

Ansvarig för innehållet:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Hanna Hamilton

hanna.hamilton@upplandsvasby.se

Datum: 2026-04-29

Diarienummer: ON/2026:99

Patientsäkerhetsberättelse för Upplands Väsby kommun År 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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Utmaningar och förbättringsområden.....	6
FÖRKLARING TILL FÖRKORTNINGAR OCH BEGREPP	7
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	8
Engagerad ledning och tydlig styrning	8
Övergripande mål och strategier	8
Organisation och ansvar	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Intern samverkan	10
Extern samverkan	11
Informationssäkerhet	12
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Måluppfyllelse för 2025	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
Avvikelser	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	24
Fokusområden för HSL inför 2026	25

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen grundar sig på genomförda uppföljningar under 2025, verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser, dialoger med utförare och medarbetare, resultat i mätningar samt inkomna avvikelser. Analysen är genomförd av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och grundar sig på ovan nämnda informationshämtningar.

Omställningen till den nya socialtjänstlagen började gälla 1 juli 2025 och innebär att kommunal hälso- och sjukvård ska arbeta mer förebyggande, mer samordnat och mer kunskapsbaserat – särskilt i gränssnitten mellan socialtjänst, äldreomsorg och kommunal vård. Det påverkar både arbetssätt, dokumentation, samverkan och hur tidiga insatser organiseras. Upplands Väsby kommun tillsatte därför en projektledare för omställningen.

Under 2025 tillkom även ett par omfattande ändringar i HSL (SFS 2025:446) som ändrar flera centrala paragrafer i HSL:

- 11 kap. 1 § – kommunens ledning av hälso- och sjukvården kopplas nu direkt till nämnder enligt den nya socialtjänstlagen.
- 12 kap. 1–4 §§ – regler om kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boenden, dagverksamhet uppdateras för att harmonisera med den nya socialtjänstlagen.

Syftet är att anpassa HSL till den nya socialtjänstlagen och till omställningen mot god och nära vård, med skärpta krav på kvalitet och samverkan.

Regeringen överlämnade proposition 2025/26:19 ”Nästa steg för en god och nära vård” till riksdagen den 25 september 2025 och förslag om ikraftträdande 1 juli 2026 fastställdes.

Den handlar bland annat om tydligare krav på medicinsk kompetens i kommunerna i form av obligatorisk MAR, tydligare samverkansansvar med regionen, ökad kontinuitet samt en förbättrad patientsäkerhet.

Under 2025 har rollen som MAR även haft ansvaret att som hälsopedagog driva Upplands Väsbyns nu etablerade projekt ”Hjärnvägen”.

Under hösten 2025 gjordes en planering inför nya bestämmelser om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården som började gälla från den 1 januari 2026. En viktig ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) krävde att riktlinjer och rutiner skulle möta kraven om att vårdgivaren har ett tydligare ansvar för delegering av läkemedelshantering i verksamheten samt att det är en del av vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. En av uppdateringarna i riktlinjerna var att tydliggöra att hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera arbetsuppgifter när det är förenligt med kravet på god och säker vård och att den som delegerar ansvarar för att den som tar emot delegeringen har förutsättningar att fullgöra uppgiften, enligt grundläggande reglering av delegering i patientsäkerhetslagen (2010:659). Verksamheterna i egen regi övergick till att arbeta med Apotekets grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering för att ytterligare kunna försäkra en patientsäker och kvalitativ vård. Utbildningens syfte är att öka kunskapen kring läkemedelshantering vilket skapar större säkerhet och trygghet för både personal, verksamhet och patienter. Samtliga enhetschefer erbjöds en särskild utbildning om deras ansvar gällande delegeringar.

Under 2025 återupptog SÄBO-enheterna inom egen regi sitt arbete med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och två nya administratörer utbildades för att kunna leda arbetet framåt.

Upplands Väsby har sedan hösten år 2025 en hemtjänst i egen regi. Totalt är det fyra hemtjänstutförare som ska verka i kommunen enligt den senaste upphandlingen. Regionen är i detta fall huvudman för den sjukvård som utförs i hemtjänsten, men ett nära samarbete med kommunen har skett genom att erbjuda utbildningsinsatser i Metodrummet.

Under 2025 har verksamheten i Metodrummet genomgått en omställning med fokus på strukturutveckling och långsiktigt behovsanpassat utbildningsutbud. En ny ansvarig tillsattes, som även är ansvarig projektledare för kommunens arbete med palliativ vård. Arbetet har inriktats på ett framtagande av ett långsiktigt utbildningsprogram samt en omställning från trauma/krisberedskap till basal omvårdnad.

Utbildningsutbudet har baserats på dialog mellan MAS, chefer och medarbetare. Genomförda utbildningar har främst varit HLR, förflyttningsteknik, palliativ vård samt vårdhygien. Under 2025 genomfördes 78 utbildningstillfällen med cirka 780 deltagare parallellt med utbildningar ute i verksamheterna. Antalet utbildningar var lägre än tidigare år på grund av omställningen och prioritering av utvecklingsarbete.

Byte av leverantör för sjuksköterskejournaltjänster genomfördes utan större problem, tack vare god förberedelse och kontinuitet.

En dietist projektanställdes i augusti 2025 och har under hösten arbetat med att stärka patientsäkerheten inom nutrition genom att utveckla och kvalitetssäkra rutiner, höja personalens kompetens samt identifiera och följa upp risker. Arbetet har särskilt fokuserat på att förebygga undernäring och bidra till en mer likvärdig och säker nutritionsvård. Exempel på genomförda insatser 2025 är revidering av riktlinjer och rutiner, framtagande av gemensamma blanketter för kost- och vätskeregistrering och nattfasta, måltidsobservationer samt en utbildning i nutritionsprocessen för sjuksköterskor i både privat och egen regi.

Logopedkliniken Danderyd och Upplands Väsby kommun inledde under året ett samarbete där logoped kommer ut till SÄBO egen regi veckovis för att träffa patienter som har svårigheter med kommunikation och/eller sväljning. Syftet är att genom ett utökat interprofessionellt samarbete ge en förbättrad livskvalité hos de äldre samt öka patientsäkerheten. Ett samverkansavtal skrevs under av MAS och verksamhetschef på Logopedkliniken för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommunal hälso- och sjukvård och Region Stockholm och en remissmall arbetades fram.

MAS uppföljningar under 2025:

- Boende för Socialpsykiatri
- Daglig sysselsättning
- Särskilt boende för äldre (SoL)

Kvalitetsgarantierna för hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens vård- och omsorgsboenden har följts upp och det visar att det följs i viss utsträckning.

Under 2025 har samtliga verksamheter i Upplands Väsby systematiskt arbetat med patientsäkerhet utifrån de fyra grundläggande förutsättningarna: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare. Arbetet har präglats av både framsteg och utmaningar, där varje enhet har anpassat sitt arbete efter sina specifika förutsättningar och målgrupper.

Hedvigsgården har haft god kontinuitet i personalgruppen och arbetat med att utveckla det palliativa arbetet genom ett tvärprofessionellt team. Verksamheten har även deltagit i olika forum och kvalitetsråd för att stärka samverkan.

Marieborg korttids- och växelvårdsboende, som öppnade under 2025, har fokuserat på att bygga upp rutiner och skapa en trygg arbetsmiljö för ny personal. En utmaning har varit att etablera samverkan med psykiatri, då flera patienter med psykiatrisk bakgrund vårdats utan strukturerad samordning.

Guldvivan har arbetat med att stärka teamarbetet kring patienten, särskilt inom palliativ vård och demensvård.

Brobacken har genomgått stora förändringar under året, då korttids- och växelvårdsverksamheten flyttade till Marieborg. Detta ledde till personalförändringar och en omorganisation av ledningssystemet, vilket påverkade kontinuiteten i patientsäkerhetsarbetet. En ny enhetschef med HSL-ansvar har anställts under 2025.

Dagverksamheten Navet har arbetat målmedvetet med att säkerställa en god och patientsäker omsorg. Trots vissa utmaningar, som brister i dokumentationen, har verksamheten vidtagit konkreta åtgärder för att förbättra kvaliteten. Under 2025 utfördes för första gången en extern läkemedelsgranskning. Syftet var att säkerställa att läkemedelshanteringen sker korrekt och säkert, vilket är avgörande för besökarnas hälsa

och välbefinnande. Resultatet av granskningen kommer att ligga till grund för en handlingsplan med förbättringsåtgärder som ska genomföras under 2026.

Hälso- och sjukvård Funktionsstöd inom egen regi har under 2025 genomgått betydande förändringar. Flytten till de nyrenoverade lokalerna på Marieborg har skapat bättre förutsättningar för ledning och samordning. Enhetschefen med HSL-ansvar finns nu nära till hands, och den dagliga kontakten med hälso- och sjukvårdspersonalen har underlättat styrningen av verksamheten. Personalstyrkan stärktes tillfälligt med en tredje sjuksköterska och en utökad tjänst för arbetsterapeuten, vilket har bidragit till ytterligare försök att möta de krav som ställs på verksamheten. Trots dessa framsteg kvarstår flera utmaningar som påverkar patientsäkerheten.

Utmaningar och förbättringsområden

Två anmälningar har gjorts till IVO enligt 3 kap. 5§ PSL (Lex Maria), varav den ena handlade om omfattande brister i den nya modulen för dokumentationssystemet.

Patientnämnden har under 2025 inte registrerat några anmälningar mot kommunen.

Dokumentationssystemet Pulsen Combine har varit en återkommande utmaning. Den nya HSL-modulen som infördes i november 2025 innehöll flera buggar och upplevdes som icke användarvänlig, vilket ledde till ökad arbetsbelastning för personalen och risker för patientsäkerheten.

Bemanning och kontinuitet har varit en utmaning på vissa enheter, där personalförändringar och vakanta tjänster har påverkat möjligheten att genomföra planerat utvecklingsarbete.

Avvikelsehantering har identifierats som ett utvecklingsområde, och en underrapportering av avvikelser har förekommit.

Inom avdelningen för funktionsstöd har samverkan med externa aktörer har varit en utmaning. Ett av de mest påtagliga problemen under året har varit den bristande samverkan med psykiatri. Möjligheten att komma i kontakt med psykiatri via telefon har varit begränsad, och samordningen av insatser har varit tidskrävande. Konsekvensen blir en fördröjd insats, vilket kan få allvarliga följder för patientens hälsa och säkerhet. Även samverkan med primärvården och slutenvården har visat sig vara en utmaning. Patienterna på funktionsstöd är listade hos sina respektive vårdcentraler. Detta skapar en större risk för felmedicinering, där patienter kan få fel dosering eller läkemedel som inte längre är aktuella. Samordningen mellan vårdgivarna är tidskrävande, och bristen på uppdaterade läkemedelslistor har identifierats som ett betydande patientsäkerhetsproblem.

Den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen visade också på flera förbättringsområden. Bristerna i läkemedelshanteringen är kopplade till både delegeringsprocessen och uppdaterade läkemedelslistor.

Delegeringsprocessen är ett annat område som har krävt särskild uppmärksamhet. Under året har det blivit tydligt att sjuksköterskorna inte alltid har möjlighet att träffa den personal som ska delegeras för att säkerställa att de har tillräckliga kunskaper. Detta beror delvis på att personalen anställs av enhetscheferna på LSS-enheterna och socialpsykiatri, vilket gör det svårt att boka in delegeringsträffar. Konsekvensen blir att delegerad personal ibland saknar den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna på ett säkert sätt, vilket ökar risken för felaktig läkemedelshantering.

Det finns ett stort behov av handledning inom palliativ vård hos omsorgspersonalen på enheter med äldre patienter inom funktionsstöd. Detta kan leda till otillräcklig smärtlindring och bristande symtomlindring, vilket påverkar patienternas livskvalitet i livets slutskede.

FÖRKLARING TILL FÖRKORTNINGAR OCH BEGREPP

APPVA <i>Elektroniskt signeringssystem för läkemedelshantering</i>
BPSD <i>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom</i>
GSA <i>Geografiskt sammankallande</i> – En roll som innehas av representant för regionen
HALT <i>Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende</i> – Kvalitetsregister
HSL <i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>
IVO <i>Inspektionen för vård och omsorg</i>
KAD <i>Kateter à demeure</i> – Kvarliggande urinkateter
KHOSS <i>Krisberedskap och civilt försvar inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst</i>
KSA <i>Kommunsammankallande</i> – En roll som innehas av representant för kommun
LSS- <i>Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade</i>
MAR <i>Medicinskt ansvarig för rehabilitering</i>
MAS <i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska</i>
MNS <i>Modifierad Nortonskala</i> – Ett bedömningsinstrument som används för att bedöma risken för trycksår hos patienter.
NPF <i>Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar</i>
NPÖ <i>Nationell patientöversikt</i>
PKC <i>Palliativt kunskapscentrum</i> – En samfinansierad organisation mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län som arbetar med att utveckla och sprida kunskap om palliativ vård.
PPM <i>Punktprevalensmätning</i> - En mätning som görs vid en specifik tidpunkt för att undersöka förekomsten av ett visst fenomen, till exempel vårdrelaterade infektioner.
PSL <i>Patientsäkerhetslagen</i>
SÄBO <i>Särskilt boende för äldre</i>
SITHS <i>Säker IT för hälso- och sjukvården</i>
SOK <i>Social- och omsorgskontoret</i>
SoL <i>Socialtjänstlagen</i>

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

En viktig förutsättning är en full bemanning med kontinuitet. Under 2025 har det på vissa enheter varit utmaningar med större personalomsättning och vakanser vilket har påverkat verksamheten genom ökad arbetsbelastning och minskad tid för utvecklingsarbete. Användningen av inhyrd personal har också medfört risker för kontinuitet och rutinkännedom.

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. I ledningssystemet finns rutiner för utredning, analys, åtgärder och uppföljning av allvarliga vårdavvikelser samt samarbete med andra myndigheter och organisationer, regionalt och nationellt i frågor som rör patientsäkerhet.



Detaljerade mål och måluppfyllelse kopplade till målområdena redovisas nedan under kapitlet ”Agera för säker vård”.

Övergripande mål och strategier

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

Ett av Omsorgsnämndens mål fram till slutdatum 2025-12-31 är följande:

Medborgare inom omsorgsnämndens ansvarsområde ska erbjudas ett individuellt utformat stöd genom delaktighet och inflytande som möjliggör en trygg och god vård och omsorg.

Strategi

- Satsningen på utbildningar avseende hälso- och sjukvårdskunskap (HSL) för personalgruppen inom äldreomsorg och funktionsstöd har och fortsätter att utvecklas, till exempel avseende delegering, läkemedelshantering samt i palliativ vård. För att bidra till kommunens övergripande mål om att erbjuda vård, omsorg och stöd som utgår från medborgarens behov och förutsättningar ska omsorgsnämnden genom statsbidrag arbeta med kompetenshöjande åtgärder för personal och möjliggöra inköp som höjer livskvaliteten för nämndens målgrupper. Handlingsplan finns för kompetenshöjande åtgärder genom statsbidrag inom äldreomsorgen samt för personal inom funktionshinderområdet.

Önskad effekt

- Höjd kompetens inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning för en ökad kvalitet.

Organisation och ansvar

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

Omsorgsnämnden i Upplands Väsby kommun är huvudman för ansvarsområdena äldreomsorg, omsorg för funktionshindrade, kommunal hälso- och sjukvård samt bostadsanpassning. Nämnden ansvarar för fullgörande, kvalitet, uppföljning och utvärdering inom respektive ansvarsområde.

Upplands Väsby egen regi (tidigare Väsby Stöd och Omsorg) är som utförare vårdgivare. Vårdgivare ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen, med stöd av ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten och registrera namngiven HSL-ansvarig i vårdgivarregistret hos IVO.

Upplands Väsby kommun har hälso- och sjukvårdsansvar upp till ”primärvårdsnivå” vilket omfattar professionerna sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Ansvaret omfattar boendeformerna SÄBO (särskilt boende äldre) och korttidsboende för äldre, bostad med särskild service LSS, bostad med särskild service SoL, samt under vistelsetiden i de biståndsbeslutade insatserna dagverksamhet för äldre och daglig verksamhet LSS.

I Upplands Väsby kommun finns vid utgången av 2025:

7 särskilda boenden inom äldreomsorg varav 4 i privat regi, 1 socialpsykiatriboende, 6 dagliga verksamheter LSS, 3 servicebostäder LSS, 9 gruppboendestäder LSS varav 1 i privat regi samt 3 gruppboendestäder med LSS-ramavtal i privat regi.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

I verksamheter som är vårdgivare ska det finnas en verksamhetschef med det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer samt verksamhetens fastställda rutiner. De ska säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Hos utförare egen regi är det övergripande ansvaret fördelat på respektive enhets HSL-ansvarige enhetschef.

Enhetschef med HSL-ansvar

Ansvarig för HSL är delat på fyra enhetschefer, varav tre på SÄBO samt en för funktionsstöd. Enhetschef med HSL-ansvar har det övergripande ansvaret motsvarande verksamhetschef för hälso och sjukvården på respektive enhet. De har ansvar för att utförare egen regi styrande dokument är kända och tillämpas i verksamheten och att medarbetare får den information som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter samt att medarbetarna har adekvat kompetens för uppdraget.

Läkarinsatser

Inom kommunens hälso- och sjukvård ligger ansvaret att ge och bekosta läkarinsatser på regionen. Alla SÄBO i egen regi erbjuder Catio Legevisitten som ansvarig läkarorganisation via vårdval enligt samverkansavtal. Läkare kopplad till boendet finns att tillgå vardagar 08–17, övrig tid finns jour. Rond ska ske minst en gång per vecka och tidsåtgång för detta är ca 2–4 timmar beroende på antal patienter/behov. Kommunen har även patienter som är inte kopplade till en läkarorganisation. Patienterna har rätt att välja vilken vårdcentral de vill lista sig hos och övergripande samverkansrutin finns. Samarbetet och tillgängligheten varierar stort mellan kommunens vårdcentraler.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

I Upplands Väsby kommun är MAS organisatoriskt placerad i Social och Omsorgskontoret Stab och arbetar stödjande, kvalitetsutvecklande och har ett tillsynsansvar. MAS tar fram riktlinjer för hälso- och sjukvårdsområdet. MAS ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för förvaltningens ledningssystem. I uppdraget ingår att utreda allvarliga händelser samt ansvara för anmälan enligt Lex Maria inom sitt ansvarsområde. Ansvaret omfattar också att rutiner för läkemedelshantering, delegeringar och avvikelshantering är säkra.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

I MAR-ansvaret ingår bland annat att ha tillsyn över att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs samt att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten. Vidare ingår att utreda allvarliga händelser samt ansvara för anmälan enligt Lex Maria inom sitt ansvarsområde.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bygger på patientsäkerhetslagen och innebär att de ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. De har vidare en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Ansvaret innebär också att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgspersonal

När vård och omsorgspersonalen utför en delegerad uppgift eller biträder en legitimerad yrkesutövare är de att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. De omfattas då av samma lagstiftning som legitimerad personal, de är också skyldiga att följa riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdens område. Vård- och omsorgspersonal medverkar aktivt i och bidrar till utveckling av det systematiska kvalitets och patientsäkerhetsarbetet. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikande händelser, förändringar och/eller försämringar i patientens hälsotillstånd.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan är centralt för att förebygga vårdskador inom hälso- och sjukvården. Genom de samlade kunskaperna och erfarenheterna kan effektiva strategier skapas för att förebygga vårdskador. Genom gemensamma riktlinjer och utbildning av vårdpersonal kan man öka medvetenheten om risker och säkerhet. Genom att främja en öppenhet och lärande kan samverkan skapa en säkrare vårdmiljö för både vårdpersonal och patienter.

Intern samverkan

Avsatt tid etablerades under 2025 för regelbundna avstämningar med MAS samt HSL-ansvariga enhetschefer med syfte att föra vidare information från extern samverkan samt att fokusera på följsamhet till riktlinjer och rutiner.

HSL-forum

Utförare egen regi har bjudit in all HSL-personal och dess chefer till HSL-forum. Syftet med mötet är information från MAS och kvalitetsutvecklare HSL.

Teammöten

Egen regi har en övergripande rutin rörande teammöten. Samverkan ska ske mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonalen. Syftet är att teamet skall få en helhetsbild av patientens funktionsförmåga, behov och riskbedömning. Dessa avstämningar är till för att främja patientsäkerhet, kommunikation, samarbete och kvalitet i vården. Sjuksköterska är sammankallande av teamet.

Under 2025 har HSL-teamet funktionsstöd vid flera tillfällen deltagit på enheternas boendekonferenser, där patienters hälsa avhandlas. Två gånger per år har HSL-teamet haft boendekonferens med respektive enhet där man diskuterat, bedömt och efter det upprättat vårdplaner efter behov. Det för att få en avstämning och utvärdering kring varje patients vårdbehov.

Kvalitetsråd

Kvalitetsråd är ett forum som möjliggör ett systematiskt kvalitetsarbete på alla enheter inom egen regi. Där träffas medarbetare och chefer regelbundet för att följa, analysera och vidta åtgärder för att utveckla kvaliteten för patienter. Registrerade avvikelser är ett underlag för dessa träffar.

En gång per termin ska kvalitetsutvecklare och HSL-personal bjudas in till möte med enhetscheferna funktionsstöd för ett övergripande kvalitetsforum för diskussion kring avvikelshantering och åtgärder enligt kvalitetsledningssystemet.

Extern samverkan

Vårdkedjan

Som ett led i God och Nära Vård är MAS kommunsammankallande (KSA) och har deltagit i vårdkedjemöten med region och externa aktörer (Vård i Väsby). Under 2025 har ett nytt handlingsprogram samt en ny överenskommelse tagits fram i kommunen med alla aktörer i vårdkedjan med syftet att undvika återinläggning på sjukhus och minska antal avvikelser samt att belysa de långsiktiga strategiska samordnade aktiviteterna för Upplands Väsby kommun och regionen. MAS har även deltagit i s.k. ”klustermöten” som geografiskt sammankallande (GSA) leder. Rollen som GSA innehas av en verksamhetschef på en av vårdcentralerna i Upplands Väsby, och är därmed sammankallande för regionen.

Vårdhygien

Ett nära samarbete med Vårdhygien Stockholm är etablerat med syftet att med evidensbaserade metoder och egenkontroller förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. De har även stöttat utbildningsansvarig för Metodrummet att utveckla hygienutbildningar mot personal inom funktionsstöd och hemtjänst.

Regionens expertfunktioner

MAS har under året deltagit i samverkansmöten med regionens expertfunktioner Smittskydd Stockholm och tillsammans med projektledare Palliativt kunskapscenter.

Krisberedskap

SOK har arbetsgrupp för beredskapsfrågor där MAS ingår som samverkar med Länsstyrelsen, Socialstyrelsen, Region Stockholm, andra kommuner samt privata aktörer. MAS och utvecklingsledare SOK samverkar med KHOSS (Krisberedskap i kommunal hälso-och sjukvård och socialtjänst).

MAS-nätverk

Samverkan och erfarenhetsutbyte med MAS-kollegor i nordvästkommunerna genomförs en gång i månaden.

Regionalt MAS-nätverk

De regionala MAS/MAR-nätverket syftar främst till erfarenhetsutbyte samt utgör en arena för samverkan kring omställning till god och nära vård, information från samverkansgrupperna, kunskapsstyrningsorganisationen och andra nationella grupperingar.

Läkarorganisation SÄBO

Överenskommelse med läkarorganisation Capio Legevisitten finns och MAS har regelbundet deltagit i samverkansmöten med verksamhetschef. Enligt överenskommelse med läkarorganisationen ska enheterna planera och bjuda in läkarorganisationen till samverkansmöte en gång per år vilket har utförts. Sjuksköterskorna har kontinuerlig samverkan med rondande läkare varje vecka och vid behov.

Apoteket

Samverkan med Apoteket AB är väl etablerad och MAS har deltagit i kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga enheter tillsammans med enhetschefer HSL och farmaceut för att säkerställa att läkemedelshantering och delegering sker på ett patientsäkert sätt.

Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet

Region Stockholm har ansvar för att anordna munvårdsutbildning till kommunernas omsorgspersonal utifrån ansvaret för tandvårdsstöd och munhälsobedömningar. Patienter på SÄBO och funktionsstöd ska alltid erbjudas kostnadsfri munhälsobedömning om de är berättigade till det. Det är kommunens biståndshandläggare, sjuksköterska vid SÄBO eller LSS-handläggare som identifierar de personer som omfattas av uppsökande verksamhet och sedan utfärdar ett tandvårdsstödsintyg.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet utgörs av tre aspekter, konfidentialitet, tillgänglighet och riktighet och det vill säga att information inte görs tillgänglig för obehöriga, att informationen är tillgänglig för behöriga och att informationen är korrekt, aktuell och fullständig.

Arbetet med informationssäkerhet utgår från en internationell standard (ISO/IEC 27001:2017, ledningssystem för informationssäkerhet) som är vedertagen inom offentlig verksamhet i Sverige. Lagar och förordningar hänvisar till denna där krav ställs på systematiskt informations-säkerhetsarbete.

Loggkontroller

Enhetschefer HSL ansvarar för att genom loggkontroller i journalsystemet säkerställa patienternas integritet, att lagstiftning och regelverk efterlevs samt att ingen otillbörlig användning förekommer. 1 ggr/mån körs en automatisk kontroll där alla behörigheter avslutas när en anställning upphör.

Behörighetstyrning

Behörighetstyrning är av yttersta vikt i syfte att skydda känslig information och förhindra obehörig åtkomst. Behov av behörighet till system anmäls av chef till systemförvaltare som verkställer behörigheter och avvikelshanteringssystem. Enhetscheferna HSL anmäler till Nationell patientöversikt NPÖ, Pascal, Senior Alert och Svenska palliativregistret.

Tvåfaktorsautentisering

Till de system HSL-personalen används tvåfaktorsautentisering med SITHS-kort och BankId.

Klassa

SOK:s utvecklingsenhet har med hjälp av verktyget ”Klassa” informationssäkerhetsklassat informationen som finns i våra verksamhetssystem.

En god säkerhetskultur

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

Ett viktigt led i patientsäkerhetsarbetet är att rapporteringen av negativa händelser och utredning av dessa fungerar. På verksamhetsnivå sammanställs avvikelserna och en handlingsplan tas fram för att undvika eller minska risken för att det händer igen. Verksamheten tar också tillvara på lärdomar från utredning av avvikelser, synpunkter, klagomål, egenkontroll och externa granskningar och återför kunskap till verksamheterna. Detta görs under ovan beskrivna Teammöten samt kvalitetsråd.



Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en viktig del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Utförare egen regi använder sig av systemet DF Respons för avvikelsehantering. Det finns implementerade rutiner för hur avvikelser och utredningar handhas och utreds. Vid avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 godkänner MAS utredning och avgör om anmälan till IVO skall göras.

Klagomål och synpunkter

Alla medarbetare är informerade att mottagande av klagomål skall lämnas vidare till enhetschef som har implementerade rutiner kring handhavande och utredning av dessa. Kommunen har också en digital tjänst för medborgarna där klagomål och synpunkter kan lämnas.

Riskbedömningar

Riskbedömningar avseende trycksår, undernäring, fall och munhälsa görs idag enligt rutin kontinuerligt på alla boende på SÄBO och vid behov för patienter inom funktionsstöd. Som bedömningsinstrument används Senior Alerts kvalitetsregisters bedömningsmallar. HSL-teamet inom funktionsstöd använder sig av Senior Alert för att systematiskt göra riskbedömningar även på patienter som inte uppfyller åldersspannet, för att på ett strukturerat sätt arbeta med dessa risker och höja patientsäkerheten.

HSL-personal ska kontinuerligt göra riskbedömningar och upprätta vårdplaner om de ser att finns en risksituation som berör patientens hälsa och dokumentera dessa som vårdplaner i journalen.

Samtliga enheter har arbetat med avvikelshantering, riskbedömningar och klagomålshantering för att främja en öppen och lärande kultur.

Samtliga enheter har arbetat med riskbedömningar inom områdena trycksår, undernäring, fall och munhälsa, ofta med hjälp av Senior Alert samt BPSD-registret för att hantera beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

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.

Kompetenshöjande insatser är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Utförare egen regi har en kompetensutvecklingsplan som innehåller en rad webbaserade utbildningar som HSL-personalen ska genomföra årligen för att erhålla och behålla kompetens. Medarbetarna uppmuntras att delta och aktivt söka ny kunskap. Interna och externa utbildningar erbjuds både digitalt och fysiskt.

Kompetensutveckling har varit en central del av patientsäkerhetsarbetet, med ett brett utbud av utbildningar inom flera viktiga områden. Fokus har legat på:

- **Demensvård** inklusive grundläggande demenskunskap, bemötande av beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) samt specialiserade högskoleutbildningar.
- **Palliativ vård** där projektansvarig gått en ledarskapsutbildning för att leda palliativ vård. Personal har erbjudits utbildningar och vissa har påbörjat utbildning till palliativa ombud.
- **Medicinsk vård** såsom utbildningar inom njursvikt, hjärtsvikt och sårvård.
- **Vårdhygien, läkemedelshantering och dokumentation** som har varit återkommande teman.
- **Introduktion och delegering** för ny personal, även om vissa utmaningar har funnits med att upprätthålla en systematisk kompetensutvecklingsplan.

Utbildningarna har genomförts på olika nivåer, från grundläggande certifieringar till mer avancerade kurser, för att säkerställa att personalen har rätt kunskap för att möta patienternas behov.

Alla SÄBO har genomgått Silviautbildning och erhållit certifiering. En Silvia-certifiering innebär att alla medarbetare och chefer har fått en grundutbildning i demenskunskap. Arbetsledare har utbildats i teamarbete och ett antal medarbetare har fått reflektionsledarutbildning.



Även inom funktionsstöd har kompetensutveckling varit ett prioriterat område under året, med flera utbildningar inom områden som palliativ vård, NPF-diagnoser och fallrisk. Trots detta kvarstår utmaningar, särskilt när det gäller palliativ vård för äldre patienter.

Förflyttningsutbildningarnas upplägg och innehåll har standardiserats för medarbetarna och hålls nu av en och samma rehabpersonal för en ökad kvalitet och kontinuitet.

Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall	Visa detaljer
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
Upplands Väsby kommun	273	77%  277 av 360	100%  276 av 277	100%  276 av 277	85%  216 av 254	26%  67 av 254	

En majoritet av patienterna behöver hjälp med inkontinensbesvär och det åligger sjuksköterskan att ansvara för att ordinera och utvärdera inkontinensskydd individuellt. Urinkateter (KAD) ordineras alltid av läkare, men även här har sjuksköterskan ett ansvar att utvärdera och uppmärksamma eventuella komplikationer. Inkontinens och kateteranvändning är en av de främsta riskfaktorerna för att utveckla urinvägsinfektioner. För att ordinera och utvärdera inkontinensskydd krävs kompetens kring problematiken och kring tillgängliga hjälpmedel. Hos utförare egen regi finns för närvarande ingen sjuksköterska med utbildning i inkontinensvård/förskrivning. Rutiner finns för att kartlägga urinläckage/inkontinens och inkontinensskydd beställs efter behovsunderlag i beställningsportalen.

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 den 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 §

Delaktighet för patienter och närstående är en central del i verksamheten. Alla patienter erbjuds inskrivningssamtal där vårdplaner upprättas i samråd med dem. Närstående involveras också om patienten samtycker.

Rutiner är impementerade avseende information till patienten om kvalitetsregister, vårdskada, synpunkter och klagomål, Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt patientförsäkring och ersättning för vårdskada.

För att främja patienternas delaktighet används olika metoder:

- Individuella samtal med personal för att ge patienterna möjlighet att uttrycka sina önskemål.
- Hälsosamtal vid inskrivning och vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Möjlighet för närstående att delta i möten och uttrycka sina synpunkter.
- Standardiserade bedömningsverktyg för att systematiskt involvera patienterna i sin vård.
- Regelbundna träffar och rådgivande forum för både patienter och anhöriga.

Avvikelse

Vid utredning av allvarliga avvikelser ska boende informeras och i förekommande fall kan patienter och ibland även närstående och anhöriga erbjudas inkomma med sin upplevelse av händelsen.

Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående informeras om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter till verksamheten.

Boenderåd

På de boenden där patienterna är drabbade av demenssjukdom och därmed kognitiv svikt genomförs inte boenderåd. De får komma till tals och framföra synpunkter vid intervju och umgänge med

aktivitetssamordnare som då anpassar samtalet och frågorna individuellt för att få en bild av hur patienterna uppfattar sin situation. På övriga boenden genomförs kontinuerligt boenderåd där boende får komma till tals och framföra synpunkter.

Anhörigmöte

Samtliga enheter har under 2025 bjudit in anhöriga till möte för information och med möjlighet att uttrycka synpunkter.

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.

Omsorgsnämnden i Upplands Väsby kommun är huvudman för ansvarsområdena äldreomsorg, omsorg för funktionshindrade, kommunal hälso- och sjukvård samt bostadsanpassning. Målen ska utgöra en central komponent i det systematiska arbetet för patientsäkerhet, vilket är avgörande för att säkra vårdens kvalitet.

Måluppfyllelse för 2025

Enligt patientsäkerhetsberättelse 2024 var följande mål uppsatta:

- **Palliativ vård**

Palliativ vård är lindrande vård och behandling inriktad på obotbara sjukdomar och vårdformen syftar till att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet i livets slutskede. Utförare egen regi arbetar efter Nationellt vårdprogram palliativ vård. Den sjuksköterska som även ansvarar för Metodrummet är även projektledare i palliativ vård och arbetar med stärka det palliativa arbetet i samtliga verksamheter, även funktionsstöd. Ett aktivt arbete med Palliativt kunskapscenter har etablerats och samtliga enheter registrerar i svenska palliativregistret där resultat och statistik följs.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2026-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	96,2
Vårdplan	100,0	100,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	92,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	84,6
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	80,8
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	88,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	92,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,3
Efterlevandesamtal	90,0	96,2

Samtliga kvalitetsindikatorer utom läkarbesluten har höjts i jämförelse med 2024.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2025-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	93,5
Vårdplan	100,0	90,3
Dok. brytpunktssamtal	98,0	80,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	90,3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	90,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	67,7
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	64,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	80,6
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	83,9
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,9
Efterlevandesamtal	90,0	87,1

- **Vårdhygien**

Under 2025 har en omfattande vårdhygienisk egenkontroll (VEK) gjorts på samtliga SÄBO och handlingsplaner har arbetats fram samt utvärderats med stöd av Vårdhygien Stockholm. Följsamhetskontroller sker 2ggr/år. För funktionsstöd fortsätter hygienarbetet som tidigare i linje med Socialstyrelsens grundläggande utbildning i basala hygienrutiner och med följsamhetskontroller med enhetschef som ansvarig. För enhetschefer erbjuds en chefsutbildning fysiskt från Vårdhygien Stockholm. Hygienombud och ska finnas på varje avdelning i SÄBO samt på varje enhet inom funktionsstöd. Spol- och diskdesinfektorer finns nu installerade på samtliga SÄBO för korrekt rengöring och desinfektion.

- **Dokumentation**

En ny modul i kvalitetsledningssystemet Stratsys har tagits i drift vilket på sikt kommer göra det lättare att genomföra, följa upp och utvärdera en del av patientsäkerhetsarbetet. Dokumentationsgrupp med HSL-personal från varje enhet har haft regelbundna möten med kvalitetsutvecklare HSL 2025.

- **Samverkan**

Samverkan har stärkts både på övergripande nivå med externa aktörer samt lokalt på enheterna. Syftet är att stärka det multiprofessionella teambaserade arbetssättet samt att fortsätta arbetet med att implementera övergripande rutiner och enhetsrutiner. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

- **Implementering av Appva för Navet (kvar från 2023)**

Appva är ett system för digital signering inom hälso- och sjukvård och används i kommunens övriga verksamheter. Under kvalitetsgranskningen synliggjordes behovet av delegering för omsorgspersonalen och implementering är nu utförd.

Egenkontroll

Utförare egen regi använder sig av systemet Stratsys för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån planerade egenkontroller som berör verksamheterna i stort och då även HSL-verksamheten planeras, genomförs egenkontroller och följs upp kontinuerligt.

Egenkontroller som genomförts är bland annat:

- Dokumentationsgranskning
- Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) och följsamhetsmätning av basala hygienrutiner
- Egenkontroll kring läkemedelshantering
- Egenkontroll kring medicinsktekniska produkter
- Nattfastemätning

Utifrån det resultatmätningen visar upprättas åtgärder som arbetas med kontinuerligt under året.

Med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert har egenkontroll av trycksårsregistrering och en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende genomförts.

Utifrån det resultatmätningen visar upprättas åtgärder som arbetas med kontinuerligt under året.

Marieborg korttids- och växelvård följer en anpassad plan då verksamheten kräver en samverkan med regionens aktörer.

Under året har inga åtgärder vid risk utförts inom funktionsstöd vilket är en stor skillnad från 2024 då siffran låg på 93 %.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Upplands Väsby kommun	205	96%	87%	100%	85%	34	78	40	116	
Brobacken	78	99%	70%	99%	82%	10	30	7	39	
Guldvivan	66	95%	98%	100%	88%	14	24	13	48	
Hedvigsgården	44	96%	99%	100%	93%	7	20	17	22	
LSS	18	83%	80%	100%	0%	3	4	3	7	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					
Förklaring Alla summor baseras på urvalsperioden Unika personer: Antal personer som har fått minst en riskbedömning. Observera att i totalen för uppdragsgivande kommun/regionen räknas varje person som unik endast en gång, samma person kan ha varit inskriven på flera enheter/avdelningar och räknas därmed som unik på fler registrerande enheter. Trend: Föregående periods resultat visas genom att föra muspekaren över pilarna som indikerar trend. Minskning jämfört föregående period Ökning jämfört föregående period Ingen skillnad jämfört föregående period Riskbedömningar med risk Täljare: Antal riskbedömningar med risk. Nämnare: Antal riskbedömningar. Bakomliggande orsaker vid risk Täljare: Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde med risk. Nämnare: Antal riskbedömningar med risk. Åtgärdsplan vid risk Täljare: Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde med risk. Nämnare: Antal riskbedömningar med risk. Utförda åtgärder vid risk Täljare: Antal uppföljningarna i nämnaren som gjorts inom 6 månader från åtgärdsplaneringen och som har minst en utförd åtgärd per riskområde med risk. Nämnare: Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk. Trycksår Antal trycksår. Antal unika personer med minst ett trycksår. BMI<22 Antal personer med BMI mindre än 22. Fall Antal fall. Antal unika personer som fallit. Munhälsa grad två Antal personer med någon grad 2:a enligt ROAG.										

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.

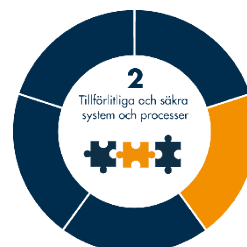
Vårdskador utreds i systemet DF Respons. Vid utredningar involveras kvalitetsutvecklare och MAS. Systemet bidrar till att synliggöra brister i organisationen som kan bidragit till bristande patientsäkerhet. Det finns upprättade rutiner på utredning, och hur åtgärder ska hanteras i organisationen.



Under året har två Lex Maria-anmälningar om risk för allvarlig vårdskada gjorts till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). IVO avslutade båda ärendena efter komplettering då vårdgivare bedömts ha fullgjort sin rapporteringsskyldighet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten



Ledningssystem, riktlinjer och rutiner

Egen regi har ett upprättat ledningssystem med rutiner tillgängliga för HSL-personalen och MAS ansvarar för att riktlinjer finns tillgängliga på Insidan (intranätet). Användarvänlighet och en hjälpsam översiktsbild om hur man når informationen snabbt och enkelt är fortfarande ett utvecklingsområde.

Dokumentationssystem Pulsen Combine

Dokumentationssystemet för patientjournalen.

Signeringssystem Appva

Det system som används för digital signering av HSL-insatser och delegeringar. Det ger en bra översikt och uppdatering i realtid, vilket innebär att det är av stor vikt för patientsäkerheten.

Läsbehörighet

HSL-personalen som arbetar på SÄBO har genom läkarorganisationen tillgång till läsbehörighet i regionens dokumentationssystem vilket ger en helhetssyn och som är mycket stärkande för patientsäkerheten. På övriga enheter har HSL-personalen tillgång till NPÖ (Nationell patientöversikt) som gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra om patienten har gett sitt samtycke till det.

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.

MAS genomför granskning och uppföljning av HSL-verksamheten med utgång från QUSTA kvalitetsmätning på samtliga verksamheter i kommunen, kommunala som privata. Utifrån resultat från dessa upprättas lokala handlingsplaner och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete fortgår.



Samverkan finns med privata utförare via verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Varje år genomförs en kontroll av läkemedelshantering från en extern utförare (Apoteket AB).

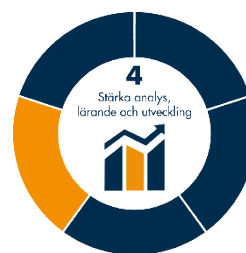
Riskhantering

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. I systemet Stratsys som används för systematiskt kvalitetsarbete finns möjlighet att på ett strukturerat sätt genomföra riskanalyser. Analys för att motverka avvikelser är ett implementerat arbetssätt och underlättas av strukturen systemet möjliggör. Riskbedömning med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert genomförs enligt rutin kontinuerligt på alla boende på SÄBO och funktionsstöd

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. Det finns ett strukturerat genomförande, analys och möjlighet till åtgärder av flertalet egenkontroller samt ett strukturerat handhavande med rutiner för utredning och återkoppling av inkomna klagomål och synpunkter.



Granskning av verksamheten genomförs av MAS och externa aktörer, för att på ett transparent sett genomföra verksamhetsutveckling för att stärka patientsäkerheten.

Upplands Väsby kommun använder sig av följande kvalitetsregister:

- **Senior Alert**

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

- **Svenska Palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Här samlas statistik på både enhets- samt regionnivå som används i förbättringsarbete.

- **BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)**

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. BPSD-registret bidrar till forskning och utveckling och används av i stort sett alla Sveriges kommuner och ett stort antal privata verksamheter samt av ett mindre antal regioner.

- **Svenska HALT**

Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Det finns rutiner kring avvikelshantering, utredning, åtgärder och hur resultat förmedlas ut till berörda och till de som kan lära av situationen.

Avvikelser

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

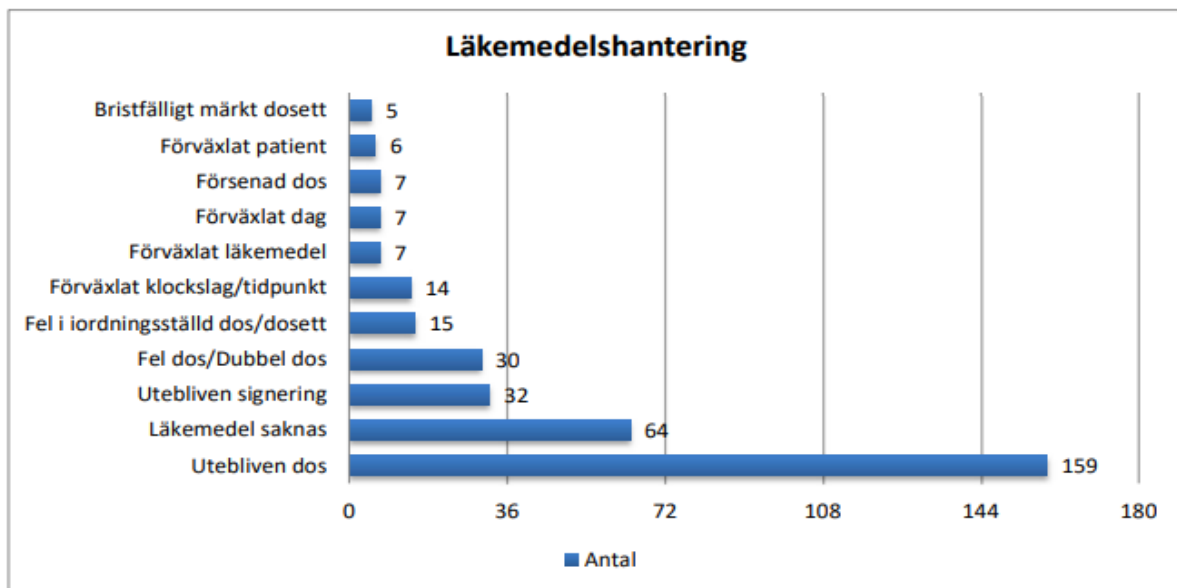
Avvikelser skrivs, registreras och utreds i systemet DF Respons. Systemet bidrar till att synliggöra brister i organisationen som kan bidra till bristande patientsäkerhet. Allvarlighetsgraden bedöms på en 4-gradig skala. Det finns upprättade rutiner på utredning, och följande åtgärder ska hanteras i organisationen. Vid utredningar av händelser av allvarlig grad involveras kvalitetsutvecklare och MAS. Sammantaget signerar SÄBO och funktionsstöd ungefär 50000 HSL-insatser per månad.

- **Hedvigsgården** rapporterade 131 avvikelser som berörde HSL-insatser. De vanligaste avvikelserna var läkemedelsavvikelser (främst uteblivna doser) och fall. En topp i avvikelser noterades under sommaren och kring årsskiftet, vilket kan bero på ökad användning av vikarier.

- **Marieborg** rapporterade 55 avvikelser, med en underrapportering av läkemedelsavvikelser och trycksår. Verksamheten har identifierat behovet av att öka medvetenheten om vad som ska rapporteras.
- **Guldvivan** rapporterade 300 avvikelser, varav 82 var läkemedelsavvikelser. En allvarig händelse inträffade när samverkan mellan boendet och patientansvarig läkare var bristfällig, vilket ledde till att en övergripande rutin förtydligades.
- **Brobacken** rapporterade 178 HSL-avvikelser, varav tre bedömdes som allvarliga (grad 3). Två fall ledde till frakturer, och en läkemedelsavvikelse utreddes som en Lex Maria.
- **Inom kommunens verksamheter inom funktionsstöd** rapporterades totalt 293 HSL-avvikelser till exempel försenad medicinering och fördröjd åtgärd (även här fler under semestertider).
- **Dagverksamheten Navet** har inga HSL-avvikelser rapporterade under 2025.

Läkemedelsavvikelser

Tillsammans har utförare egen regi rapporterat 313 läkemedelsavvikelser under 2025, vilket är 44 färre än 2024. Avdelning äldreomsorg står för ca 60 % av läkemedelsavvikelsena. Den vanligaste avvikelsen är utebliven dos. Första halvan av året rapporterades färre händelser än andra halvan av året och de flesta av dessa upprättades i september månad. Det kan tyda på en eftersläpning av händelser under semesterperioden då viss del av den ordinarie personalen är frånvarande.



Orsak till att händelsen inträffade

Orsak	Antal	Fördelning
Ej följt gällande rutin	179	40,6%
Övrigt	54	12,2%
Brist i delegeringsgenomförande	45	10,2%
Otillräckliga kunskaper	27	6,1%
Omgivningsfaktor	26	5,9%
Brist i samverkan/rapportering	22	5,0%
Brist i information internt	17	3,9%
Rutin saknas	14	3,2%
Gällande rutin har följts men fungerar inte	13	2,9%
Bristfällig dokumentation	11	2,5%
Oklar ansvarsfördelning	9	2,0%
Planering (schemaläggning etc)	5	1,1%
Otillräckliga resurser	5	1,1%
Feldelat i dosett eller brist i annat iordningsställande	5	1,1%
[Orsak ännu inte fastställd]	3	0,7%
Personalbrist	2	0,5%
Feldelat eller felexpedierat från apotek eller annan dosleverantör	2	0,5%
Brist i information externt	2	0,5%
Totalt	441	100,0%

Åtgärd

Åtgärd	Antal	Fördelning
Gruppsamtal med personal	170	33,7%
Enskilt samtal med personal	144	28,6%
Kontakt med berörd sjuksköterska	84	16,7%
Annan åtgärd	30	6,0%
Förtydligat/ändrat i befintlig rutin	21	4,2%
Kontakt med berörd läkare	16	3,2%
Extra tillsyn	15	3,0%
Skapat ny rutin	11	2,2%
Polisanmälan	4	0,8%
[Ingen åtgärd vidtagen]	4	0,8%
Utbildning	2	0,4%
Ändring i bemanning/schema	2	0,4%
Upprättat handlingsplan	1	0,2%
Totalt	504	100,0%

Fallavvikelser

De allra flesta fallen sker utan att det blir någon konsekvens för den drabbade, men i vissa fall behöver de besöka annan vårdinrättning för att säkerställa omhändertagandet.

Tillsammans har utförare egen regi rapporterat 471 fallavvikelser under 2025, vilket är 103 fler än 2024. Avdelningen för äldreomsorg står för ca 75% av fallavvikelseerna. Alla fall ska enligt rutin rapporteras och med fall menas att patienten ofrivilligt hamnat på golvet. När någon flyttar in på ett boende ska en fallriskbedömning upprättas, och de åtgärder som vidtas skall tillkännages för personalen och patienten. Åtgärder kan vara tillgång till hjälpmedel tex rollator, halksockor, stadiga skor. Trots vidtagna åtgärder överskattar patienten många gånger sin förmåga och fall sker.

Orsak till att händelsen inträffade

Orsak	Antal	Fördelning
Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga	303	40,6%
Övrigt	97	13,0%
Den enskilde glömde att använda rekommenderade gånghjälpmedel	85	11,4%
Omgivningsfaktor	83	11,1%
Den enskilde använder läkemedel som påverkar balans/gångförmåga	79	10,6%
Ej följt gällande rutin	16	2,1%
Trasig eller felaktigt hjälpmedel eller larm	12	1,6%
Otillräckliga resurser	12	1,6%
Handhavandefel avseende hjälpmedel eller larm.	12	1,6%
Inte följt gällande omvårdnads-/rehab-ordinationer enligt fastställd plan	9	1,2%
Bristfälliga hjälpmedel	8	1,1%
Rutin saknas	5	0,7%
Brist i samverkan/rapportering	5	0,7%
Personalbrist	4	0,5%
Oklar ansvarsfördelning	4	0,5%
Otillräckliga kunskaper	4	0,5%
Brist i information internt	2	0,3%
Bristfällig dokumentation	2	0,3%
Gällande rutin har följts men fungerar inte	2	0,3%
[Orsak ännu inte fastställd]	1	0,1%
Planering (schemaläggning etc)	1	0,1%
Totalt	746	100,0%

Åtgärd

Åtgärd	Antal	Fördelning
Extra tillsyn	171	18,6%
Gruppsamtal med personal	169	18,4%
Kontakt med berörd sjuksköterska	168	18,3%
Kontakt med berörd arbetsterapeut	99	10,8%
Kontakt med berörd fysioterapeut	83	9,0%
Annan åtgärd	70	7,6%
Enskilt samtal med personal	48	5,2%
Kontakt med berörd läkare	43	4,7%
Hjälpmedel utbytt	25	2,7%
Skapat ny rutin	21	2,3%
Förtydligat/ändrat i befintlig rutin	10	1,1%
Upprättat handlingsplan	6	0,7%
Kontakt med handläggare	3	0,3%
Utbildning	2	0,2%
Ändring i bemanning/schema	1	0,1%
[Ingen åtgärd vidtagen]	1	0,1%
Totalt	920	100,0%

Trycksår

Endast 9 avvikelser i kategorin ”trycksår” har rapporterats under året vilket endast visar att rutinen att registrera trycksår som avvikelse inte är etablerad. Enligt gjorda kvalitetsuppföljningar samt registrering i Senior Alert är förekomst av trycksår i Upplands Väsby lägre i jämförelse med övriga delar av Sverige. Hos utförare egen regi är Modifierad Nortonskala (MNS) det validerade riskbedömningsinstrument för trycksår som används.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Upplands Väsby kommun	337	96% 520 av 542	90% 468 av 520	98% 512 av 520	83% 402 av 484	36 29 personer	141 personer	61 32 personer	189 personer	
Sverige	46252	93% 64 889 av 69 952	85% 64 943 av 64 889	93% 60 560 av 64 889	79% 40 266 av 50 856	6504 4 829 personer	16633 personer	21743 7 123 personer	18754 personer	

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som har kommit in under 2025 har handhavts enligt rutin. Det har bland annat lett till en uppdatering av övergripande rutiner i samverkan samt bidragit till reflektion kring dokumentation.

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. Med anledning av den världsomspännande situation som råder pågår arbete kring arbetsområdet kris och beredskap. Ett fortsatt arbete med risk och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering behöver föras. Samverkan med andra myndigheter kommer att vara fortsatt viktigt. Verksamheterna behöver förberedas exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Andra relevanta områden inom organisationen är riskfylld läkemedelsbehandling, dokumentation samt beredskapslager. Rutiner för driftstopp och handlingsplaner för längre perioder av systemavbrott är nu etablerade.

Verksamheterna följer de direktiv kontoret förmedlar.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. En säker vård där förekomsten av vårdskador är låg, handlar ytterst om att skapa en god vård.

En god vård enligt Socialstyrelsen kännetecknas av att den:

- är av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- är lätt tillgänglig.

Under år 2026 kommer satsningen på utbildningar avseende hälso- och sjukvårdskunskap för personalgruppen inom äldreomsorg och funktionsstöd att fortsätta utvecklas, till exempel avseende vårdhygien, delegering och läkemedelshantering.

Dokumentationssystemet Pulsen Combine kommer att avslutas och upphandling av nytt dokumentationssystem för patientjournalen kommer att påbörjas.

Metodrummet kommer att fortsätta sin verksamhet och har som mål att öka antalet utbildningstillfällen, implementera det framtagna utbildningsprogrammet och införa systematisk uppföljning av utbildningarnas effekt. Dessa åtgärder förväntas bidra till ökad kvalitet, kontinuitet och bättre måluppfyllelse.

Dietist är kvar på projekt även under 2026 och har följande planering:

- Utifrån observationerna och dialogen med personal planeras en nutritionsutbildning för all omsorgspersonal inom särskilda boenden. Utbildningen, som genomförs i samverkan med logoped, omfattar sex tillfällen under februari och mars 2026 och hålls i Metodrummet.
- Grundläggande nutritionsutbildning för personal inom hemtjänst och LSS-verksamheter.
- Utvecklingsprojekt inom frukost och mellanmål för att säkerställa näringsmässigt fullvärdiga måltider.
- Samverkan med tillagningsköket för kvalitetssäkring av den konsistensanpassade kosten samt näringsinnehållet i maten.
- Uppstart av matsvinnsmätning på särskilda boenden.
- Kostföreläsningar inom projektet Hjärnvägen.

HSL-forum med all HSL-personal kommer att genomföras 4 ggr/år gällande övergripande frågor.

MAS och enhetschefer med HSL-ansvar har 6 ggr/år för att säkerställa att riktlinjer och rutiner är kända och följs.

Fokusområden för HSL inför 2026

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

- **Implementera den nya socialtjänstlagen (SoL) och HSL-ändringar (SFS 2025:446):**

Säkerställa att kommunens ledningssystem och rutiner harmoniserar med de skärpta kraven på samverkan, dokumentation och förebyggande arbete.

Verksamheten behöver även anpassas till propositionen "Nästa steg för en god och nära vård" (2025/26:19), med särskilt fokus på:

- Obligatorisk MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering).
- Tydligare ansvarsfördelning
- Ökad kontinuitet i vården.

MAR ska, på motsvarande sätt som MAS, ansvara för att: rehabiliteringsinsatser inom kommunens hälso- och sjukvård bedrivs med god kvalitet och i enlighet med evidens och med bästa tillgängliga kunskap och att kommunen följer gällande lagstiftning och har ändamålsenliga rutiner.

En rekrytering av MAR kommer därför att påbörjas under 2026.

- **Stärka styrningen av patientsäkerhetsarbetet**

Uppföljningar och analys av avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller ska utvecklas genom systemet Stratsys. handlingsplaner från externa granskningar (t.ex. läkemedelsgranskningar) kommer att genomföras och utvärderas.

- **Stärka samverkan med regionen**

Förbättra kommunikationen och samordningen med psykiatrin, primärvården och slutenvården för att undvika fördröjda insatser och felmedicinering.

2. En god säkerhetskultur

- **Öka rapporteringen av avvikelser**

Minska underrapportering genom att utbilda personal i vad som ska rapporteras och varför.

Förbättra återkoppling till personalen om hur avvikelser hanteras och vilka åtgärder som vidtas.

Säkerställa att alla avvikelser (inkl. läkemedelsavvikelser och fall) utreds och följs upp systematiskt i DF Respons.

- **Främja en öppen och lärande kultur**

Fortsätta arbetet med teammöten och kvalitetsråd för att sprida lärdomar från avvikelser och granskningar. Utveckla rutiner för klagomålshantering och säkerställa att synpunkter från patienter och närstående leder till förbättringar.

3. Adekvat kunskap och kompetens

- **Säkerställa kompetens inom läkemedelshantering och delegering**

Alla som hanterar läkemedel ska ha genomfört Apotekets grundutbildning i läkemedelshantering.

Förbättra delegeringsprocessen så att sjuksköterskor har möjlighet att utbilda den personal som ska delegeras.

- **Öka kompetensen inom palliativ vård**

Utbilda palliativa ombud på alla enheter och erbjuda handledning till personal samt säkerställa att alla enheter arbetar enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård

- **Fortsätta kompetensutveckling inom demensvård**

Behålla Silvia-certifieringen på SÄBO och erbjuda fortbildning i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

4. Patienten som medskapare

- **Öka patientens och närståendes delaktighet:**

Säkerställa att alla patienter erbjuds inskrivningssamtal där vårdplaner upprättas i samråd med dem.
Involvera närstående i vården om patienten samtycker.

- **Förbättra informationen till patienter och närstående:**

Säkerställa att patienter och närstående får information om kvalitetsregister, vårdskador, synpunkter och klagomål samt utveckla rutiner för att informera om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter.

Uppföljningar HSL för 2026

- Bostad med särskild service (LSS), egen regi
- Bostad med särskild service (LSS), RAM inom kommunen