



LEKSANDS  
KOMMUN

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Leksands kommun

### År 2025



Datum 2026-01-01  
Ansvarig för innehållet  
Teresia Karlsson, Verksamhetschef enligt HSL  
Jonathan Wigert, MAS  
Anna Sommar MAR

Diarienummer

# Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Vårdgivaren, Kommunstyrelsen i Leksands kommun, är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, i vilket ingår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker vård kan upprätthållas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.



Källa:

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

# Innehåll

Inledning.....	2
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare.....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Egenkontroller	10
<b>Basala hygienrutiner</b>	<b>10</b>
Analys.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	22
Säker vård här och nu .....	22
Riskhantering	22
Avvikelser	22
Klagomål och synpunkter	22

## SAMMANFATTNING

### **Sammanfattning av systematiskt förbättringsarbete 2025**

Under 2025 har Leksands kommun fortsatt att utveckla och fördjupa sitt systematiska patientsäkerhetsarbete inom vård och omsorg, i linje med den nya socialtjänstlagen och omställningen till nära vård. Arbetet har präglats av en tydlig förflyttning från reaktiva insatser till ett mer förebyggande, personcentrerat och sammanhållet arbetssätt där den enskilde ses som en aktiv medskapare i sin egen vård och omsorg.

Under året har flera strukturella förbättringar genomförts för att stärka kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Ett nytt journal- och avvikelssystem har implementerats, vilket har förbättrat dokumentation, uppföljning, rapportering och analys av avvikelser. Systemet har bidragit till en mer tillgänglig och tydlig rapportering samt till att stärka avvikelsekulturen genom ökat fokus på lärande, förebyggande åtgärder och förbättringsarbete.

För att ytterligare höja kvaliteten i det dagliga arbetet har sektorn fortsatt att utveckla nya och förstärkta funktioner såsom kvalitetsledare, aktivitetsamordnare och måltidsamordnare inom särskilda boenden. Ett nytt måltidskoncept har införts med fokus på näringsriktig kost, matglädje och individanpassning. Parallellt har aktivitetsutbudet ökat och breddats, med målsättningen att stärka delaktighet, välbefinnande och social gemenskap för brukarna.

Inom ordinärt boende har arbetet med att involvera arbetsterapeut redan vid första kundbesöket fortsatt att utvecklas. Detta möjliggör tidig behovsbedömning och förebyggande insatser som kan bidra till ökad självständighet och minskad risk för vårdskador. Demensteamet har fortsatt sitt arbete och är verksamt inom samtliga enheter i ordinärt boende, vilket stärker kvaliteten och säkerheten i demensvården.

Kompetensutveckling har varit en central del av patientsäkerhetsarbetet under året, med utbildningsinsatser som stärker personalens förmåga att arbeta förebyggande och personcentrerat. En medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) finns nu etablerad och bidrar till ett samlat och strukturerat rehabiliteringsperspektiv inom samtliga verksamheter.

Sammantaget utgör dessa insatser viktiga steg i kommunens långsiktiga arbete för att säkerställa en trygg, säker och kvalitativ vård och omsorg. Genom förbättrade arbetssätt, stärkt kompetens och ökad delaktighet läggs grunden för ett hållbart patientsäkerhetsarbete även framåt.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §*

En säker hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Ingen patient ska drabbas av vårdskada inom vård och omsorg.

Ett ökat förebyggande arbete inom ordinärt boende.

Förbättra kvalitén av vården vid livets slut.

Fortsätta utveckla arbetssätt med riskbedömningar samt dokumentation av hög kvalitet.

Ökad livskvalité för personer med demenssjukdom.

Öka följsamhet av nationella riktlinjer och ordinerade åtgärder av legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

En välfungerande avvikelseprocess höja avvikelse kulturen inom kommunens verksamheter.

### Organisation och ansvar

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

I Leksands kommun är Kommunstyrelse vårdgivare. Vårdgivaren ska utse verksamhetschef, Medicinskt ansvarig sjuksöterska(MAS) och frivilligt Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att ansvara för hälso- och sjukvården. Det är 33 sjuksköterskor, fem arbetsterapeuter och fem fysioterapeuter som har patientansvar och leder hälso- och sjukvården i kommunen tillsammans med övriga verksamheten.

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

**Verksamhetschefens (för hälso- och sjukvård)** uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

**Den medicinskt ansvarig sjuksköterskans (MAS) ansvar** regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

**Medicinskt ansvarig för rehabilitering, (MAR)** har ett ansvar som motsvarar MAS enligt hälso- och sjukvårdsförordningen.

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig re- och habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt att ha anmälningsskyldighet i tillbud.

Under året 2025 har Leksand anställt en heltidsanställd MAR på 100%:

**Enhetschefen** ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer, vårdförlopp och rutiner som beslutats.

**Omvårdnadspersonal** är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

**Avdelningschef** har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet i verksamheten och att verksamheten ska hålla en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt vara kostnadseffektiv. De ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

### **Funktioner med spetskompetens**

Det finns hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens eller annan spetskompetens med uppdrag att driva utveckling inom olika områden. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett viktigt stöd för ledning, chefer och samtliga medarbetare för en god och säker vård. Funktion och uppdrag beskrivs nedan.

**Demenssjuksköterska** Arbetar som ett stöd till verksamheterna. Driver utvecklingsarbetet gällande demens i kommunen.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att nå en sömlös vård utan avbrott för den enskilde krävs och genomförs samverkan med fler vårdaktörer både internt och externt.

### **Intern samverkan**

- Teammöten
- Brukare/patient och deras anhöriga/närstående och legala ställföreträdare.
- Förtroendevalda mellan myndighetsutövning och utförarna
- Mellan verksamhetsområdenas olika enheter
- Kvalitesroller träffas systematiskt under ledning av MAS/MAR. Har under året lämnats över till Verksamhetschef för särskilt boende.

### **Extern samverkan**

#### **God och nära vård**

Under det gångna året har samverkansmöten ägt rum mellan kommunen och regionen med fokus på att främja god och nära vård. Dessa kommer fortsätta under 2026 och även involvera biståndshandläggning och MAR funktion. En av de prioriterade grupperna har varit patienter som bor i sina hem och får hjälp med läkemedelshantering. En undersökning av dessa patienter har genomförts av läkare vid vårdcentralen. Resultaten av undersökningen har pekat på flera områden där förbättringar är nödvändiga för denna målgrupp, och det finns ett behov av fortsatt samverkan för att adressera dessa utmaningar. Som en konsekvens av detta har ett gemensamt projekt sköra äldre genomförts 2024. Detta utvärderades under 2025, men arbetet har inte fortsatt. Under 2026 kvarstår ett behov av ytterligare insatser för att stärka utvecklingen av en god och nära vård.

#### **Hjälpmedelshantering**

Region Dalarna och Dalarnas kommuner har en gemensam nämnd för hantering av hjälpmedel, Hjälpmedelsnämnden. Regionen driver verksamheten och en organisation för samverkan och delaktighet på olika nivåer är upprättad. MAR och alla kommuner medverkar i Medlemsrådet och tre kommunrepresentanter ska utses till Beredningsgrupp hjälpmedel.

#### **Nätverk för medicinskt ansvariga**

Under året har nätverket för medicinskt ansvariga i länets kommuner sammankallats till webbaserade och även fysiska samverkansmöten. Fokus har varit att samordna och samverka kring frågor som varit aktuella i verksamheterna.. Under 2025 har KKHS lagts ner och inkluderas i sudd rådet. MAS-nätverket fortsätter som tidigare.

#### **Samverkan vid utskrivning från slutenvården**

Vårdplatser inom slutenvård saknas och patienter skrivs ut med skyndsam planering utan tydliga åtgärder för primärvården. Möjligheten till tidig, intensiv rehabilitering försämras av brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter i främst Regionen. Behovet av fler gemensamma planeringar, SIP, Samordnad Individuell Plan, i hemmet har uppmärksamats som en åtgärd för att förhindra återinläggningar. Hemgångsteam skulle kunna trygga vårdkedjan.

Samarbetet med primärvården har stärkts med bland annat veckomöten. Men utskrivningen och samordningen kring utskrivna patienter är fortfarande ett område som behöver prioriteras under 2026.

- Samverkansavtal angående läkarbemanning för kommunens särskilda boende har uppdaterats under året
- Samverkansavtal om hjälpmedelshantering finns mellan Leksands kommun och Region Dalarna via DHC, Dalarnas hjälpmedelcenter
- Under året har kommunen gått in cosmic link Ett verktyg för säker och strukturerad samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från slutenvård
- Lokal handlingsplan GNV har tagits fram under året.

## **Folktandvården**

Avtal med folktandvården finns kring uppsökande verksamhet och munhälsobedömningar. Vid den uppsökande munhälsobedömningen ges instruktioner till patient och omvårdnadsvårdpersonal/anhörig. Denna instruktion är den praktiska delen av den munvårdsutbildning som ges till all vårdpersonal. Samtidigt upprättas en individuell munvårdsplan, som ska finnas tillgänglig för berörd personal.

I samband med de förebyggande besöken i ordinärt boende har flera tandvårdskorts skrivits av uppsökande sjuksköterska.

## **Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel**

Överenskommelsen ”Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel” gäller och efter implementeringsinsats har slutrapport återkopplats länschefsnätverket. Fortsatt ansvar för dokument och funktionsbrevlåda finns i kunskapsstyrningsstrukturen hos Lokalt Program Område, (LPO), Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, (RHF).

Samverkan med Regionens slutenvårdsrehabilitering fortsatte under våren men har nu ersatts av samverkan i LPO RHF, Lokal arbetsgrupp kring lagen om Samverkan vid Utskrivning från Slutenvård, (LAG SUS) och specialitetsgrupp fysioterapi och arbetsterapi. Magisterutbildning i fysioterapi inbjuder också till nära samverkan.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Verksamheten har haft en stabil drift av journalsystemet Life Care, och de mindre avbrotten har inte orsakat några allvarliga problem. Systemet bidrar till ökad patientsäkerhet genom att säkerställa att viktig dokumentation finns tillgänglig för rätt personal vid rätt tidpunkt.

Det finns också IT-beredskap för att säkerställa tillgång till systemet även under obekvämt arbetstid. Kommunen är en av de 30 kommuner i landet som fortsatt lämnar och producerar information till den nationella patientöversikten (NPÖ).

## **Loggkontroll**

Loggning har skett under året av alla enhetschefer och verksamhetschef HSL samt MAS enligt rutin två gånger per år. I år har ingen avvikelse noterats.

Granskning av dokumentation sker enligt en mall några veckor under året.

## En god säkerhetskultur

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

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har än så länge inte påbörjat en inventering enligt den nationella handlingsplanen.

Nedanstående åtgärder har skett under året:

- Kompetensutveckling hos legitimerad och baspersonal enligt särskilt årshjul inom områdena demens, palliativ vård, hygien inkontinens, rehabilitering
- Årshjul för arbetsterapeuter och fysioterapeuter
- Planerat och erbjudit olika utbildningar till omvårdnadspersonal
- Fokuserat på åtgärder efter bakomliggande orsak enligt uppdaterad fallrutin
- Samarbete internt och externt vid utskrivningsprocessen från sjukhus
- Fortsatta teammöten på särskilt boende med fokus på individuell genomförandeplan (IGP), riskbedömningar, levnadsberättelse och avvikelser
- Att tydligare upprätta, uppdatera och följa upp vårdplaner
- System för att hantera avvikelser i team och händelsenära analyser veckovis.
- Att fortsätta använda NVP, nationellt vårdprogram vid palliativ vård. Den legitimerade personalen har i sina team fått arbeta med att upprätta vårdplaner för arbetet med personcentrerad och teambaserade åtgärder vid vård i livets slutskede
- Skapat rutiner för teammöten i ordinärt boende där vi kan arbeta riskförebyggande



## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

En strukturerad plan för fortbildning och kompetensutveckling har sedan tidigare införts och fortsätter under 2026 genom ett årshjul, där sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter med specialistkompetens utbildar varandra på ett systematiskt sätt.

Utbildningar för kvalitetsombud fortsätter som tidigare. Regelbunden och återkommande utbildning erbjuds omvårdnadspersonal för att bli kvalitetsombud inom områdena rehabilitering och hjälpmedel, palliativ vård, psykisk ohälsa, kost, inkontinens samt vitala parametrar. Dessutom har kvalitetsroller utvecklats inom flera områden. Under 2026, startas yrkesresan inom äldreomsorg upp.



## 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.



Generellt gäller för samtliga verksamheter och alla medarbetare att samarbeta med patienter och anhöriga. I det dagliga arbetet ska vi lyssna på och ta hänsyn till anhöriga som en expertresurs. Vi ska vara uppmärksamma och lyhörda för de behov

som kan förändras över tid och ge tydlig information om vilka resurser som finns att tillgå samt samverka med övriga verksamheter.

När en person flyttar in på boende finns det rutiner och stödmaterial för välkomstsamtal och vårdplanering för att lära känna den enskilde, dennes anhöriga och planera för den vård och omsorg som behövs. Målet är att insatserna ska genomföras på ett sätt som tillfredsställer individens behov och önskemål.

Uppföljning av planeringen sker kontinuerligt.

Anhöriga ska, efter samtycke, erbjudas information om den sjukdom eller funktionsnedsättning som den närstående har. Vi ska ge tydlig information om vart stöd, vård och omsorg finns, så att de kan känna trygghet med vården och omsorgen för den närstående. De ska bemötas med respekt, vänlighet och intresse vid alla möten med vård- och omsorgspersonal.

Under 2025 har brukarråd införts på särskilt boende inom områdena aktivitet och kost.

I ordinärt boende har man starkt arbetet med första kunden hembesök för att skapa större delaktighet kring insatser.

## **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.

### **Egenkontroller**

Syfte är att enhetscheferna får en bild av hur rutiner efterlevs och att de vid behov kan sätta in åtgärder där brister framkommer. Egenkontrollerna har även ett värde i sig, då egenkontrollerna håller frågan om rutiner levande i verksamheterna.

### **Basala hygienrutiner**

Verksamheterna har jobbat med och haft utbildningar under året i basala hygienrutiner.

Checklistor och rutiner har uppdaterats och reviderats. Hygien kommer vara ett fokusområde på särskilt boende under 2026.

### **Hygienrond**

En gång per år ska enhetschef tillsammans med hygienombud utföra hygienrond. Hygienrond har utförts på två boenden under 2025

Enhetschefer tillsammans med medicinskt ansvariga behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrond. Under året är detta delvis utfört.

### **Punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler PPM-BHK**

Den nationella punktprevalensmätningen PPM-BHK mäter följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler via observationsstudie. Den är avsedd som stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till basal hygien. Vi har börjat registrera följsamheten i den nationella databasen under 2022 men den lades tyvärr ner 2024 vilket försvårat arbetet att få en överblick över följsamheten. Region dalarna skulle införa en ny databas under 2025 men det har inte skett.

## **Analys**

Basala hygienrutiner kommer fortsättningsvis att vara ett av de prioriterade områdena för egenkontroll under 2026. Återkommande självskattningar och observationer av omvårdnadspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner behöver genomföras för att säkerställa följsamhet till basal hygien.

Verksamheten brister i två av åtta moment. Spritning av händer in på rummen och användning av skyddsförkläde. En förbättring av resultaten har skett men det är uppenbart att åtgärderna inte är tillräckliga. Målet för följsamhet till basala hygienrutiner är 100% följsamhet. Nuvarande siffra är 45%.

## **Journalgranskning**

Under 2025 har dokumentationen för legitimerad personal fortsatt hållit god kvalitet, vilket säkerställt en enklare övergång till LifeCare HSL. Ett nytt journalsystem har införts. Det systematiska arbetet kring dokumentation har gett goda förutsättningar för en smidig övergång till det nya systemet. Ett gediget arbete kring dokumentation har fortsatt under året. De framgångsrika åtgärderna, som regelbunden utbildning för legitimerad personal och introduktion för nyanställda, har haft positiva effekter.

Ett dokumentationsteam, utbildat av MAS och bestående av sju legitimerade, har fått regelbunden utbildning och deltar i journalgranskningar. Antalet vårdplaner och mål har ökat sedan denna satsning. Vid senaste mätning registrerat upp emot 1500 vårdplaner för olika problem. Under året har MAS också genomfört återkommande journalgranskningar som visar att journalerna är av hög kvalitet.

Resultatet av granskningarna visade att uppföljningen av åtgärder och måluppfyllelse i vårdplaner har förbättrats avsevärt. Inaktuella vårdplaner avslutas oftare, och uppföljningarna har blivit bättre, framförallt av legitimerad personal. En tydlig beskrivning av vem, var, hur och när uppgifterna ska utföras finns också.

Att dokumentera rätt är viktigt inte bara för legitimerad personal utan även för att få ut information till personalen som jobbar närmast patienten. Det är ett redskap att båda lära och utbilda. Den totala dokumentationsbelastningen har ökat. Det kan vara för att verksamheten utbildat inom dokumentation men kan även bero på ökat antal patientjournaler.

## **Palliativ vård**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet i Leksands kommun att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där man vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får det stöd dom behöver är viktigt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med Palliativa ombud statistik ur palliativregistret regelbundet och presentera denna på verksamhetsmöte för legitimerad personal. Ansvariga sjuksköterskor för palliativ vård ska analysera statistiken och lyfta fram förbättringsområden som vi ska arbeta mera med.

För att kunna kvalitetssäkra vården i livets slut har, förutom statistik från palliativa registret, verksamheten skickat ut en enkät till alla efterlevande. Den visar att man

som närstående i mycket stor utsträckning är nöjd med vården, informationen och bemötandet från omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare.

Verksamheten har separat journalgranskat antal dokumenterade brytpunktsamtal och under 2024, samt påmint systematiskt under året 2025 om var hur och nära dessa ska dokumenteras.

Sjuksköterskorna erbjuder alltid ett efterlevandesamtal några veckor efter dödsfall. Det finns ett bestämt tillvägagångssätt för hur ett efterlevandesamtal ska genomföras.

Verksamheten använder NVP (nationell vårdplan) det är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/ stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. Statistik från palliativregistret finns presenterat under resultat.

## Resultat och Analys

2025



2024

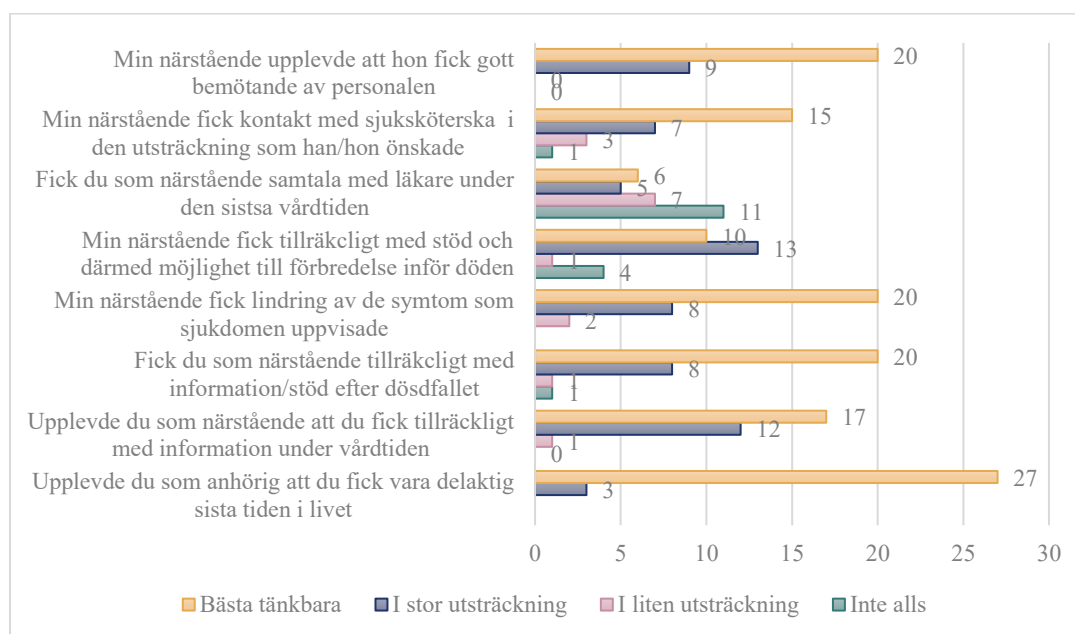


Den palliativa vården har fortsatt utvecklats i linje med Svenska palliativregistrets (SPR) kvalitetsindikatorer, även om samtliga målvärden ännu inte uppnås i verksamheten. Jämfört med tidigare år ses en något försämrad statistik, vilket främst bedöms bero på införandet av ett nytt journalsystem samt att munhålsbedömning och smärtskattning dokumenteras i NVP-pärm och inte i journalen.

Liksom föregående år finns brister inom områdena smärtskattning, brytpunktsamtal och munhälsobedömning, men en tydlig förbättring har samtidigt skett. Vid jämförelse med övriga Dalarna ligger resultaten fortsatt på en god och stabil nivå.

För att ytterligare stärka kvaliteten behöver enhetschefer och legitimerad personal arbeta mer systematiskt med resultaten från palliativregistret samt säkerställa god teamsamverkan och tillräcklig kompetens inom palliativ vård. Detta sker bland annat genom att enhetschefer numera deltar i ombudsträffar och att samverkan sker mellan ombud, sjuksköterska och enhetschef. Det systematiska förbättringsarbetet behöver fortsätta och fördjupas.

## Resultat och analys efterlevande enkät



## Analys

Under året har registreringen av efterlevandenkäter påbörjats i digitalt format. Under året har tio digitala enkäter inkommit, innehållande nya frågor, samt ytterligare femton enkäter via pappersformat. Svarsmönstret överensstämmer i stort med föregående års resultat, vilket innebär att 2024 års mätningar fortsatt används som jämförelsegrund.

Totalt har 25 efterlevandenkäter registrerats under året. Målsättningen är att över 90 procent av de svarande ska uppleva sig nöjda i stor utsträckning eller ge bästa tänkbara omdöme av den palliativa vården i kommunen. Denna målsättning har uppnåtts.

## Demensvården

Demensvården inom kommunal verksamhet står inför betydande utmaningar, särskilt med den ökande förekomsten av demenssjukdomar i samhället. Befolkningsutvecklingen, med en stigande andel äldre, leder till att fler insjuknar i demens och därmed ökar trycket på vårdsystemet.

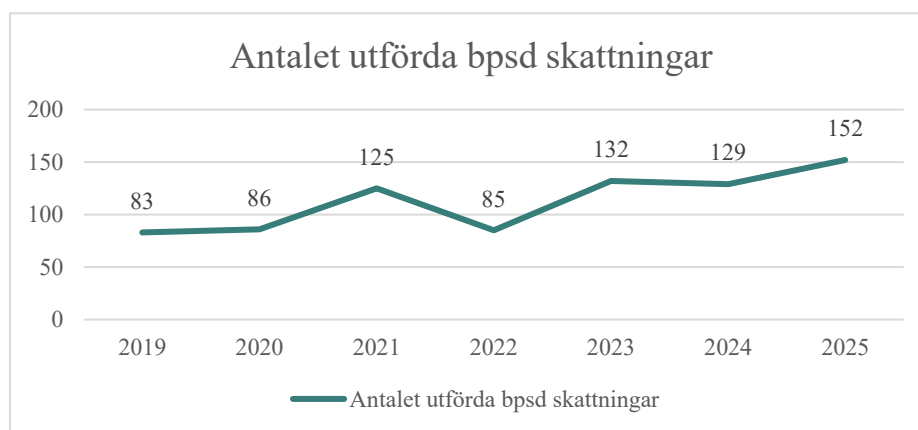
Under året har flera satsningar gjorts för att stärka demensvården. Inom ordinärt boende har arbetet med minnesturer fortsatt, och inom hemtjänsten har

utbildningsinsatser resulterat i att hela hemtjänsten nu är stjärnmärkt inom demensområdet. Detta innebär att personalen har fått fler verktyg och ökad kompetens för att ge stöd till personer med demens i deras hemmiljö.

På särskilda boenden fortsätter den tidigare utbildningsmodellen, där både sjuksköterskor och demensombud regelbundet får utbildning flera gånger per år.

Kvaliteten på demensvården följs upp genom egenkontroller baserade på statistik från databasen och verktyget BPSD. Upplevelser från enhetschefer, sjuksköterskor och ombud som arbetar med registret tas också i beaktande. Verksamheten har dessutom anslutit sig till det nya kvalitetsregistret Swedem, som syftar till att på en övergripande nivå vidareutveckla demensvården på enheterna.

## Resultat och analys



Antalet genomförda BPSD-skattningar i särskilt boende har ökat till 152 under året. Arbetet följs fortsatt upp genom nätverksträffar för ombud där goda erfarenheter delas, och verksamheten fortsätter att arbeta enligt etablerad utbildningsmodell.

Journalgranskningar visar att antalet vårdplaner med involverad sjuksköterska har ökat tydligt de senaste åren, vilket bedöms bero på riktade utbildningsinsatser i journalföring samt ett mer teambaserat arbetssätt där sjuksköterskeombud deltar i planeringen av patienternas vård.

I dagsläget bor cirka 100 personer med demensdiagnos i kommunens särskilda boenden. Målsättningen är att samtliga ska erbjudas två BPSD-skattningar per år, vilket hittills uppnåtts till cirka 70 procent. Det systematiska arbetet med demenssturer fortsätter i ordinärt boende.

## Kost

Ett gott näringstillstånd ökar förutsättningar för äldre personer att klara sig på egen hand i det egna hemmet och ha en god livskvalité

Dock är det idag vanligt förekommande att äldre hemmaboende och på särskilt boende utvecklar undernäring. Det medför negativ påverkan på livskvalité och både fysiskt och psykiskt lidande. Följderna kan bland annat vara förlust av muskelmassa, försämrat immunförsvar, försämrad sårhäkning, ökad trötthet, inaktivitet och förvirring.

På särskilt boende har två av våra boenden infört en måltidsordning sedan några år tillbaka med syfte att stärka aktivitet och ge en mer näringsrik kost. Natfastan mäts två gånger per år

## **Resultat och analys**

Särskilt boende har infört ett nytt måltidskoncept på samtliga boenden, med kostråd, förstärkta och proteinrika mellanmål samt en mer utspridd måltidsstruktur över hela dygnet. Kontinuerliga fortbildningar har genomförts och måltidsamordnare har etablerat en tydlig struktur för samverkan.

På särskilt boende sker riskbedömningar systematiskt och åtgärder sätts in och följs upp på samtliga enheter.

Natfastan har mätts under året och enheterna har arbetat med sina resultat. Målet på natfasta under 11h på över 90% av de boendena har infriats.

I ordinärt boende kommer kosten vara ett fokusområde under 2026 ett systematiskt arbete kring att införa kost och nutritionsriktlinjer ska genomföras.

## **Kontinens**

Kontinensarbete är avgörande inom äldreboenden av flera skäl. För det första bidrar det till att bibehålla en hög livskvalitet för äldre personer genom att främja deras självständighet och välbefinnande. Genom att arbeta med kontinens kan man förebygga och hantera problem relaterade till urininkontinens och avföringsinkontinens, vilket minskar risken för hudskador, infektioner och psykologiskt obehag.

Dessutom kan kontinensarbete bidra till att minska bördan på vårdpersonal och vårdsystemet genom att minska behovet av kontinuerlig tillsyn och hantering av inkontinensrelaterade problem. Det frigör också tid och resurser som kan användas för att tillhandahålla andra vårdtjänster och stöd till äldre.

Sammanfattningsvis är kontinensarbete viktigt inom äldreboenden eftersom det främjar livskvalitet, självständighet och välbefinnande hos äldre personer samtidigt som det minskar bördan på vårdpersonal och vårdsystemet.

## **Resultat och analys**

Kontinensarbetet har gått framåt systematiskt under året. Antalet personer som får en utredning och korrekt utprovning av skydd har ökat från ett fåtal 2020-21 till ca 60 % år 2024 och liknande siffror 2025. Kostnaderna har minskat men storleken på skydd kvarligger som tidigare år. Målet är att öka produktkunskap, toapassningsrutiner och därmed uppnå målet om minsta möjliga skydd och ökad självständighet hos våra brukare.

Inkontinens var ett prioriterat område för 2025. Tyvärr har inte effekten av insatta åtgärder haft den effekt som önskat. Inkontinens kommer fortsatt vara ett prioriterat område 2026.

## **Säkerhetsrund av basutrustning och förskrivna hjälpmedel**

Verksamheterna ska årligen följa upp medicintekniska produkter gällande spårbarhet, rutiner för hantering och skötsel samt säkerhet. Legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter bistår ombud och enhetschef i arbetet. Under året har säkerhetsrund utförts på alla särskilda boenden. Uppföljning av elrullstolar

sker kontinuerligt av legitimerade och särskild uppföljning av cyklar har skett på rehabverksamhetens initiativ. Besiktning av fasta installationer, sängar och personlyftar har utförts av Dalarnas Hjälpmedelcenter, (DHC).

### **Förflyttningskunskap**

Utbildning i förflyttningskunskap av rehabiliteringsenheten har under året erbjudits verksamheterna. Brist på personal har gjort att få givits möjligheten och fler tillfällen har blivit inställda. Tillfällen har genomförts för semestervikarier och nyanställda.

Att personal saknar adekvat förflyttningsutbildning påverkar patientsäkerheten och medborgarnas möjlighet till rehabilitering avsevärt. Dessutom påverkar det arbetshälsa, kontinuitet och möjligheten att bibehålla personal. En ökad satsning på grund i förflyttningskunskap, hjälpmedel och rehabiliterande arbetssätt behövs och har i samverkan med EC påbörjats och planeras vidare under 2026

### **Senior alert**

Senior alert är ett riskbedömningsinstrument inom områdena kost, risk för trycksår, undernäring och inkontinens. Det används systematiskt inom särskilt boende även om det inte registreras i registret. Under året har vi börjat riskbedöma systematiskt i ordinärt boende och där lägger vi också in resultatet i databasen.

### **Resultat och analys**

Vid journalgranskningar konstateras att riskbedömningsinstrument används systematiskt i särskilt boende. Åtgärder sätts in vid brister och följs oftast upp. Riskbedömningarna görs vid inflytt och följs upp på teamträffar.

Arbetet kring riskbedömningar i ordinärt boende har varierat under åren. I år har riskbedömningar genomförts men ett mer strukturerat arbete är prioriterat för 2026.

## **Öka kunskap om inträffade vårdskador**

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

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



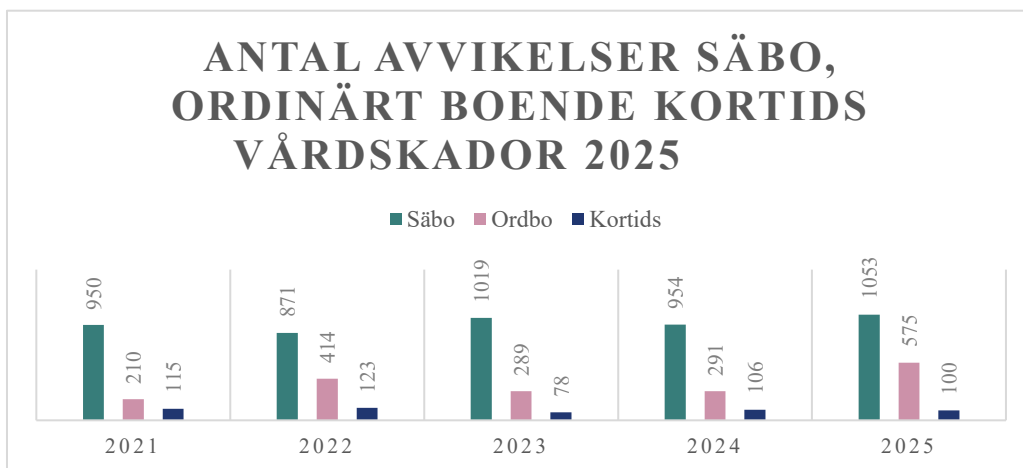
### **Avvikelser**

Under året har ett nytt avvikelssystem implementerats tillsammans med nya arbetssätt för avvikelshantering. Avvikelser hanteras nu genom händelsenära analyser som genomförs veckovis.

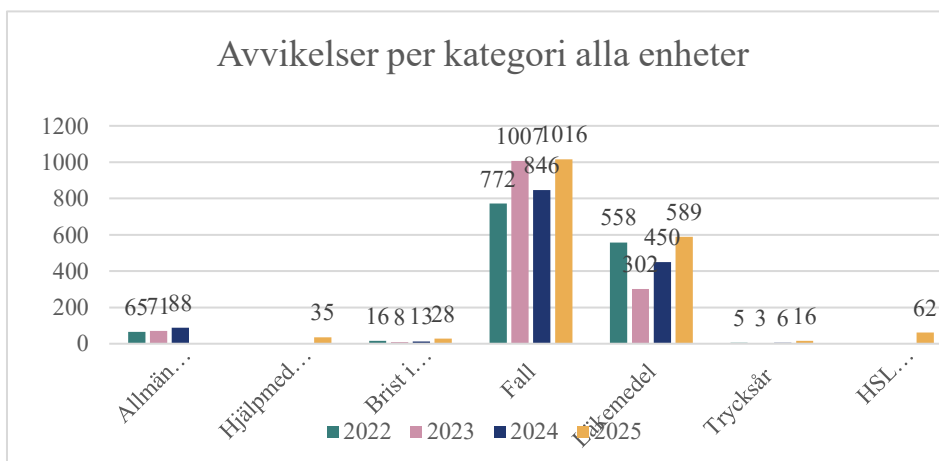
Det tidigare avvikelssystemet var bristfälligt och avvikelshanteringen skedde till stor del manuellt. Avvikelser dokumenterades först för hand och registrerades därefter i systemet av chef eller legitimerad personal. Detta arbetssätt medförde förseningar, risk för underrapportering samt bidrog till en låg avvikelsekultur.

Tidigare var avvikelser indelade i sju övergripande kategorier utan uppdelning mellan vårdskador och sol avvikelser. Under året har en ny struktur införts där avvikelser

delas upp på ett mer detaljerat sätt. Detta innebär att jämförelser över tid är svårare att göra och behöver beaktas i analysen av avvikelser för 2025.

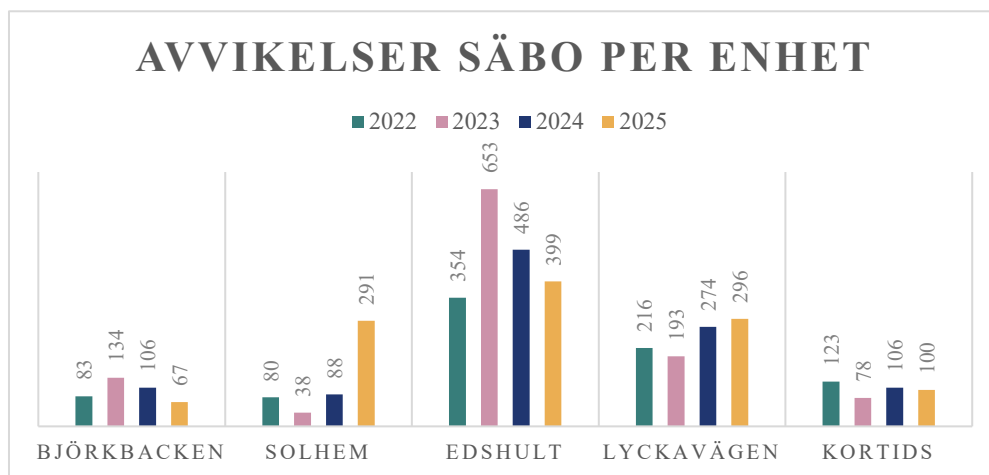


Fördelat per boende. SÄBO står för den absolut största andelen av skrivna avvikelser

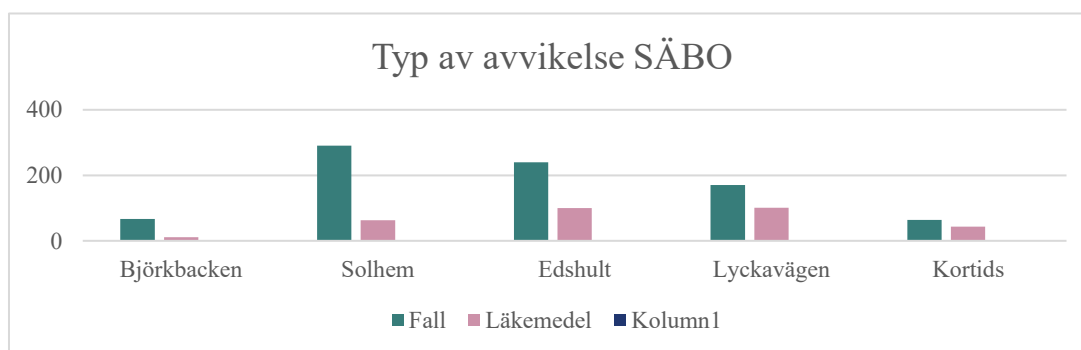


Avvikelser per kategori alla enheter. Fall och läkemedel står för största delen av antal skrivna avvikelser i kommunen.

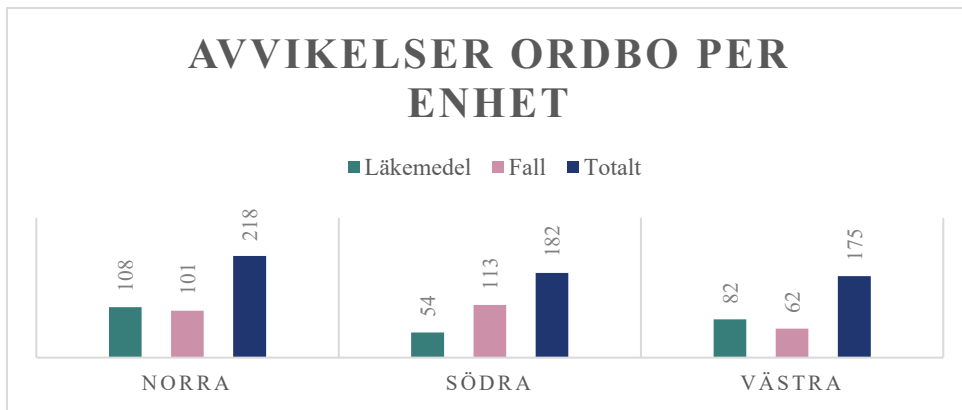
Noterbart är att antalet inrapporterade trycksår ökat i år. Det är ett fåtal per enhet där några kommer från lasarett, tidigare år bedöms det vara en viss underrapportering årets statistik är mer rättvisande.



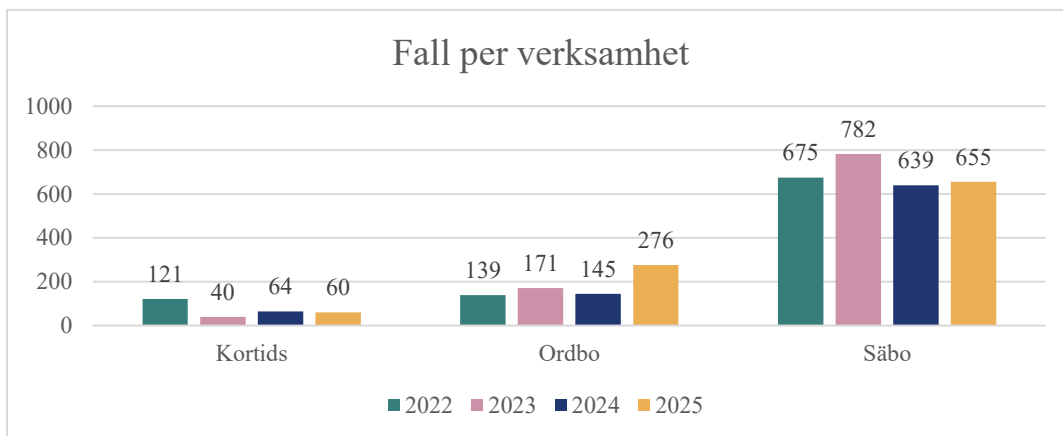
Avvikelser har generellt ökat under till stor del beroende på nytt avvikelssystem. Den största ökningen är på solhem och då främst kopplat till fall. Ett fåtal personer står för en stor del av de dokumenterade fallen.



En beskrivning av antal avvikelser per boendenhet. Fall och läkemedel står som tidigare beskrivet för medparten av alla avvikelser.



Avvikelseberättelserna har förbättrats avsevärt i ordinärt boende under året. Antalet dokumenterade fall har ökat och tydligt är att ett gemensamt fallförebyggande arbete behöver fortsätta vara fokus under 2026.



## Fall

Fall är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador inom kommunal hälso- och sjukvård och kan leda till allvariga konsekvenser såsom frakturer, minskad självständighet och ökat vårdbehov. Ett systematiskt och förebyggande arbete med fallriskbedömning och åtgärder är därför en viktig del i att stärka patientsäkerheten och minska lidande för den enskilde.

Det är ett arbete som Region och kommun behöver samverka kring för minskat lidande och död. Kommunerna bär de största kostnaderna efter fallskador.

I särskilt boende finns ett systematiskt sätt att arbeta kring fallskador, gemensamma åtgärder och vårdplaner finns i de alla flesta fall.

I ordinärt boende har ett arbete med riskbedömningar påbörjats under året. Vi erbjuder också fallförebyggande hembesök till de som ansökt om trygghetslarm. Ytterligare projekt kring fall planeras att påbörjas under 2025. Första kundbesöket tillsammans med biståndshandläggare och arbetsterapeut har påbörjats i mindre skala 2024, och planeras också fortsätta under 2025.

Antalet frakturer ligger kvar på samma nivå som tidigare år se tabell.

Fall är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador inom den kommunala hälso- och sjukvården och kan leda till allvarliga konsekvenser såsom frakturer, minskad självständighet och ökat vårdbehov. Ett systematiskt och förebyggande arbete med strukturerade fallriskbedömningar samt individuellt anpassade åtgärder är därför en central del i att stärka patientsäkerheten och minska den enskildes lidande.

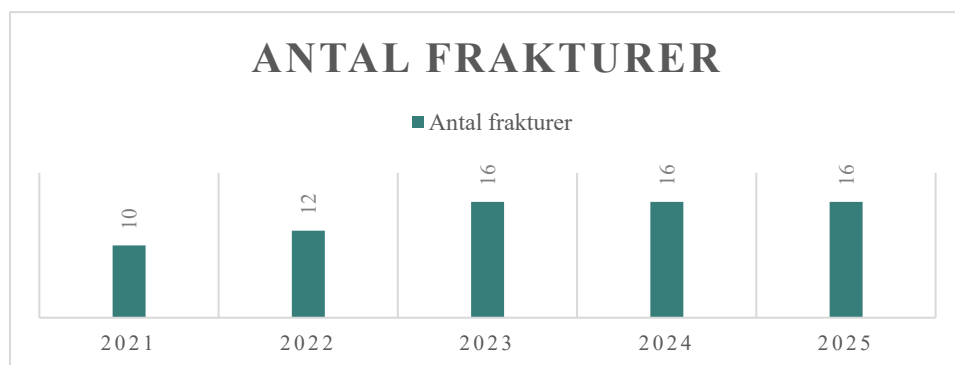
Antalet rapporterade fall ligger kvar på en nivå jämförbar med tidigare år. Den ökning som ses i antal avvikelser bedöms i huvudsak vara en följd av en starkt avvikelsekultur inom ordinärt boende, vilket är positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv då det ger bättre underlag för analys och förebyggande insatser. Antalet frakturer ligger kvar på samma nivå som tidigare år (se tabell).

I särskilt boende bedrivs ett mer systematiskt arbete kring fallprevention, där riskbedömningar, gemensamma åtgärder och vårdplaner i de flesta fall upprättas och följs upp i team.

Inom ordinärt boende har arbete med riskbedömningar påbörjats under året. Fallförebyggande hembesök erbjuds till personer som ansöker om trygghetslarm. Under 2024 har även gemensamma första hembesök tillsammans med biståndshandläggare och arbetsterapeut prövats i mindre skala, med plan för fortsatt utveckling under 2025. Ytterligare utvecklingsinsatser inom fallprevention planeras.

### **Fokusområde 2026**

Under 2026 behöver arbetet med fallprevention ytterligare stärkas genom att riskbedömningar genomförs mer systematiskt och i tvärprofessionella team, särskilt inom ordinärt boende. Samverkan mellan kommun och vårdcentral är en förutsättning för att identifiera risker tidigt, samordna insatser och följa upp vidtagna åtgärder. Ett gemensamt och strukturerat arbetssätt mellan kommun och region ska därför vara ett prioriterat fokusområde under 2026, i syfte att minska fallrelaterade skador, lidande och vårdbehov.



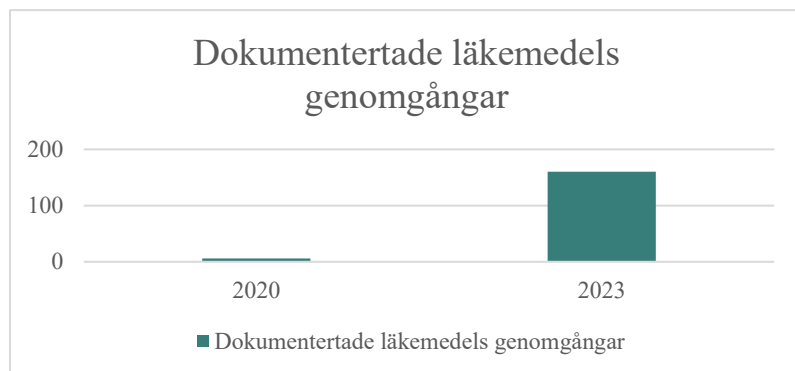
Alla frakturer har analyserats och utretts av MAS/MAR.

### **Läkemedel**

De flesta avvikelserna sker dagtid, men också en relativt stor del kvällstid. Vanligaste orsaken är att man missat att ge eller glömt. Ett arbete med säker läkemedelshantering har skett under året. MAS har haft utbildning utifrån rutin och det har sedan förankrats ut till verksamheterna av sjuksköterskor.

Läkemedelsgenomgångar har utförts under åren men ej dokumenterats så det är tillgängligt för alla. Från att ett fåtal läkemedelsgenomgångar dokumenterats på rätt ställe 2021 så har i år 160 läkemedelsgenomgångar dokumenterats och utförts på rätt

ställe 2023. Antalet läkemedelsgenomgångar har inte mätts under 2025. Men enligt interjuver och journalgranskningar utförs de en gång per år.



### Verksamheternas analys

Under 2025 har avvikelsekulturen förbättrats mycket i verksamheterna. Under perioden har flera allvarliga avvikelser rapporterats, inklusive fyra Lex Maria-anmälningar samt Lex Sarah-anmälningar. Antalet rapporterade avvikelser har ökat, framför allt inom ordinärt boende. Denna ökning bedöms i huvudsak vara kopplad till införandet av ett nytt digitalt avvikelssystem, vilket har förenklats rapporteringen och bidragit till en ökad benägenhet att rapportera avvikelser.

Tidigare skedde avvikelshantering manuellt, vilket medförde förseningar, risk för underrapportering och en låg avvikelsekultur. Under slutet av 2024 implementerades ett nytt digitalt system för avvikelshantering. I samband med detta har utbildningsinsatser genomförts och ett ökat fokus lagts på att stärka avvikelsekulturen inom hela verksamheten.

Ett systematiskt arbetssätt för avvikelshantering har nu etablerats både inom särskilt boende och ordinärt boende. Från och med 2025 införs omvårdnadsnära analyser där avvikelser hanteras teambaserat på samtliga enheter.

Ökningar av avvikelser på enskilda enheter har identifierats och hanterats genom riktade åtgärdsplaner och korrigerande insatser. Målet med det nya systemet är att höja kvaliteten i avvikelseutredningar samt att säkerställa en kontinuerlig och strukturerad uppföljning per tertial. I nuläget bedöms kvaliteten i vissa utredningar som otillräcklig, men det har förbättrats avsevärt under året.

Avvikelser har också börjat skrivas och hanteras inom LSS där behöver liknande struktur som i övriga verksamheter implementeras under 2026.

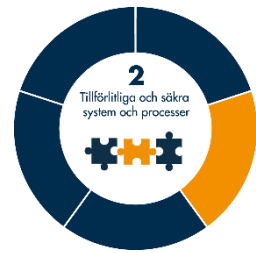
## Tillförlitliga och säkra system och processer

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.

Verksamheten kommer fortsätta att lägga stort fokus på systematisk och strukturerad dokumentation under 2026. Det kommer stödja legitimerade och stärka patientsäkerheten genom en sammanhållen och tydlig process för riskbedömning, planerade åtgärder och uppföljning.

Grundutbildning måste säkerställas hos omvårdnadspersonal. Förutom hygien- och delegationsutbildning ska alla som utför omvårdnad ha en grund i rehabiliterande förhållningssätt, förflyttnings- och hjälpmedelskunskap. Ombudsroller ska tydliggöras och fortsatt vara ett gott stöd i verksamheterna.

System för att hantera patientsäkerheten saknas delvis idag. Krav på processtyrda ledningssystem finns sedan fler år tillbaka men har ej införts i Leksands kommun. Ett säkert sätt att hantera avvikelser har införts under 2024-2025.



## 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.

### Riskhantering

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



## 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.

### Avvikelse

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

Alla medarbetare ska rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syfte är att upprätthålla en hög patientsäkerhet och förbättra verksamheten.

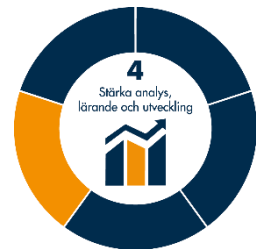
Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att verksamheten följer de riktlinjer som finns och att medicinskt ansvariga, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Sammanställning och analys av avvikelshantering ska göras på enhetsnivå samt rapporteras in i procapita i slutet av varje månad.

I analys av avvikelser ser verksamheten ett ökat behov av att hantera alla avvikelser i ordinärt boende. Mer fokus behövs generellt för att förebygga ohälsa och effektivisera våra insatser i ordinärt boende.

Totalt har verksamheten anmält 4 Lex Maria ärende under året även

### Klagomål och synpunkter

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



Synpunkter och klagomål välkomnas, samtliga följs upp och informationen tas på allvar. Hanteringen sker skyndsamt och klagomålet eller synpunkten hanteras så nära berörd verksamhet som möjligt. Om brister identifieras vidtas nödvändiga åtgärder. Alla som önskar kan lämna synpunkter och klagomål tex patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer. Information om möjligheten ska finnas på kommunens hemsida men bör även delges muntligt vid lämpliga tillfällen.

Det saknas en enhetlig struktur över synpunkter och klagomål som inkommer till medicinskt ansvariga. Inkomna synpunkter och klagomål i kommunens egna system redovisas i kvalitetsberättelsen. Inkomna synpunkter och klagomål från IVO och regionen redovisas under resultat.

## 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.

Att praktiskt träna olika metoder och moment i vården ska vara en självklarhet. Att även träna att hålla bra möten, teamsamverkan och att göra patienten delaktig känns extra viktigt för patientsäkerhet och delaktiga medborgare.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Mål och strategier för 2026

**Övergripande mål:** Ingen patient ska drabbas av vårdskada inom vård och omsorg

### Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer

### Hälso- och sjukvårdsprocessen:

- Att systematiskt förbättra processer och arbetsätt enligt framtagna utbildningsplan. Extra fokus på basala hygienrutiner och inkontinens SÄBO.
- att fortsätta utveckla arbetsätt med riskbedömningar och proaktivt arbete framför allt i ordinärt boende
- Att fram nya arbetsätt i ordinärt boende kopplat till kontaktvägar och vårdplaner.
- Att ta fram och utveckla arbetsätt inom LSS kopplat till riskbedömningar och teamarbete.

### Systematiskt kvalitetsarbete

- att dokumentation i vården är strukturerad och ett stöd för ökad patientsäkerhet
- att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
- att kunskapen om avvikelseprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt.
- Att öka förebyggande arbetet inom ordinärt boende.

### Kompetensstyrning och kompetensutveckling

- att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Fortsätta med framtagna utbildningsplan.

## **Utmaningar**

En nyckel för ökad patientsäkerhet är att bibehålla och kompetensförsörja den personal vi har för ökad patientsäkerhet framöver. Att hitta en kunskapsstyrning som är hållbar och effektiv över alla verksamheter. Att se till att den personal som vårdar våra invånare i Leksands kommun har rätt förutsättningar att kunna göra detta på ett säkert och hållbart sätt utifrån förutsättningar.

Kortare vårdtider, minskat antal vårdplatser och tidigare utskrivningsklara patienter från sjukhusen leder till att medicinska åtgärder behöver tillgodoses på ett annat sätt inom den gemensamma primärvården (kommun och region). I omställningen till nära vård behöver kommuner och Regionen en gemensam och sammanhållen strategi för att säkerställa människors möjliga självständighet genom optimal funktions- och aktivitetsnivå. Nyckelfaktorer är att komma in tidigare med insatser, för att förebygga ensamhet, öka aktivitet.