



**VAGGERYDS  
KOMMUN**

# **Patientsäkerhetsberättelse**

**Vaggeryds Kommun**

**2025**



Datum: 2026-02-

Ansvarig för innehållet: Jenny Andersson Tf Socialchef, Heléne Geisenius MAS

Diarienummer

## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Ledningssystem .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
En god säkerhetskultur .....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Informationssäkerhet .....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	14
Egenvård .....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Har vården varit säker .....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Svenska Palliativregistret .....	16
Senior alert .....	18
Delegering .....	18
Läkemedelsgenomgångar .....	19
Läkemedelsautomater .....	19
Processledning .....	20
Säker vård här och nu .....	21
Avvikelser .....	21
Klagomål och synpunkter .....	23
Riskhantering .....	23
Hygien och smittskydd .....	23
Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	27

## SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Den som erhåller vård och omsorg - vilket sker under dygnets alla timmar - ska ha en upplevelse av trygghet, förtroende, positivt bemötande samt ges möjlighet till ökad delaktighet och inflytande. Ansvar för patienten delas med Regionen, men en ökande andel äldre invånare och kortare vårdtider med snabbare vårdförlopp inom den regiondrivna vården leder till att åtgärder för fortsatt medicinskt behandling, rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården.

Patients enskilda behov av mer avancerad hälso- och sjukvård och den tekniska utvecklingen gör också att även patienter med svåra hälsoproblem kan vårdas i hemmet istället för på sjukhus. Utifrån den enskilde patientens behov ställer detta allt högre krav på verksamheterna och deras arbetssätt, på kompetensutveckling samt på utveckling av samverkan mellan olika professioner inom och mellan sjukvårdshuvudmännen.

Patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården behöver ständigt förbättras genom utvecklingsarbete för att även kunna möta upp det ökade behovet i samhället. Genom att följa upp, analysera och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamhet och kompetens hela tiden utvecklas. Att förebygga vårdskador minskar onödigt lidande för individen och minskar de ökade kostnader för kommunen som medföljer en vårdskada.

I kommunens regi drivs även LSS-boenden, daglig verksamhet, samt boendestöd och plan för funktionshinderomsorgen ingår i kommunfullmäktiges övergripande måldokument gällande Socialnämnden ansvar för funktionshinderomsorgen. Planen sträcker sig över en flerårsperiod med start 2024. Utmaningar som har en påverkan på patientsäkerheten inom funktionshinderomsorgen är att även den individgruppen blir äldre och i samband med detta så ställer det också större krav på verksamheten då även åldersrelaterade diagnoser kommer till utöver redan befintliga diagnoser såsom funktionsnedsättning, neuropsykiatriska och psykiatriska diagnoser. Här är det otroligt viktigt att kommunen har möjligheten att fånga upp dessa i ett tidigt skede så att riktad vård och behandling sätts in för att bibehålla både fysisk och psykisk hälsa samt främja livskvalitet. En ytterligare utmaning är att denna individgrupp oftast bott hemma där man nu ser att åldrande anhöriga själva är i behov av kommunal omsorg och denna målgrupp då är i behov av funktionshinderomsorg. Ytterligare utmaning under 2025 är några placeringar där det finns blanddiagnoser med missbruk inblandat som placeras på LSS-boende där behov utifrån deras diagnos inte kan tillgodoses vilket är en hög patientsäkerhetsrisk. Detta är ett bekymmer då det i kommunen inte finns en möjlighet till riktad behandling till denna patientgrupp (*HSL 2017:30, 16 kap 3§*). För att möta behoven på ett säkert och ändamålsenligt sätt skulle ett riktat och anpassat boende för denna grupp behöva etableras i kommunen.

Några av de patientsäkerhetsrisker som observerats under 2025 är den vårdplatsbrist som råder hos regionen och de krav detta ställer på den kommunala hälso- och sjukvårdens förmåga till att ta hem patienter snabbt från sjukhuset. I hemgångsprocessen sker en Samordnad Individuell Plan (SIP) där olika professioner från kommunen medverkar runt patienten tillsammans med Regionen för att samordna insatser från olika aktörer för att skapa en tydlig och gemensam och samlad plan vid hemtagning från sjukhus. Dock finns det vissa brister där man har svårt att med kort varsel få till en samverkan som är välfungerande.

Vad det gäller avvikelser så är det fortsatt läkemedelsavvikelser samt fall som är dominerande även under 2025. En översyn och uppdatering av delegeringsprocessen påbörjades under senare delen av 2025 med syfte att säkerställa att delegerad personal får *rätt* kunskap för att utföra läkemedelsadministrering på ett korrekt och säkert sätt inför den nya Föreskriften från Socialstyrelsen för Delegeringshantering som träder i kraft 1 januari 2026. För att läkemedelsavvikelserna ska minska krävs också tillräcklig bemanning så att tid finns dagligen till att genomföra samtliga moment i läkemedelsadministreringen samt till kontinuerliga utbildningar för att hålla kunskapsnivån på tillräcklig nivå. Gällande fallavvikelser ses behov av mer förebyggande insatser, vilket varit svårt att tillgodose på grund av att legitimerad fysioterapeut är ett bristyrke där det är svårt att rekrytera.

Socialförvaltningen har fortsatt sitt arbete med processkartläggning genom förbättringsarbete för att stärka förvaltningens ledningssystem som syftar till att synliggöra och säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet i våra verksamheter.

Förvaltningens arbete fortsätter även med kartläggning av kompetensförsörjning, som är en stor och viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Det säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen behärskar både de arbetsuppgifter och den vård och behandling som de utför. Utvecklingen i hälso- och sjukvården ställer nya krav på bland annat kompetens. Därför är det viktigt att personalen får möjlighet till fortbildning, kompetensutveckling och träning för arbetsuppgifter och teknik.

Förvaltningens egenkontroller är ett arbete som pågick även under 2025 och genom att använda befintliga underlag, adekvata metoder och förbättringsarbete kan verksamheten minska andelen upprepade avvikelser och uppnå god kvalitet.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### 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.



### Ledningssystem

*SOSFS 2011:9*

I socialförvaltningen ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs hur förvaltningen är organiserad men också vilken typ av styrning förvaltningen har samt ansvar som följer de ledande funktionerna. Genom ett adekvat utformat ledningssystem och följsamhet till detta uppnås patientsäkerhet och god kvalitet.

### Övergripande mål och strategier

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

Varje vårdgivare har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt gällande författningar *SFS 2010:659* och *SOSFS 2011:9*. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls. Vårdgivaren ska även vidta åtgärder för att förebygga vårdskador samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i verksamheten. Vårdgivaren ska också ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Syftet med patientlagen (*PSL 2014:821*) är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska främja goda kontakter mellan medarbetare och patient genom personalkontinuitet och god kompetens hos medarbetare.

### Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1, SFS 2017:30*

Mål, riktlinjer och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas, följas upp och utvärderas kontinuerligt. Vårdgivaren/Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård.

### Socialnämnd

Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbete som bedrivs i kommunen utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Vårdgivaren har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård enligt *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*. Socialnämnden är också ytterst ansvariga för att arbetet utförs med stöd av bland annat socialtjänstlagen, lag om stöd och

service till vissa funktionshindrade, lag med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lag om vård av missbrukare i vissa fall.

**Förvaltningschef/socialchef**

Har ett övergripande ansvar för att fortlöpande utveckla och säkra kvalitén samt ge förutsättningar till underordnade chefer och för förvaltningen att bedriva kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### **Verksamhetschef enligt HSL - hälso- och sjukvårdslagen.**

Verksamhetschef enligt HSL ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs, vilket regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. Om verksamhetschefen inte innehar hälso- och sjukvårdskompetens fullgörs visa uppgifter av kommunens motsvarighet vilket är medicinskt ansvarig sjuksköterska som har det medicinska ledningsansvaret.

Samtliga verksamhetschefer är ansvariga för att planera och leda sitt verksamhetsområde utifrån förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. De ska fortlöpande utveckla och säkra kvalitén inom sitt verksamhetsområde i enlighet med övergripande mål samt följa upp och utvärdera verksamhets mål. Verksamhetschef delar även ansvaret med medicinskt ansvarig för att utveckla verksamhetens kvalitet och bedriva förbättringsarbete.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS**

MAS främsta ansvar gäller patientsäkerhet. De ansvarar för att instruktioner och rutiner finns och följer lagar, författningar och nationella riktlinjer för att vården som bedrivs är säker och av hög kvalitet och att patienter får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om. MAS är delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet och utgör ett stöd för verksamheterna och professionerna och har ett uppföljningsansvar för att läkemedelshantering, delegeringar och dokumentation sker på de sätt som är förenliga med patientsäkerhet och lagstiftning.

MAS ansvarar för att granska avvikelser och utredning av eventuella händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria. I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). På delegation från nämnden ansvarar MAS för anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården mellan vårdgivaren, MAS och verksamhetschefen.

### **Områdes/enhetschef**

Områdes-/enhetschefen har ett helhetsansvar för sin verksamhet och ansvarar för att genomföra förbättringsarbeten och för att fastställda rutiner och riktlinjer är väl kända och efterlevs i verksamheten. Att medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter på ett rätts- och patientsäkert sätt och därmed tillgodose det vårdbehov som finns i enlighet med gällande lagar och riktlinjer.

Områdes-/enhetschefen är också ytterst ansvarig för en god arbetsmiljö samt ansvarar för att ny personal får en fullgod introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverkar områdescheferna för organisationen och patienternas bästa.



## Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar gentemot patienten regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30), Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) och Patientdatalagen (2008:355).

All hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att upprätthålla hög patientsäkerhet. De ansvarar för att det arbete som utförs överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, lagar, riktlinjer och rutiner. Enligt patientdatalagen skyldighet att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.

De ska tillsammans med områdeschefen samverka för verksamheten och patienternas bästa samt skyldighet att rapportera händelser som har eller har kunnat medföra vårdskada samt vid uppkomst rapportera avvikelser.

De yrkesroller som ingår i vår hälso- och sjukvårdsorganisation är legitimerad sjuksköterska, legitimerad fysioterapeut, legitimerad arbetsterapeut, specialistundersköterska, undersköterska och rehabassistent med undersköterskeutbildning.

## Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonalen stöttar och bistår äldre och individer med funktionsvariation med deras dagliga behov på särskilt eller i eget boende. De bistår också hälso- och sjukvårdspersonal och utför delegerade/instruerade hälso-och sjukvårdsuppgifter och utifrån uppgiften definieras de då som hälso- och sjukvårdspersonal.

Omvårdnadspersonal arbetar för en god och säker vård genom att arbeta utifrån styrande dokument, lagar, rutiner, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

De har en skyldighet att patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

## En god säkerhetskultur

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

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



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.

För att patienten ska tillgodoses en säker vård är professionerna runt patienten och deras organisering en viktig del. Detta genom att patientansvaret är tydligt där man arbetar med kontinuitet för att samma sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut har behandlingsansvaret för patienten samt att läkarbesök och årliga läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur den kommunala vården och omsorgen samverkar inom den egna verksamheten/organisationen och med andra vårdgivare. Inom den egna verksamheten/organisationen ska alla professioner som behövs delta vid patientens planering av vård och behandling.

Formerna för samverkan med andra vårdgivare regleras i samverkansdokument. Olika befattningshavare deltar i olika nätverk inom länet för att öka kunskapen om risker samt utveckla och säkra upp rutiner inom och mellan vårdgivare. En välfungerande samverkan mellan olika verksamheter är avgörande för att öka patientsäkerheten. Ett flertal överenskommelser är framtagna gemensamt mellan kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköping.

### **Extern samverkan**

- Avtal som reglerar samverkan och ansvar inom hälso- och sjukvårdsområden mellan Region Jönköping och kommunerna i länet.
- Socialchefs nätverk i detta deltar förvaltningschefer från våra tretton kommuner i länet i samverkan utifrån invånarens behov av gemensamma insatser av flera samverkande parter, länets kommuner och regionen för sammanhållen vård, omsorg och hälsa som utgår från invånarens behov och fokuserar på att uppnå bästa möjliga kvalitet.
- ReKo – Chefsgrupp. I denna deltar förvaltningschefer från kommuner i länet samt regionens närsjukvårdschefer/sjukvårdsdirektörer/skolchefer och utvecklingschef för kommunal utveckling som arbetar gemensamt med frågor gällande en trygg och säker vård.
- Taktisk styrgrupp. Här deltar Kommunal utveckling från Regionen och verksamhetschefer samt chefer inom hälso- och sjukvård från kommunerna där man arbetar kring olika projekt för en ökad samverkan mellan kommun och region.
- Riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Jönköping och länets kommuner.
- Kommunerna samverkar med enheten för Smittskydd och vårdhygien Region Jönköping.
- Samverkan mellan kommunerna och Regionen finns för specialiserad sjukvård i hemmet - SSIH.
- Veckovis avstämning med den regionala Närsjukvårdens ledning för genomgång av avvikelser mellan kommun och region och samverkan gällande utskrivning från sjukhus.
- Riktlinje för upprättande av samordnad individuell plan, SIP.
- Avtal om läkarmedverkan från vårdcentralen.
- Samarbetsvård med psykiatri.
- Samverkan gällande vaccinationer inom verksamheterna i kommunen.
- Avtal för uppsökande tandvård utförare av denna är Folktandvården Jönköpings län.
- Avtal för apoteksgranskning av kommunens läkemedelsförråd 1 gång/år.

- Händelseråd GGVV. En del av "Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna". Där strategigrupperna har som ett uppdrag att i samverkan följa upp och hantera avvikelser, möten sker kvartalsvis.
- MAS ingår i ett länsövergripande nätverk tillsammans med medicinskt ansvariga i länets övriga kommuner.

### **Intern samverkan**

- Ledningsgrupp på strategisk och operativ nivå. MAS deltar vid behov på operativ ledningsnivå HSL samt vid behov på övrig operativ ledningsnivå.
- Regelbundna möten gällande avvikelser, rutiner och arbetssätt mellan verksamhetschef enligt HSL, områdeschef HSL och MAS där förbättringsarbete diskuteras som ett led i det systematiska förbättringsarbetet.
- MAS deltar i hälso- och sjukvårdens arbetsplatsträffar samt vid behov inom övriga verksamheter.
- Kontinuerliga teamträffar där områdeschef, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt patientansvarig sjuksköterska deltar på alla enheter i kommunen.
- Regelbundna möten mellan områdeschefer inom hälso- och sjukvård, äldreomsorg samt funktionshinderomsorgen.

### **Informationssäkerhet**

*HSL 2017:30 3 kap, SOSFS 2014:5, HSLF-FS 2017:40, 7 kap. 1 §*

Enligt patientdatalagen ska vårdgivaren se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som dokumenteras även kan kontrolleras. Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörig kommer åt sådana uppgifter. Kontrollerna ska genomföras genom fortlöpande uttag och granskning av loggar i verksamhetssystemet. Under 2025 har loggkontroller genomförts enligt rutin som finns för verksamheterna.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och områdeschef inom den kommunala hälso- och sjukvården har, i enlighet med gällande lagstiftning och myndighetsföreskrifter, ett särskilt ansvar att säkerställa att journaldokumentation bedrivs på ett korrekt, ändamålsenligt och patientsäkert sätt. Detta innefattar ett krav på att regelbundet genomföra strukturerad journalgranskning som en del av verksamhetens systematiska kvalitets- och ledningsarbete.

Resultaten av journalgranskningen ska analyseras samt diskuteras med berörd personal i syfte att identifiera avvikelser, brister och utvecklingsmöjligheter. Utifrån denna analys ska nödvändiga förbättringsåtgärder fastställas, dokumenteras och följas upp för att säkerställa att journaldokumentationen uppfyller lagstadgade krav och bidrar till en god och säker vård.

Journalgranskningsprocessen ska dokumenteras i enlighet med verksamhetens kvalitetsrutiner och utgöra ett underlag för fortlöpande förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Risker gällande patientsäkerhet kopplade till verksamhetssystemen Combine journalsystem och signeringssystemet Appva har uppmärksammats. Här finns stora brister i signering och dokumentation kopplat till hälso- och sjukvårdsuppdrag i Combine. Då systemen inte är kopplade leder detta till att dubbeldokumentation då åtgärder ska dokumenteras i båda verksamhetssystemen, vilket inte är förenligt med patientsäkerhet och god kvalitet då risken är större vid dokumentation i flera system att det missas eller glöms bort.

Under 2025 har en personuppgiftsincident rapporterats där personuppgifter om enskilda patienter har glömts kvar hos en annan patient i samband med en insats.

## 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 stabil bemanning av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal är en förutsättning för patientsäkerhet, flexibilitet samt god och säker vård.



Under 2025 har det funnits vakanser under hela året gällande sjuksköterskor och man har i perioder använt sig av bemanningspersonal dock är den fastställda grundbemanningen tillräcklig. Hälso- och sjukvårdens verksamhet har även specialistsjuksköterskor som har förskrivningsrätt för vissa läkemedel, inkontinensskydd och näringsdrycker.

Även rekrytering av fysioterapeuter har varit svår, en fysioterapeut är tillsatt och påbörjar sin tjänst under januari 2026 dock är det behov av ytterligare fysioterapeut och rekrytering ska påbörjas under 2026. Man har under 2025 ökat antalet rehabassistenter i verksamheten för att avlasta legitimerad personal när det inte har varit fullbemannat. Rehabassistenter är en viktig del av rehabverksamheten och behov av dessa tjänster kvarstår även om den vakanta fysioterapeuttjänsten tillsätts. Inte minst för att skapa ett välfungerande samarbete med hemtjänstpersonal för patienter som skrivs ut från slutenvården med kvarstående rehabiliteringsbehov.

Gällande legitimerad personal är det en större personalomsättning bland sjuksköterskor än fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Brist på personal påverkar förutsättningar till patientsäker vård och kontinuerligt kvalitetsarbete.

Överlag är det en god bemanning inom hemtjänst, dock är grundbemanningen låg och detta löser man med både kort- och långtidsvikarier. Vid behov av vikarier ger det tyvärr inte den kontinuitet och stabilitet i en verksamhet som ligger till grund för en ökad kompetens och patientsäkerhet som fast personal. Det har det också varit en del personalomsättning inom hemtjänsten och man har flera pensionsavgångar inom en framtid och ser ett ökat rekryteringsbehov.

Inom särskilt boende har man många nyrekryteringar som har varierad erfarenhet och kunskap generellt. Även utmaningar som tillfällig ökad vårdtyngd eller patienter med utåtagerande beteende kan göra att den grundbemanning som finns inte tillfälligt räcker för att säkerställa en god vård och omsorg.

Inom funktionshinderomsorgen upplever man en bemanning som är tillräcklig. Vid behov av vikarier, främst under sommarsemester, så upplever man att det finns en oro hos brukare som grundar sig i tryggheten med ordinarie personal. Denna individgrupp har svårare för en relationsbyggande trygghet, vilket ofta tar längre tid.

Överlag har det under 2025 varit ett år där inte mycket utbildningar har skett inom äldreomsorgen. Socialförvaltningen håller på att arbeta fram en plan för kompetensutveckling och utbildningar som kommer påbörjas under 2026. Inom funktionshinderomsorgen har något fler kompetenshöjande utbildningar skett under 2025.

### **Äldreomsorgslyftet**

Genom Äldreomsorgslyftet har totalt 8 undersköterskor blivit klara med sina utbildningar under 2025. Det är även 16 stycken medarbetare som påbörjat utbildningen och det finns ett fortsatt stort intresse för att genom Äldreomsorgslyftet utbilda sig.

### **Språk- och språkombudsutbildning**

Språkombud finns i verksamheterna som en stödjande funktion och utbildningen kommer att ändras under 2026 där utbildningen ger kunskaper i kommunikation och språkutvecklande arbetssätt. Detta och att språkombud finns i verksamheterna syftar till att medarbetaren ska få förutsättningarna för förbättrad kommunikation och till att kunna utföra ett patientsäkert arbete i verksamheterna.

### **Munhälsa**

Inom äldreomsorgen har man genomfört en digital utbildning via Svenskt Demenscentrum gällande munhälsa detta var under 2025 ett prioriterat verksamhetsmål inom hälso- och sjukvård och äldreomsorgen.

### **Hygienutbildning**

Utbildning för hygienombuden med hygiensjuksköterska från smittskydd Regionen där även områdeschefer medverkade genomfördes under hösten 2025.

### **Förflyttningsutbildning**

Områdeschef har ansvar för att personalen har de kunskaper som krävs gällande personförflyttningar och säker hantering av hjälpmedel. Att personförflyttningar utförs på rätt sätt är inte bara viktigt gällande arbetsmiljö och belastningsskador utan även säkerhet och trygghet för patienten som är i behov av hjälp med sina förflyttningar.

Rehabpersonal ansvarar i nuläget för att genomföra utbildningar för såväl vikarier som ordinarie omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik. På grund av vakanser inom rehabverksamheten har utbildningar endast kunnat genomföras för semestervikarier, inte för ordinarie personal.

Det har även setts ett behov av ökad kompetens hos omvårdnadspersonal gällande hjälpmedel, där någon form av utbildningsinsats planeras för kommande år.

### **Demensutbildning**

Inom demensenheterna har personalen genomgått utbildning via Silviahemmet i demenskunskap. Genom utbildningsinsatser bidrar detta till en ökad kunskap i demenssjukdom och bidrar till högsta möjliga livskvalitet för de patienter som lever med demenssjukdom och deras närstående.

En specialistsjuksköterska har gått en utbildning i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och kommer att ansvara för utbildning och arbetssätt i BPSD-registret till verksamheternas medarbetare.

### **Hjärt- och lungräddning (HLR)**

Återkommande genomgår samtlig personal inom verksamheterna utbildning i HLR.

### **Hjälpmedelscentralen**

Hjälpmedelscentralen erbjuder kontinuerligt utbildningar gällande hjälpmedel och rehabpersonal deltar aktivt i dessa.

### **Rättshaveristiskt beteende**

Inom rehab har några arbetsterapeuter gått denna utbildning som ger en fördjupad kunskap om att bemöta patienter utifrån att använda ett lågaffektivt förhållningssätt, kommunikation, dokumentation och validering som verktyg för att skapa lugn och struktur i mötet.

### **Dokumentationsutbildning**

Har genomförts inom funktionshinderomsorgen 2025.

### **Motiverande Samtal – MI**

Inom funktionshinderomsorgen har man utfört MI vilket lär personal att stärka individens egen motivation och förmåga till förändring, istället för att påtvinga lösningar, och fokuserar på att få fram personens egna argument för förändring för att skapa varaktig utveckling.

### **Hot och våld**

Inom funktionshinderomsorgen är utbildning i hot och våld en kompetensutveckling för personal som lär ut hur man förebygger, hanterar och bearbetar hotfulla och våldsamma situationer med brukare, ofta med fokus på bemötande, kommunikation, riskbedömning, lagstiftning och mental förberedelse, med syfte att skapa tryggare arbetsmiljöer och ge personalen konkreta verktyg.

### **Yrkesresan**

Är ett nationellt koncept för fortbildning och introduktion för medarbetare inom den svenska socialtjänsten. Målet är att stärka kompetens, yrkesstolthet och ge tillgång till bästa tillgängliga kunskap genom digitala lärplattformar och fysiska träffar som har gjorts inom funktionshinderomsorgen.

### **Ett självständigt liv**

Ett självständigt liv inom funktionshinderomsorgen är en evidensbaserad, manualstyrd socialpedagogisk metod där individer med psykiska funktionsnedsättningar får verktyg och färdighetsträning för att hantera vardagen, sina känslor och sociala situationer, för att öka sin självständighet och livskvalitet. Utbildningen ger personalen kunskap att stötta brukare att hantera stress, symtom, hygien, sysselsättning och kommunikation för att främja självbestämmande och delaktighet i samhället.

### **Specialpedagogik 2**

Specialpedagogik 2 inom funktionshinderomsorgen är en fördjupningskurs som ger avancerade kunskaper i att främja delaktighet, tillgänglighet och likvärdighet för brukare med funktionsnedsättningar, genom att analysera, planera och genomföra specialpedagogiska insatser med fokus på stöd, hjälpmedel, lagar och hur man anpassar arbetssätt och miljöer efter individuella behov.

## TMO

TMO-utbildning inom funktionshinderomsorgen står för Traumamedveten Omsorg, ett forskningsbaserat förhållningssätt som ger personal verktyg att förstå och bemöta personer med traumatiska erfarenheter, genom att skapa trygghet, positiva relationer och strategier för att hantera svåra känslor och beteenden.

## HAB utbildning DM1

Habiliteringens DM1-utbildning (Dystrofia Myotonika typ 1) är en del av habiliteringsinsatserna för barn och vuxna med denna neuromuskulära sjukdom, som fokuserar på att ge kunskap och strategier för personal om hur man hanterar sjukdomens utmaningar inom t.ex. munhälsa, andning och motorik. Målet är att stärka förståelsen för sjukdomen för att bättre kunna stödja individen i vardagen.

## Recovery College

Recovery College inom funktionshinderomsorgen är ett lärandecenter för återhämtning från psykisk ohälsa. Målet är att stödja individers återhämtning genom kunskap och verktyg och det riktar sig till både personer som upplever ohälsa och personal inom vård och omsorg.

## Värdegrund

Utgår från Socialtjänstlagen (2001:453, 5 kap. 4§). Detta för att stärka medarbetarnas syn på våra patienter och därigenom ge förutsättningar för allas lika värde, att leva ett värdigt liv och känna delaktighet och välbefinnande.

Värdegrunden inom socialförvaltningen regleras av de olika lagar kommunen arbetar efter samt etiska koder för olika yrkesgrupper. Under 2025 har det varierat hur verksamheterna har arbetat med värdegrund. Under 2026 kommer arbetet med värdegrundsfrågor att fortgå genom en gemensam struktur och dialog om värdegrundsfrågor.

## 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. Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet. Patienten och i förekommande fall närstående ska ses som en resurs i planeringen och genomförandet av vården och ska involveras i allt patientsäkerhetsarbete där så är möjligt. Patienten kan bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer i sin egen vård. En grund för detta är en bra och förståelig information både till patient och närstående.

Redan vid ankomstsamtalet på särskilt boende (SÄBO) eller inskrivning i hemsjukvården är det av vikt att involvera patient och närstående om vilka omvårdnadsinsatser, medicinsk behandling och rehabilitering som planeras. Utöver detta forum uppmanas anhöriga att tillsammans med patienten delta på vårdplaneringar som sker såväl på sjukhus, i ordinärt boende eller på korttidsplats.



Det är också av stor vikt att ta hänsyn till patientens egna önskemål där ett personcentrerat arbetssätt skall tillämpas och där patientens kunskaper och engagemang skall tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är delaktig i sin egen vård och behandling och i förekommande fall få information om vilka behandlingsalternativ som finns.

Även inom rehabverksamheten har man tagit med patientens delaktighet och även egenansvar gällande rehabiliteringsinsatser. Involverade närstående tas med i resonemang om exempelvis förflyttningar och träning. I och med ett ökat upprättande av rehabplaner är patienten än mer delaktig i målsättning och insatsernas utförande.

Inom funktionshinderomsorgen utifrån hälso- och sjukvård arbetar man utifrån nya socialtjänstlagen som trädde i kraft 1 juli 2025 vilket innebär att aktivt arbeta för att personer med funktionsnedsättning får möjlighet att leva som andra och vara fullt delaktiga i samhället och har samma rättigheter att vara medskapare utifrån sina förutsättningar i vården även om LSS är en egen lag gäller samma värdegrund och arbetssätt i praktiken. Man arbetar mycket med förebyggande, individcentrerad, kunskapsbaserad för olika stöd och stärkande av delaktighet.

## Egenvård

Egenvård innebär att en patient själv, eller med hjälp av någon annan (t.ex. anhörig eller hemtjänst), utför en åtgärd som annars skulle kunna räknas som hälso- och sjukvård. En åtgärd klassas som egenvård när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal efter en individuell bedömning bedömer att åtgärden kan utföras tryggt utanför hälso- och sjukvården. När en åtgärd är beslutad som egenvård ligger ansvaret på patienten, eller den som hjälper patienten. Beslut om egenvård ska följas upp regelbundet och omprövas om patientens situation förändras.

Egenvård bidrar till att patienten får möjlighet att leva sitt liv utan täta kontakter med hälso- och sjukvården i de fall det är möjligt. Man arbetar för att skapa medvetenhet kring egenvård i det vardagliga arbetssättet.

Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt lag.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

## Har vården varit säker

Händelser som bedöms ha medfört eller hade kunnat medföra vårdskada/allvarlig vårdskada identifieras initialt av områdeschef för respektive enhet som direkt tar kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS.



MAS tar reda på mer information om händelsen och kallar vid behov till en händelseanalys. Vid händelseanalysen deltar flera professioner för att analysera händelsens bakomliggande orsaker, konsekvenser för individen, om adekvata åtgärder för att förhindra händelsen har vidtagits och vilka ytterligare åtgärder som bör tas för att minska risken för att något liknande inträffar igen. Även en del bifynd brukar identifieras under händelseanalysen, vilket gör att vi med åtgärder kan minska risken för att dessa i framtiden kommer att ligga till orsak för vårdskador.

MAS sammanställer analysen och bedömer huruvida händelsen är en vårdskada/risk för vårdskada. MAS är enligt delegationsordningen den som bedömer om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Om händelsen visar sig vara en allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada sker en anmälan till IVO som beslutar om kommunen vidtagit adekvata åtgärder för att liknande händelser inte ska upprepas.

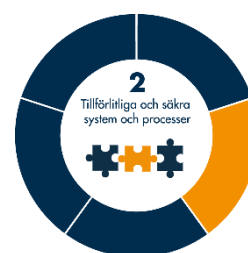
Under 2025 har två händelseanalyser genomförts varav en anmälan enligt lex Maria gjorts till IVO. De åtgärder som planerats för att förhindra att liknande händelser sker igen har av IVO ansetts adekvata och godkänt med de åtgärder som gjorts i verksamheten.

Oavsett om händelsen resulterar i en anmälan till IVO eller inte genomförs en uppföljning av planerade åtgärder efter cirka sex månader eller tidigare vid behov. Händelsen, bakomliggande orsaker och åtgärder informeras till övrig personal i lärande syfte.

Genom att MAS även tar del av samtliga avvikelser inom HSL säkerställs att ingen händelse som borde ha föranlett en händelseanalys missas.

## **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.



En stor risk gällande patientsäkerhet som observerats under 2025 är att medarbetare inom SOL inte använder sig av läkemedelslistan utan använder signeringssystemet Appva i första hand när ett läkemedel ska ges. Detta medför en stor patientsäkerhetsrisk, utöver att det idag behövs dokumenteras dubbelt då journalsystemet Combine och signeringssystemet Appva inte kan kopplas samman.

## **Svenska Palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Registret används som ett systematiskt verktyg för att följa upp och förbättra kvaliteten i palliativ vård, minska oönskade variationer och identifiera risker, vilket är centralt för patientsäkerheten. Samtliga dödsfall ska registreras av sjuksköterska och Närståendeenkäten ska erbjudas till en närstående för alla registrerade dödsfall.

Vaggeryds kommun har under 2025 registrerat 40 dödsfall i Svenska Palliativregistret.

Indikator	Målvärde	2023	2024	2025
Antal registrerade dödsfall	-	75	70	40
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	96.0%	97.1%	87.5%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98%	97.3%	98.6%	97.5%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	98%	97.3%	98.6%	95.0%
Smärtskattning sista levnadsveckan	100%	73.3%	78.6%	90.0%
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	37.3%	55.7%	80.0%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	93.3%	81.4%	85.0%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	80.0%	82.9%	82.5%

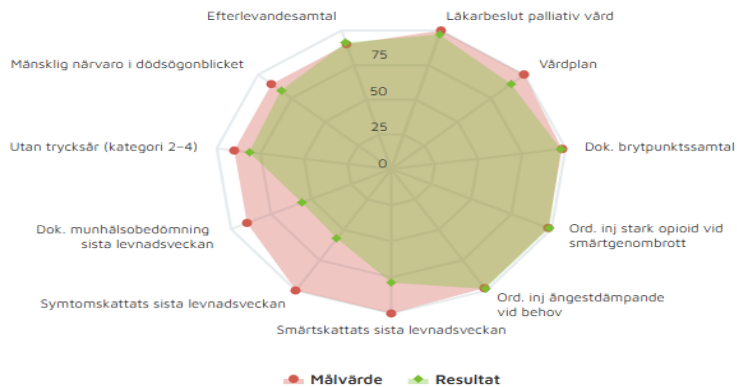
*Uppgifter hämtade i Svenska Palliativregistret, målvärdena gäller för 2025.*

Resultatet för åren som jämförs är svårt att generalisera kring då resultatet blivit bättre inom vissa områden men sämre inom andra. Då resultatet på ordination gällande ångestdämpande ligger högt både 2023 och 2024 men lägre 2025 så är bedömning att skattningar görs och att patienten inte behöver uppleva oro/ångest, men att bedömningen inte dokumenteras, detsamma gäller för smärta. Vikten av att även dokumentera detta behöver lyftas inom arbetsgrupperna. Det kvarstår arbete för att förbättra dokumentationen och registreringen i systemet, något som områdeshetschef behöver analysera bäst metod för.

Det är läkarens ansvar att det finns ordinationer på symtomlindring till patienter i livets slutskede. Sjuksköterskan ska vara behjälplig att påtala för läkaren att det behöver finnas ordinationer på samtliga symtomlindrande läkemedel.

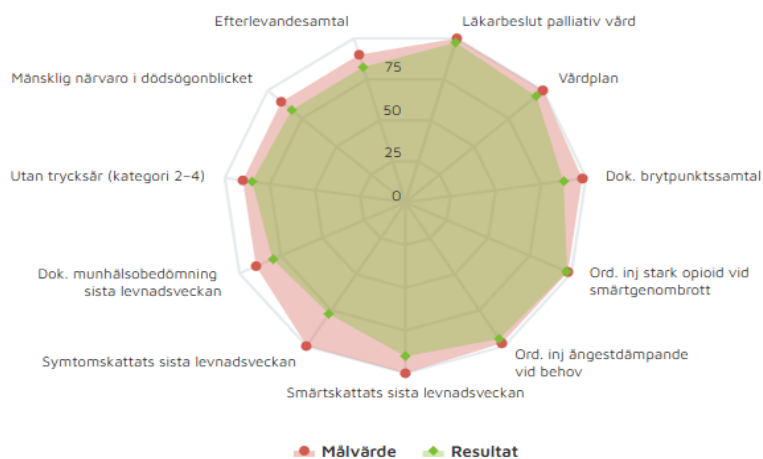
### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



*Jämförelse över kvalitetsindikatorer år 2024-2025*

#### Senior alert

Inom äldreomsorgen arbetar man aktivt med nationella kvalitetsregistret Senior alert. Registret är ett verktyg för att stödja vårdprevention för våra äldre som har en ökad risk för att drabbas av trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen.

#### Delegering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter finns möjlighet för legitimerad personal att delegera hälso- och sjukvårdsinsatser till annan personalkategori som saknar formell kompetens men som innehar reell kompetens.

Delegeringsförfarandet ska följa kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer som innefattar utbildning, skriftligt kunskapstest, uppföljning och handledning. Områdeschefen ansvarar för att riktlinjen följs

och att bedöma huruvida respektive medarbetare har tillräcklig kompetens för att ta emot en delegering.

Delegeringsbeslutet är personligt och kan innehålla flera olika delegerade arbetsuppgifter. Delegering får inte förekomma slentrianmässigt eller för att lösa situationer med personalbrist. Under vissa omständigheter kan det vara fördelaktigt ur såväl vårdgivares som patienters perspektiv att överlåta hälso- och sjukvårdsuppgifter till annan personal än legitimerad. Detta kan dock endast vara aktuellt när det är förenligt med kravet på god och säker vård, t.ex. för att minska fördröjning och upprätthålla personalkontinuiteten kring patienten. Delegeringsbesluten ska omprövas minst en gång per år eller när omständigheterna påkallar det och omedelbart återkallas om det inte längre är förenligt med god och säker vård.

Själva delegeringsprocessen har under slutet av 2025 börjat ses över för att säkerställa att delegerad personal får rätt kunskaper för att utföra de hälso- och sjukvårdsuppgifter som ingår i delegeringen. Detta för att höja kvaliteten gällande delegeringar samt utifrån den nya ändringen i Socialstyrelsens föreskrift *Läkemedelshantering HSLF-FS 2017:30* som träder i kraft 1 januari 2026.

Gällande delegeringar inom rehabilitering är detta sällan förekommande då de allra flesta ordinationer kan genomföras efter instruktion och ställer inte krav på en delegering men vid behov förekommer även delegering inom rehabilitering, dessa är då mestadels patientbundna.

### **Läkemedelsgenomgångar**

Läkemedelsgenomgångar är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det är dessutom en metod för analys, omprövning och uppföljning av en patients hela läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Det finns två olika modeller för läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång. Ansvar för att initiera och utföra läkemedelsgenomgångar ligger hos regionens läkare men det hindrar inte att kommunens personal påminner om behovet för att uppnå målet med läkemedelsgenomgångar.

### **Läkemedelsautomater**

En förutsättning för att kunna möta behoven hos den allt ökande andelen äldre är att använda sig av ny teknik. Man har hos patienter i ordinärt boende med hjälpmedelsinsatser provat att införa läkemedelsautomat Evondos under 2025. Detta ger en ökad patientsäkerhet och en förbättrad följsamhet till ordinerad behandling på över 99 % då patienten dispenseras rätt dos av läkemedel och vid rätt tidpunkt, övriga doser är inlåsta och oåtkomliga då automaten fungerar som ett säkert och låst läkemedelsskåp. Det är också vinster för patienter att fortsatt ha en ökad självständighet, bibehållande av funktioner samt möjlighet att klara fler vardagsaktiviteter. I nuläget är det 13 stycken läkemedelsautomater utplacerade.

Fortsatt arbete kommer att pågå då man även vid större antal läkemedelsautomater får planeringsvinster i form av minskad arbetsbelastning, omfördelning av resurser för hemtjänst/omvårdnadspersonal i form av minskade tidskritiska besök, minskade drivmedelskostnader och ett minskat behov av delegerad personal.

Läkemedelsautomater kan införas brett inom kommunens alla verksamheter.

### **Läkemedelsskåp**

För en säker läkemedelshantering har man under 2025 fortsatt arbetet med att sätta upp digitalt låsbara läkemedelsskåp inom verksamheterna där personalen loggar in via en app i tjänstetelefonen. Detta gör att man har en god kontroll på spårbarhet via loggkontroller och en mer säkrare läkemedelsförvaring.

### **Hemtagningsprocess**

Intensiv hemrehabilitering (IHR) var en verksamhet i kommunen som innefattade fysioterapeut, arbetsterapeuter samt undersköterskor. Uppdraget var att i samverkan med myndighet erbjuda rehabiliterade insatser vid hemgång från sjukhus. Strukturen för denna verksamhet visade sig inte vara ekonomisk försvarbar samt att det orsakade samarbetssvårigheter med hemtjänsten då det var en egen verksamhet och beslut togs att avveckla IHR i juni 2025.

Under hösten 2025 startade planeringen av ett liknande arbetssätt i befintliga verksamheter som under 2026 kommer att starta upp under benämningen Trygg Hemma. En tät samverkan mellan rehab, myndighet och hemtjänst kommer att ge förutsättningar för god patientsäkerhet kopplat till att patienten får möjlighet att återta sin funktions- och aktivitetsförmåga på ett bra sätt och att genom extra stöd för både vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering återfå så stor självständighet och trygghet i hemmet som möjligt. Behovet av insatser följs upp genom biståndsbeslut som efter en periods rehabilitering motsvarar ett verkligt behov baserat på en bedömning av legitimerad personal. Arbetssättet skapar god kvalitet och patientsäkerhet.

I och med detta nya arbetssätt kommer även hemtjänstpersonal erbjudas utbildning i rehabiliterande förhållningssätt för att stärka deras kompetens inom området.

### **Processledning**

Arbete med processledning har pågått under 2025 inom den kommunala hälso- och sjukvården, vilket syftar till att synliggöra och säkerställa god kvalitet i vår verksamhet. Processer, som bygger på Socialstyrelsens huvudprocesser, ska byggas nära verksamheten som kan arbetet samt utformas från medarbetarens vardag där man gemensamt använder sig av ett standardiserat arbetssätt utifrån lagar och nationella riktlinjer.

Kommunens Intranät ger ingen enkel åtkomst till processer/rutiner utan det ses ett stort behov av att detta samlas på en egen plattform så att det är lätt som medarbetare att hitta och att veta att det man hittar är aktuellt och gällande. Ofta behöver medarbetare kunna använda sökfunktionen på intranätet för att snabbt hitta rätt, denna fungerar inte för att hitta gällande rutiner då man söker kommer allt upp och sökträffar som blir visar sig innehålla stor del inaktuella processer/rutiner. Förbättringsbehovet omfattar hela socialförvaltningen och består i att systematiskt arbeta och kvalitetssäkra ledningssystemet för att skapa förutsättningar för personalen i sitt arbete och skapa en hög patientsäkerhet – *Det ska vara lätt att göra rätt!*

## 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.



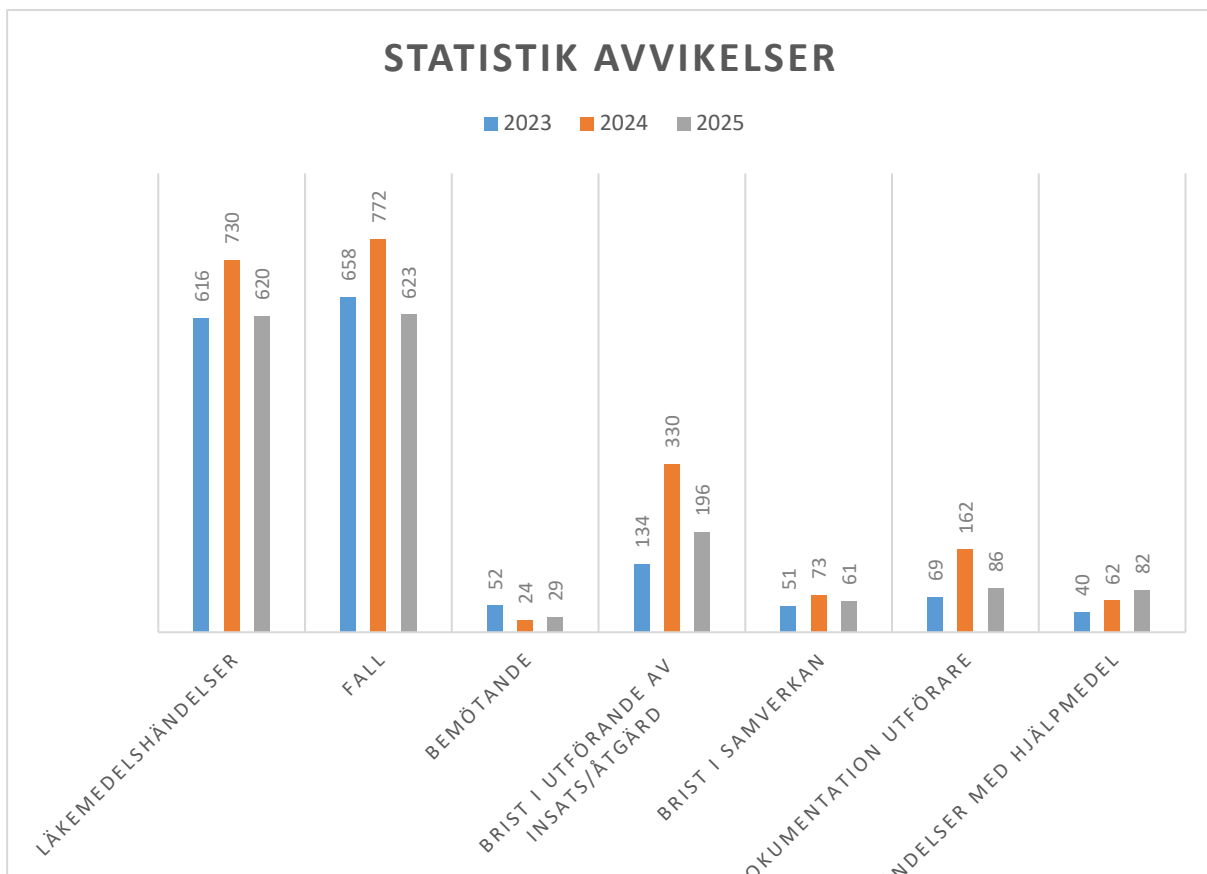
### Avvikelser

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

Syftet med avvikelserapportering är att genom systematisk uppföljning av avvikelser öka kunskapen hos personalen om risker i verksamhetens möte med patienterna. Därigenom minimeras riskerna i första hand genom förebyggande åtgärder samt utveckling av metoder och arbetssätt. Det är viktigt att vården sker i en obruten kedja, vilket innebär att olika yrkesgrupper som finns nära patienten måste samverka, även mellan olika vårdgivare såsom kommunen och regionen. Alla nyanställda samt anställda har behov av kompetens i ämnet, ska genomgå en utbildning i avvikelshantering som kommer att starta 2026.

All personal är skyldig att vid risk för eller vid uppkomna vårdskador rapportera enligt rutin för avvikelshantering. Områdeschefen tillsammans med medarbetarna ansvarar för att diskutera och analysera orsaker samt bedömer behov av och planerar olika åtgärder på kort respektive lång sikt i syfte att undvika att liknande händelser sker upprepade gånger.

År	Antalet rapporterade avvikelser	
	Totalt	Varav HSL
2023	1905	1359
2024	2409	1671
2025 (inkl. externa avvikelser)	2150	1359



Statistik avvikelser avser HSL, SOL samt LSS för åren 2023, 2024 och 2025.

De vanligaste avvikelsetyperna vi har är fall och läkemedel, något som det arbetas med i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att förebygga de avvikelser som går att undvika.

#### Avvikelser mellan huvudmän

I kommunerna finns det en väg in vad gäller avvikelser mellan huvudmän. Alla avvikelser går via MAS som då har en överblick över alla externa avvikelser. Svarstid och återkoppling från regionen brister och alla avvikelser får kommunen inte svar på trots påminnelser.

Typen av avvikelserna handlar framförallt om att man inte har följt rutiner i samband med utskrivning från slutenvården, men också brister i informationsöverföringen i båda riktningarna samt att de två läkemedelssystem Cosmic och Pascal som finns inte är sammankopplade och att ändringar måste ske i båda systemen. Den vårdplatsbrist som råder inom slutenvården ses som en orsak till att avvikelser uppstår när individen flyttar mellan den regiondrivna vården till kommunal hälso- och sjukvård.

År	Totalt	Kommun - Region	Region - Kommun
2023	118	89	5
2024	95	87	5
2025	63	59	4

Resultaten för 2023 och 2024 är inte helt tillförlitliga då nuvarande MAS påbörjade sin anställning i mars 2025.

## Klagomål och synpunkter

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

Socialförvaltningen har en gemensam rutin för klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter gällande HSL-insatser ska ses som en möjlighet att hitta förbättringsområden inom hälso- och sjukvårdens områden. Under 2025 togs beslut att digitalisera klagomål och synpunkter och dessa görs i verksamhetssystemet för avvikelshantering. Information ges för de kanaler som kan användas för att lämna klagomål/synpunkt, vilket kan ske digitalt, muntligt eller via folder i receptioner, ute i verksamheterna och på kommunens hemsida. Efter registrering av inkomna synpunkter/klagomål, ansvarar respektive chef, alternativt av MAS om klagomål rör patientsäkerhetsfrågor, för att en utredning görs. När utredningen är färdig ansvarar chefen/MAS för återkoppling, om detta har efterfrågats, på ett säkert och korrekt sätt. Under 2025 har det inkommit 31 klagomål/synpunkter till förvaltningen där 2 stycken gäller läkemedelshantering och 1 som rör avgifter för rehabilitering.

Det görs även återkommande brukar-/patientenkäter på nationell nivå där synpunkter kan lämnas. Detta utgör också en viktig del i arbetet för säker vård av god kvalitet.

## Riskhantering

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

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

Att bedöma risker i verksamheten ingår som en del i patientsäkerhetsarbetet, både i det dagliga arbetet men också vid större förändringar. Vid större verksamhetsförändringar görs riskbedömningar ur olika perspektiv såsom brukarperspektiv och personalperspektiv. Utifrån rapporterade avvikelser och händelser av större betydelse gör verksamhetsansvariga riskbedömningar. Riskanalys genomförs inför organisationsförändringar, effektiviseringar etc.

## Hygien och smittskydd

I hälso- och sjukvårdslagen anges att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och föreskrifterna [SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg](#) samt Regionen Folkhälsa och sjukvård [Vårdhygien i kommunal vård och omsorg](#)

Att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet i alla former av vård och omsorg och man arbetar preventivt utifrån våra riktlinjer i verksamheterna. Och regelbundna täta avstämningar med Region Jönköping enhet för Smittskydd och Vårdhygien görs.

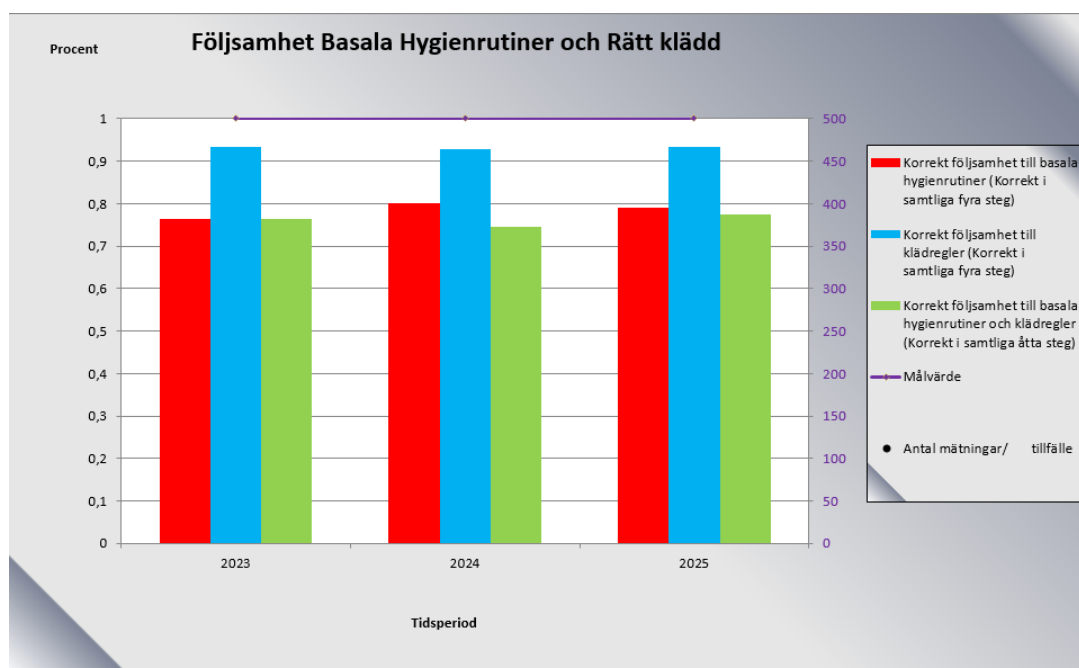
Under 2025 har mätningar på följsamhet till basala hygienrutiner genomförts på alla aktuella enheter inom äldreomsorgen. Inom funktionshinderomsorgen görs istället riskbedömningar gällande följsamhet till hygien. Mätningar genomförs genom observationer samt att medarbetarna fyller i en enkät och skattar sin egen följsamhet till ett antal hygienrutiner som är aktuella att följa då omvårdnadsarbete utförs. Syftet med denna självskattning är att öka medvetenheten till de basala hygienrutinerna och följsamheten till dessa. Ansvarig områdeschef får utifrån resultatet följa upp med relevanta åtgärder.



Hygienombuden har ordnat workshops för sina kollegor med olika innehåll, verksamhetsbesök har gjorts av utvecklingssamordnaren för basala hygienrutiner tillsammans med MAS där man observerat följsamheten till basala hygienrutiner i verksamheterna. Det har även varit en hygienombudsträff/utbildning medverkan från Regionens enhet för smittskydd denna utbildning riktade sig till områdeschefer och verksamheternas hygienombud. Vissa verksamheter har gjort inköp av särskilda väskor att kunna bära med sig hygienmaterial (förkläde, handskar etc.) i för att inte riskera att sakna detta vid patientbesök.

Vid självskattning hygien 2025 har det genomförts fyra mätningar med svarsfrekvens på 1016 mätningar/självskattningar av 1430 totalt d.v.s. 71 % under året med följande resultat:

Observations-period	Observation	Självskattning	Handsprit		Korrekt användning av handskar	Korrekt användning av plast-förkläde	Helt korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (Korrekt i alla fyra steg)	Arbets-dräkten är kort-ärmad	Utan ring, klocka, armband eller olika stödskenor	Har korta naglar, fria från nagellack samt konstgjort material	Har kort eller uppsatt hår	Helt korrekt följsamhet till klädregler (Korrekt i alla fyra steg)	Helt korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
			Före	Efter									
2023	575	396	787	896	883	830	715	1089	897	901	911	868	702
2024	505	431	809	869	873	811	751	904	883	899	906	870	697
2025	533	483	909	948	953	875	803 (79%)	973	972	969	973	948 (93%)	788 (77%)



#### Viktiga faktorer för att minska infektioner och smittspridning:

- **Vårdrelaterade infektioner tolereras inte** och betraktas som helt oacceptabla.
- **Hygienriktlinjer följs konsekvent** och är en självklar del av det dagliga arbetet.
- **Systematiska riskbedömningar** genomförs för att möjliggöra ett proaktivt och förebyggande arbetssätt.
- **Ändamålsenliga lokaler och arbetsmiljöer** säkerställs för att stödja god vårdhygien.
- **Tydlig kommunikation och regelbunden återkoppling** bidrar till att upprätthålla en hög hygienstandard.

- **Städning ses som en central och integrerad del** i arbetet med att förebygga infektioner och smittspridning.
- **Ett nära samarbete mellan Vårdhygien och verksamheterna** främjar gemensamma lösningar och god följsamhet.
- **Ledningen är aktiv och handlingskraftig**, och agerar i enlighet med gällande rekommendationer för att minimera risken för infektion och smitta.
- **Arbetskläder hanteras korrekt** och i enlighet med fastställda rutiner för att säkerställa god hygien.

En hög följsamhet till fastställda hygienrutiner är en grundförutsättning för att säkerställa en god och trygg vård- och omsorgsmiljö. Tillsammans med en ledning som tydligt prioriterar och stödjer ett proaktivt arbetssätt bedöms detta väsentligt bidra till att minska risken för vårdrelaterade infektioner.

Kommunen har i dag etablerade former för mätbarhet inom de områden som omfattas av egenkontrollen. Ett övergripande mål bör vara att uppnå 100 procent andel svarsalternativ *Ja* på samtliga relevanta frågor i egenkontrollen, samt att säkerställa att samtliga enheter deltar vid varje mättillfälle. Detta skapar förutsättningar för en heltäckande och jämförbar uppföljning över tid.

Inom funktionshinderomsorgen har beslut fattats om att från och med 2026 genomföra riskbedömningar fyra gånger per år. Denna förändring motiveras av att verksamhetens arbetssätt skiljer sig från äldreomsorgens och uppföljningsfrekvens bedöms vara mer ändamålsenlig för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

## 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.



Under året har ett flertal förbättrings- och förändringsarbeten påbörjats och genomförts inom socialförvaltningen. En central del av det systematiska kvalitetsarbetet är att säkerställa att de förändringar som initieras också bidrar till långsiktiga och hållbara förbättringar inom verksamheterna. För att uppnå ett patientsäkert och kvalitetssäkrat arbete krävs grundläggande strukturer i enlighet med gällande lagstiftning. Detta innebär bland annat att det systematiska kvalitetsarbetet behöver vara en integrerad del av det dagliga arbetet. Ett välfungerande ledningssystem utgör därmed en avgörande förutsättning för en stabil och högkvalitativ verksamhet.

Arbetet med att utveckla, tydliggöra och säkerställa kännedom om processer och rutiner är en nödvändig grund för fortsatt utveckling inom socialförvaltningen. För att kunna utföra ett patientsäkert och kvalitetssäkrat arbete behöver samtliga medarbetare ha en tydlig förståelse för sitt uppdrag, sina arbetsuppgifter och vilka krav som ställs i mötet med kommunens invånare. Det är svårt, och i vissa fall omöjligt, att utveckla eller förbättra en process eller rutin som inte finns dokumenterad eller beskriven.

Avsaknad av tydliga processer och rutiner, eller bristande tillgänglighet till dessa i ledningssystemet, innebär en hög risk för varierande arbetssätt mellan medarbetare då alla riskerar göra olika. Detta försvårar möjligheten att identifiera felkällor och brister i verksamheten, då ett avvikande resultat

inte kan härledas till en specifik orsak vid utredningar. Vid avsaknad av en gemensam och dokumenterad arbetsmetod blir det därför också utmanande att genomföra korrekta analyser och föreslå relevanta förbättringsåtgärder.

Trots dessa utmaningar utför förvaltningens medarbetare sitt arbete utifrån de förutsättningar som finns och strävar kontinuerligt efter att upprätthålla god kvalitet samt erbjuda bästa möjliga service till kommunens invånare.

Förvaltningen står inför flera omfattande och komplexa utmaningar under de kommande åren. För att säkerställa ändamålsenliga förutsättningar att hantera dessa krävs att såväl förvaltningsledning som politisk nivå systematiskt utgår från vetenskapligt grundad kunskap och beprövad erfarenhet. Ett konsekvent fokus på, samt en kontinuerlig återkoppling till, ledningssystemets grundläggande principer och det systematiska kvalitetsarbetet är av central betydelse. Detta är nödvändigt för att säkerställa en långsiktigt hållbar verksamhet som uppfyller lagstiftningens krav på kvalitet och patientsäkerhet.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategier och åtgärder	Resultat och plan	Ansvar och tidsplan
<b>Fortsatt arbete för att säkerställa avvikelshantering som en del i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.</b>	<p>Alla avvikelser ska utredas och analyseras av ansvarig chef. Avvikelser som rör hälso- och sjukvård ska legitimerad personal vara delaktiga i.</p> <p>Utifrån bakomliggande orsaker till avvikelser ska adekvata åtgärder tas fram för att minska eller eliminera risken att händelsen inträffar igen.</p> <p>Utbildning i avvikelshantering.</p>	<p>Resultaten från avvikelshantering tas upp till diskussion med medarbetarna lämpligen på arbetsplatsträffar.</p> <p>Förbättringsåtgärder ska presenteras för medarbetarna och skapa möjlighet för samverkan och delaktighet.</p> <p>Avvikelseutbildning för chefer, nyanställda samt anställda som har behov av kompetens ska genomgå en utbildning i avvikelshantering.</p> <p>Fortsatt gemensamt arbete i verksamheten för att identifiera risker och minska antal undvikbara avvikelser i verksamheten.</p>	<p>Områdesschef följer systematiskt upp avvikelser med medarbetare på t.ex. APT samt ska genom egenkontroll följa upp att avvikelshantering fungerar optimalt.</p> <p>MAS och utvecklingsledare med SAS-uppdrag ansvarar för avvikelseutbildning.</p>
<p><b>Registrering i Svenska palliativregistret av alla avlidna på särskilt boende, ordinärt boende samt på korttidsvård.</b></p> <p><b>Uppnå de nationella målen beskrivna i Svenska palliativregistret.</b></p>	<p>Upprätthålla en hög frekvens av registrering i Svenska palliativregistret gällande de patienter som vårdas inom Vaggeryds kommun.</p> <p>Identifiera förbättringsområden utifrån resultat i palliativa registret tillsammans med palliativt ansvarig sjuksköterska.</p>	<p>Utifrån resultatet implementeras förbättringsåtgärder tillsammans med legitimerad personal.</p> <p>Resultat visas genom analys i Svenska palliativregistret.</p>	<p>Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att registrering i registret genomförs av avlidna .</p> <p>Områdeschef ansvarar för att implementera förbättringsåtgärder i verksamheten.</p> <p>Uppföljning av MAS på övergripande nivå 2 ggr/år.</p>
<b>Lokalt samverkansmöte kring demens</b>	Samverka runt patienten för att stärka åtgärder i ett tidigt skede. Medverkan från demensteam i primärvården, kommunal hälso- och sjukvård, rehab samt myndighet.	Genom samordning och samarbete bidra till en sammanhållen vård och omsorg. Målet är att skapa trygghet, god livskvalitet och ett personcentrerat stöd.	<p>Demensteam från primärvård, HS/rehab samt handläggare från myndighet.</p> <p>Uppstart under våren 2026.</p>

Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategier och åtgärder	Resultat och plan	Ansvar och tidsplan
<b>Patientsäkerhetsarbete utifrån Regeringens och SKRs Nationella läkemedelsstrategi.</b>	Inom kommunens särskilda boenden, hemsjukvård och SSIH arbetar ansvarig läkare med sjuksköterska för en god läkemedelsbehandling.  Inom funktionshinder-omsorgen sker samarbete med Psykiatriska kliniken samt Habiliteringen för en god läkemedelsbehandling.	Medför en ökad patientsäkerhet och en mer effektiv läkemedelsanvändning inriktad till äldre samt inom funktionshinderomsorgen.  Arbetet ska bedrivas med patientens delaktighet.	Samverkan mellan ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska.
<b>Fortlöpande arbeta för en säker läkemedelshantering.</b>  <b>Minska antalet läkemedelsavvikelser.</b>  <b>Ny delegeringsprocess har utformas för att öka säkerheten kring läkemedelsadministrering.</b>	Arbeta utifrån riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering samt avvikelshantering.  Processkartläggning av processer rörande läkemedelshandlingen.  Årlig revidering av lokala läkemedelsrutiner.	Årlig extern läkemedelsgranskning från apoteket för kontroll av följsamhet till rutiner.  Uppföljning av processer gällande läkemedels-hantering. Uppföljning och analys av avvikelser för att hitta områden och kunna rikta åtgärder mot dessa.	MAS ansvarar för att årlig granskning av apoteket genomförs enligt avtal.  MAS ansvarar för kontinuerliga tillsyner gällande läkemedels-hantering inom verksamheterna.  Områdeschef ansvarar för att process och rutiner implementeras, är kända och efterlevs utifrån systematisk egenkontroll.  MAS ansvarat för att ta fram ny delegeringsprocess.  Delegeringsbeslut ska följas upp en gång/år eller vid behov.
<b>Säkerställa att verksamhetschef HS, MAS och legitimerad personal arbetar tillsammans för att kvalitetssäkra vården.</b>	Kontinuerliga forum där patientsäkerhetsfrågor diskuteras och lyfts utifrån respektive profession.  Processkartläggningar av aktuella processer samt identifiera behov av nya.	Regelbundna samverkansforum för att optimera patient-säkerhetsarbetet och medföra ett enhetligt arbetssätt i verksamheten.  MAS deltar regelbundet på legitimerad personals APT.  Kontinuerliga strategimöten mellan verksamhetschef, områdeschef för leg. personal och MAS.	MAS ansvarar för att lyfta aktuella patientsäkerhets-frågor med berörd personal.  Verksamhetschef ansvarar för att sammankalla till strategimöten.

Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategier och åtgärder	Resultat och plan	Ansvar och tidsplan
<b>Arbeta för säker dokumentation gällande hälso- och sjukvård.</b>	<p>Utifrån Socialstyrelsens dokumentationskrav att dokumentera enligt ICF och KVÅ samt beskriva patientens behov i hälsoärenden.</p> <p>Införa regelbundna journalgranskningar av HSL-dokumentation.</p> <p>En säker övergång till den nya patientjournalen som planeras att införas under året.</p>	<p>Utifrån vad som framkommer ur journalgranskningar arbeta aktivt med att förbättra brister i dokumentation.</p> <p>Förutsättningar skapas för att kunna följa dokumentationskrav och åtgärda brister som framkommit ur granskningarna.</p>	<p>MAS ansvarar för att ta fram underlag för journalgranskning.</p> <p>Områdeschef och ansvarar för att granskningar blir genomförda.</p> <p>Systemförvaltare och leverantörsansvarar för att verksamhets-systemet är konfigurerat för att stödja verksamhetens behov på bästa sätt utifrån de förutsättningar och legala krav som finns.</p>
<b>Arbeta för en ökad följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) för att motverka smittspridning.</b>	<p>Kontinuerlig mätning och uppföljning av självskattning gällande följsamhet till basala hygien- och klädrutiner samt analysera resultatet på respektive enhet.</p>	<p>Utifrån resultatet görs analyser av behov av förändringar för att öka medvetenheten till de basala hygienrutinerna.</p> <p>Träffar samt utbildning för hygienombud för att skapa ett samarbete mellan verksamheternas hygienombud.</p>	<p>Självskattning BHK genomförs på uppdrag av MAS och utvecklingssamordnare 4 ggr/år. Resultatet delges verksamheterna efter varje gång.</p> <p>Områdeschef med stöttning av utvecklingssamordnare/ MAS.</p>
<b>Arbeta för en god nutrition, minskad nattfasta och fallprevention.</b>	<p>Nutrition är en del som sammanhänger med fallrisk. Att arbeta med dessa delar parallellt ger bra förutsättningar gällande välmående och minskad fallrisk. Detta är tydligt sammankopplat med riskskattningar enligt Senior Alert.</p>	<p>Utifrån resultatet görs av PAS analyser av behov av förändringar för att öka medvetenheten runt nutrition och fall.</p>	<p>Områdeschef genomför adekvata åtgärder och följer upp med berörd personal.</p> <p>Mätning av nattfasta 2ggr/år utförs på uppdrag av MAS.</p>
<b>På ett säkert sätt arbeta med egenvård.</b>	<p>Arbeta med att göra arbetssättet kring egenvård välkänd hos leg. personal.</p>	<p>Utarbeta rutin kring arbetssätt egenvård.</p>	<p>Områdeschef ansvarar för att göra leg. personal medvetna om rutin och riskbedömning samt arbeta utifrån dessa.</p> <p>MAS ansvarar för att följa upp egenvård under året.</p>

Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategier och åtgärder	Resultat och plan	Ansvar och tidsplan
Att kontinuerligt arbeta för att ge personal ytterligare kompetens i form av riktade utbildningar.	Utifrån inventerat behov av kompetenshöjning ge medarbetare kunskap utifrån evidens och beprövad vetenskap.	Hälso- och sjukvårdspersonal kan med ökad kunskap säkerställa trygg och säker vård.	Områdeschef säkrar behovet av kompetenspåfyllnad hos varje medarbetare i en individuell utvecklingsplan.
Systematiskt fallförebyggande arbete  Möjlighet för uppföljning av genomförda riskbedömningar.	Riskbedömningar för samtliga som flyttar in på SÄBO, vistas på korttidsplats eller skrivs in i hemsjukvård.  Fortsatt arbete via Senior Alert med riskbedömning genom kvalitetsregistret.	Skapa rutin för dokumentation av fallriskbedömning.	Områdeschef och superanvändare på rehab samt MAS ansvarar för att skapa rutin för dokumentation av fallriskbedömning under våren 2026.
Säker självständig läkemedelshantering genom välfärdsteknik.  Mål: varje ny patient bedöms utifrån möjlighet att införa egenvård med hjälp av läkemedelsautomat.	Fortsatt samverkan med omvårdnadspersonal för att hitta individer aktuella för att ha en läkemedelsautomat.	Bedömning av möjlig användning av läkemedelsautomat läggs vid inskrivning av ny patient.  Kontroll av följsamhet i utdelade doser genom tekniken i läkemedelsautomat.	Områdeschef hälso- och sjukvård samt MAS.
Ökad samsyn med regionen på det gemensamma primärvårdsuppdraget.	Primärvård drivs av såväl regionen som kommunen. Inom den nationella omställningen ska vården ske med primärvården som nav.	Fortsatt arbete 2ggr/termin med att upprätta Lokalt samarbetsavtal mellan Region och Vaggeryds kommun.	Verksamhetschef och enhetschef primärvården tillsammans med områdeschefer och MAS från kommunen.
MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering	Första juli 2026 träder lagkrav i kraft för att varje kommun ska ha en MAR.	Skapa ett nära samarbete gällande patientsäkerhet.	MAS och MAR.