det är svårt att ha rätt kompetens hos den personal som ska vårda personer med så blandade diagnoser. Även dagens mångkulturella samhälle är och kommer vara en utmaning. Det finns behov av att utbilda personal i yrkessvenska, samtidigt som det behövs personal med olika kulturell bakgrund för att kunna ta hand om de äldre som flyttar in och kommer från olika kulturer med olika språk.

Gällande legitimerad personal har det i perioder varit svårt för kommunen att rekrytera personal vid vakanser i verksamheterna. Detta i kombination med en relativt hög sjukfrånvaro skapar utmaningar i att utveckla verksamheterna framåt. Det finns en ambition om att förbättra samverkan mellan de olika professionerna och med andra verksamheter som är svår att leva upp till när det saknas personal på plats. För rehabenheten inom särskilt boende finns en särskilt stor utmaning i att utveckla samverkan med sjuksköterskor inom privata särskilda boenden, där kommunen har ansvaret för rehabinsatser.

Inom hälso- och sjukvården har det identifierats ett behov av att ställa om arbetet framåt för att bättre kunna matcha personalens kompetens mot patientens behov. Idag är vården till stor del anpassad efter hur verksamheterna ser ut. De ökade behoven av mer avancerad sjukvård i patientens hem kommer kräva mer specialisering även inom hemsjukvård och primärvård. Patienterna lever allt längre och en högre frekvens av hembesök krävs redan idag.

Den kommungemensamma upphandlingen av nytt verksamhetssystem kommer i hög utsträckning att påverka verksamheterna under kommande år, då ett byte av verksamhetssystem innebär en hel del förändringar av rutiner och arbetssätt samt stora utbildningsinsatser som påverkar möjligheterna till andra utvecklingsarbeten.

Område	Mål	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Ansvarig för åtgärd
Smittförebyggande åtgärder, basal hygien och klädregler	Förbättrade kunskaper om och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Genomförande av självskattning basal hygien fyra gånger per år inom samtliga enheter.	Sammanställning och uppföljning med framtagande av åtgärdsplaner utifrån självskattning basal hygien.	Samtliga enheter inom hemtjänst, särskilt boende och funktionsstödsomsorg.	Verksamhetschefer och områdeschefer
Vårdhygien – god hygienisk standard	Säkerställa en god hygienisk standard i verksamheterna	Framtagande av handlingsplaner utifrån brister som framkommit vid hygienrond	Handlingsplaner utifrån hygienrond följs upp vid uppföljningsmöten med vårdhygien.	Berörda enheter där brister framkommit vid hygienrond	

Smittförebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvård	Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom hälso- och sjukvården	Genomförande av självskattning basal hygien två gånger per år inom samtliga enheter.	Sammanställning och uppföljning med framtagande av åtgärdsplaner utifrån självskattning basal hygien.	Samtliga enheter inom hälso- och sjukvård	Enhetschefer hälso- och sjukvård
Hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser	Öka antalet registrerade avvikelser och säkerställa att risker för vårdskador uppmärksammas och åtgärdas. Ytterligare förbättrat resultat i enhetschefernas utredningar av avvikelser.	Granskning av innehåll i utredningar av avvikelser, stickprovskontroll var tredje månad.	Sammanställning och uppföljning med åtgärdsplaner inom respektive verksamhetsområde utifrån resultat av stickprovskontroller.	60 granskade avvikelser per kvartal (20 per verksamhetsområde), totalt 240 avvikelser granskas under 2026.	Kvalitetsutveckla re hälso- och sjukvård.
Medicinska produkter	Följsamhet till riktlinje för medicinska tekniska produkter	Skapa lokal rutin och förteckning över medicinska tekniska produkter för enheter som saknar detta	Följs upp i MAR rapport till vård- och omsorgsnämnden om medicinska tekniska produkter	Samtliga enheter inom division social omsorg som innehar medicinska tekniska produkter	Samtliga enhetschefer inom hemtjänst, hälso- och sjukvård, särskilt boende och funktionsstödsomsorg.
Kvalitetsregister	Att genomföra registreringar och i förekommande fall uppnå de nationella målvärden för kvalitetsregistrens kvalitetsindikatorer. Gäller Senior alert, BPSD, palliativregistret och HALT Att implementera arbete med SveDem i verksamheterna inom DSO.	Månadsvis uppföljningar av statistik i ledningsgrupp hälso- och sjukvård för tidigt framtagande av åtgärder. Att utarbeta en plan för implementering av kvalitetsregistret Svedem.	Följs upp i rapport till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år.	Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården i samverkan med hemtjänst, särskilt boende och funktionsstödsomsorg.	Områdeschef hälso- och sjukvård
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar på ett patientsäkert sätt utifrån gällande lagar föreskrifter	Enhetsvisa förbättringsarbeten utifrån 2025 års journalgranskning inom hälso- och sjukvård Utbildning för omvårdnadspersonal inom hemtjänst inom hälso- och sjukvårdsdokumentation	2026 års journalgranskning Följs upp genom att kontrollera antal genererade texter i HSL-journal.	Hälso- och sjukvården Hemtjänstpersonal	Enhetschefer inom hälso- och sjukvård Områdeschef hemtjänst

Hälsoplaner	Legitimerad personal arbetar systematiskt med mål, måluppfyllelse och uppföljning av ordinerade åtgärder.	Enhetsvisa förbättringsarbeten utifrån rehabiliteringsprocessen och omvårdnadsprocessen	2026 års journalgranskning	Hälso- och sjukvården	Enhetschefer inom hälso- och sjukvård
Läkemedels genomgångar (LMG)	Att erbjuda läkemedelsgenomgång för patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande riktlinje	Erbjuda förenklad LMG till alla patienter vid årskontroll. Alltid ställa frågan efter förenklad LMG till läkare om fördjupad LMG är aktuell. Utbildningsinsats för samtliga sjuksköterskor gällande LMG	Följs upp genom granskning av dokumenterade texter angående LMG.	Samtliga patienter inom kommunal hälso- och sjukvård	Områdeschef hälso- och sjukvård