

# Patientsäkerhetsberättelse

## Habo Kommun

### 2025



# 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 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 2025–2030"

*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 .....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	7
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar.....	8
Vårdgivare .....	8
Socialnämnden .....	8
Socialchef.....	8
Verksamhetschef HS (verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	8
Enhetschef .....	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	9
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	9
Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) .....	10
Smittskydd/Vårdhygien .....	10
Patientnämnden.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Strategisk samverkan.....	11
Kommunal utveckling.....	11
Samverkan slutenvården.....	11
Komplexa vårdbehov.....	11
Samverkan med regionens primärvård.....	12
Samverkan folktandvård / tandläkare privat Habo Tandvård .....	12
Samverkan internt.....	12
Informationssäkerhet .....	13
En god säkerhetskultur.....	13
Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	13
Patientsäkerhetsarbete .....	14
Enkät vårdskador .....	14
Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.....	15
Riskanalys .....	15
Arbetsmiljö .....	15
Adekvat kunskap och kompetens .....	16

Personal och kompetensförsörjning .....	16
Hälso- och sjukvårdsenheten .....	16
Äldreomsorgen .....	17
Funktionshinderomsorgen .....	17
Kompetensutveckling och utbildningsinsatser .....	17
Samordning och arbetssätt - Nära vård .....	18
Patienten som medskapare .....	18
Patienters och närståendes delaktighet .....	18
Klagomål och synpunkter .....	18
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>19</b>
Egenkontroll och uppföljningsbara mål .....	19
Ändamålsenlig dokumentation .....	19
Vård vid livets slut .....	20
Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom .....	24
God vårdhygienisk standard .....	25
Vårdpreventivt arbetssätt för främjad patientsäkerhet .....	28
Säker läkemedelshantering .....	31
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	33
Utredning av vårdskador .....	33
Vårdskador 2025 .....	34
Trycksår .....	35
Fall .....	38
Munohälsa .....	42
Undernäring .....	44
Säker läkemedelshantering .....	47
VRI (vårdrelaterade infektioner) .....	52
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	53
Säker vård här och nu .....	53
Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun: .....	53
Riskhantering .....	54
Stärka analys, lärande och utveckling .....	54
Avvikelser .....	54
Externa avvikelser .....	54
Händelseråd psykiatri .....	54
Händelseråd Somatik .....	55
Patientnämnden 2025 .....	55

Interna avvikelser .....	56
Analys och sammanfattning avvikelshantering 2025 .....	56
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	57
Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2025: .....	57
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	58
Samverkan Vårdcentral .....	58
Intern samverkan .....	59
Beredskap och kontinuitetsplanering .....	59
Patientsäkerhet .....	59
Nära vård .....	59
Arbete utifrån evidensbaserade vårdprogram och nationella riktlinjer .....	60
Internkontroll 2026 .....	60

# SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet i Habo kommun under 2025 har bedrivits i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Arbetet har haft fokus på att förebygga vårdskador, stärka kvaliteten i hälso- och sjukvården samt skapa förutsättningar för en trygg och säker vård för kommunens invånare.

Patientsäkerhetsarbetet har under 2025 påverkats av organisatoriska förändringar, inklusive chefsbyten och vakanta chefsfunktioner inom hälso- och sjukvården under delar av året. Detta har medfört att vissa planerade förbättringsarbeten fått skjutas upp eller prioriteras ned. Under årets senare del har chefsorganisationen stabiliserats, vilket skapar bättre förutsättningar för ett mer sammanhållet och strukturerat patientsäkerhetsarbete framåt. Framåt ses att hälso- och sjukvårdens styrning och ledning behöver tydliggöras och stärkas.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop. Habo kommun har under 2025 haft en relativt hög sjukskötersketäthet. Men trots ungefär samma antal inskrivna patientantal i den kommunala primärvården likt föregående år, har det under 2025 i perioder funnits en hög arbetsbelastning. Det beskrivs som att patienterna haft en högre vårdtyngd med fler medicinska behov som är komplicerade och kräver både rätt kunskap/kompetens samt resurser för att hantera dessa i hemmet. Även en överbelastad korttidsavdelning har påverkat vårdtyngden och arbetsmiljön.

Analys av avvikelser och vårdskador visar att fall, läkemedelsavvikelser, trycksår, undernäring samt vårdrelaterade infektioner fortsatt utgör centrala riskområden. Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat, vilket delvis bedöms bero på god rapporteringsbenägenhet men också på kvarstående brister i följsamhet till rutiner, delegeringsprocess samt organisatoriska och tekniska förutsättningar. Även fallavvikelser fortsätter att öka på stort sett alla enheter.

Arbetet med riskbedömningar, avvikelshantering och uppföljning har fortsatt, men behov finns av fördjupade analyser och mer systematiskt förbättringsarbete på enhetsnivå samt på ledningsnivå. Det beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen för 2025, likt som för 2024, att det finns brister i att säkert kunna veta och mäta kvalitet utifrån SOSFS 2011:9 och att behov finns av ett digitalt verktyg för att bättre kunna mäta kvalitet.

Samverkan med regionens aktörer, särskilt primärvård, slutenvård och Vårdhygien, har varit en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Samtidigt har förändrade arbetssätt inom regionen, bland annat avseende uppföljning av vårdrelaterade infektioner, påverkat möjligheten till jämförbar uppföljning under året. Även förändringsbeslut från regionen påverkar den kommunala primärvården såsom ändringar i läkemedelslistor, vilket också påverkar patientsäkerheten.

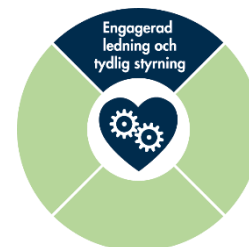
Sammantaget visar patientsäkerhetsberättelsen för 2025 att Habo kommun bedriver ett aktivt och medvetet patientsäkerhetsarbete, men också att tydligare styrning, struktur, uppföljning och prioritering krävs för att ytterligare minska vårdskador och stärka patientsäkerheten. De identifierade utvecklingsområdena ligger till grund för mål, strategier och planerade åtgärder inför kommande år.

# 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 §*

Varje invånare i Habo kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individen ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem. Målsättningen är att patienten ska vara en aktiv medskapare i sin vård och omsorg. På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

Under 2025 har socialförvaltningen arbetat med åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsutvecklingsmål:

- Digitalisering och välfärdsteknik
- Personalförsörjning
- Integration

Hälso- och sjukvården arbetar aktivt för att uppnå ökad patientsäkerhet genom att använda digitala lösningar. Under 2024 påbörjades ett arbete som har fortgått under 2025, som innebär att flertalet enheter gått över till att arbeta med digital signering i en app av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. Resultatet av detta nya arbetssätt innebär en ökad kvalitet- det beskrivs i verksamheterna som att hälso- och sjukvården har mer koll på att insatser som planeras till andra utförare, verkligen blir utförda. Med hjälp av digitala signeringar så sker ändringar i realtid- det vill säga utan dröjsmål, samt det ökar även möjligheten att dokumentera direkt när insatsen är utförd det vill säga att signering av åtgärder sker direkt hos patienterna utan dröjsmål. Däremot har det under införandets gång uppmärksammats på svårigheter kring inloggningar för digital signering. Det har upplevts ta lång tid för att logga in i systemet. Under 2025 har arbete med enklare digital inloggning, så kallad FIDO inloggning pågått på alla enheter på Kärrsgården. Syftet med arbetet är en säkrare och förenklad inloggning digitalt. Detta förenklar på sikt även digital signering via app. För verksamheten så innebär detta förhoppningsvis att tid minskas för att hantera digital signering- och medför mer tid hos brukare och patienter. Arbetet kommer att fortgå till andra enheter under 2026.

Som tidigare år används även tillsynsbesök på natten, via digitala lösningar i hemtjänsten. Socialnämndens mål med digitalisering och välfärdsteknik har under 2025 för förvaltningen handlat om att använda digitala verktyg och välfärdsteknik i verksamheten för att effektivisera insatser och frigöra tid för vårdpersonal. Ett annat exempel på välfärdsteknik är att under hösten 2025 installerades digital temperaturmätning i läkemedelsförråd och kylskåp för läkemedel. Arbetet är påbörjat men går ännu inte se några resultat av då det inte är i full drift ännu. Syftet är att få en säkrare digital kontroll av temperaturmätning som frigör tid och ger en mer tillförlitlig mätning. Det medför även att data finns sparad digitalt som gör det möjligt att kunna gå tillbaka och se skillnader över tid.

Förvaltningen har under året arbetat med åtgärder för att uppfylla verksamhetsutvecklingsmålet personalförsörjning. För att kunna erbjuda god och säker hälso- och sjukvård krävs utbildad personal. Arbetet har pågått med rekrytering, förbättrade anställningsstrukturer samt med att säkra kompetensförsörjning inom både äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Syftet är att behålla utbildad personal samt stärka organisationens struktur för att möta framtida behov.

Gällande nämndens mål med integration har det för socialförvaltningen under 2025 handlat om att involvera patienter, brukare och närstående i utvecklingen av vårdinsatser. Det har handlat om att få in det i det dagliga arbetssättet och inte som något man gör vid sidan av.

Under 2024 tillsattes två verksamhetschefer, som ersatte tidigare vård och omsorgschef då denna avslutat sin tjänst. Under 2025 har ansvaret för Verksamhetschef HS bytts. Under 2025 har även en ny enhetschef för hälso- och sjukvården tillsatts- då tidigare avslutat sin tjänst. I samband med detta blev det ett glapp innan nya enhetschefen var på plats. Avsaknaden av en ordinarie enhetschef på denna positionen har påverkat hälso- och sjukvårdsfrågorna och de tänkta arbeten som var planerade utifrån tidigare patientsäkerhetsberättelse. Många aktiviteter har fått pausats och under årets slut prioriterats bort.

Under 2025 har ytterligare en enhetschef inom äldreomsorgen rekryterats, vilket gör att chefsledet är fullbemannat inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Detta i sin tur ger en styrka för gemensamt arbete framåt.

## **Organisation och ansvar**

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

### **Vårdgivare**

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att leva upp till gällande lagstiftning.

### **Socialnämnden**

Socialnämnden ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **Socialchef**

Socialchef ansvarar för att:

- Kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.
- Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

### **Verksamhetschef HS (verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30))**

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården ansvarar verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att säkerställa god och säker vård, samt att:

- Mål för verksamheten formuleras och för att målen nås.



- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- Svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främja kostnadseffektivitet.
- Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### **Enhetschef**

Enhetschef ansvarar bland annat för att:

- Inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde.
- Föra dialog med personal, medborgare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat.
- Skapa förutsättningar för personalen att i vardagen reflektera kring patientsäkerhetsarbete.
- Inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

MAS har ett övergripande ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, samt:

- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
  - Läkemedelshantering
  - Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
  - Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fördrar det.
- Ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Att rapportera till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada.
- Att göra utredningar om allvarliga händelser och bedöma om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria
- MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Att sammanställa avvikelser till socialnämnden
- I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

- Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs.
- Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vårdskador och risker för vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.
- I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

### **Socialt Ansvarig Samordnare (SAS)**

SAS har ett uppdrag att säkerställa och följa upp kvaliteten i det sociala arbetet samt även ansvara för att:

- Vara sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och hålla sig uppdaterad och väl förtrogen med gällande regelverk.
- Kvalitet och säkerhet upprätthålls i det sociala arbetet i socialförvaltningen. Analysera och följa upp kvalitet-
- Avvikelsehanteringen bedrivs korrekt samt att utreda lex Sarah-rapporter och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Vara ett stöd för cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet genom att stödja och vägleda i riskanalyser, avvikelsehantering och egenkontroller.
- Tillsammans med utredare, verksamhetsutvecklare och MAS och chefer arbeta för att utveckla verksamheterna och ta fram åtgärder för att höja och säkerställa kunskapsläget.

### **Smittskydd/Vårdhygien**

Smittskydd vårdhygiens huvuduppdrag är att förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner, oavsett var och av vem vård- och omsorgstagaren, vårdas, undersöks och behandlas.

Sedan år 2000 finns ett Landstingspolitiskt beslut att Smittskydd Vårdhygien ska ge länets kommuner (särskilda boenden) samma vårdhygieniska experthjälp som dåvarande Landstinget, som en fri nytthet. I avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om ”Överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende” s.k. hemsjukvård står att uppdraget ska kvarstå, samt att ett samverkansavtal om vårdhygien ska upprättas. Från och med 1 januari 2016 utvidgades Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien för hälso- och sjukvården till att även omfatta omsorg som hemtjänst och särskilda boenden.

Syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard. Länets kommuner och Smittskydd Vårdhygien ska i samverkan ansvara för vårdhygieniska insatser inom all kommunal vård och omsorg.

Smittskydd vårdhygien har ansvar för:

- rådgivning i vårdhygieniska frågor
- utbildning/handledning/information på olika nivåer
- utarbeta hygienrutiner anpassade för kommunal vård och omsorg,
- ge stöd och råd vid planering av ny/ombyggnation och verksamhetsförändring
- ge stöd och råd vid upphandling
- övervakning av infektionsläget
- kartläggning/utredning och handlingsstöd vid utbrott av smitta
- ge stöd och delta i vårdhygieniskt kvalitetsarbete
- delta i kvalitetsuppföljning ex hygienrond
- omvärldsbevakning ur ett vårdhygieniskt perspektiv

### **Patientnämnden**

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, och där klagomålet av någon anledning inte hanteras i berörd verksamhet. Klagomålen sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan en viktig del i det kontinuerliga arbetet med att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvården i Habo kommun samverkar med andra vårdgivare på olika nivåer.

### **Strategisk samverkan**

Samverkan kring patientsäkerhet på strategisk nivå sker bland annat genom att Habo kommun har representanter i olika länsnätverk, och nätverk som inkluderar de norra länsdelarna. I nätverken sker bland annat avvikelshantering i samverkan (händelseråd), implementering och översyn av gemensamma riktlinjer på olika nivåer och genom nätverken sker kontinuerlig kompetensutveckling inom aktuella områden. Bland annat finns ett MAS/MAR nätverk. MAS deltar även i samverkansforum på nationell nivå.

### **Kommunal utveckling**

Jönköpings läns 13 kommuner har valt att samverka genom Kommunal utveckling. Deras uppdrag är att samordna forskning och utvecklingsfrågor inom de områden som kommunerna har valt att samverka kring. Samverkan sker för att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för länets invånare, oavsett vilken kommun de bor i. Kommunal utveckling är en del av Region Jönköpings län. Under 2025 har en omstrukturering av Kommunal Utveckling skett- och taktiska styrgrupper har startats. Syftet är att bättre ta tillvara på de befintliga resurserna. Taktisk styrgrupp kommunal hälso- och sjukvård har tagit fram områden som är prioriterade - ”Utökad behörighet i Cosmic för kommunerna i Jönköpings län”, ”Gemensam patientenkät” och ”Hjälpmedel”. Tanken är att varje område ska ha projekt och aktiviteter. Arbetet är ännu i uppstartsfas. Representant från Habo kommun i denna gruppen är Verksamhetschef HS.

### **Samverkan slutenvården**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) gäller sedan 2018. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) och vårdsamordningsprocessen. Dessa avvikelser hanteras i händelseråd i länets 3 olika sjukvårdsområden. Direkt samverkan mellan professioner från olika vårdgivare sker huvudsakligen via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link och Cosmic Messenger. I Cosmic LINK kan man efter samtycke från patienten läsa delar av vad som sker då patienten vårdas inom ramen för regionens slutenvård. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med regionens hälso- och sjukvårdspersonal via Cosmic Links meddelandefunktion, Cosmic Messenger.

Samverkan på strategisk nivå sker i händelseråd för somatik och psykiatri samt i olika arbetsgrupper och strategigrupper. Samverkan med olika specialistfunktioner sker på regelbunden basis. Exempel på detta är samverkan med Smittskydd/ vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet). Samverkansprocesser finns gällande bland annat:

- Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet- överenskommelse Jönköpings län
- Samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Samverkan kring läkemedel i vårdens övergångar, ordinärt och särskilt boende

### **Komplexa vårdbehov**

2025 antogs bland annat ett gemensamt arbetssätt gällande samverkande hälso- och sjukvård. Dels ett arbetssätt gällande samverkan vid komplexa vårdbehov med möjlighet till patientsäkerhetsmöte innan utskrivning från slutenvård, men också ett arbetssätt i samverkan mellan kommun och region gällande utredningar av avvikelser där MAS/Chefläkare/chefssjuksköterska har möjlighet att gemensamt utreda allvarliga avvikelser.

Syftet med sistnämnda är:

- Att snabbt kunna identifiera om skälen till en misstänkt vårdskada kan finnas i den samverkande vården och därmed i det gemensamma ansvaret.
- Att underlätta samverkan och resursutnyttjande i utredningar av händelser där den samverkande vården bedöms vara ett viktigt skäl till händelsen.
- Att tidigt identifiera om skälen till händelsen huvudsakligen finns hos enskild huvudman.

- Att ta tillvara på det lärande som identifieras i utredningar av händelser som sker i samverkande vård.

#### **Samverkan med regionens primärvård**

Hälso- och sjukvårdens personal har daglig möjlighet till telefonkonsultation med läkare på Habo vårdcentral. Även om patienten har en annan vårdcentral än Habo vårdcentral finns möjlighet till kontakt med läkare. Utöver telefonkontakt finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att skicka meddelanden i Cosmic messenger, som är ett verksamhetssystem där kommun och region kan dela information, till vårdcentralens läkare och vårdsamordnare. Dagtid finns en öppen linje direkt till vårdcentralens vårdsamordnare, som tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och förmedlar vidare åtgärd eller kontakt. Rutin för kontakt med hälso- och sjukvården beskriver hur kontakter med hälso- och sjukvård sker under samtliga tider på dygnet.

Avvikelsehantering i samverkan med primärvården sker kontinuerlig i fysiska möten, antingen månadsvis på strategisk nivå eller i direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det. Samverkansträffar med Habo VC sker regelbundet. I detta forum lyfts förutom avvikelser även gemensamma förbättringsarbeten och utvärdering av samverkan.

Gällande att öka antalet SIP som kommit till genom SVPL vid inskrivning i hemsjukvård så har arbetet pågått genom att lägga fokus på den basala samverkan innan antalet SIP kan öka. Detta då behov av ökad samverkan har identifierats. Under 2024 pågick ett gemensamt arbete med syfte att hitta förbättrade arbetssätt för närmare samverkan kring patienterna. Utfallet från detta arbete har lett till att läkarna numera har en avsatt tid i schemat för att arbeta enbart med patienter inskrivna i hemsjukvård. Arbetet upplevs under 2025 av båda parter som värdefullt samt att de avsatta läkartiderna utnyttjas av båda parter och leder till en ökad tillgänglighet.

Arbete pågår med en gemensam så kallad Dashboard. Med hjälp av denna dashboard kan data fås på gemensamma patienter. Vårdcentralen har sedan möjlighet utifrån deras data, att ta fram information om enskilda patienter (där samtycke för informationsöverföring finns). Utifrån denna data kan förbättringar göras kring vård och behandling. Syftet är att arbeta mer förebyggande med de mest sjuka äldre och minska antal inläggningar på sjukhus. Då nya chefer på olika nivåer har bytts i organisationerna så har detta arbetet varit på paus under 2025. Det har även ansetts svårt att få fram lättillgängliga och användbara data. Dock har systemet utvecklats under året och flertalet kommuner och vårdcentraler i länet börjar nu använda denna dashboard i samverkan och ser flertalet vinster i detta. Målsättning för 2026 är att nya chefer introduceras i arbetet med dashboard samt att mål sätts utifrån gemensamma data.

#### **Samverkan folktandvård / tandläkare privat Habo Tandvård**

Under 2023 pågick ett förbättringsarbete kring Senior alert, där det uppmärksammades behovet av en närmare samverkan med folktandvård och privat utförare tandvård Habo. Roller och kontaktvägar kartlades och nya samverkansträffar skapades under 2023. Syftet är att frågan kring patienternas munhälsa ska lyftas och stärkas. Under 2024 och 2025 har detta arbetssätt fortsatt. Samverkansträffar har pågått och under dessa träffar har det framkommit en ökad och närmre samverkan som är positiv och som tandvården ser resultat av hos patienternas munhälsa. Det framkommer bland annat att det rutindokument som framtogs för att säkra upp information mellan enheterna- är väl fungerande och gör att alla involverade vet vad som ska göras och vad som är åtgärdat. Detta leder till en ökad säkerhet för patienten. I och med det nya samarbetet och rutiner, så är idag alltid någon omvårdnadspersonal med vid själva behandlingen, när patienten önskar det. Det är då någon personal som känner patienten väl och kan stötta i frågor som kommer från tandvården som patienten har svårt att svara på.

Arbetet fortgår med stärkt samverkan.

#### **Samverkan internt**

Samverkan internt sker på fler olika sätt. Ett exempel är teamsamverkan, så kallade teamträffar, som genomförs regelbundet och återkommande på särskilt boende och korttid. Närvarande på

teamsamverkan finns representanter från olika professioner samt i de fall det är lämpligt patienten själv. Teamträffar är grunden för det vårdpreventiva arbetssättet och ett forum där risk för vårdskador såsom fall, undernäring, trycksår och munohälsa analyseras och förebyggs. Vid flytt från t.ex. en korttidsenhet till särskilt boende kan överrapportering av risker och planerade insatser ske med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert.

Utöver teamsamverkan sker även samverkan i olika ledningsgrupper. Dels på en övergripande förvaltningsnivå men även på chefsledningsnivå för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och hälso- och sjukvård. Strukturen för dessa ledningsgrupper har ändrats något under 2024 och 2025 då två verksamhetschefer tillsattes. Syftet med utökad resurs av två verksamhetschefer, var att kunna arbeta ännu mer med de verksamhetsnära frågorna och bland annat kvalitet och patientsäkerhet/ vård av god kvalitet. I samband med detta har också en omstrukturering av olika ledningsgrupper gjorts. MAS är inte längre med i högsta ledningsgrupp. Även ansvaret som Verksamhetschef HS har under året 2025 bytts. Denna omstrukturering har till viss del påverkat de långsiktiga och strategiska hälso- och sjukvårdsfrågorna. Det har under året inte varit helt tydligt i vilka forum som hälso- och sjukvårdens långsiktiga strategier och frågor ska lyftas och beslutas. Förslag finns för 2026 för en tydligare struktur för detta. För 2026 finns plan på att de strategiska hälso- och sjukvårdsfrågorna ska lyftas i månadsvisa avstämnningar med Verksamhetschef HS, MAS samt Enhetschef HS.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Förvaltningen använder informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Det innebär en behörighetsstyrning i verksamhetssystemet som förhindrar åtkomst till patienter där man inte har en patientrelation. Verktöget är framtaget av SKR. En uppdatering görs årligen.

2025 har ett arbete pågått med att förtydliga rutiner och processer kring loggkontroller i verksamhetssystem. Syftet med loggkontroller är att granska att den enskildes integritet säkerställs. Innehållet i journaler skyddas av sekretess. Endast medarbetare som behöver uppgifter om brukare för att kunna utföra sitt arbete har rätt att ta del av dokumentation och dokumentera. Loggkontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig eller utebliven användning av dokumentationssystemen. Loggkontroller ska dokumenteras.

## En god säkerhetskultur

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



## Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Grunden i en god säkerhetskultur är att ledare och chefer arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SoL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet.

Under 2025 har en extern kvalitetsgranskning gjorts av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete. Granskningen visar bland annat på att det i Habo Kommun saknas ett sammanhållet och tillämpat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Det finns enligt granskningen brister i att fullgöra kraven enligt SOSFS 2011:9. Avsaknaden av ett systematiskt ledningssystem försvårar, enligt granskningen, ett långsiktig och målinriktat förbättringsarbete. De brister som framkommit från granskningen tros även ses i övriga delar av socialförvaltningen då samma ledningssystem används i alla delar.

Brister kring det systematiska kvalitetsarbetet har även tidigare beskrivits i tidigare patientsäkerhetsberättelse från 2024. Det beskrivs att det finns utmaningar med att arbeta strukturerat och systematiskt på ledningsnivå idag. Bland annat genom att det verksamhetssystem som idag används som ledningssystem inte är användarvänligt och är svåröverskådligt. Nuvarande system underlättar inte systematik.

En plan fanns för 2024 och 2025 att implementera ett nytt digitalt ledningssystem för SOSFS 2011:9. Men detta arbete påbörjades inte. Istället finns en plan för införande under 2026.

## **Patientsäkerhetsarbete**

Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser.

Under 2025 har bland annat mätningar gjorts i form av enkäter. Tanken är att resultatet av dessa enkäter ska ligga till grund för förbättringsarbeten framåt samt kommande mätningar. Exempel på detta är enkät kring kunskap om munhälsa i den palliativa vården, enkät kring vårdskador (se nedan) samt enkät kring inkontinens.

I Habo kommun finns behov av att mer tydligt eftersträva en kultur som främjar patientsäkerhet och det behöver implementeras och genomsyra all verksamhet. Behov finns också av att arbeta utifrån verktyg för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

Omtag och fortsättning kring den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet kommer att tas under 2026. Där åtgärder för ökad patientsäkerhet kommer att beslutas.

## **Enkät vårdskador**

Under 2025 har bland annat en internkontroll gjorts kring kunskap om vårdskador. Kontrollen har gjorts via enkät. Denna enkät genomfördes hösten 2025. Enkäten gick ut till all legitimerad personal samt till enhetschefer inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Totalt 40 medarbetare och chefer. 90% av enhetscheferna svarade på enkäten. Endast 40% av de legitimerade svarade på enkäten. Påminnelse gick ut efter en viss tid via mail.

Enkätens syfte var att kartlägga personalens kunskap, erfarenheter och upplevelser av processer kopplade till vårdskador, rapportering, utredningar och återkoppling. Resultat var tänkt att användas som underlag för förbättringsåtgärder inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Enkäten visar att verksamheten har god grundläggande kunskap om centrala begrepp (vårdskada, rapportering, Lex Maria), men att det finns betydande brister i praktisk kunskap, stödprocesser samt rolltydlighet. Resultaten visar även att patienter och närstående inte får tillräcklig information eller stöd i samband med vårdskador. Det finns en stabil bas av teoretisk kunskap, men verksamheten behöver stärka introduktion, fortlöpande utbildning, rollfördelning, återkopplingsstrukturer och stöd till både patienter och personal.

Det bör också tas i beaktning att endast 40% av de legitimerade svarade på enkäten- och att resultatet av enkäten därav inte är helt tillförlitligt. Det fanns också en felhantering i enkäten, som innebar att två frågor var tvingande att välja alternativ på- där saknades alternativet ”inget av ovanstående” vilket kan gjort att resultatet visar en högre andel på dessa frågor. Anledningen till den låga andelen svarsfrekvens från de legitimerade ses vara att under hösten upplevdes en ökad vårdtyngd där patientnära arbete prioriterats framför administrativt arbete.

Av det som framkommit från enkäten ses behov av åtgärder som kommer att planeras och beslutas om under 2026.

### **Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet**

Under 2024 påbörjades att arbeta utifrån Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Detta arbete har fortsatt under 2025, men har inte kunnat implementeras fullt ut då arbetet har stannat upp i samband med att ny enhetschef för hälso- och sjukvården ersattes samt ny ledningsstruktur.

Utifrån kartläggning av nuläget kartlades prioriterade områden. Prioriterade område, fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador.

Åtgärder kring detta som var planerat för 2024 - 2025 var bland annat att

- Förbättra det strukturerade arbetet med avvikelser med mer återkoppling att avvikelser lyfts på alla nivåer i förvaltningen. Detta arbetet är påbörjat men har ej implementerats fullt ut under 2025.
- Arbetsgrupp är startad kring avvikelshantering- och förbättringar kopplat till detta. Denna arbetsgrupp har tagit fram ett förslag på en ny rutin och process för avvikelshantering. Syftet är att tydliggöra ansvar och roller kring avvikelshantering. Dessa styrande dokument är ännu inte beslutade- men plan finns för arbete med detta för 2026.
- Under 2025 anställdes ytterligare en medarbetare i förvaltningens IT-stöd. I samband med detta kunde resurser omfördelas som möjliggjorde att en medarbetare från IT-soc under 2025 genomförde en utbildning i avvikelssystemet. Denna utbildning möjliggör att göra ändringar i avvikelssystemet som kan anpassas efter verksamheternas behov. Syftet är ett mer följsamt avvikelssystem utifrån verksamhetens behov och organisation.

Under 2026 kommer arbete att göras kring ny handlingsplan för 2026 - 2030.

### **Risikanalys**

Risikanalys är en del av säkerhetsarbetet. Riskanalyser på individnivå ska genomföras kontinuerligt i verksamheten. Övriga riskbedömningar och riskhantering genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Risikanalys skall till exempel göras och görs när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner
- Händelser och störningar i verksamhetssystemen

Dock saknas i Habo kommun ett samlat verksamhetssystem som möjliggör att riskbedömningar samlas på samma ställe och det går inte att koppla risker med processer eller liknande. Det går inte idag att genom statistik eller liknande, få fram alla riskbedömningar som gjorts under året i alla verksamheter. Genom att använda den så kallade SOSFS-modulen i Hypergene- så möjliggörs detta och ger en bättre översikt.

### **Arbetsmiljö**

En god arbetsmiljö är en förutsättning för att kunna bedriva en säker hälso- och sjukvård. Under 2025 har arbetsmiljön inom den kommunala hälso- och sjukvården i Habo kommun påverkats av både organisatoriska förändringar och förändrade vårdbehov.

Föregående enhetschef för hälso- och sjukvården avslutade sin tjänst i februari 2025 och ny enhetschef tillträdde i maj. Chefsglappet har inneburit att vissa planerade utbildningsinsatser och verksamhetsutvecklingsmål fått pausas eller skjutas fram i tiden. Samtidigt har delar av det planerade arbetet kunnat genomföras, bland annat vissa utbildningsinsatser som redovisas i senare avsnitt i patientsäkerhetsberättelsen.

Under sommarperioden har det varit svårt att rekrytera vikarier, vilket är en återkommande utmaning. För att säkerställa patientsäkerheten även under semesterperioden har Habo kommun använt sig av konsultsjuksköterskor. Detta har möjliggjort bibehållen bemanning och kontinuitet i vården, men har samtidigt inneburit ökade krav på introduktion och samordning för ordinarie personal.

Habo kommun har under 2025 haft en relativt hög sjukskötersketäthet, med cirka 15 årsarbetare inom dag- och kvällstjänstgöring. Under året har totalt 542 patienter varit inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Det är ungefär samma nivåer som tidigare år. Trots detta har det under vissa perioder funnits en upplevd hög arbetsbelastning, vilket lett till att riskbedömningar genomförts ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Korttidsavdelningen har under årets sista kvartal varit överbelagd. Detta främst beroende på kö till särskilt boende. Detta har medfört även kö till korttidsplats som har påverkat att verksamheten inte kunnat verkställa SOL beslut. Patienterna har även fått stanna kvar längre än väntat på sjukhuset på grund av att inga platser har funnits på korttiden. Under en period dubbelbeläggdes flera rum på korttiden efter riskbedömning- men beslut togs sedan utifrån risker att en utökning av platser 5 gjordes till en avdelning som var obebodd. Detta för att undvika dubbelbeläggning i rum. Korttidsverksamhet med omfattande observationsbehov och snabba förändringar i patienternas tillstånd ställer höga krav på personalens tillgänglighet och kompetens. För att hantera situationen har resurser omfördelats till enheten, vilket kan ha påverkat patientsäkerheten i andra delar av verksamheten.

Personalens upplevelse är att även om antalet inskrivna patienter inte ökat i någon större omfattning, har vårdtyngden förändrats. Patienter med mer avancerade hälso- och sjukvårdsbehov vårdas i allt större utsträckning i hemmet. Det gäller bland annat patienter med omfattande sårbehandlingar, centrala infarter såsom CVK samt patienter med stora rehabiliteringsbehov. Denna utveckling ställer ökade krav på tid, resurser och kompetens, vilket påverkar både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Sammantaget visar året på behov av fortsatt fokus på bemanning, chefskontinuitet och anpassning av resurser utifrån vårdtyngd, för att skapa en hållbar arbetsmiljö och säkerställa god och säker vård även vid förändrade förutsättningar.

## 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.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. I Habo kommun finns det en full täckning av legitimerad personal på alla tjänster. Många andra kommuner har till exempel undersköterskor på en tjänst som komplement då det inte går att tillsätta legitimerad personal- men i Habo Kommun finns en god täckning av legitimerad personal vilket främjar patientsäkerheten. Det möjliggör bland annat att tid kan läggas på det förebyggande arbetet samt möjliggör kompetensutveckling och förutsättningar för ombudsroller inom hälso- och sjukvårdsenheten.

Dock utför legitimerad personal flertalet administrativa uppdrag och inte all tid kan läggas på patientnära vård.



## Personal och kompetensförsörjning

### Hälso- och sjukvårdsenheten

Hälso- och sjukvårdsenheten har under 2025 haft en generellt låg sjukfrånvaro. Korttidsfrånvaron har minskat till **1,5 %**, jämfört med **2,4 % år 2024**, vilket bidrar till ökad kontinuitet och stabilitet i vården.

Under året avslutade två medarbetare sina anställningar till följd av pensionsavgång. Båda tjänsterna har tillsatts, vilket har säkerställt bibehållen bemanning och kompetens inom verksamheten.



För att möta ett ökat behov av rehabiliterande insatser inom funktionshinderomsorgen har Kommunrehab inom hälso- och sjukvårdsenheten rekryterat för en utökad tjänst med start under 2026.

### **Äldreomsorgen**

Flertalet av personalen inom äldreomsorgen utför hälso- och sjukvårdsinsatser. Antingen genom delegering eller genom ett överlåtit ansvar för uppgiften.

#### **I äldreomsorgen har Habo kommun följande antal tillsvidareanställda medarbetare:**

- 126 medarbetare är vård- och omsorgsutbildade undersköterskor eller motsvarande, 54 inom hemtjänsten och 72 inom särskilt boende
- 37 medarbetare anställda är utbildade vårdbiträden eller motsvarande, 17 inom hemtjänsten och 20 inom särskilt boende

1 medarbetare har YH-utbildning. Detta inom palliativ vård.

### **Funktionshinderomsorgen**

Flertalet av personalen inom äldreomsorgen utför hälso- och sjukvårdsinsatser. Antingen genom delegering eller genom ett överlåtit ansvar för uppgiften.

#### **I funktionshinderomsorgen har Habo kommun för 2025 följande antal tillsvidareanställda medarbetare:**

- Antal anställda YH-utbildade, t.ex. Stödpedagog eller motsvarande: 5 stödpedagoger och 1 arbetskonsulent
- Antal anställda vård- och omsorgsutbildade, t.ex. stödassistenter, ”grundutbildade” eller motsvarande 47 stycken
- Antal anställda personliga assistenter 6 st
- Antal anställda utbildade, stödbiträden eller motsvarande 14 stycken

### **Kompetensutveckling och utbildningsinsatser**

Under 2025 har ett flertal utbildningsinsatser genomförts i syfte att stärka kompetensen och därigenom patientsäkerheten:

#### **Hälso- och sjukvårdsenheten:**

- Sårutbildning för sjuksköterskor verksamma inom ordinärt boende
- Fördjupad sårutbildning för såransvarig sjuksköterska
- En sjuksköterska har genomfört handledarutbildning och en sjuksköterska har påbörjat motsvarande utbildning
- En sjuksköterska har utbildats till instruktör i beslutstödet Visam
- Samtliga sjuksköterskor som arbetar mot särskilt boende har deltagit i SÄBO-dagar med fokus på palliativ vård
- Fem medarbetare (sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut) har deltagit i tvärprofessionell utbildning inom palliativ vård
- En sjuksköterska har avslutat vidareutbildning till distriktssköterska

#### **Äldreomsorgen:**

Personalsituationen beskrivs under året som stabil. Några rekryteringar har gjorts, och de tjänster som varit utannonserade har kunnat tillsättas av personal med den kompetens som efterfrågats.

#### **Funktionshinderomsorgen:**

Under året har funktionshinderomsorgen arbetat med Yrkesresan. Under året har två enheter inom funktionshinderomsorgen även deltagit i en forskningsstudie som sammanhålls av JU. Studien kallas Hälsan spelar roll och dessa två verksamheter representerar Sverige i en studie med tre länder.

## Samordning och arbetssätt - Nära vård

I syfte att stärka arbetet utifrån konceptet Nära vård har rollen som vårdsamordnare inom den kommunala hälso- och sjukvården tydliggjorts. Rollen innebär att sjuksköterskan ansvarar för samordning och samverkan (internt och externt) kring patienter i ordinärt boende, särskilt boende samt korttidsenhet. Detta bidrar till ökad kontinuitet, tydligare ansvarsfördelning och förbättrad patientsäkerhet.

## Patienten som medskapare

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.



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

## Patienters och närståendes delaktighet

Hälso- och sjukvården i Habo kommun har som ambitionen och i enighet med Nära vård att stärka patientens och närståendes delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet. Habo kommun har som ambition att arbeta personcentrerat och detta arbetssätt stödjer patienters och närståendes delaktighet.

- När en patient flyttar in till särskilt boende i Habo kommun erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hälso- och sjukvården i Habo kommun. I samtalet ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.
- Inför årlig läkemedelsgenomgång kontaktas apotekare på Habo vårdcentral för genomgång av läkemedel för patienter inom särskilt boende. Anhöriga erbjuds att delta i de fall patienten samtycker.
- Patienten görs på olika sätt delaktig i vården. Exempel på detta är att hälso- och sjukvården för dialog med patienten angående vårdnivå, läkemedelshantering och livsuppehållande åtgärder såsom hjärt- och lungräddning. I de enskilda hälsoärendena i patientens journal efterfrågas patientens delaktighet.
- Patienter ska erbjudas delaktighet i det tvärprofessionella teammötet på ett för patienten lämpligt vis.

Behov finns dock att framåt fortsätta utveckla nya arbetssätt och förbättringsarbeten som tydligare involverar patientmedverkan och delaktighet. Ett sätt att kunna mäta delaktighet är att erbjuda en patientenkät. Taktisk styrgrupp som är en del av Kommunal Utveckling har bland annat identifierat behovet av en gemensam enkät för länets alla kommuner. Arbetet är i uppstartsfas med framtagandet av en sådan enkät.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer till Hälso- och sjukvården genom:

- Kommunens hemsida via ett elektroniskt formulär som är kopplat till avvikelshanteringssystemet Digital Fox Respons.
- Direkt kontakt med enhetschef eller vårdpersonal.
- Skriftligen via mejl.

Enhetschef har uppdraget att kontinuerligt arbeta med synpunkter och klagomål samt sammanställer synpunkter och klagomål årligen. Synpunkter och klagomål återkopplas till personalen i lämpligt forum, och till närstående enligt överenskommelse. Årlig sammanställning av det totala antalet

synpunkter och klagomål görs av enhetschef, redovisas för samtlig personal på APT. Patienternas och anhörigas synpunkter och klagomål är underlag för enhetens systematiska förbättringsarbete- och en möjlighet för förbättring.

I Habo Kommun har 31 ärenden gällande klagomål och synpunkter registrerats i avvikelshanteringssystemet under 2025. Detta kan jämföras med elva föregående år.

Fem av ärendena avser hälso- och sjukvård. Kan jämföras med inga ärenden föregående år. År 2023 inkom 2 synpunkter/klagomål till hälso- och sjukvårdsenheten.

Av dessa fem ärenden så gällde 3 ärenden ordinärt boende och 2 ärenden särskilt boenden demensenheterna.

Ärenden för 2025 handlade bland annat om bemötande/kompetens samt information/kommunikation. Ett ärende skickades in som en synpunkt/klagomål till Habo Kommun men skickades samtidigt in som ett ärende till Patientnämnden och utreddes och hanterades via patientnämnden. Se avsnitt nedan *Avvikelser, Patientnämnden 2025* för närmare beskrivning av ärendet.

Utifrån inkomna synpunkter har i några ärenden bland annat vårdskadeutredning påbörjats. Ingen av dessa har påvisat någon vårdskada. Däremot ses ett lärande i varje händelse och i vissa av dessa synpunkter har ett förbättringsbehov identifierats tack vara synpunkten.

## 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.

## Egenkontroll och uppföljningsbara mål

Hälso- och sjukvården prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagar och författningar. Målen kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar. Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll och verksamheternas arbete med kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer.

## Ändamålsenlig dokumentation

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Ändamålsenlig och tydlig dokumentation.</b>	Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger.  Kontroll av detta utförs 2 gånger /år	Under 2025 har ingen journalgranskning genomförts.  Detta innebär att verksamheten inte uppfyllde egenkontrollsfrekvensen 2025. Anledningen till detta går att återfinna i stycket inom övergripande	-	Under 2026 har en sjuksköterska avsatts med ett utökat administrativt uppdrag, med syfte att arbeta med förbättringar och kvalitet. I uppdraget innefattas även att göra journalgranskningar. Arbetet	Uppföljning planeras löpande.  Uppföljning och sammanställning görs efter varje granskning och ska ligga till grund för förbättringsarbeten framåt.  Egenkontroll utförs 2 ggr/år- följs upp i patientsäkerhetsberättelsen.	Hälso- och sjukvårdsenheten

		mål och strategier.		<p>påbörjas i januari 2026.</p> <p>Planer finns 2026 på införandet av ett nytt journalsystem . Detta kommer att påverka dokumentationen och nya rutiner m.m. behöver säkerställas för en ändamålsenlig och säker dokumentation. Detta byte införande skulle genomförts 2025 men har pausats från leverantör av verksamhetssystemet, Pulsen Combine.</p>		
--	--	---------------------	--	---	--	--

## Vård vid livets slut

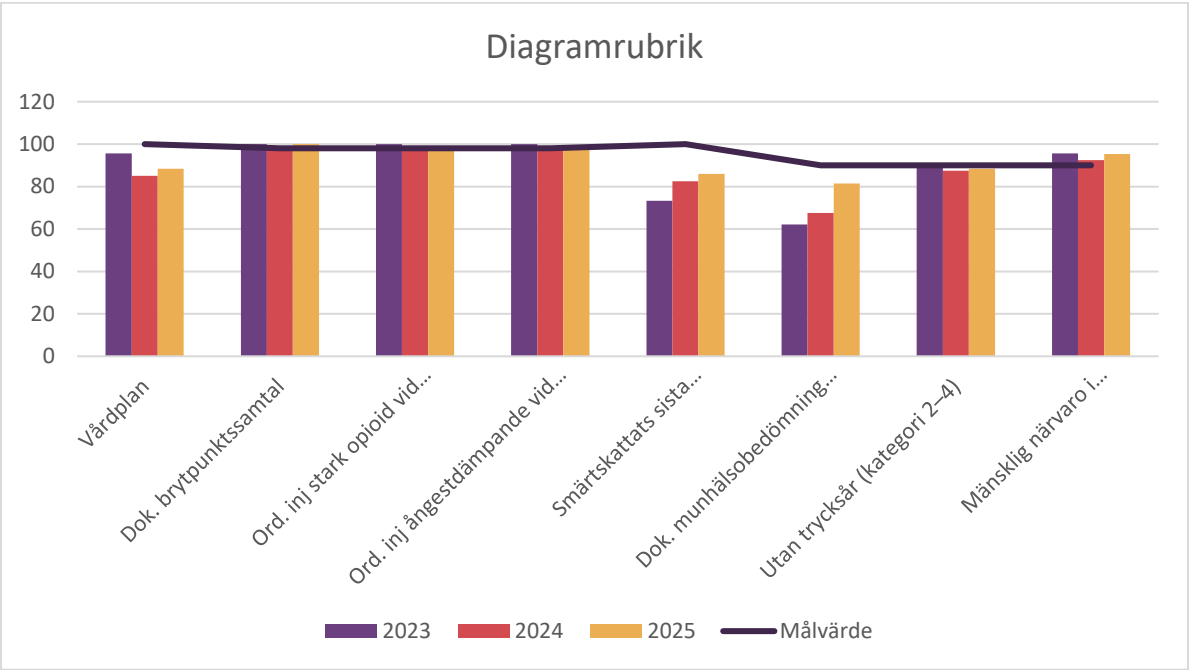
Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1 inom svensk hälso- och sjukvård.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Vård i livets slut,</b> <b>Palliativa registret</b>	Samtliga patienter ska registreras i palliativregistret.	<p>2024 registrerades 40 dödsfall för Habo Kommun. 11 av dessa registrerades på ordinärt boende.</p> <p>2025 registrerades 43 dödsfall för Habo Kommun. 12 av dessa</p>	<p>Det anses av verksamheten vara en hög täckningsgrad av antalet registrerade i Habo Kommun överlag. År dock svårigheter i att kunna mäta hur många som borde ha registrerats i registret. För att mäta detta behövs statistik kunna tas ut från nuvarande</p>	<p>Analys och åtgärdsplanering utifrån resultat i arbetsgruppen.</p> <p>Fortsatt arbete pågår 2026 med årlig utvärdering kring</p>	<p>Sker på enhetens arbetsplatsträff och sammanställs i patientsäkerhetsberättelse årligen.</p> <p>Genom att följa upp kvalitetsindikatorerna i registret</p>	Hälso- och sjukvårdsenheten

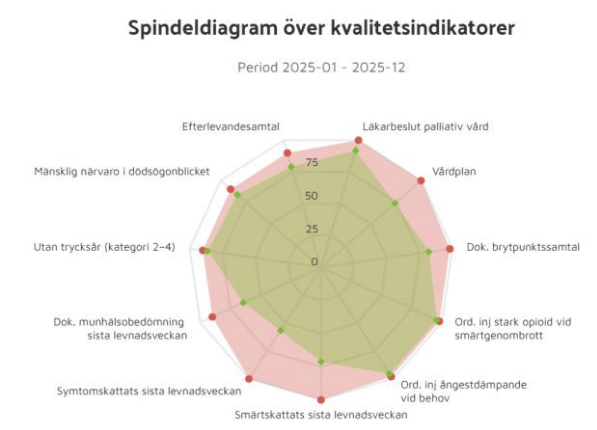
		registrerades på ordinärt boende.	<p>verksamhetssystem. För att göra det krävs att granskning görs i varje enskild individs journal. Det finns svårigheter i att fram exakt statistik från verksamhetssystemet.</p> <p>Rutiner och checklistor finns som underlättar för sjuksköterska att inte glömma att registrera dödsfallet i registret.</p>	följsamhet till registrering.	får verksamheten ett underlag för att föra en dialog om den palliativa vårdens kvalitet, vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras.	
<b>Vård i livets slut</b>	<p>En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer för palliativ vård.</p> <p>Utifrån data från svenska palliativa registret kunna mäta god kvalitet och följsamhet till nationella riktlinjer.</p>	<p>Se diagram nedan för hela Habo Kommuns 2023,2024 och 2025. Nya kvalitetsindikatorer för 2025 är efterlevandesamtal, symtomskattasista levnadsveckan, samt. Dessa har inte funnits tidigare år.</p> <p>Jämfört med 2024 så ses en förbättring, om än marginell, på samtliga kvalitetsindikatorer. Störst skillnad är det dock gällande munhälsobedömning sista levnadsveckan. Munhälsobedömningar i slutskedet har förbättrats markant. Detta</p>	<p>Uppföljning av kvalitetsindikatorer från Palliativa registret visar att den palliativa vården i Habo kommun håller en god kvalitet, särskilt avseende brytpunktssamtal, läkemedelsordinationer och mänsklig närvaro i livets slutskede. Jämfört med övriga landet håller Habo Kommun en god kvalitet.</p> <p>En tydlig förbättring ses för 2025 inom flera områden, bland annat smärt- och symtomskattning samt munhälsobedömning. Samtidigt kvarstår behov av förbättringsinsatser gällande dokumentation av vårdplaner, samt trycksårsförebyggande arbete för att fullt ut nå uppsatta målvärden och säkerställa en</p>	<p>Kvalitetsarbete med munhälsa fortgår 2026.</p> <p>Gällande gemensam arbetsgrupp med vårdcentralen är detta ett arbete som planeras återupptas under 2026.</p> <p>Under 2026 har en sjuksköterska avsatts med ett utökat administrativt uppdrag, med syfte att arbeta med förbättringar och kvalitet. Uppdraget innefattar även att säkerställa rutiner/processer och</p>	<p>Sker på enhetens arbetsplatsträff och sammanställs i patientsäkerhetsberättelse årligen.</p> <p>Uppföljning på enhetsnivå, åtgärder planeras i personalgrupp. Uppföljning sker via rapportering från projekt.</p>	Häls- och sjukvårds enheten

		<p>var en av verksamhetens mål för 2025 att öka dessa. Under 2024 var det 67,5% som ökade under 2025 till 81,4% och ligger nära målvärde på 90%.</p> <p>Under 2024 startades en gemensam arbetsgrupp med representanter från vårdcentral och kommun. Målet var att förtydliga den lokala samverkan i den palliativa processen, med syfte att identifiera förbättringsområden. Statistiken från palliativa registret ska ligga som grund i beslut om nya förbättringsområden. Denna grupp har varit på paus under 2025.</p>	<p>fortsatt hög patientsäkerhet.</p> <p>Gällande munhälsobedömningar i livets slutskede så påbörjades 2024 ett förbättringsarbete kring palliativ vård med fokus på munhälsan sista tiden i livet. Detta arbete har fortsatt under 2025 med bland annat information/utbildning kring palliativ vård och munhälsan i livets slutskede, på arbetsplatsträffar i verksamheterna. Information/utbildning har skett till såväl sjuksköterska som omvårdnadspersonal. Detta tros ha påverkat resultatet på grund av en ökad medvetenhet och kunskap.</p> <p>Gällande gemensam arbetsgrupp med vårdcentralen är detta ett arbete som planeras återupptas under 2026. Aktiviteten i gruppen pausades beroendes på bland annat som tidigare nämnt: Under 2025 har en ny Enhetschef för hälso- och sjukvården tillsatts- då tidigare avslutat sin tjänst. I samband med detta blev det ett glapp innan nya enhetschefen var på plats. Avsaknaden av en ordinarie enhetschef på denna positionen har påverkat hälso- och sjukvårdsfrågorna och de tänkta arbeten som var planerade utifrån tidigare patientsäkerhetsberättelse. Många aktiviteter har fått</p>	<p>följsamhet till nya palliativa riktlinjer.</p>	
--	--	--	---	---	--

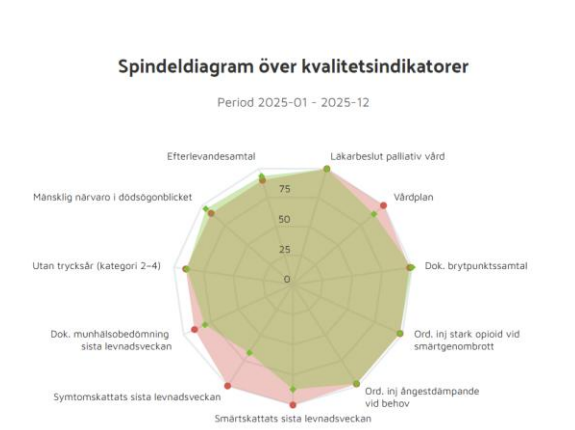
			pausats och under årets slut prioriterats bort.			
--	--	--	---	--	--	--



Figur 1a visar Diagram över kvalitetsindikatorer Palliativa registret Habo Kommun 2023-2025.



Figur 1b visar resultat för Sveriges kommuner



Figur 1c visar resultat för Habo kommun

## Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom”. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)</b>	<p>En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer.</p> <p>Mätning utförs genom BPSD registret.</p> <p>Mål är att:</p> <p>Samtliga avdelningar där det bor/vistas personer med demenssjukdom och/eller kognitiv svikt skall vara aktiva i BPSD-registret.</p> <p>Alla personer med demenssjukdom/kognitiv svikt som lämnat samtycke skall registreras i BPSD-registret.</p>	<p>Under 2024 gjordes 4 registreringar i BPSD. 2023 gjordes 12 registreringar.</p> <p>2025 gjordes 15 registreringar.</p> <p>Mål för 2025 var att utbilda personal på Kärrgårdens särskilda boende så alla enheter har en sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschef, som har gått utbildning. Detta har under året utförts enligt plan. Fokus under 2025 har varit att utbilda personal och att ändra tankesätt och arbetssätt.</p>	<p>Under 2025 gjordes ett omtag med registrering och arbete utifrån BPSD.</p> <p>Antal registreringar har ökat från föregående år och personal har utbildats enligt plan. Arbetet med BPSD-registret leder till ökad kvalitet för brukarna då det ger ett systematiskt, personcentrerat och kunskapsbaserat arbetssätt i omsorgen om personer med demenssjukdom. Det flyttar fokus från symtomhantering till förståelse, förebyggande och anpassade insatser utifrån individens behov. Omsorgen blir mer personcentrerad, förebyggande och evidensbaserad. Brukaren/patienten får rätt insatser i rätt tid, minskat lidande, ökad trygghet och en bättre vardag. Samtidigt skapas en mer jämlik och kvalitetssäkrad demensomsorg i hela verksamheten.</p>	<p>Årlig sammanställning i patientsäkerhetsberättelsen.</p> <p>Utifrån ett aktivt arbete med att registrera i BPSD registret hitta meningsfulla åtgärder för att främja livskvalitet på individnivå. Utifrån resultat analysera på en övergripande nivå som ska leda till grund för förbättringar.</p>	Verksamhetschef HS ansvarar för uppföljningar kring projektet.	Hälsö- och sjukvårds personalen samt anställda inom vård och omsorg på särskilt boende.



--	--	--	--	--	--	--

## God vårdhygienisk standard

Målet är ändamålsenlig och säker vård- och omsorg som arbetar förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaföreskrivning och därmed även bidra till att minska antibiotikaresistensen.

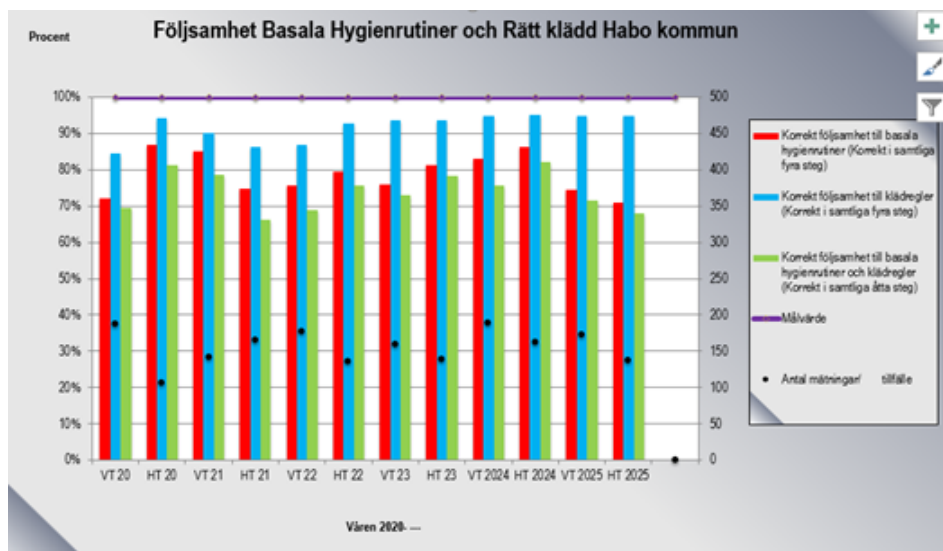
I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningsskydd.

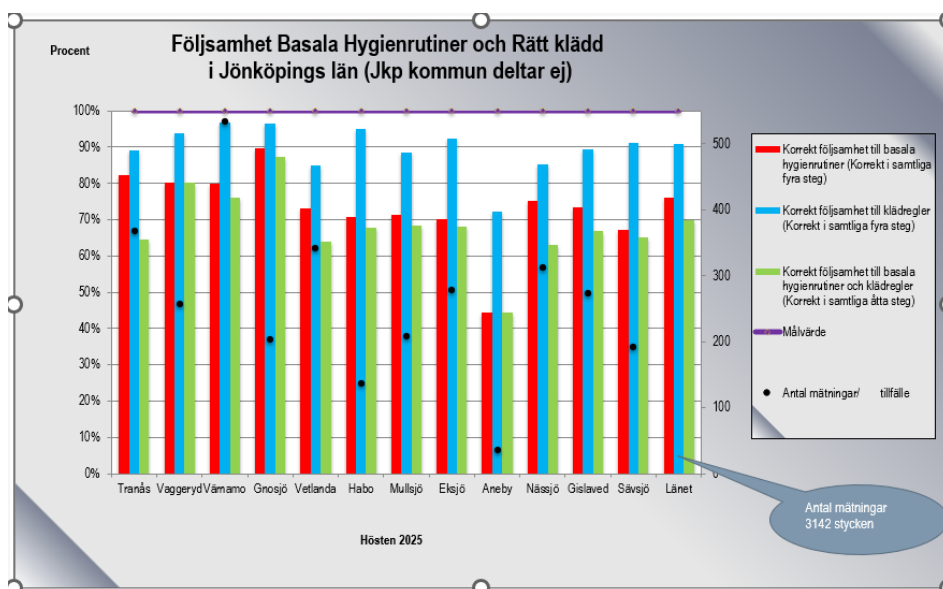
Områden	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner</b>	Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.	Se tabell nedan (figur 2) för Habo kommun 2025 jämfört med tidigare år.  Under 2025 minskade andel korrekt följsamhet till hygienrutiner jämfört med 2024. Även jämfört med tidigare år ses en minskning.	Gällande minskning av andel i följsamhet till hygienrutiner, kan en möjlig förklaring till årets resultat bero på att under 2025 har det genomförts mer observationer än tidigare. Man tenderar att skatta sig högre på självskattningar, och observationer upplevs generellt ge en bättre bild av verkligheten.	Behov av att under 2026 fortsätta det arbete med vårdhygien som finns och ha följsamhet till rutiner. Varje enhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.  Behov av ett ledningssystem där egenkontroller kan läggas.	Uppföljningar sker dels på enhetsnivå efter mätningar och observationer men är i hygienombudsforum 2gg/år.  Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg

			<p>Anmärkningsvär t är dock att följsamheten inte varit såhär låg sedan 2020. Gällande följsamhet till basala hygienrutiner har Habo Kommun en nedåtgående trend jämfört med tidigare år. Även jämfört med Länets totala snitt- så ligger Habo Kommun under dessa värden.</p> <p>Under 2025 har det under vissa tidsperioder inte funnits hygienombud på alla enheter- då tidigare avslutat sina tjänster. Detta skulle kunna ha påverkat resultatet- då hygienombudens roll är att inspirera, motivera och stödja sina kollegor och chefer i det vårdhygienska arbetet.</p> <p>Inför varje kontroll har påminnelser skickats ut till både hygienombud samt till enhetschefer. Trots detta finns brister kring att få alla enheter att utföra denna kontroll. Det finns i dagsläget inget verktyg för att hålla reda på vilka</p>	<p>Fortsätta att prioritera observationsmätningar för att få en så rättvis bild av verkligheten som möjligt.</p> <p>Säkerställa i verksamheterna att det finns utbildade hygienombud på varje enhet/grupp.</p>		
--	--	--	---	--	--	--

			egenkontroller som ska utföras - finns inget ändamålsenligt digitalt ledningssystem för detta.			
<b>Vårdhygienisk egenkontroll</b>	God följsamhet till rutin för vårdhygienisk egenkontroll. Utförs av varje enhet 2ggr/år	Varje verksamhet ska ha en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.  Enligt stickkontroller 2025 vår gjorde ungefär hälften av verksamheterna egenkontrollen enligt rutin. Hösten 2025 gjordes ingen egenkontroll alls av enheterna. Rutin finns som säger att denna ska utföras 2ggr/år.	En förklaring till den låga andelen av följsamhet till egenkontrollsrutinen är att det i dagsläget är svårt för enhetscheferna att hålla koll på när dessa ska utföras. Finns idag inget ledningssystem för att kunna hantera egenkontroller - vilket gör att det är svårt att bli påmind om detta som enhetschef. Det går heller inte att få fram exakt statistik över vilka som utförts. Det kan även vara så att vissa verksamheter har gjort egenkontrollen man valt att spara den på papper eller liknande. Då finns ingen möjlighet att följa att det har blivit utfört.	Det finns ett behov och efterfrågan i att kunna arbeta strukturerat och systematiskt med egenkontroller.  Plan finns för 2026 i att börja använda Hypergene som stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för att underlätta egenkontroller.	Uppföljningar sker på enhetsnivå.  Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg



Figur 2 visar följsamhetsmätning basala hygienrutiner Habo Kommun.



Figur 3 visar följsamhetsmätning i Jönköpings län hösten 2025.

## Vårdpreventivt arbetssätt för främjad patientsäkerhet

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Bedriva en verksamhet där riskanalys sker som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.</b>	Samtliga patienter över 65 år, som lämnat samtycke, ska registreras och följas upp i Senior Alert.	<p>Under 2025 har arbetet med Senior alert på Kärrsgården fortsatt. Se tabeller nedan för 2025 och tidigare år.</p> <p>Alla boende på Kärrsgården har minst 2 riskbedömningar i senior alert/år och teamarbetet är i fokus. Fler patienter har riskbedömts 2025 än 2024.</p> <p>En god följsamhet i att registrera, och följa arbetssättet i kvalitetsregistret, syns på- särskilt boende och korttidsenhet.</p> <p>Riskbedömning enligt Senior Alert utförs endast sporadiskt i Ordinärt boende "Habo Hemsjukvård". Inget implementerat arbetssätt finns i nuläget. En minskning av antal riskbedömningar i ordinärt boende "Habo Hemsjukvård" ses 2025. Projekt var planerat för 2024 kring en ökad samverkan hälsosjukvården och hemtjänsten. Projektdirektiv fanns men projektet startade aldrig. Detta på grund av hög arbetsbelastning i</p>	<p>God följsamhet till registrering i senior alert finns på Kärrsgården. Under 2026 utsågs även Habo Kommun till så kallad "Guldkommun" av senior alert.</p> <p>Motiveringen till detta är att: <i>"Varje år undersöks hur hög täckningsgrad som Senior alert har, det vill säga hur många av de som bor på särskilda boenden för äldre med hur många som har fått en riskbedömning. De kommuner som har en täckningsgrad på minst 90% och har de bakomliggande orsakerna utredda och åtgärder insatta till 75% utses till Guldkommuner. Habo har en täckningsgrad på 93%"</i></p>	<p>Start 2026 med att öka antalet riskbedömningar i ordinärt boende.</p> <p>Målsättning är att strukturen för senior alert ska följas, med riskbedömningar 2ggr/år samt åtgärder och uppföljning.</p>	Uppföljningar ska ske på arbetsplatsträffar på enhetsnivå- men även på återkommande ombudsträffar som sker 4ggr/år för senioralertombud.	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg och där patienter är inskrivna i den kommunala primärvården.

		hemtjänsten och andra prioriteringar. Planering fanns för implementering 2025- men detta har skjutits fram till 2026.				
--	--	---	--	--	--	--

Sverige / Kommun / Region

Habo kommun

Ar

2023

Typ av enhet

Alla

Ex

Uppåt

Vårdprevention

Utfall

	Unika personer	Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	118	98%  186 av 189	78%  145 av 186	88%  164 av 186	66%  101 av 154	35  21 personer	41  personer	102  41 personer	53  personer
Habo Hemsjukvård	32	97%  31 av 32	58%  18 av 31	58%  18 av 31	53%  9 av 17	2  2 personer	9  personer	3  3 personer	1  personer
Kärrsgården äldreboende	89	99%  155 av 157	82%  127 av 155	94%  146 av 155	67%  92 av 137	33  20 personer	33  personer	99  38 personer	52  personer
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %				
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %				
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

Figur 4 visar Senior alert 2023

Sverige / Kommun / Region

Habo kommun

Ar

2024

Typ av enhet

Alla

Exportera

↑ Uppåt

Unika personer

Vårdprevention

Utfall

		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	137	96% 216 av 224	81% 176 av 216	95% 205 av 216	92% 158 av 172	58 25 personer	45 personer	97 36 personer	68 personer
Habo Hemsjukvård	31	88% 29 av 33	76% 22 av 29	79% 23 av 29	30% 3 av 10	1 1 personer	8 personer	1 1 personer	3 personer
Kärrsgården äldreboende	114	98% 187 av 191	82% 154 av 187	97% 182 av 187	96% 155 av 162	57 25 personer	39 personer	96 36 personer	66 personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 5 visar Senior alert 2024

Sverige / Kommun / Region

Habo kommun

Ar

2025

Typ av enhet

Alla

☒ Inkludera privata vårdenheter

Exportera till Excel

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention					Utfall					Visa resultat per riskområde
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2			
Habo kommun	147	97% 243 av 251	88% 213 av 243	95% 232 av 243	94% 188 av 197	43 27 personer	54 personer	248 62 personer	68 personer			
Habo Hemsjukvård	19	89% 17 av 19	88% 15 av 17	82% 14 av 17	70% 7 av 10	1 1 personer	5 personer	0 0 personer	2 personer			
Kärsgården äldreboende	132	97% 226 av 232	88% 198 av 226	96% 218 av 226	96% 179 av 187	42 27 personer	50 personer	248 62 personer	67 personer			
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %							
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %							
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %							

Figur 6 visar Senior alert 2025

## Säker läkemedelshantering

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Egenkontroll av skötsel av gemensamt läkemedelsförråd samt kontrollräkning narkotika	Följsamhet till rutiner.	Under 2025 har dessa egenkontroller ej utförts enligt plan.	Avsaknaden av en ordinarie enhetschef på denna positionen har påverkat hälso- och sjukvårdsfrågorna och de tänkta arbeten som var planerade utifrån tidigare patientsäkerhetsberättelse. Många aktiviteter har fått pausats och under årets slut prioriterats bort.	Varje månad ska utsedd sjuksköterska med ansvar för läkemedelsförrådet utföra stickkontroller för att följa upp att följsamhet finns till rutiner, av bland annat temperaturmätning, städning samt kontrollräkning narkotika.  Enhetschef ansvarar för att sammanställa och använda resultatet som underlag för att lära sig av de goda exemplen samt upprätta handlingsplan utifrån identifierade brister i syfte att förbättra kvaliteten.	Uppföljning görs på arbetsplatsträffar på enhetsnivå.  Sammanställs 1g/år i patientsäkerhetsberättelsen.	Hälso- och sjukvårdsenheten
	HSLF-FS 2017:37 12. kap 4§ Vårdgivaren ska regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska medel som ett led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)	Detta innebär att verksamheten inte uppfyllde egenkontrollsfrekvensen 2025. Anledningen till detta går att återfinna i stycket inom övergripande mål och strategier.				

<b>Extern kvalitetsgranskning läkemedel</b>	HSLF-FS 2017:37 4. kap 3§ Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning.	Under 2025 års externa kvalitetsgranskning framkom bland annat att rutiner för läkemedelshandling finns. Även lokala rutiner finns upprättade till enheterna. Dock ses brister i följsamhet till dessa- behov finns av att förtydliga i nuvarande delgeringsutbildning. Det identifieras även att nuvarande läkemedelsförråd är alldeles för litet och "rörigt" och tillgång till vatten måste finnas för att tvätta händer.	Årets läkemedelsgranskning utfördes i slutet av året på grund av ny tillsättning av enhetschef för HS där det under några månader endast fanns vikarierande enhetschef på den posten.  Handlingsplanen är påbörjad och kommer att fortgå in på 2026.  Byte av läkemedelsförråd är påbörjat.	Årlig extern kvalitetsgranskning. Resultatet som framkommer av den externa kvalitetsgranskningen ska leda till en handlingsplan och nya förbättringsområden.	Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Hälsö- och sjukvårdsenheten
<b>Kontroll av följsamhet till rutiner</b>	Följsamhet till rutiner kring läkemedels hantering	Under den externa kvalitetsgranskningen som gjordes 2023 framkom ett behov av stickkontroller/egenkontroll till följsamhet av rutiner.  Stickkontroller var planerade till 2025, men detta utfördes ej.  Detta innebär att verksamheten inte uppfyllde egenkontrollsfrekvensen 2025. Anledningen till detta går att	Avsaknaden av en ordinarie enhetschef på denna positionen har påverkat hälso- och sjukvårdsfrågorna och de tänkta arbeten som var planerade utifrån tidigare patientsäkerhetsberättelse. Många aktiviteter har fått pausas och under årets slut prioriterats bort.	Plan för 2026 är att utföra stickkontroller inom ordinärt och särskilt boende.  Görs av läkemedelsansvariga sjuksköterskor.  MALL för bedömning ska tas fram under 2026.  Resultatet ska gås igenom tillsammans med MAS, enhetschef HS, verksamhetschef HS för att	Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Hälsö- och sjukvårdsenheten

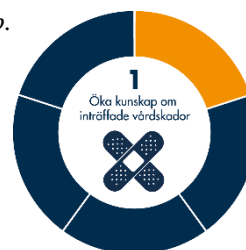


		återfinna i stycket inom övergripande mål och strategier.		identifiera behov av förbättringar och handlingsplan framåt.		
<b>Egenkontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel</b>	HSLF-FS 2017:37 12. kap 4§ Vårdgivaren ska regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel som ett led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)	<p>Plan fanns att under 2025 utföra egenkontroll.</p> <p>Egenkontroll 2ggr/år av läkemedelsansvariga sjuksköterskor.</p> <p>Detta utfördes inte under 2025. Däremot har en MALL framtagits som kan användas för 2026.</p> <p>Detta innebär att verksamheten inte uppfyllde egenkontrollsfrekvensen 2025. Anledningen till detta går att återfinna i stycket inom övergripande mål och strategier.</p>	Avsaknaden av en ordinarie enhetschef på denna positionen har påverkat hälso- och sjukvårdsfrågorna och de tänkta arbeten som var planerade utifrån tidigare patientsäkerhetsberättelse. Många aktiviteter har fått pausats och under årets slut prioriterats bort.	Start 2026. Egenkontroll görs 2ggr/år av läkemedelsansvariga sjuksköterskor utifrån gemensam MALL. Görs i form av stickkontroller i verksamheten.	Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Hälso- och sjukvårdsenheten

## 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.



### Utredning av vårdskador

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det förelegat risk för en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan enligt Lex Maria, sker vid allvarlig vårdskada eller risk för sådan. Med allvarlig vårdskada menar lagstiftaren en skada som är

bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporteringsskyldighet enligt SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och avvikelser i verksamheten skriftligen via avvikelshanteringssystemet i Digital fox respons. I vissa fall lämnas även en muntlig rapport till berörd chef och/ eller MAS beroende på ärendes art och allvarlighetsgrad. Avvikelseerna sammanställs av enhetschef för Hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal. Åtgärder vidtas utifrån avvikelsernas karaktär. Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

## **Vårdskador 2025**

### **Resultat:**

Under 2025 rapporterades 11 händelser med risk för vårdskada/vårdskada. Av dessa är 7 beslutade- och 4 är fortsatt under utredning 2026. Utöver detta har även 3 inrapporterade händelser från 2024 beslutats om 2025.

Totalt fattades 10 beslut om inrapporterade vårdskador 2025.

Av dessa 10 beslutade inrapporterade händelser bedömdes 5 inte vara någon vårdskada/eller risk för vårdskada. 2 bedömdes vara vårdskador och 3 bedömdes vara risk för vårdskador.

Jämfört med 2024 så rapporterades totalt 7 händelser + 3 som beslutades under 2025- totalt för 2024 inrapporterades 10 händelser.

### **Risk för vårdskada**

Under året har 3 av de inkomna rapporteringarna bedömts vara risk för vårdskada- ej allvarlig. De handlade om läkemedelshantering för sjuksköterska samt hjälpmedel.

### **Vårdskada**

Under året har 2 beslut bedömts vara vårdskador. Båda har bedömts vara -ej allvarliga.

Båda handlade om trycksår och inrapporterades 2024 men slutbedömning gjordes 2025.

### **Allvarliga vårdskador**

Under 2025 bedömdes ingen inrapporterad vårdskada/risk för vårdskada vara allvarlig- därav ingen anmälan till IVO enligt Lex Maria under 2025.

Utifrån de bedömda vårdskadorna samt riskerna planerades åtgärder som legat till grund för bland annat:

- Utbildningsbehov/kompetensförstärkning
- Nya rutiner och arbetssätt
- Förbättrad samverkan

### **Analys av resultat:**

Inrapporterade möjliga vårdskador eller risker för vårdskador ligger 2025 på ungefär samma nivå som för 2024. En ökning av inrapporterade vårdskador har skett från tidigare år fram till 2025.

Detta skulle kunna bero på en ökad medvetenhet om vårdskador i verksamheterna- dels genom den framtagna handlingsplanen för patientsäkerhet och att en hög grad av avvikelser/händelser rapporteras. Under dessa år har vårdskadeutredningar lyfts i olika forum som kan ha påverkat en ökad kunskap och det lett till en ökad medvetenhet och kunskap kring vad en vårdskada är samt att det då är lättare att reflektera kring händelser som inträffar som möjliga vårdskador.

Handlingsplan för patientsäkerhet har framtagits 2024. I denna handlingsplan har det identifierats kunskapsbrister kring vårdskador samt brister i möjligheter att rapportera vårdskador i det avvikelssystem som används. I denna handlingsplan fanns det identifierade förbättringsbehov bland

annat i att öka kunskapen kring vårdskador, samt se över avvikelssystem och hantering i detta. Under året har planen varit att förenkla det avvikelssystem som används för rapportering- och det arbetet är påbörjat men är i december 2025 ej ännu färdigt. Arbete fortgår 2026.

Under 2025 startades en ny form av samverkan mellan region Jönköpings län och alla kommuner i länet, gällande utredningar av vårdskador. Denna samverkan kring utredningar av vårdskador innebär att utredningar kan göras tillsammans när det gäller vårdskador som inträffat i den samverkande vården. Det innebär också att snabbt kunna identifiera om skälen till en misstänkt vårdskada kan finnas i den samverkande vården och därmed i det gemensamma ansvaret. Det ses också som en vinst i att underlätta samverkan och resursutnyttjande i utredningar av händelser där den samverkande vården bedöms vara ett viktigt skäl till händelsen. Andra syften med denna typ av samverkan är att tidigt identifiera om skälen till händelsen huvudsakligen finns hos enskild huvudman, samt att ta tillvara på det lärande som identifieras i utredningar av händelser som sker i samverkande vård.

Under 2025 har även en enkät kring vårdskador lämnats ut i verksamheterna. Även detta skulle kunna ha påverkat en medvetandegörande kring vårdskador och hur de ska rapporteras. Se även internkontroll ovan. Säkerhetskulturen behöver ses över. Rutiner kring allvarliga avvikelser och utredningar av allvarliga händelser upplevs otydlig i organisationen och behöver ses över och revideras. Även vilken form av stöd som ges för de som varit involverade.

Dock finns fortsatt ett troligt mörkertal av möjliga vårdskador i våra verksamheter. En anledning ses vara kunskapsbrist - hos ledning som utreder avvikelser/rapporter men också hos legitimerad personal. En hög grad av avvikelser registreras ändå.

Under året har även MAS/SAS inbjudits till stående ledningsgrupper ÄO/HS/FO för att kunna lyfta utredningar som görs i lärande syfte. Detta arbete är endast i uppstartsfas och behöver fortsatt implementeras under 2026.

Förslag fanns för 2025 att chefer inom socialförvaltningen skulle gå utbildning Säker vård-nationell utbildning i patientsäkerhet, från socialstyrelsen. Denna har ännu inte påbörjats.

### **Åtgärder:**

- Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2026 - 2030 ska upprättas och påbörjas under 2026.
- Utifrån enkät kring vårdskador tas relevanta åtgärder fram. Åtgärder planeras för 2026. Ev. behov av utbildningsinsatser samt förtydligande av roller och processer behövs kartläggas utifrån enkäten.

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Avvikelserna sammanställs av enhetschef för hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal.
- MAS rapporterar till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada.
- Uppföljning av vårdskador lyfts på ledningsgrupp ÄO/HS/FO.

### **Trycksår**

**Mål:** Nollvision för trycksår.

#### **Resultat:**

Mätning av antal trycksår i verksamheten mäts dels genom klassificering av avvikelser i avvikelssystemet DF respons, samt även genom kvalitetsregistret Senior alert. Inte alla trycksår i verksamheten klassas som vårdskada. Däremot ska avvikelse skrivas och utredning startas kring ev. vårdskada.

### Senior alert:

Enligt registret senior alert hade i Habo Kommun 2025 18% av patienterna som registrerades i registret hade trycksår. Dessa registrerades främst på Kärrsgårdens enheter. Detta då registret inte används fullt i ordinärt boende.

Även 2024 och 2023 hade i Habo kommun 18% av de registrerade patienterna trycksår.

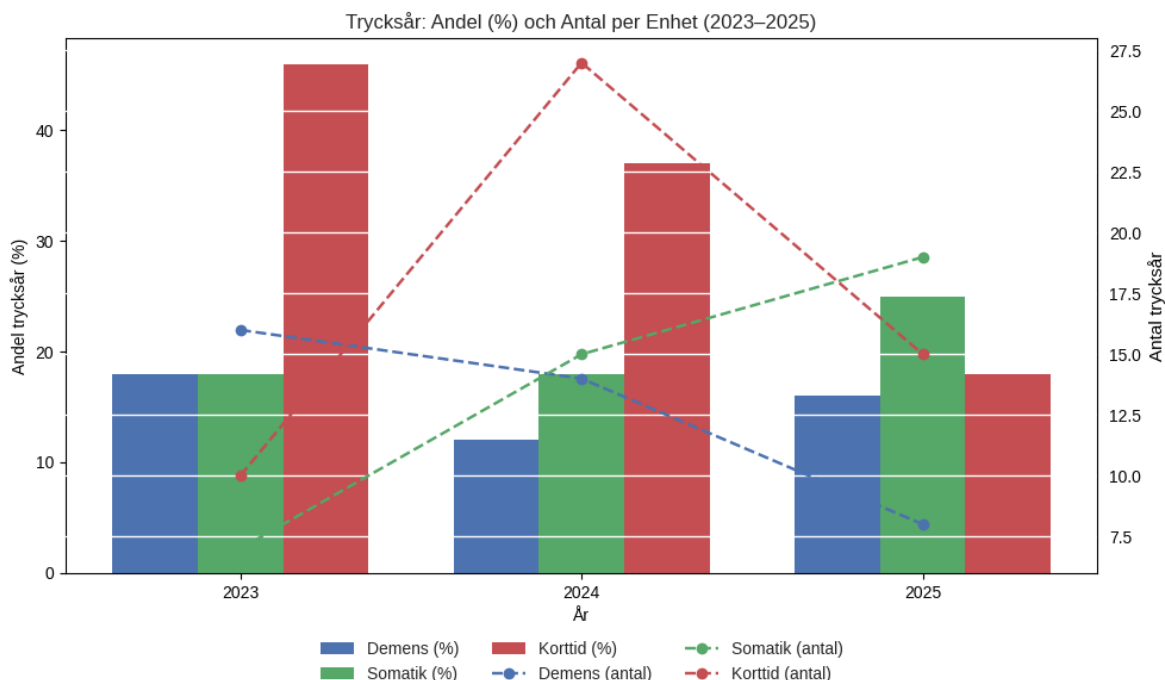


Fig. 7 Visar utveckling av trycksår på Kärrsgården enligt senior alert. Både i procent och antal för demensenheter, somatiska särskilda boenden och korttidsenheten under åren 2023–2025. Staplarna visar andelen patienter med trycksår, medan linjerna visar det faktiska antalet trycksår.

På demensenheterna 2025 uppstod de flesta av de registrerade trycksår hos den egna vårdgivaren. De flesta trycksåren var grad 1.

På särskilt boende/somatik 2025 uppstod ungefär 1/3 av trycksåren på hos den egna vårdgivaren. En del trycksår var registrerade som att man inte vet vårdgivaren där trycksåret uppkommit. De flesta trycksåren var grad 2.

På korttidsenheten 2025 uppstod de flesta av de registrerade trycksår hos annan vårdgivare. De flesta trycksåren var grad 1-3.

De 3 vanligaste **bakomliggande orsakerna** till trycksår 2025 var:

- Huden utsätts för ökat tryck
- Nedsatt födointag
- Nedsatt hudelasticitet

De 3 vanligaste **åtgärderna** som planerades för att minska risken för trycksår 2025 var:

- Hudvård
- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
- Berikad kost

### DF respons:

Avvikelser ska skrivas vid trycksår och registreras i avvikelsesystemet DF respons. I avvikelsesystemet DF respons fanns under 2023 10st rapporterade trycksår. Under 2024 fanns det 9 registrerade trycksår. 2025 fanns det 13 inrapporterade trycksår.

Enligt den rutin som finns ska avvikelser skrivas vid upptäckt av nytt trycksår.

De vanligaste **bakomliggande orsakerna** till trycksår 2025 var: *Övrigt* och *Omgivningsfaktor*

De vanligaste **åtgärderna** som planerades för att minska risken för trycksår 2025 var: *Gruppsamtal med personal* och *Kontakt med berörd sjuksköterska*.

### **Analys av resultat:**

Gällande **statistiken utifrån senior alert** ses att det finns en god följsamhet på Kärrsgården till att registrera alla trycksår som uppkommer. Innan registret började användas var det svårt att få fram antal trycksår på Kärrsgården. Det är därför svårt att säga att antal trycksår eller andel patienter med trycksår har ökat eller minskat jämfört med tidigare år innan 2023. Det beskrivs dock i verksamheterna som att vi numera har bättre koll på alla trycksår samt att vi uppmärksammar trycksår grad 1 mycket snabbare och vidtar åtgärder förebyggande snabbare.

Diagrammet ovan tydliggör att korttidsenheten haft en förbättring över tid. Korttidsenheten är den enheten där flest trycksår uppmärksammas under 2024 och även högst andel. Här ses en förbättring för 2025. Flertalet trycksår kommer från andra enheter- men trycksår uppstår även på egna enheten. En trolig anledning kring varför antalet trycksår är relativt högt på korttidsenheten är att patienterna som kommer till korttiden oftast har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov och är svårt sjuka- och därmed har fler risker i att utveckla trycksår.

Enheterna för särskilt boende/somatik visar en ökande trend 2025. Dels i andel patienter med trycksår men också i antal trycksår på enheten. Patientantalet har ökat något, men inte tillräckligt för att förklara ökningen. På särskilt boende/somatik 2025 uppstod ungefär 1/3 av trycksåren på hos den egna vårdgivaren. En del trycksår var registrerade som att man inte vet vårdgivaren där trycksåret uppkommit. Detta kan indikera på att patienter har flyttat in från hemmet och att det är oklart när trycksåret uppkommit.

Demensenheterna ligger relativt stabilt med en svagt positiv utveckling. Framförallt när det gäller att minska antal trycksår. Demensenheterna har dessutom oftast registrerat trycksår grad 1- vilket kan tyda på att de är snabba på att identifiera rodnader och tryck och kan därmed förebygga snabbare. En förklaring skulle kunna vara att patienter med kognitiv svikt oftare behöver stöttning med påklädnad eller basal hygien- vilket gör att omvårdnadspersonalen oftare bevakar huden och tecken på avvikelser i huden.

Dock finns rutiner för senior alert som beskriver att hudbedömningar ska göras:

- vid nyinflytt inom 48 timmar

- Görs därefter dagligen vid omvårdnadsarbetet

- Erbjuds för alla minst en gång/vecka.

Dock är det svårt att säkerställa att detta utförs. I utredningar kring trycksår har det under året framkommit att denna rutin inte alltid följs och att det är svårt att säkerställa i det dagliga arbetet att huden ses över dagligen.

Arbetet behöver göras framåt på alla enheterna för att förebygga uppkomsten av trycksår på enheterna. Genom hög följsamhet till den vårdpreventiva processen i senior alert så säkerställs detta genom individanpassade insatser samt systematiska riskbedömningar. Dock behövs arbete göras framåt med att få följsamhet till beslut och rutiner. Plan finns för 2026 att påbörja ett projekt gällande trycksår på Kärrsgården för att förbättra rutiner och processer. En start i detta har redan under 2025 påbörjats som handlar om en närmare samverkan av legitimerad personal på enheterna och omvårdnadspersonalen.

Ingen analys kan jämföras genom senior alert från ordinärt boende/hemtjänst då dessa inte registrerar i senior alert.

Gällande **statistiken utifrån DF** respons ses bland annat att det inrapporteras få trycksår i verksamheten. Här behövs information och förtydligande om att avvikelse ska skrivas vid trycksår.

Det skiljer mellan åtgärderna och de bakomliggande orsakerna från senior alert samt från DF respons. Det beror troligen på att systemen inte har samma orsaker och åtgärder. Senior alert är ett kvalitetsregister med standardiserade och evidensbaserade orsaker och åtgärder utifrån individnivå. DF respons är ett avvikelsesystem och hanterar mer systemnivå än individnivå. Därav skillnaderna.

Ytterligare analys bör göras på enhetsnivåer för att analysera trender och skapa nya förslag på förbättringsarbete.

### **Åtgärd:**

Under 2025 har Rehabiliteringspersonal gått utbildning kring trycksår och hjälpmedel. Detta stärker teamsamverkan vid trycksår.

- Förbättringsarbete i samverkan med vårdcentralen kring svårläkta sår var planerad för 2025 men arbetet har varit på paus. Plan finns för omtag 2026.

- Under 2025 har kostenheten varit behjälplig i att ta fram redskap som möjliggör för omvårdnadspersonalen att lättare ta fram information om vad exakt varje måltid innehåller. Detta leder till en bättre näringsberäkning av varje måltid. Det är nu även lättare att veta vad som menas med en "normal" portion- och vad den förväntas innehålla. Genom dessa redskap så går det lättare att beräkna dagligt näringsintag- som leder till att sjuksköterskan kan bedöma om vilket näringsintag patienten behöver för sårhäkning. Detta fortgår 2026.

- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten. Träffas 4ggr/år.

Under 2025 har alla senioralertombud gått utbildning i hur man följer statistik i senior alert. Syftet med utbildningen är att ombuden ska kunna få fram statistik från sina egna enheter och använda detta i förbättringsarbeten.

- Förbättringsarbete 2026 kring trycksår på särskilt boende/somatik.

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Verksamhetschef följer upp utbildningar och åtgärder kring trycksår.

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

## **Fall**

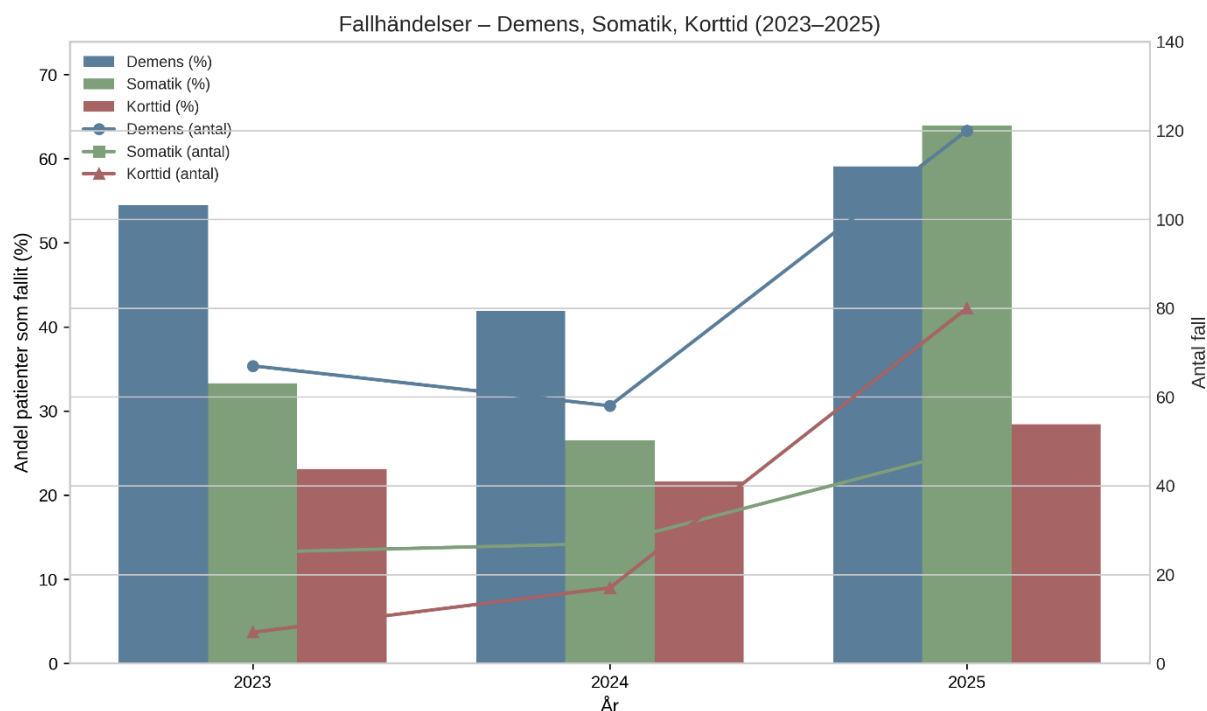
**Mål:** Nollvision för fall

### **Resultat:**

Mätning av antal fall i verksamheten mäts dels genom klassificering av avvikelser i avvikelsesystemet DF respons, samt även genom kvalitetsregistret Senior alert. Inte alla fall i verksamheten klassas som vårdskada.

### **Senior alert:**

I kvalitetsregistret senior alert har 248 fall registrerats 2025 på hela Kärrsgården det vill säga särskilt boende/Somatik och demensenheterna, korttidsenheten tillsammans. Antal fall, registrerade i registret, har mer än fördubblats sedan 2024. 2024 registrerades 101 fall. Ingen statistik går att få från ordinärt boende, då fall inte registreras i senior alert på dessa enheter.



Figur 8 visar både andel patienter som fallit (%) och totalt antal fall per enhet under 2023–2025.

De 3 **vanligaste bakomliggande orsakerna** till fall 2025 var:

- Bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk
- Nedsatt balans och rörelsemönster
- Problem vid gång och förflyttning

De 3 **vanligaste åtgärderna** som planerades för att minska risken för fall 2025 var:

- Hjälpmedelsförskrivning
- Assistans vid förflyttning
- Larm

### **Df respons:**

När en patient ramlar ska detta rapporteras i avvikelssystemet DF respons. Statistik från DF respons visar att 2025 rapporterades totalt 670 fall i hela socialförvaltningen (2024: 448st) (2023: 360st) (2022: 410st).

2025 rapporterades 15 procent fler avvikelser totalt i socialförvaltningen, än under 2024, vilket motsvarar cirka 200 rapporter. Här kan även nämnas att antalet avvikelserrapporter ökade med 25 procent från 2023 till 2024. Ökningen från 2024 till 2025 består i huvudsak av rapporter som gäller fall. Även läkemedelshändelser har ökat.

Av 670 inträffade fallhändelser i hela socialförvaltningen, har 423st berott på att *Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga* följt av *Omgivningsfaktor* 145st. Därefter ses den 3e mest vanliga orsaken vara *Den enskilde använder läkemedel som påverkar balans/gångförmåga*.

Vanligaste åtgärder kring fall 2025 är *Gruppsamtal med personal*, *Kontakt med berörd sjuksköterska* samt *Annan åtgärd*.

2025 och föregående år står hemtjänsten för flest antal fall, 2025: 375st fall (2024: 311st) (2023:193st).

Särskilt boende/Somatik hade 50st fall (2024: 38st) (2023: 49st).

Demensenheterna hade 129st fall (2024: 92st) (2023: 62st).  
Korttidsenheten hade 113st fall (2024: 33st) (2023: 56st).

Habo kommun hade under 2025, 542 inskrivna patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. 2024 var det 540 inskrivna patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Hur många av fallhändelser som har förekommit på patienter som varit inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården går inte att få fram via avvikelssystemet.

### **Analys av resultat:**

Fallhändelserna i socialförvaltningen ökade markant under 2025. Även tidigare år sågs en ökning i antal fall. Detta ses i både senior alert samt i DF respons.

Alla enheter såväl på Kärrsgården som i ordinärt boende/hemtjänst ökar i fallrapporter.

I Habo kommun finns en stark tradition av att rapportera fall och läkemedelsavvikelser sedan tidigare- varav en ökad benägenhet till att rapportera dessa avvikelser inte ses som en trolig anledning till ökningen. En tradition av att rapportera avvikelser gällande fall och läkemedelsavvikelser ses som positivt. Åtgärder vidtas på individnivå men det finns brister i analys på övergripande nivåer. Generellt så behövs en djupare analys på enhetsnivå för att kartlägga vad det är som sker på dessa enheter.

Sammantaget visar statistiken från både senior alert och DF respons att **fall är ett växande patientsäkerhetsområde** som kräver förstärkta förebyggande insatser, särskilt inom hemtjänst, demensvård och korttidsvård. Fall påverkar både fysisk hälsa, psykiskt välbefinnande och vårdtyngd. Analysen visar att **2025 sticker ut som ett riskår**, med kraftiga ökningar i både andel patienter som fallit och totalt antal fall i samtliga enheter.

**Gällande statistik utifrån Senior alert visar** demensenheterna har en kraftig ökning 2025, både i andel och framförallt i antal fall. Antalet fall **fördubblas** jämfört med 2024. Patientgruppen är särskilt utsatt p.g.a. kognitiv svikt, motorisk oro och nedsatt omdöme. Det verkar som att de individer som ramlar- ramlar oftare.

Även i särskilt boende/Somatik ses en **dramatisk ökning 2025**, där andelen patienter som fallit mer än **fördubblas**. Antalet fall ökar samtidigt från 27 till 48. Hör behöver en djupare analys utföras på enhetsnivåer för att se vad som kan ligga bakom denna ökning.

Korttidsenheten har en **stor ökning av antalet fall 2025**, från 17 till 80. Andelen patienter som fallit ökar också, men inte lika dramatiskt som antalet fall. Det tyder på att vissa patienter faller upprepade gånger. En anledning kan vara att korttiden hanterar patienter som kommer direkt från sjukhusvård samt har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov och därför är mer i riskzonen för att ramla. Under halva året 2025 har korttidsenheten dubbelbelagt flera rum och beläggningen har varit konstant hög. Många av patienterna på korttiden har varit kvar på korttiden i väntan på särskilt boende. Exempelvis har patienter med demensproblematik och kognitiv svikt vårdats länge på korttiden, jämfört med vanligtvis. Att vårdas på korttiden med en demensproblematik är inte optimalt- då korttiden ofta innefattar ett högt in- och utflöde vilket kan göra att miljön upplevs som ”rörig”. Patienter med kognitiv svikt kan då tendera att bli mer oroliga vilket kan leda till en ökad fallrisk.

Det bör också i analysen av data nämnas att fallstatistiken i senior alert helt är beroende av att rehabiliteringspersonal (enligt rutin) registrerar fall i registret utifrån inkomna fallavvikelser i DF respons. Det har dock under året uppmärksammats att det förekommit att rehabiliteringspersonalen inte fått information om fallavvikelse- och därför inte kunnat registrera dem i senior alert. Därav finns det en möjlighet att registrerade fall visar en för låg siffra jämfört med DF respons.

Skilnader ses i antal fall registrerade i senior alert och fall som är registrerade i DF respons. Under 2025 har rutinen för senior alert revideras med syfte att få till en bättre följsamhet till registreringar av fall i senior alert



**Statistiken från DF Respons** visar en **tydlig och oroande ökning** av fallhändelser i socialförvaltningen under 2025.

Statistiken säger dock inget om hur många individer som ramlat- utan tar endast hänsyn till antal fall och det skulle kunna vara att individer ramlar fler gånger än tidigare. För att analysera detta måste man gå djupare in på individnivå för att se samband.

Hemtjänsten står för mer än hälften av alla fall i socialförvaltningen. Detta har varit ungefär likt föregående år. Hemtjänsten har många patienter jämfört med enheterna på Kärrsgråden.

I hemtjänsten och ordinärt boende finns en upplevelse från verksamheterna att det är fler av de som bor kvar hemma som också har en ökad risk för fall. Hälso- och sjukvårdspersonalen beskriver under året en ökad vårdtyngd jämfört med tidigare år. Patienter med mer avancerade hälso- och sjukvårdsbehov vårdas i allt större utsträckning i hemmet. Det gäller bland annat patienter med omfattande sårbehandlingar, centrala infarter såsom CVK samt patienter med stora rehabiliteringsbehov.

De vanligast orsakerna enligt DF respons var att *Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga* följt av *Omgivningsfaktor*. Därefter ses den 3:e mest vanliga orsaken vara *Den enskilde använder läkemedel som påverkar balans/gångförmåga*. När det gäller Omgivningsfaktorer samt läkemedelshantering så är detta faktorer som går att påverka i hög grad. Det kräver dock en tät och nära samverkan med bland annat förskrivande läkare och den regionala primärvården. Förskrivande läkare behöver få information om de fall som inträffar på individnivå för att kunna ta ställning till läkemedelsjusteringar. Enligt statistik från vårdcentralens Dashboard, framkommer att antalet läkemedelsgenomgångar har minskat drastiskt senaste året. Detta troddes tidigare bero på att tidigare visade statistiken en positiv felmarkering mot det faktiska antalet. Men utifrån beskrivning från fallavvikelser så kan det stämma att antalet läkemedelsgenomgångar faktiskt minskar. Här behövs dock en djupare analys i samverkan med vårdcentralen för att säkerställa.

Gällande omgivningsfaktorer så kan det finnas en svårighet i att minska risker för fall i det egna hemmet. Hemmet är inte alltid utformat optimalt för att kunna ta sig fram med ex vissa hjälpmedel. Det kan också vara så att det oftare förekommer trappor, trösklar eller liknande. Där finns ofta en skillnad på att bo i särskilt boende och i hemmet- då särskilt boende oftare har en anpassad boendemiljö med hänsyn till bland annat fall.

Gällande att de *Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga* så kan det vara en orsak som är svår att minska risken för i det egna hemmet. En anledning kan vara att det inte finns närvaro av vårdpersonal dygnet runt som kan påminna om begränsningar och stötta upp där det behövs. Här är det viktigt att information ges och lämnas samt åtgärder skapas i samråd med patienten för att få följsamhet.

Utifrån DF ses även en stor ökning fall på korttidsenheten. Korttidsenheten visar störst ökning av antal fall.

På Kärrsgården inträffade flest antal fall under 2025 på demensenheterna. En anledning till att flest fall sker på demensenheterna skulle kunna vara att det finns enstaka individer som ramlar oftare. Statistiken säger inget om hur många individer som ramlat- utan tar endast hänsyn till antal fall. Det kan även bero på att patienter med nedsatt kognitiv svikt inte lika lätt kan ta till sig de planerade förebyggande insatserna- och glömmer hjälpmedel eller överskattar sin förmåga.

Även på Kärrsgården så ses en av de vanligaste orsakerna vara *Bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk*. Utifrån registret ses även att det inte är särskilt vanligt att åtgärda just läkemedelsdelen genom ex enklare läkemedelsgenomgång med läkare.

De andra vanligaste orsakerna till fall handlade om *Nedsatt balans och rörelsemönster* samt *Problem vid gång och förflyttning*. Det finns evidens från studier som påvisar goda resultat när det gäller träning, balansträning samt styrketräning för att minska antal fall hos en individ.

Fallstatistiken för ordinärt boende/hemtjänsten innefattar även de som inte är inskrivna i hemsjukvård och enbart har insatser i hemtjänsten exempelvis larm. Behov finns av att i statistik kunna särskilja

dess. Här behövs en ändring i avvikelssystemet som kan möjliggöra denna typ av statistik. Åtgärd finns planerad för 2026 med förslag till beslutande ledningsgrupp.

### **Åtgärd:**

- Fortsatta bevakningar av antalet fall bör ske på både individnivå samt på enhetsnivå. Nya förbättringar och åtgärder bör planeras utifrån enhetens resultat.
- Senior alert registreringar ska implementeras även i ordinärt boende.
- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.
- Ändring i avvikelssystem för att lättare kunna få ut statistik på ej inskrivna i hemsjukvård.
- Ändring i avvikelssystemet där rehabiliteringspersonal är tvingande att väljas, vid utredningar av fall.
- Tillsammans med vårdcentralen se över läkemedelshantering och genomgångar.
- Under 2026 planerar kommunrehab att kartlägga hur andra kommuner arbetar med fallprevention och ta del av goda exempel. Särskilt intresse finns för gruppbaseade träningsinsatser som kombinerar fysisk träning med ökad kunskap och motivation. Ett exempel är en fallpreventiv gruppträning utvecklad i Karlskrona kommun, som visat goda resultat avseende förbättrad balans och minskad fallrädsla hos deltagare.

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Verksamhetschef följer upp införande av senior alert på ordinärt boende/hemtjänst.
- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

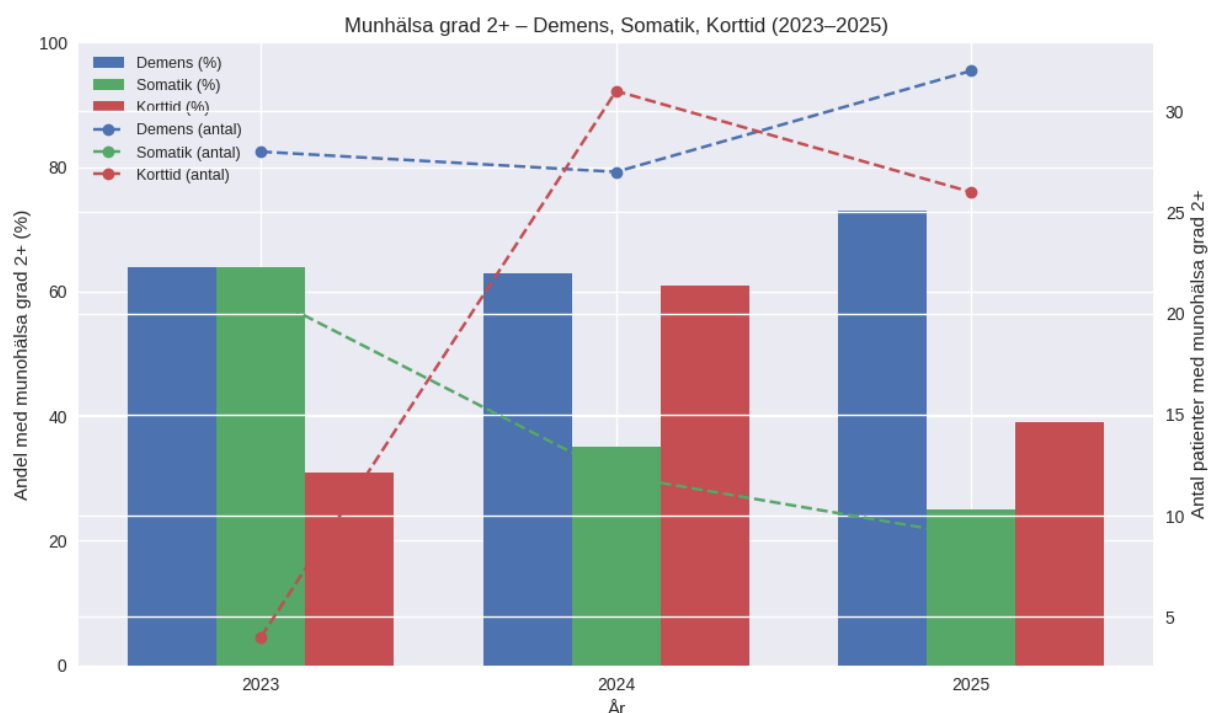
## **Munohälsa**

**Mål:** Nollvision för munohälsa

### **Resultat:**

Mätning av antal patienter som har munohälsa i verksamheten mäts endast genom kvalitetsregistret Senior alert. Dessa registrerades främst på Kärrsgårdens enheter. Detta då registret inte används fullt i ordinärt boende.

Enligt senior alert hade 67 patienter en munohälsa grad 2 eller 3 (2024: 68st) (2023: 53st). Under åren har dock fler patienter riskbedömts.



Figur 9 Visar utveckling av munhälsa på Kärrsgården. Både i procent och antal för demensenheter, somatiska särskilda boenden och korttidsenheten under åren 2023–2025. Staplarna visar andelen patienter med munhälsa, medan linjerna visar det faktiska antalet patienter som har munhälsa.

De 3 **vanligaste bakomliggande orsakerna** till munhälsa 2025 var:

- Nedsatt förmåga att förstå information och instruktion
- Nedsatt funktion i hand/arm eller nedsatt allmäntillstånd som försvårar munvård
- Nedsatt funktion i mun- och ansiktsmuskulatur

De 3 **vanligaste åtgärderna** som planerades för att minska risken för munhälsa 2025 var:

- Tandborstning - assistans eller fullständig hjälp
- Fluortillförsel utöver fluortandkräm - assistans eller fullständig hjälp
- Rengöring och fuktning av munslemhinnor

### Analys av resultat:

Munhälsan i verksamhetens tre enheter visar **betydande variationer**, men också tydliga förbättringar i två av tre verksamhetsområden. Särskilt boende/Somatik och Korttidsenheten uppvisar en **positiv utveckling**, medan Demensenheterna visar en **ökande risknivå** under 2025.

Munhälsa är en central del av patientsäkerheten eftersom bristande munvård kan leda till smärta, infektioner, undernäring och försämrad livskvalitet. Resultaten understryker därför vikten av fortsatt systematiskt arbete.

Demensenheterna är den enhet där utvecklingen går åt fel håll. Patientgruppen har ofta nedsatt förmåga att sköta egenvård, vilket gör munhälsa till en särskilt kritisk riskfaktor.

Särskilt boende/somatik uppvisar den **mest stabila och kraftfulla förbättringen** i hela verksamheten. Minskningen i både andel och antal tyder på att rutiner, kompetens och uppföljning har stärkts. Arbetet bör fortsätta i samma riktning för att ytterligare minska risknivån. Att riskbedöma minst 2ggr/år och åtgärda risker förebygger munhälsa. Alla enheter på Kärrsgården följer den vårdpreventiva processen och åtgärder vidtas för att minska risker. Skillnaden mellan särskilt boende/somatik och

demensenheterna skulle kunna bero på den kognitiva svikten som finns på demensenheterna, vilket medför extra svårigheter i motivation och förståelse för de förebyggande insatserna som görs/planeras.

Korttidsenheten har en **instabil utveckling**, vilket är förväntat i en verksamhet med hög patientomsättning och varierande vårdtyngd. Den kraftiga ökningen 2024 följt av en tydlig förbättring 2025 tyder på att åtgärder har haft effekt, men att fortsatt fokus krävs.

En närmare samverkan med Habo Tandvård har implementerades i Habo kommun med start i slutet av 2023. Detta arbete har fortgått 2024 och 2025. Enligt uppföljning av denna samverkan, så upplever både Habo kommun och Habo Tandvård att de ser positiva effekter av denna samverkan. Något som upplevs ha förbättrats sedan tidigare är att patienterna snabbare får en kontakt med tandvården vid inflyttning till Kärrsgården samt att riskbedömningar utförs oftare. Detta för att kunna förebygga och åtgärda ev munohälsa. Det upplevs också positivt i att patienterna regelbundet går till tandhygienist. Vid flertalet tillfällen har man i samverkan löst svårigheter när till exempel vissa patienter inte velat gå till tandläkaren- men ändå haft ett behov av tandhygienist. Där har tandhygienisten istället kunna utföra tandvård hemma hos patienten.

Gällande de bakomliggande orsakerna till munohälsa så var de vanligaste orsakerna just-*Nedsatt förmåga att förstå information och instruktion.*

Gällande de övriga vanligaste orsakerna *Nedsatt funktion i hand/arm eller nedsatt allmäntillstånd som försvårar munvård*, samt *Nedsatt funktion i mun- och ansiktsmuskulatur* så är det orsaker som ofta går att stödja från vårdpersonal. Det stämmer väl överens med de vanligaste åtgärderna som planerats- vilka just handlar om assistans eller hjälp till munvård.

Utöver detta så föranleder alltid en grad 2 eller sämre på riskbedömningen en kontakt med tandvården.

#### **Åtgärd:**

- Fortsatt nära samarbete med folktandvården samt Habo Tandvård.
- Fortsätta årliga utbildningar för omvårdnadspersonal från Folktandvården.
- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.

#### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Uppföljning årligen med samverkansaktörer såsom Habo tandvård och Folktandvården.

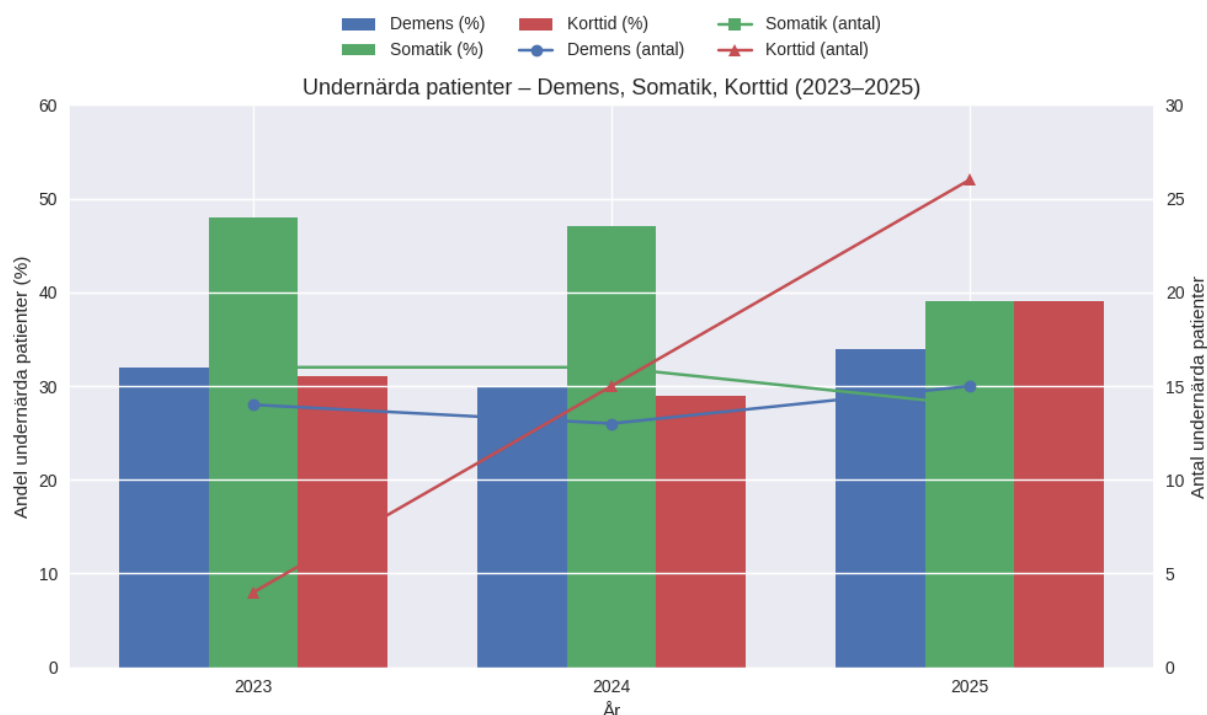
### **Udernäring**

**Mål:** Nollvision för udernäring

#### **Resultat:**

Mätning av antal patienter som är udernärda i verksamheten mäts endast genom kvalitetsregistret Senior alert. Dessa registrerades främst på Kärrsgårdens enheter. Detta då registret inte används fullt i ordinärt boende.

Enligt senior alert var totalt 54 patienter av de 147 som riskbedömdes, udernärda = 37% (2024: 45/140 = 32%) (2023: 41/118 = 35%).



Figur 10 Visar utveckling av undernärda patienter på Kärrsgården. Både i procent och antal för demensenheter, somatiska särskilda boenden och korttidsenheten under åren 2023–2025. Staplarna visar andelen patienter som är undernärda, medan linjerna visar det faktiska antalet patienter som är undernärda.

De 3 **vanligaste bakomliggande orsakerna** till undernäring 2025 var:

- Bakomliggande sjukdom
- Läkemedelsbehandling
- Avvikande ätbeteende

De 3 **vanligaste åtgärderna** som planerades för att minska risken för undernäring 2025 var:

- Vägning minst 1 gång var tredje månad
- Berikad kost
- Uppmuntran och påstötning

### Analys av resultat:

Undernäring är en central patientsäkerhetsfråga eftersom den påverkar sårhäkning, infektionskänslighet, ork, funktionsförmåga och livskvalitet. Analysen visar att utvecklingen varierar mellan enheterna:

- **Somatik** visar en **tydlig förbättring** över tid.
- **Korttidsenheten** har en **instabil trend och ökar både andel undernärda samt antal undernärda.**
- **Demensenheterna** ligger relativt stabilt men på en **förhöjd nivå.**

Demensenheterna ligger stabilt på en relativt hög nivå av undernäring. Ökningen 2025 är liten men viktig att följa, eftersom personer med demens ofta har: nedsatt aptit, svårigheter att äta själv, svårigheter att känna hunger eller törst. Gällande demensenheterna så kan en anledning till flertalet undernärda bero på den kognitiva svikten som finns hos patienterna på demensenheterna, vilket medför extra svårigheter i motivation och förståelse för de förebyggande insatserna som görs/planeras.

Särskilt boende/Somatik visar en **tydlig och positiv förbättring**. Andelen undernärda minskar från mycket höga nivåer 2023–2024 till 39% år 2025. En anledning skulle kunna vara en ökad medvetenhet hos vårdpersonal och det förebyggande arbetet på individnivå.

En annan anledning till denna trend kan vara att under 2025 har kostenheten varit behjälplig i att ta fram redskap som möjliggör för omvårdnadspersonalen att lättare ta fram information om vad exakt varje måltid innehåller. Detta leder till en bättre näringsberäkning av varje måltid. Det är nu även lättare att veta vad som menas med en ”normal” portion- och vad den förväntas innehålla. Genom dessa redskap så går det lättare att beräkna dagligt näringsintag- som leder till att sjuksköterskan kan bedöma om vilket näringsintag patienten behöver. Utöver detta har från 2025 all kost på Kärrsgården energiberikats som grund. Om behov finns av icke berikad kost ska detta specialbeställas. Tidigare år har det varit tvärtom- att om behov fanns av energiberikad kost skulle detta specialbeställas- nu ingår det som standard till alla.

Det kan också vara att på särskilt boende/somatik har patienterna lättare att ta till sig förebyggande åtgärder och kunskap samt motivation till insatser för att minska risker.

Trots förbättringen är nivån fortsatt hög, vilket innebär att arbetet behöver fortsätta med samma intensitet.

Korttidsenheten har en **instabil utveckling**, vilket är förväntat i en verksamhet med snabb patientomsättning och varierande vårdtyngd. Korttiden visar en försämring jämfört med tidigare år. Detta kan spegla en mer vårdkrävande patientgrupp samt fler patienter med akut försämrat näringsstillstånd. Det upplevs i verksamheterna att många av de inskrivna på korttiden kommer från sjukhuset och har ett fortsatt stort vårdbehov och upplevs ha ett stort hälso- och sjukvårdsbehov. Att vara svårt sjuk i bakomliggande sjukdomar påverkar matlusten och påverkar även risken för undernäring. Det har också under året varit flertalet patienter på korttiden med demensproblematik som kvarstannat länge på korttiden i väntan på platser särskilt boende- vilket kan påverka statistiken.

Sedan projekt senior alert startades i slutet av 2022 har vårdpersonalen på enheterna på Kärrsgården uppmärksamats på mellanmålets betydelse och vikten av proteinrika mellanmål. Bland annat så uppmärksammades detta genom en utbildning i kost för äldre av den dietist som hölls 2023. Det finns en tradition av att servera kaffe med kex/vetebröd till mellanmål. Flera enheter på Kärrsgården tog till sig av utbildningen och försök har gjorts i att hitta alternativa mellanmålslösningar med mer proteinrikt innehåll- såsom Keso, kvarg och ägg. Under 2025 har köket möjliggjort att det numera går att beställa ägg varje dag. Dock upplevs det i enheterna som att det finns åtgärder som kan vidtas för att ytterligare se över hur kosten kan förbättras på varje enhet. Behov finns av ett större gemensamt grepp om kosten som en helhet för hela Kärrsgården- inte endast varje enhet för sig.

En av de vanligaste bakomliggande orsakerna på alla enheterna beskrivs vara *Bakomliggande sjukdom*.

Något annat som beskrivs påverka risken för undernäring är *Läkemedelsbehandling* samt *Avvikande ätbeteende*. För att åtgärda ett avvikande ätbeteende behövs stöttning vilket även beskrivs i de vanligaste planerade åtgärderna.

De ses dock att det inte är lika vanligt att vidta åtgärder kring läkemedel såsom läkemedelsgenomgång och liknande. Hör behövs en djupare analys göras.

I Habo kommun finns goda förutsättningar för samverkan med vårdcentralen genom utlagd läkarmottagning (ULM) samt Cosmic. Dessa strukturer bedöms vara centrala i det fortsatta arbetet med att förebygga och åtgärda risk för undernäring hos äldre.

Analys av Senior alert visar att bakomliggande sjukdom och läkemedelsbehandling är vanligt förekommande orsaker till nutritionsrisk. Samtidigt framkommer att läkemedelsrelaterade åtgärder, såsom läkemedelsgenomgång, inte alltid initieras trots identifierad risk. Under 2026 planeras därför ett mer strukturerat nyttjande av ULM och Cosmic i nutritionsarbetet.

Utöver detta behöver en djupare analys utföras på enhetsnivå och utifrån statistiken utföra nya förbättringsarbeten.

### **Åtgärd:**

- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten tillsammans med kostombud.

- Fortsatt dialog med kostenheten för att identifiera gemensamma förbättringar.
- Tillsammans med Vårdcentral analysera behov av förbättringsarbete kring läkemedelshantering.
- Identifierad risk för undernäring i Senior alert ska i högre grad användas som underlag vid ULM-besök. Sjuksköterska ansvarar för att aktuella riskbedömningar, observationer kring ätbeteende samt genomförda nutritionsåtgärder lyfts inför eller i samband med läkarkontakt. Vid ULM ska behov av läkemedelsgenomgång särskilt uppmärksammas hos patienter med risk för undernäring, vikttnedgång eller nedsatt aptit. Fokus ska ligga på läkemedel som kan påverka aptit, munhälsa, mag-tarmfunktion, trötthet och kognitiv förmåga.

### Uppföljning av åtgärd:

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

### Säker läkemedelshantering

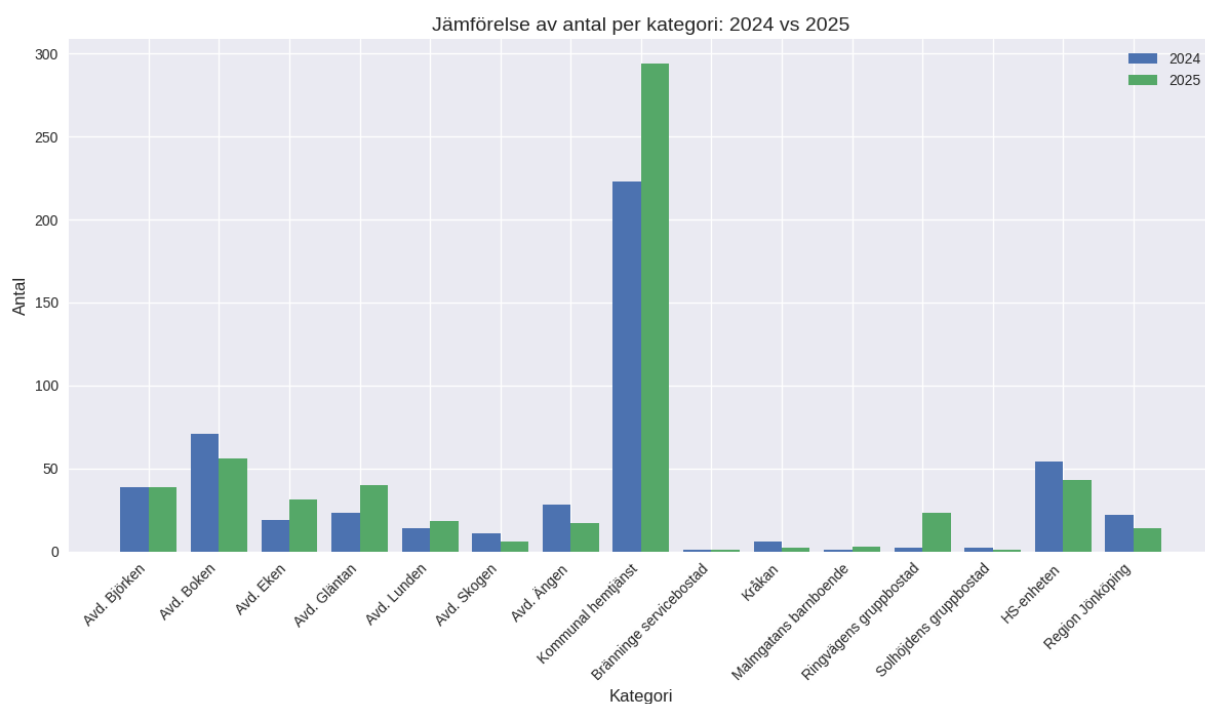
Läkemedelshantering är ett särskilt reglerat område där det förekommer fler riskmoment. Läkemedel ska förvaras och hanteras på ett säkert sätt för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att identifiera de risker som finns i verksamheten kan åtgärder vidtas för att minimera konsekvensen av dessa risker, för att undvika läkemedelsrelaterade vårdskador.

**Mål:** Nollvision för läkemedelsrelaterade vårdskador

#### Resultat:

Vid risker och avvikelser kopplade till läkemedelshantering ska detta rapporteras i avvikelssystemet DF respons.

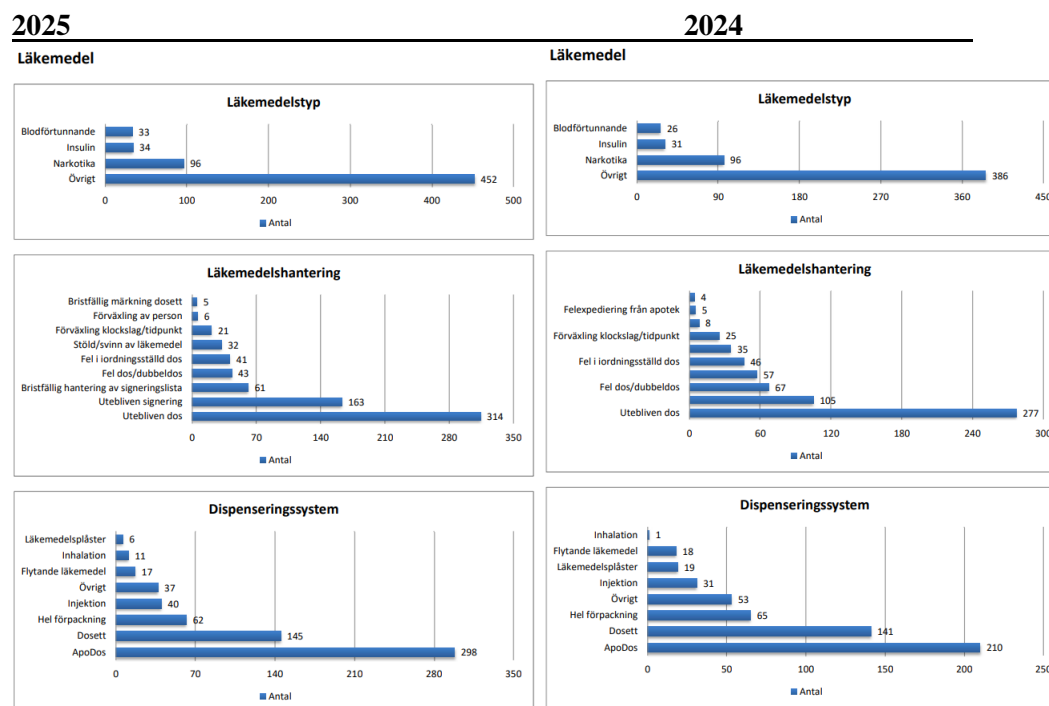
Under 2025 rapporterades totalt 590 händelser kopplade till avvikelse eller risk vid läkemedelshantering (2024: 514) (2023: 404).



Figur 11 Visar utveckling antal läkemedelsavvikelser för hela Habo Kommun för 2024-2025.

**Bakomliggande orsak** till avvikelserna beskrivs för 2025 som att man *Ej följt gällande rutin*, följt av *Brist i delegeringsförfarande*. Detta ses även 2024 som de vanligaste bakomliggande orsakerna.

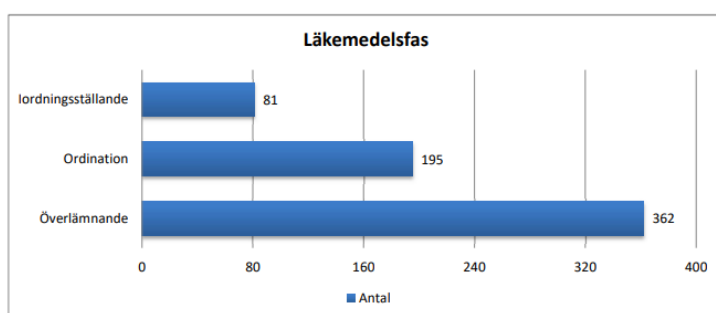
**De vanligaste åtgärderna** för 2025 handlar om *Gruppsamtal med personal* samt *Enskilt samtal med personal*. Även här ses samma resultat från tidigare år.



Figur 12. visar resultat av läkemedelsavvikelser för 2024 och 2025.

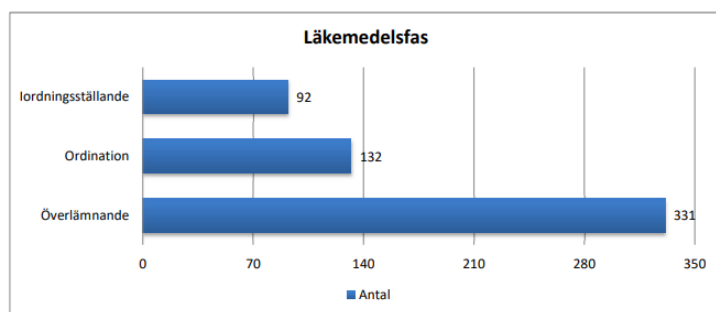
Gällande vad som inträffat i läkemedelshantering är den **vanligaste anledningen** 2025 *Utebliven dos*, följt av *Utebliven signering*. Även samma ses för 2024.

Apodos och Dosett är de vanligaste dispenseringsystemen.



Figur 13 visar läkemedelsfas för 2025.





Figur 14 visar läkemedelsfas för 2024.

### Analys av resultat:

Likt föregående år fortsätter läkemedelsavvikelseerna att öka. En säker läkemedelshantering är en central del av hög patientsäkerhet. När läkemedel hanteras korrekt och antalet läkemedelsavvikelser är lågt minskar risken för vårdskador och patienterna får en tryggare och mer effektiv vård. Få läkemedelsavvikelser bidrar till hög patientsäkerhet genom att risken för biverkningar, förlängda vårdtider och allvarliga skador reduceras. Patientens tillit till vården stärks när behandlingen är säker och konsekvent. Dessutom skapar en säker läkemedelshantering bättre förutsättningar för uppföljning och tidig upptäckt av eventuella problem.

Under 2025 rapporterades totalt **590 händelser** kopplade till avvikelse eller risk vid läkemedelshantering (**2024:514**) (**2023:404**). Ökningen kan delvis förklaras av en fortsatt god rapporteringsbenägenhet, men visar samtidigt att utmaningar kvarstår inom läkemedelshanteringen.

Analysen visar att de **vanligaste bakomliggande orsakerna** till avvikelser även under 2025 är att **gällande rutiner inte har följts** samt **brister i delegeringsförfarandet**. Detta mönster är oförändrat jämfört med föregående år och indikerar att tidigare vidtagna åtgärder inte haft tillräcklig effekt för att minska förekomsten av dessa typer av avvikelser.

Under 2025 har lokala läkemedelsrutiner framtagits i syfte att tydliggöra och förenkla. Dock upplevs det i verksamheten som att rutinerna inte är helt kända eller efterlevs till fullo. Behov finns av att förtydliga detta.

Den vanligaste typen av avvikelse är **utebliven dos**, följt av **utebliven signering**. Dessa avvikelser uppstår främst i samband med läkemedelsöverlämnande och signering, vilket också bekräftas av att den största andelen avvikelser sker i **överlämnandefasen**. Avvikelser i iordningsställande- och ordinationsfas förekommer i lägre omfattning. Dock ses en ökning av avvikelser kopplade till ordination för 2025. En trolig anledning till en ökning av avvikelser gällande just ordinationen kan bero på att under 2025 genomfördes en förändring i rutiner kring ordinationer och läkemedelslistor från region Jönköpings län, som påverkade Habo Kommun. Det har under året uppmärksammats en låg följsamhet från ordinerade läkare till den nya rutinen, vilket flertalet av dessa läkemedelsavvikelser beskriver. Se även avsnitt om läkemedelsavvikelser i samverkan med regionen nedan för åtgärder och analys.

Gällande analys av varför så många läkemedelsavvikelser handlar om utebliven dos och utebliven signering- måste analyseras vidare för varje enhet. Gällande utebliven signering kan en anledning vara att den digitala signering som idag vissa enheter använder inte är optimalt anpassad för endast signering av läkemedel. Det finns exempelvis ingen möjlighet att få påminnelser om man missar att ge läkemedel inom ett visst referensintervall, likt andra läkemedelssigneringssystem har. I Habo Kommun används digital signering av läkemedel via verksamhetssystemet Combine- och denna signering är inte anpassad till just läkemedel. En annan anledning till missad signering kan vara att den digitala hanteringen upplevts på enheterna vara "krånglig" med in och utloggningar i system som tagit lång tid och man har behövt göra om inloggningen flera gånger. Arbete med förenklad inloggning har pågått på Kärrsgården under hösten 2025 och resultat borde i så fall märkas under 2026.

Dock ses flertalet vinster i att använda sig av digital signering då ändringar görs i realtid som underlättar. Det blir också tydliga signeringar och läkemedelshanteringen går snabbare och lättare att följa.

Åtgärder som vidtas är oftast **gruppsamtal med berörd personalgrupp** eller **enskilda samtal**. Den legitimerade personalen beskriver att de oftast inte kan se ett mönster i att det är enskilda individer som missar. Deras upplevelse är att det är generellt. Detta behöver dock analyseras på en djupare nivå.

Avvikelseerna är huvudsakligen kopplade till dispenseringsystemen **Apodos** och **Dosett**, vilka också är de mest frekvent använda systemen i verksamheten. Apodos är det dispenseringsystem som upplevs som mest patientsäkert och kontrollerat och minskar risken för att patienterna får fel läkemedel. Gällande läkemedelstyper utgör kategorin **övriga läkemedel** den största andelen avvikelser- vilket innefattar just Apodos och Dosett. Samtidigt förekommer avvikelser kopplade till **insulin, blodförtunnande läkemedel och narkotika**, vilka är att betrakta som särskilt riskfyllda ur patientsäkerhetssynpunkt och därför kräver fortsatt uppmärksamhet. Här behöver en djupare analys göras kring dessa riskläkemedel.

Hemtjänsten är den enhet där flest läkemedelsavvikelser sker men hemtjänsten har också flest patienter och flest antal medarbetare. Samtidigt fortsätter antalet avvikelser att öka. Hemtjänsten är en riskenhets för läkemedelshandling och har varit det även föregående år. I hemtjänsten används ännu inte digitala signeringar, däremot används digitala läkemedelsskåp och inloggningar i skåp sker via app. Sedan dessa skåp infördes på grund av säkrare läkemedelshandling så beskrivs det på enheterna som att själva tiden för att ge läkemedel har ökat senaste åren. Det kan bland annat bero på inloggningar i skåp som tar längre tid. Plan finns för 2026 att implementera så kallat *enkla inloggning* på hemtjänsten likt särskilt boende för att minska tiden.

Som tillägg upplevs det också på grund av nya läkemedelslistor i organisationen som att det tar längre tid för omvårdnadspersonalen att läsa dessa listor. De behöver tid för att kunna utföra uppgiften säkert och inte missa något läkemedel. Det är lätt att missa något läkemedel om man är stressad- då läkemedelslistorna är långa och i många fall svårästa. Hur listorna ser ut kan inte Habo Kommun påverka- de är gemensamma för hela regionen.

Verksamheten beskriver även tidsbrist och tidsstress. Från 2025 används numera så kallat RAM-beslut i hemtjänsten som skulle underlätta och minska detaljstyrning på timmar och istället utgå ifrån individens behov. Förändringsarbetet är dock inte helt utvärderat ännu och det är svårt att se effekter av detta.

Skogen är enhet på Kärrsgården som sticker ut positivt i lågt antal avvikelser. En anledning beskrivs i verksamheterna som att det är en stabil personalgrupp med en sjuksköterska som är tillgänglig och gott samarbete mellan enhetschef och omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Gläntan har mer än dubblat sitt antal jämfört med föregående år. En anledning beskrivs i verksamheten som att gläntan är en avdelning där personalen har en hög korttidsfrånvaro och som många gånger saknar struktur och gemensamma arbetssätt i gruppen, vilket genererar olika läkemedelsavvikelser. I övrigt sticker inte enheten ut när det gäller kompetens eller patientklientel. Här behövs en djupare analys göras på enheten tillsammans med legitimerad sjuksköterska för att identifiera och ta fram förslag till förbättringar.

Korttidsenheten har jobbat aktivt med läkemedelsavvikelser under 2025. Inkomna avvikelser under 2024 var på en hög nivå och på boken har man under året arbetat med närvaro av sjuksköterska och enhetschef genom dagliga avstämningar på enheten. Det har även pågått ett aktivt arbete från sjuksköterska på korttiden i att informera på individnivå men också på gruppnivå. Detta kan vara en anledning till att avvikelserna minskat.

På särskilt boende/somatik är det främst Eken som ökar sina avvikelser jämfört med Björken som ligger på ungefär samma nivå som tidigare.

Ringvägen är en enhet som sticker ut och har gjort en drastisk ökning i antal avvikelser från 2024. Detta trots en relativt liten patientgrupp. Detta tros bero på att verksamheten beskriver att de under året jobbat mycket med att uppmärksamma eventuella avvikelser och att de ser effekt av att rapporteringsbenägenheten har ökat.

Planerade åtgärder för 2025 var bland annat att genomföra **en djupare analys av läkemedelsavvikelser** som skulle ske på varje enhet av enhetschef samt legitimerad personal. Detta har inte blivit utfört. En anledning kan vara att detta förbättringsarbete kräver styrning och gemensam prioritering för både hälso- och sjukvårdsenheten men även för övriga verksamheter. Behovet kvarstår men kräver ett tydligt beslut och riktning från ledning för att få till en förbättring. För att minska antalet läkemedelsavvikelsler på varje enhet så behövs en nära samverkan mellan legitimerad personal och enhetschef som tillsammans kan göra en djupare analys och identifiera bakomliggande orsaker. Fördjupad analys av läkemedelsavvikelser i hemtjänsten bör genomföras, med fokus på arbetsmiljö, tidsfaktorer, systemstöd och arbetssätt.

För 2025 var det även planerat att försöka göra ett förbättringsarbete kring att **införa Läkemedelsrobotar** till vissa patienter. Kommunal utveckling erbjöd stöd i detta arbete och flertalet visningar av olika läkemedelsrobotar gjordes. Dock fattades inga beslut från ledning gällande riktning, prioritering eller införande- vilket resulterat i att inget beslut fattades om införande. Något som dock sågs från ledning var att användandet av läkemedelsrobotar måste börja tidigare, innan de blir inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, det måste börja på vårdcentralen.

Flertalet kommuner i Länet samt övriga delar av Sverige har dock implementerat ett välfungerande arbetssätt kring läkemedelsrobotar och nytta av detta ses i verksamheten. Behovet kvarstår. Genom en läkemedelsrobot kan patienten själv ta sina läkemedel på utsatt tid- istället för att invänta exempelvis hemtjänstpersonal.

En annan åtgärd som planerades för 2025 var att se över möjligheten till **andra digitala system** som hjälper till, genom påminnelser om att läkemedel inte **blivit givet på utsatt tid**. Inga beslut är fattade under året kring denna punkt. En anledning till det kan vara att dels har ingen djupare analys gjorts på enheterna som kan ligga till grund för att motivera en förändring, men det handlar även om att det under året varit otydligt i hälso- och sjukvårdens styrning. Dels genom chefsbyte på hälso- och sjukvårdsenheten men även kring byte av ansvar som Verksamhetschef HS, samt ändringar i struktur för ledningsgrupper. Detta har påverkat vart och hur hälso- och sjukvårdens ska lyftas och roller och ansvar har varit otydligt. Många av hälso- och sjukvårdens insatser görs av andra enheter än hälso- och sjukvårdsenheten och därav behövs en tydlig plan som innefattar alla verksamheter. Hälso- och sjukvårdens strategiska frågor behöver lyftas och samverkas för att få effekt. För att få effekt och styrning behövs en tydligare struktur i ansvar och roller för 2026.

Utifrån att brister i delegeringsförfarandet fortsatt är en vanlig bakomliggande orsak till läkemedelsavvikelser ska delegeringsprocessen ses över under 2026. Detta arbete ska ske i enlighet med Socialstyrelsens reviderade föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37). Som en del i detta finns ett stort behov av att införa ett digitalt system för delegering, i syfte att säkerställa gemensam grundutbildning, tydligare dokumentation, förbättrad uppföljning samt planerade uppföljningssamtal vid förnyelse av delegeringar. Delegering ska i högre grad kopplas till riskbedömning och avvikelshantering.

### **Åtgärd:**

- Delegeringsprocessen ses över i sin helhet i enlighet med reviderad HSLF-FS 2017:37.
- Digitalt system införs för att:
  - säkerställa gemensam grundutbildning
  - dokumentera kompetens
  - underlätta uppföljning och förnyelse av delegeringar

- Planerade uppföljningssamtal införs vid förnyelse av delegeringar.
- Delegering ska kopplas tydligare till avvikelshantering och riskbedömning.
- Tydligt forum fastställs för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor. Uppföljning av beslutade åtgärder sker strukturerat och återkommande. Roller och ansvar mellan verksamhetschef, MAS och enhetschefer tydliggörs.
- Under 2026 ska enhetsvisa fördjupade analyser genomföras, där enheter med ökat antal avvikelser analyseras tillsammans med legitimerad personal för att identifiera lokala förbättringsområden. Samtidigt ska enheter med goda resultat användas som referens för fungerande arbetssätt och god samverkan i teamet.
- Samverkan med vårdcentral kring läkemedelsgenomgångar och läkemedelshantering

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå, visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och planering av åtgärder tillsammans med MAS.

### **VRI (vårdrelaterade infektioner)**

Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av VRI. Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer och dels antalet infektioner förvärvade i särskilda boenden. Resultaten av dessa kartläggningar bör ligga till grund för lokala förbättringsarbeten och vara en del av kommunens kvalitetsarbete inom vård och omsorg. Det är viktigt att kartlägga och följa förekomsten av riskfaktorer hos vårdtagare, då förekomst av riskfaktorer har starkt samband med uppkomst av VRI.

**Mål:** Minskat antal vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer.

#### **Resultat:**

Under 2025 slutade smittskydd och Vårdhygien att efterfråga och sammanställa de inventeringar som skulle göras i kommunerna gällande registreringar av riskfaktorer och förekomst av infektioner på särskilt boende. Att använda sig av att registrera riskfaktorer och infektioner är ett sätt att kunna mäta för att kvalitetssäkra vården. Resultat/årssammanställning har tidigare erhålls till kommunerna i februari av smittskydd och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och använts som underlag till förbättringsarbete kommande år. Men på grund av låg efterfrågan från kommunerna samt låg efterlevnad i länets kommuner, togs detta arbetssätt bort.

För Habo kommun har detta inneburit att registreringar inte blivit utförda i samma utsträckning som tidigare och många gånger har prioriterats bort. I samband med att smittskydd ändrade sina arbetssätt föreslogs ett annat arbetssätt internt. Detta förslag beslutades aldrig och inga andra åtgärder planerades. Varpå ingen sammanställning kan göras när det gäller vårdrelaterade infektioner.

#### **Analys av resultat:**

Förslag har funnits på ett internt arbete med att säkerställa kvalitet. Detta beslutades aldrig och inga andra åtgärder vidtogs. För att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården och göra förbättringar krävs en engagerad ledning och styrning med tydlighet i ansvar och roller. Det behöver också finns forum att ta beslut i kring hälso- och sjukvårdsfrågorna.

Under 2025 har det varit otydligt i hälso- och sjukvårdens styrning. Dels genom chefsbyte på hälso- och sjukvårdsenheten men även kring byte av ansvar som Verksamhetschef HS, samt ändringar i struktur för ledningsgrupper. Detta har påverkat vart och hur hälso- och sjukvårdens ska lyftas och roller och snavar har varit otydligt. Många av hälso- och sjukvårdens insatser görs av andra enheter än hälso- och sjukvårdsenheten och därav behövs en tydlig plan som innefattar alla verksamheter. Hälso- och sjukvårdens strategiska frågor behöver lyftas och samverkas för att få effekt. För att få effekt och styrning behövs en tydligare struktur i ansvar och roller för 2026.

### Åtgärd:

- Under 2026 införs ett lokalt, strukturerat arbetssätt för uppföljning av vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer inom särskilt boende. Uppföljning ska ske kvartalsvis genom registrering av ett begränsat antal riskfaktorer och infektionstyper. Resultaten ska analyseras på enhetsnivå och sammanställas förvaltningsövergripande för att ligga till grund för riktade förbättringsåtgärder samt samverkan med vårdcentral. MALL för detta ska tas fram.

- Årlig utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning.

- Behov av samarbete med regionen (vårdcentral) kring att minska riskfaktorer.

### Uppföljning av åtgärd:

- Resultat lyfts av enhetschef på apt. Används som underlag till förbättringsarbete kommande år.

- MAS sammanställer och informerar ledning:

- vilka riskfaktorer som ökar
- vilka enheter som behöver stöd
- Ledningen beslutar:
  - riktade insatser
  - utbildning

## 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 bejagas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

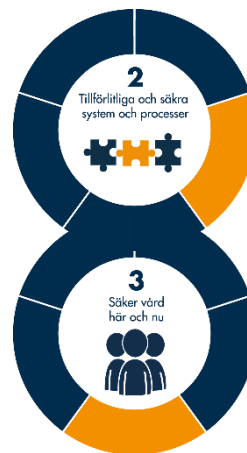
### Säker vård här och nu

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.

### Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun:

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Habo kommun styrs verksamheterna, hälso- och sjukvårdsenheten inkluderat, av verksamhetsspecifika kvalitetsfaktorer i enighet med kommunens styrmodell, budget, socialnämndens mål och kommunfullmäktiges övergripande mål. Hälso- och sjukvården styrs av gällande lagstiftning som rör hälso- och sjukvården.

- Plan fanns för 2025 att uppföljning av kvalitet skulle redovisas i kvartalsrapporter till socialnämnd samt ledningsgrupp. Detta har inte utförts.
- 2024 påbörjades arbetet med att arbeta med patientsäkerhet utifrån Nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Arbetet var planerat att fortgå under 2025. Men på grund av vakans på chefsroller samt ny enhetschef för hälso- och sjukvården har detta arbetet inte hunnit komma igång 2025. Ny mall för handlingsplan är framtagen från socialstyrelsen och gäller för 2025-2030. Målsättningen är att under 2026 göra en ny kartläggning utifrån nuläget lägga en plan för kommande år framåt.



- Arbete med styrmodellens kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer fortsatte under 2025. Detta mäts på enheten och avvikelser rapporteras till Verksamhetschefer. Under 2026 kommer ett nytt arbetssätt att införas i hela kommunen.

## 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.

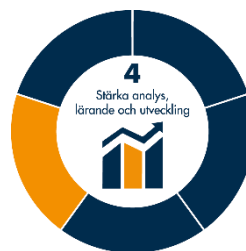
Risker i verksamheten identifieras och uppmärksammas via rapportering av händelser i avvikelssystemet DF respons.

Riskanalyser har skett i verksamheterna. Bland annat har riskbedömning gjorts inför sommaren avseende bemanning. Efter det har handlingsplan skapats där man förtydligat prioriteringsordning för hur resurser ska fördelas vid bemanningsbrister.

Riskanalyser på individnivå genomförs kontinuerligt i verksamheten.

## 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*

### Externa avvikelser

För att överlämna och analysera händelser som sker i samverkan finns två händelseråd i samverkan mellan huvudmännen, ett för somatisk vård och ett för psykiatrisk vård. I händelseråden finns representanter för Region Jönköpings läns verksamheter samt representanter för de tre kommunerna Jönköping, Habo och Mullsjö. Händelseråden är organiserade under och rapporterar till respektive arbetsgrupp enligt ledningssystemet i samverkan.

### Händelseråd psykiatri

I händelserådet för psykiatri har Habo Kommun överlämnat 3 händelser till regionen som hanterats under året, vilket är ungefär i samma nivå som föregående år. 2 av dessa har handlat om läkemedelsavvikelse - läkemedelsförändringar som gjorts som ej meddelats till kommunen, samt läkemedelslistor som ej överensstämmer. En avvikelse handlade om kommunikation och samordning.

En avvikelse har skrivits till Habo Kommun och handlade om samverkan/kommunikation.

Generellt i kommunerna och regionen minskar antalet avvikelser. Detta är en pågående trend från föregående år. Tidigare år har en större andel avvikelser främst berört vårdplaneringsprocessen. Under flera år har workshops kring Cosmic Link och vårdplaneringsprocessen genomförts för personal från psykiatriska kliniken, vårdcentraler och de tre kommunerna. Dessa insatser kan ha bidragit till att

antalet avvikelser kopplade till vårdsamordningsprocessen har minskat i samverkan jämfört med tidigare år.

Minskningen av avvikelser kopplade till vårdplaneringsprocessen kan indikera att genomförda workshops och utbildningsinsatser haft positiv effekt. Däremot kvarstår behovet av förbättrad informationsöverföring mellan slutenvård och kommunens sjuksköterskor.

#### **Händelseråd Somatik**

Händelserådet för somatik består av chefssjuksköterska Länssjukhuset Ryhov, medicinskt ansvariga sjuksköterskor Mullsjö-, Habo- och Jönköpings kommun och verksamhetschef Bra Liv Hälsan 2 vårdcentral. Vid träffarna analyseras händelser som skett i samverkan. Händelserådet föreslår åtgärder på en övergripande nivå. Händelserådet rapporterar en sammanställning av händelserna till arbetsgrupp äldre som beslutar föreslagna om åtgärder. Sammanställningen skickas även till strategigrupp äldre.

Under 2025 har det rapporterats totalt runt ca 150 händelser. Det är en minskning med ca 50 avvikelser mot föregående år. Det är även en fortsatt minskning jämfört med tidigare år.

Habo kommun har rapporterat runt 25 avvikelser i samverkan vilket är en minskning med ca 50% föregående år. 17 av dessa är skrivna till regionens primärvård och handlar om läkemedelshantering. Merparten har handlat om läkemedelslistor som inte stämmer överens. En ökning här tros bero på det förändrade arbetssätt kring läkemedelslistor som beslutades under 2025 från regionen. Beslut togs att COSMIC ska gälla som läkemedelslista- men då kommunerna inte alltid har tillgång till denna så används i många fall Läkemedelslista från Pascal. Kommunerna måste ha två läkemedelslistor att utgå ifrån för säker läkemedelshantering och då krävs att läkare ordinerar i COSMIC och att ordinationen även stämmer på Pascal läkemedelslista. Arbetssättet medför stora patientsäkerhetsrisker och ämnet diskuteras i lokala arbetsgrupper för att försöka minska risker. Utöver detta har även en nära dialog förts med Habo Vårdcentral i samverkan för att försöka komma tillrätta med följsamhet till rutiner.

En avvikelse är skriven till Habo kommun och gäller risk för brister i sekretess.

Kommunerna har rapporterat de flesta avvikelserna och därefter medicinsk vård. En fortsatt låg rapportering ses av vårdcentralerna. Liksom senaste årens rapporter har flertalet händelser handlat om brister i läkemedelshantering. Som föregående år handlar det oftast om att ordinator ej förmedlat förändringar i ordinationen samt läkemedelslistor som ej överensstämmer.

Stora utmaningar framåt ses gällande en säker läkemedelshantering i vårdens övergångar. Detta är en återkommande diskussion och förbättringsarbete pågår ständigt i samverkan med kommun och region i att hitta den mest patientsäkra lösningen.

Under 2025 har ett förbättringsarbete pågått för att se över strukturen för händelserådet med syfte att öka återkopplingar på inrapporterade avvikelser. I förhoppning att detta kan medföra en ökad benägenhet i att rapportera. Behov finns av snabbare återkoppling av rapporterade avvikelser. Ett förslag på arbetssätt är framtaget och startar från och med 2026.

#### **Patientnämnden 2025**

Habo kommun har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden. Vanligtvis hanteras ärendet direkt i verksamheterna istället. Under 2025 har ett ärende inkommit till patientnämnden. Ärendet gällde synpunkter på hälso- och sjukvården och hanterades även som ett inkommande klagomål till Kommunen. Klagomålet handlade om uppfattade brister i vården.

Ärendet utreddes internt som en möjlig vårdskada och ärendet samverkades även med vårdcentral samt Chefläkare för patientsäkerhet. Utredningen visar på brister i kommunikation och information från vården samt dokumentationsbrister i samverkan för en säker vård. Dock sågs ingen risk för vårdskada i utredningen. För att minska risken för att något liknande inträffar igen har ett arbete

påbörjats kring förbättrad dokumentation och en närmare samverkan med vårdcentral kring palliativa patienter och palliativa vårdplaner.

## Interna avvikelser

### Analys och sammanfattning avvikelshantering 2025

I förvaltningen har det totalt rapporterats drygt 1600 avvikelser under året, det vill säga både rörande socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt hälso- och sjukvård.

Närmare 90 procent av de inrapporterade avvikelserna inträffade inom äldreomsorgen. Av dem gällde hälften kommunal hemtjänst. Cirka 5 procent inträffade inom kommunal hälso- och sjukvård och omkring 3,5 procent inom funktionshinderomsorgen. Drygt 1 procent gällde individ- och familjeomsorg (inklusive myndighetsenheten vård och omsorg) 2025 rapporterades 15 procent fler avvikelser än under 2024, vilket motsvarar cirka 200 rapporter. Här kan även nämnas att antalet avvikelserapporter ökade med 25 procent från 2023 till 2024. Ökningen från 2024 till 2025 består i huvudsak av rapporter som gäller fall. Även läkemedelshändelser har ökat. Både fall och läkemedelshändelser rör främst hälso- och sjukvård. Den tredje vanligaste avvikelserna är ”annan händelse”. När en avvikelse rapporteras får rapportören välja om det rör fall, läkemedel eller annan händelse. När chef tar emot rapporten behöver denne göra en ny kategorisering av ”annan händelse” och välja en mer detaljerad beskrivning. Det görs inte alltid, vilket visar sig i statistiken.

### Enhet där avvikelserna inträffade

Enhet	Antal	Fördelning
Funktionshindersomsorg	58	3,6%
Individ- och familjeomsorg	21	1,3%
Kommunal hälso- och sjukvård	83	5,1%
Region Jönköping	40	2,5%
Äldreomsorg	1425	87,5%
(tom)	1	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1628</b>	<b>100,0%</b>

Figur 15 visar var avvikelserna inträffade.



Typ av avvikelse		
Typ	Antal	Fördelning
Fall	675	40,1%
Läkemedelshändelse	590	35,0%
Annan händelse	164	9,7%
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	3,7%
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	38	2,3%
Brist i/utebliven personlig hygien	24	1,4%
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	20	1,2%
[Ingen åtgärd vidtagen]	20	1,2%
Brist i/utebliven tillsyn	15	0,9%
Brist i/utebliven dokumentation	14	0,8%
Tryckskada/trycksår	13	0,8%
Hot och våld	13	0,8%
Brist i trygghet	11	0,7%
Ovärdigt bemötande	6	0,4%
Brist i handläggning	5	0,3%
Brist i/uteblivna servicetjänster	4	0,2%
Bruten sekretess	3	0,2%
Övergrepp/oegentlighet	3	0,2%
Brist i/utebliven rehabilitering	2	0,1%
Brist i mathållning	2	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1685</b>	<b>100,0%</b>

Figur 16 beskriver typ av händelse som avvikelserna gäller.

En anledning till att flertalet avvikelser är riktade mot hälso- och sjukvård kan vara att det rapporteringsverktyg som används, DF respons, i dagsläget fokuserar på tre olika avvikelser: Läkemedel, Fall och Annat.

En annan anledning kan vara att det inom hälso- och sjukvården finns en stark kultur och tradition av att rapportera avvikelser.

Förbättringsarbeten kopplat till avvikelser sker i respektive verksamhet.

Funktionshinderomsorgen och delar av äldreomsorgen rapporterar fortsatt in endast ett fåtal avvikelser. Arbete påbörjades under 2024 kring förbättrad avvikelshantering och förbättringar kopplat till detta som har fortgått under 2025.

## 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.



### Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2025:

- Habo Kommun har tillsammans med räddningstjänst och Länsstyrelsen 2024 arbetat med att stärka den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskap bland annat genom att utveckla arbetet med kontinuitetshandling. Detta arbete har fortsatt under 2025 då bland annat en stor krisövning genomfördes i Kommunen, där även socialförvaltningen ingick.
- Internkontroll har skett avseende kunskap kring vårdskador.
- Pågående arbete med arbetsgrupp kring avvikelshantering- och förbättringar kopplat till detta.
- Gällande säker dokumentation har en arbetsgrupp startats kring verksamhetssystemet Combine och hur dokumentation kan utföras säkert och enligt gällande föreskrifter och lagar.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För att fortsatt kunna erbjuda en god och säker vård behöver arbetet med patientsäkerhet i Habo kommun utvecklas i takt med förändrade förutsättningar. Den medicinska och tekniska utvecklingen, ökade krav på digitalisering, omställningen till Nära vård samt utmaningar kopplade till kompetensförsörjning och ekonomiska förutsättningar ställer ökade krav på ett strategiskt och långsiktigt arbetssätt.

Vård och omsorg i Habo kommun är i en omställning mot Nära vård, där patientens delaktighet, kontinuitet och tillgång till vård i rätt tid och på rätt plats är centrala utgångspunkter. Detta ställer krav på en sammanhållen vård, tydlig samverkan mellan olika aktörer samt arbetssätt som stärker både patientsäkerhet och kvalitet i vårdens övergångar.

En av de största utmaningarna de kommande åren är kompetensförsörjningen. För att möta detta arbetar verksamheten strategiskt med att säkerställa rätt kompetens på rätt nivå och att använda tillgängliga resurser på ett mer ändamålsenligt sätt. Som en del i detta pågår ett arbete med att utreda differentierade arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, i syfte att tydliggöra ansvar, effektivisera arbetssätt och säkerställa att legitimerad personals kompetens används där den gör störst nytta ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Digitalisering utgör ett viktigt verktyg för både kvalitetssäkring och effektivisering. Under kommande år implementeras återkommande digitala utbildningar inom hälso- och sjukvård för berörd personal. Dessa syftar till att säkerställa en gemensam kunskapsnivå, stärka följsamheten till rutiner och skapa långsiktiga förutsättningar för kompetensutveckling, även vid personalomsättning. Vidare planeras införande av nytt hälso- och sjukvårdsjournalssystem i Combine, vilket bedöms skapa bättre förutsättningar för ändamålsenlig dokumentation, informationsöverföring och uppföljning ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

För att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har en distriktssköterska avsatts med ett utökat administrativt uppdrag. Uppdraget omfattar att se över, revidera och kvalitetssäkra befintliga lokala rutiner i syfte att skapa en enhetlig grund inom verksamheten. Arbetet ska säkerställa att lokala rutiner är uppdaterade och följer nationella riktlinjer och evidensbaserade vårdprogram, bland annat inom palliativ vård, sårvård, vård vid inkontinens samt dokumentation och rapportering. Detta bedöms bidra till ökad följsamhet, tydligare arbetssätt och stärkt patientsäkerhet i hela organisationen.

Sammantaget utgör dessa strategier en viktig grund för att möta framtidens krav på hälso- och sjukvården i Habo kommun, där fokus ligger på patientsäkerhet, kvalitet, hållbar kompetensförsörjning och en vård som är nära, samordnad och personcentrerad.

## Samverkan Vårdcentral

Målen för samverkan med Habo vårdcentral är i stort sett som tidigare år. Samverkansträffar fortsätter regelbundet.

- Arbeta tillsammans utifrån nationellt vårdprogram för svårläkta sår.
- Arbeta tillsammans utifrån nationellt vårdprogram för palliativ vård
- Arbeta med gemensam dashboard och utifrån denna identifiera vissa områden att förbättra. Genom gemensam dashboard stärka vårdsamordningsprocessen- dels genom att på ledningsnivå identifiera kommande förbättringsarbeten.
- Tillsätta en gemensam arbetsgrupp som utgår ifrån dashboard för att identifiera individerna bakom siffrorna.
- Översyn av läkemedelsgenomgångar och rutiner för säker läkemedelshantering

## Intern samverkan

- Förbättringsarbete med riskbedömningar i Senior Alert i ordinärt boende.
- Fortsatt arbete med att skapa ökad enhetlighet inom hälso- och sjukvårdsenheten, med särskilt fokus på samordnarrollen.
- Förstärka intern samverkan genom omstrukturering av PAS-uppdraget där varje PAS ansvarar för två enheter kopplade till samma enhetschef, i syfte att skapa likvärdighet, tydlighet och förbättrad samverkan mellan sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal.
- Förbättringsarbete på särskilt boende/somatik gällande trycksår.
- Fortsätta utbilda personal inom BPSD.
- Utbilda fler inom Silviahemscertifieringen.
- Utbilda omvårdnadspersonal med grunderna inom social dokumentation.
- Ev. påbörja ett förbättringsarbete kring fall, se fallavvikelser ovan.
- Förbättringsarbete kring läkemedel, se läkemedelsavvikelser ovan.
- Stärkt delegeringsprocess med bland annat: Översyn av delegeringsförfarandet med fokus på tydlighet, uppföljning och dokumentation. Säkerställande av att delegeringar är aktuella och att personal har tillräcklig kompetens för tilldelade arbetsuppgifter. Planerade uppföljningssamtal vid förnyelse av delegeringar. Övergripande riskanalys av läkemedelshantering i verksamheterna.

## Beredskap och kontinuitetsplanering

- Kommuner och regioner blir skyldiga att från och med 1 januari 2027 lagrhålla sjukvårdsprodukter. Exempelvis läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning. Under 2026 påbörjas ett arbete för att säkerställa lagrhållning av sjukvårdsprodukter.

## Patientsäkerhet

- Fortsatt arbete med den nya MALLEN för handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
- 2026 förväntas en ny version av HSL-journalen i verksamhetssystemet Combine. Detta kommer att medföra flertalet utbildningsinsatser för legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. På sikt kommer den nya journalen att bättre möta upp de behov som finns i att kunna dokumentera utifrån gällande lagstiftning, och kommer därmed ge en ökad patientsäkerhet.
- Revidera rutin och process för vårdskador samt utifrån enkätsvar ta fram åtgärder i form av utbildningar för att öka kunskap kring vårdskador.
- Lyfta patientsäkerhetsfrågor i ledningsgrupp.
- För att kunna arbeta systematiskt med patientsäkerhet behövs ett digitalt verktyg för kvalitet, ledningssystem som möjliggör detta.

## Nära vård

Under 2026 planeras följande åtgärder och utvecklingsinsatser som knyter an till Nära Vård:

- En arbetsterapeut med spetskompetens inom funktionshinderomsorg kommer att ha huvuddelen av sin tjänst riktad mot denna målgrupp. Uppdraget syftar till att möta målgruppens behov samt att arbeta mer förebyggande i enlighet med ny socialtjänstlag, hälso- och sjukvårdslag samt LSS.
- Fortsätta arbetet med så kallad *utökad lokal samverkan mellan region och kommun*- med gemensamma förbättringsarbeten som bland annat arbete med gemensam Dashboard samt projekt med sjukhusvård i hemmet.
- Sammanhållen planering via 1177.se, ett arbete som drivs i länet mellan kommuner och region
- Cosmic till kommunerna

- Samverkan mellan kommunerna och regionen i alla strategigrupper.

### **Arbete utifrån evidensbaserade vårdprogram och nationella riktlinjer**

- En distriktssköterska kommer att ha ett särskilt administrativt uppdrag med fokus på förbättringsarbete inom:
  - kommunikation och rapportering
  - dokumentation
  - sårvård
  - palliativ vård
  - inkontinens

Uppdraget omfattar att ta fram nulägesanalyser, formulera mål, föreslå och implementera åtgärder i syfte att säkerställa följsamhet till nya lagar och föreskrifter samt stärka patientsäkerheten.

### **Internkontroll 2026**

- Kontroll av avvikelshantering, stickprov varje månad.