



Askersunds
KOMMUN

Kvalitets och Patientsäkerhetsberättelse för Askersunds kommun 2025



Caroline Eklöf
Medicinskt ansvarig

Sofie Norén
Utvecklingsledare

Inledning

SOSFS 2011:9 7 kap, PSL 2010:659

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts

Vårdgivare ska 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Innehållet i kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen följer strukturen i Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård bestående av fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behövs för att stärka en god och säker vård. De grundläggande förutsättningarna utgör villkor som måste uppfyllas för att vården ska kunna bli säkrare. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.



Källa: Socialstyrelsen "Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030".

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	12
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	20
Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Fokusområde 3 - Säker vård här och nu	24
Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling.....	24
Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	32
STRATEGIER OCH UPPDRAG FÖR KOMMANDE ÅR	33

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Den nationella utredningen SOU 2024:72 ”Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård” överlämnades till socialförsäkringsministern i november 2024.

Ett syfte med utredningen är att den medicinska kompetensen behöver stärkas i den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten måste vara ett gemensamt uppdrag och ansvarstagande på högsta ledningsnivåer i både regioner och kommuner. En aspekt som berörs både i tidigare utredningar och i denna utredning är ett behov av stärkt medicinsk kompetens på strategisk ledningsnivå.

Förvaltningsledningen inom Socialförvaltningen i Askersunds kommun har under 2025 fått en ny Socialchef som tillträdde under mars månad. Medicinskt ansvariga ingår sedan slutet av 2024 i förstärkt ledningsgrupp tillsammans med övrig stab inom förvaltningen. En förutsättning för att god och säker vård är att ledning i samverkan med medicinskt ansvariga arbetar tillsammans med strategisk planering i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen arbetade under året med att vara uppdelad i två team utifrån hemsjukvård och särskilt boende där sjuksköterska och arbetsterapeut ingick i båda teamen. Efter utvärderingar beslutades att sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska ledas med varsin enhetschef för att stärka grundprofessionen och hålla samman grupperna. I ledningsgrupp för hälso- och sjukvårdsenheten ingår verksamhetschef hälso- och sjukvård, verksamhetschef vård och omsorg, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga samt processledare Nära vård.

Under året har ledningsgrupperna inom Vård och omsorg, Funktionsstöd, Individer och familjeomsorg samt Hälso- och sjukvård fortsatt arbeta för att bibehålla den ledningsstruktur som skapats för att säkerställa transparens från förvaltningsledningen. Inom ledningsgrupperna har arbetet syftat till att främja ett nära ledarskap och tydliggöra ansvaret för uppföljning av insatser, kompetens, patientsäkerhet och teamarbete.

På Smedsgården har gruppledarroller tillsatts på samtliga avdelningar under 2025 för att säkerställa den dagliga planeringen, med uppdrag att se till att alla insatser blir utförda och dokumenterade. Arbetet påbörjades mars–april 2024 och har visat goda effekter. Vissa justeringar pågår fortfarande för att ytterligare förfina rollen.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Ledningssystemet är ett verktyg för att styra, säkra och följa upp kvaliteten i verksamheten.

Under 2025 så har ett stödmaterial för chefer och övriga användare i ledningssystemet både uppdaterats och skapats. Syftet är att användarna med hjälp av stödmaterialet lätt ska kunna jobba på ett systematiskt kvalitetssäkrat sätt. Nyhetsbrev om reviderade, nya eller borttagna rutiner och dokument och annan väsentlig information skickas ut till verksamheterna minst två gånger i månaden, samt publiceras på intranätet där ledningssystemet har en egen webbsida.

Övergripande mål och strategier

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

Mål och utfall för Socialnämnden år 2025

Nämndmål och målprecisering	Måluppfyllelse 2025 och kommentar
Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka Målprecisering: Andel personer på särskilt boende som upplever att personalen alltid/oftast tar hänsyn till brukarens önskemål om hur hjälpen ska utföras.	Socialstyrelsen – procent, årligen Utfall 65%, mål var 75% Inom Vård och omsorg har åtgärder för att stärka brukarnöjdhet och måluppfyllelse genomförts. Utbudet av individuella och gruppaktiviteter har utökats och anpassats efter hälsotillstånd och behov. Kvaliteten inom särskilt boende (SÄBO) är fortsatt ett utvecklingsområde, och handlingsplaner har tagits fram för att följa upp och förbättra insatserna.
Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka Målprecisering: Andel personer på särskilt boende som är nöjd/mycket nöjd med de sociala aktiviteter som erbjuds på sitt boende.	Socialstyrelsen – procent, årligen Utfall 13%, mål 56% Inom Vård och omsorg har åtgärder för att stärka brukarnöjdhet och måluppfyllelse genomförts. Utbudet av individuella och gruppaktiviteter har utökats och anpassats efter hälsotillstånd och behov. Kvaliteten inom särskilt boende (SÄBO) är fortsatt ett utvecklingsområde, och handlingsplaner har tagits fram för att följa upp och förbättra insatserna.
Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka Målprecisering: Andel personer med hemtjänst som upplever att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.	Socialstyrelsen – procent, årligen Utfall 91%, mål 85% Hemtjänsten uppvisar fortsatt hög brukarnöjdhet, vilket bedöms ha samband med erfaren och utbildad personal samt stabil organisation
Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka Målprecisering: Andel personer som upplever att de har möjligheten att påverka tiderna för insatserna. (<i>Hemtjänst</i>)	Socialstyrelsen – procent, årligen Utfall 56%, mål 55% Hemtjänsten uppvisar fortsatt hög brukarnöjdhet, vilket bedöms ha samband med erfaren och utbildad personal samt stabil organisation

<p>Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka</p> <hr/> <p>Målprecisering: Andel brukare som trivs på sin dagliga verksamhet utifrån LSS.</p>	<p>Brukarundersökning SKR – procent, årligen Utfall 79%, mål 90%</p> <p>Inom funktionsstödsverksamheten har brukarnöjdheten varierat mellan verksamheterna. Stabil personal och kontinuitet är starkt kopplat till högre nöjdhet, medan verksamheter med hög personalomsättning har lägre resultat.</p>
<p>Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka</p> <hr/> <p>Målprecisering: Andel brukare inom daglig verksamhet LSS som får bestämma om saker som är viktiga.</p>	<p>Brukarundersökning SKR – procent, årligen Utfall 63%, mål 65%</p> <p>Inom funktionsstödsverksamheten har brukarnöjdheten varierat mellan verksamheterna. Stabil personal och kontinuitet är starkt kopplat till högre nöjdhet, medan verksamheter med hög personalomsättning har lägre resultat.</p>
<p>Mål: Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka</p> <hr/> <p>Målprecisering: Andel brukare som känner sig trygga med personalen hemma i sin gruppbostad.</p>	<p>Brukarundersökning SKR – procent, årligen Utfall 57%, mål 65%</p> <p>Inom funktionsstödsverksamheten har brukarnöjdheten varierat mellan verksamheterna. Stabil personal och kontinuitet är starkt kopplat till högre nöjdhet, medan verksamheter med hög personalomsättning har lägre resultat.</p>
<p>Mål: Upplevelsen av delaktighet och självbestämmande</p> <hr/> <p>Målprecisering: Andel individer med aktuell genomförandeplan</p>	<p>Verksamhetssystem – procent, halvår Utfall 96,2%, mål 93%</p> <p>Det har och är ett tydligt prioriterat område med genomförandeplaner och samtliga områden har haft dialoger med personal.</p>
<p>Mål: Upplevelsen av delaktighet och självbestämmande</p> <hr/> <p>Målprecisering: Andelen genomförandeplaner där det framgår om brukaren eller utsedd företrädare varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen och har en namngiven kontaktperson som är känd.</p>	<p>Verksamhetssystem – stickprov i procent, halvår Utfall 89,23%, mål 100%</p> <p>Delaktighet i genomförandeplaner dokumenteras i samtliga ärenden, men rutiner kring hur delaktigheten ska redovisas i systemet behöver tydliggöras.</p>

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

HSL 2017:30, HSF 2017:80, PSL 2010:659, SOSFS 2011:9

Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde och är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen har ett övergripande ansvar för att dess invånare får en god vård.

För den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver i egen regi är kommunen även vårdgivare och måste förhålla sig till de författningar som gäller för alla vårdgivare.

Vårdgivare

Socialnämnden är vårdgivare för kommunens hälso- och sjukvård och har ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och ska genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Med kvalitet och patientsäkerhet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård. Vårdgivaren har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren ansvarar för att genom det ledningssystemet säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet för journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska förebygga vårdskador och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Om en händelse medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden kan delegera visst ansvar enligt ovan i en delegationsordning.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården

Socialchefen är verksamhetschef för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och ansvarar för att ledningen är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen måste inte ha medicinsk kompetens och får ge någon annan som har tillräcklig kompetens och erfarenhet i uppdrag att utföra enskilda ledningsuppgifter. Men utan den medicinska kompetensen får verksamhetschefen inte bestämma över vård och behandling av patienter. Med stöd av ledningssystemet ska verksamhetschef för hälso- och sjukvården övergripande leda, kontrollera, följa upp patientsäkerhet och kvalitet.

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Med stöd av ledningssystemet ska medicinskt ansvariga övergripande leda, kontrollera, följa upp patientsäkerhet och kvalitet.

Det särskilda ansvaret för MAS och MAR i den kommunala hälso- och sjukvården innebär inte att ansvar fräntas andra. Precis som i andra hälso- och sjukvårdsverksamheter har sjukvårdshuvudmannen, vårdgivaren, verksamhetschefer, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen alla sitt ansvar.

MAS och i tillämpliga delar MAR ansvarar för att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av vårdskador eller risk för vårdskador, och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ska utföra sådana uppgifter som annars ska utföras av verksamhetschefen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och att ansvara för att beslut om delegeringar inom läkemedelshantering är förenliga med en god och säker vård.

MAS och MAR ska fungera som en länk mellan hälso- och sjukvårdsverksamheterna och den kommunala ledningen av hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvariga skriver på uppdrag av socialnämnden den årliga patientsäkerhetsberättelsen utifrån hur verksamheterna bedrivit det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och vilka resultat som uppnåtts under föregående år. Medicinskt ansvariga har delegation från socialnämnden anmäla allvarliga vårdskador, lex Maria till IVO.

Verksamhetschefer

Verksamhetscheferna har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvariga för resultatet inom sitt verksamhetsområde inom alla lagrum. Verksamhetschefer ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Verksamhetschefer ansvarar strategiskt för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts i ledningssystemet blir implementerade i verksamheten. Verksamhetschefen ska säkerställa att verksamheten arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschefer

Enhetschefer har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet (egenkontroller, riskanalyser, utredning och åtgärder av missförhållanden, vårdskador och synpunkter och klagomål) inom sin enhet inom alla lagrum och är ansvarig för resultatet. Enhetschefer ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur de utför sitt arbete. Legitimerad personal kan delegera vissa arbetsuppgifter och ansvarar för att detta görs på ett patientsäkert sätt. Den personal som tagit emot delegering ansvarar för att utföra delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt. De som har legitimation att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller de som har en delegering räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och är skyldiga att föra patientjournal. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med lagar och författningar samt enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Vårdhygien i region Örebro och hygiensköterskor med ansvar för att samarbeta med kommunernas hälso- och sjukvård ger stöd i att förebygga och minska smittspridning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral samverkar på olika sätt för att följa upp arbetssätt och förebygga vårdskador. Samverkansmöten sker regelbundet en gång i månaden med kommunens chefer för HSE, vårdcentralschefer, medicinskt ansvariga, vårdsamordnare och processledare för Nära vård. Fyra gånger per år deltar socialchef och verksamhetschef för vårdcentralen.

Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral har en överenskommelse om samverkan mellan huvudmännen vilken även fungerar som ett måldokument med indikatorer som följs upp enligt årshjul.

Kommunens metodhandledare (för in- och utskrivningsprocessen på sjukhus) har gemensamma träffar med vårdsamordnaren på vårdcentralen. I länet används informationsöverföringssystemet LifeCare SP för vårdplaneringsprocessen mellan vårdgivarna.

Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län

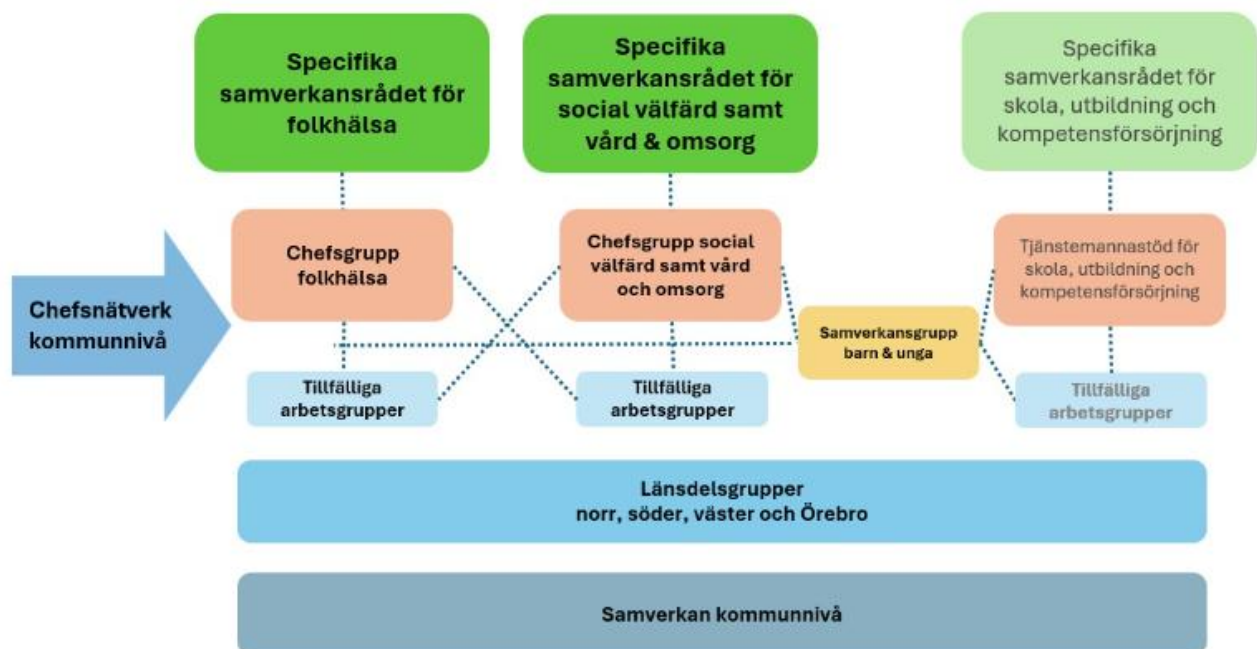
Kommunerna, regionen och det civila samhället arbetar tillsammans för att stärka och förbättra vården, välfärden och folkhälsan. Samverkan sker också mellan kommunerna emellan. Region Örebro län samordnar arbetet i politiker- och tjänstepersonsgrupper samt i nätverk för strategiska chefer via enheten Välfärd och Folkhälsa. Syftet med den regionala samverkan inom området social välfärd samt vård och omsorg är att invånare i behov av insatser från både regionen och kommunen ska få en god vård och omsorg. Detta ska ske i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och samverkan ska säkra att den enskilde inte faller mellan stolarna. Det finns två chefsgrupper som tjänstemannastöd till de specifika samverkansråden.

Specifika samverkansrådets uppdrag:

- Initiera och samråda om frågor inom verksamhetsområdet som är strategiska och viktiga för Örebro län.
- Samordna det regionala utvecklingsarbetet med det lokala utvecklingsarbetet.
- Vara ett forum för regional och kommunal omvärlds- och intressebevakning.

Regional samverkansstruktur för folkhälsa, social välfärd samt vård och omsorg

Organisationsskiss samverkan



Samverkansstruktur i södra länsdelen

I varje länsdel finns en länsdelsgrupp med representanter från Region Örebro läns verksamheter och med representanter från länsdelens samtliga kommuner, inom området social välfärd och vård samt folkhälsa. Dessa länsdelsgupper är basen för det lokala utvecklingsarbetet som sker i samverkan mellan kommunerna och Region Örebro län inom området sammanhållen vård och omsorg. Utgångspunkten för länsdelens arbete är den regionala utvecklingsstrategin 2022-2030, färdplan för omställningen till Nära vård i Örebro län, digitaliseringsstrategin och plan för e-hälsa. Färdplanen för omställningen till Nära vård tar ut en riktning för det länsgemensamma arbetet och ska vara ett stöd i utvecklingsarbetet.

Samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård mellan kommunerna och Region Örebro län

Kunskapsstyrningen är ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Målet är att bidra till en god hälsa i befolkningen genom en god vård som ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Kunskapsstyrningsstrukturen bygger på nationella programområden samt nationella samverkansgrupper; båda med underliggande nationella arbetsgrupper.

Den lokala nivån, det vill säga Region Örebro läns hälso- och sjukvård och tandvård ska tillsammans med länets kommuner ta del av och införa de nationellt framtagna kunskapsstöden i den kliniska vardagen. Uppföljning och analysera av medicinska resultat ska göras och användas som utgångspunkt för utveckling och förbättring av verksamheten. Patient- och närstående-representanters erfarenheter och kunskap ska tillvaratas.

Nära vård

Svensk hälso- och sjukvård står inför en långsiktig omställning till Nära vård, driven av förändrade behov i befolkningen. Vi lever längre, fler lever med kroniska sjukdomar och andelen äldre ökar samtidigt som andelen personer i arbetsför ålder minskar. Denna utveckling påverkar både finansiering, kompetensförsörjning och organisering av vård och omsorg.

I Askersunds kommun är den demografiska förändringen särskilt tydlig. Prognoser visar en fortsatt ökning av invånare 80 år och äldre, vilket innebär ett växande behov av samordnade, förebyggande och personcentrerade insatser nära individen. Omställningen till Nära vård syftar till att möta dessa behov genom att förflytta fokus från vård på sjukhus till vård och stöd med hemmet, stärka samverkan mellan huvudmän samt arbeta mer hälsofrämjande och proaktivt. För socialförvaltningen innebär detta ett ökat fokus på tillgänglighet, delaktighet och samordning av insatser utifrån individens behov.

Omställningen till Nära vård drivs och hålls samman av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och i Örebro län är det Valfärd och folkhälsa i regionens regi som har ansvaret.



Bild: Illustration av målbilden för Nära vård i samverkan.

Länets tolv kommuner har tillsammans med Region Örebro län tagit beslut om en gemensam målbild för omställningen till Nära vård. Målbilden utgör en gemensam utgångspunkt för länets fortsatta arbete och innebär en förflyttning mot en mer personcentrerad vård där varje persons behov, resurser och förutsättningar är vägledande.

För att lyckas med omställningen krävs ett långsiktigt gemensamt ansvarstagande mellan kommuner, region och övriga samarbetspartners för att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

Färdplan Nära vård

För att stödja genomförandet har en länsgemensam färdplan tagits fram med syfte att identifiera och prioritera gemensamma utvecklingsområden och aktiviteter. Färdplanen utgör den strategiska ramen för arbetet och beskriver de insatser som gemensamt prioriterats för att nå målbilden. Benämningen färdplan markerar att omställningen är en gemensam och långsiktig process som kräver uthållighet och kontinuerlig utveckling. Färdplanen gäller för perioden 2023–2026 och revideras årligen.

I Askersunds kommun har en lokal färdplan med tillhörande mål tagits fram för att konkretisera omställningen i den egna verksamheten. Den lokala inriktningen betonar ökad kunskap och delaktighet i omställningen hos chefer, medarbetare och förtroendevalda samt en fortsatt implementering av ett personcentrerat arbetssätt inom socialförvaltningens verksamheter.

Prioriterade fokusområden är samverkan mellan kommunal och regional primärvård, samverkan kring barn och unga samt samverkan kring äldre personer med sammansatta behov. Arbetet leds av en gemensam styrgrupp bestående av förvaltningschefer från socialförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen samt kultur-, evenemangs- och fritidsförvaltningen, tillsammans med verksamhetschef från regionens hälso- och sjukvård i södra länsdelen.

Som en del i den lokala inriktningen används begreppet Skapa hälsa tillsammans för att tydliggöra det gemensamma ansvaret för invånarnas hälsa och vikten av ett brett, förebyggande perspektiv. Arbetssättet stödjer utvecklingen av personcentrerade insatser, stärkt samverkan och ett mer proaktivt stöd till invånare genom hela livsloppet.

I Askersunds kommun utgör omställningen till Nära vård därmed en integrerad del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, där stärkt samverkan, personcentrering och ett förebyggande arbetssätt bidrar till ökad trygghet, kontinuitet och säkerhet för den enskilde.

Sammantaget visar resultaten att omställningen till Nära vård är pågående och ger positiva effekter i form av ökad personcentrering och delaktighet, samtidigt som fortsatt utveckling krävs inom samordning, systematik och implementering för att möta framtida behov hos en allt äldre befolkning.

En god säkerhetskultur

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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



Informationssäkerhet

Förvaltningen omfattas av flertalet författningar som ger direktiv om informationssäkerhet t.ex. Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, Patientdatalag (2008:355) och Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Det finns kommunövergripande styrdokument gällande informationssäkerhet som alla förvaltningar har att förhålla sig till. Inom socialförvaltningen hanteras stora mängder känsliga uppgifter inom olika system som stöd för verksamhetens uppdrag. Hantering av känsliga uppgifter och följsamhet till styrdokument behöver förstärkas inom förvaltningen för att minimera risker att känsliga uppgifter hamnar i orätta händer samt skapa trygghet hos användarna som hanterar känsliga uppgifter. Under året har SKR initierat Handslaget som är ett nationellt arbete med olika inriktningar med stöd för digitalisering där bland annat SDK (säker digital kommunikation) ingår. Det är ett av initiativen som kommunen har beslutat att införa under 2025-2026 för att kunna skicka känsliga uppgifter på ett säkert sätt digitalt. Under våren 2024 gick alla medarbetare en digital kommungemensam grundkurs i informationssäkerhet som syftar till att ge användarna stöd i deras dagliga arbete och öka medvetenheten om hur känslig information ska hanteras. Denna digitala grundkurs har skickats ut igen med start under oktober 2025 till samtliga anställda inom kommunen.

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.



Kompetensnivå

Inom vård- och omsorg fanns i november 2025 inom särskilt boende och korttidsenhet 130 månadsanställda och av dem var 97 (75%) utbildade undersköterskor/omvårdnadsassistenter. Inom hemtjänst fanns 128 månadsanställda varav 86 (67%) var utbildade undersköterskor/omvårdnadsassistenter. Inom funktionsstöd fanns i november 2025, 74 månadsanställda och av dem var 68 (92%) utbildade stödassistenter/omvårdnadsassistenter/undersköterskor.

Timvikarier (Kan inte tas ut bakåt i tiden så detta gäller mars 2026)

Totalt ca 83 timvikarier inom hemtjänsten och ca 36 (43%) är utbildade omvårdnadsassistenter/undersköterskor. Totalt ca 99 timvikarier inom SÄBO och ca 40 (40%) är utbildade omvårdnadsassistenter/undersköterskor. Totalt inom Funktionsstöd inkl. personlig assistans är det 45 timvikarier varav 14 (31%) är utbildade stödassistenter/omvårdnadsassistenter/undersköterskor.

Sjutton sjuksköterskor är grundutbildade, sju är specialistutbildade och en är under pågående utbildning till specialist.

Specialistutbildade sjuksköterskor:

- Fyra specialistsjuksköterskor inriktning mot distriktssköterska
- En specialistsjuksköterska inriktning äldre, och palliativ vård
- En specialistsjuksköterska inriktning anestesistjukvård
- En specialistsjuksköterska inriktning demens

Studier som pågår:

- En studerar till specialistsjuksköterska, inriktning mot distriktssköterska

TVå arbetsterapeuter har vidareutbildning inom handrehabilitering. En arbetsterapeut har en magisterexamen inom arbetsterapi, vilket innebär att aktivt kunna delta i verksamhetsutveckling och förbättringsarbete inom arbetsterapi.

Genomförda utbildningsinsatser

Fyra arbetsterapeuter gick kursen ”Konsten att skriva intyg”.

Alla sjuksköterskor och arbetsterapeuter har fått en hel dags utbildning i hur man jobbar i det nya verksamhetssystemet Lifecare HSL samt en heldag ICF/KVÅ-utbildning del 1. Två arbetsterapeuter och sju sjuksköterskor har gått tre heldagar superanvändarutbildning.

Kompetenstrappan

Kompetenstrappan används idag i verksamheterna som ett strukturerat verktyg för att säkerställa rätt kompetens utifrån uppdrag och ansvar. Den möjliggör planerad kompetensutveckling och bidrar till en mer jämlik och säker vård.

Kompetensnavet (KTC)

Kompetensnavet som är ett läns-gemensamt kommunalt kliniskt träningscentrum (KTC) utgör en central del av kommunens arbete med att öka kompetensen hos medarbetarna och därmed också öka patientsäkerheten. Kurser finns för undersköterskor/stödassistenter, sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Genom praktisk färdighetsträning och simulering ges medarbetare möjlighet att utveckla både kliniska och kommunikativa färdigheter i en strukturerad lärandemiljö. Under 2025 har Askersunds kommun fortsatt sitt aktiva deltagande i Kompetensnavet som en del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Totalt har 234 medarbetare deltagit i utbildningsinsatser motsvarande 1 068 kurstimmar.

Kurser som varit prioriterade och genomförts under 2025 är:

”Bemötande och att bli bemött” Fokus på bemötande i mötet med brukare, närstående och mellan professioner.

”Sluta krångla!” Verktyg och förhållningssätt vid arbete med personer som har kognitiv svikt, psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser.

Alla hemtjänstgrupper gick utbildningen gällande bemötande. Nio medarbetare från Borgmästargården och Syrenen har gått utbildningen ”Sluta krångla”. Inga medarbetare från Smedsgården gick någon kurs från Kompetensnavet under 2025. Samtlig personal inom funktionsstöd var inbokad på båda ovanstående kurser.

Handledare

Handledarutbildning ingår i Vård och omsorgs-college uppdrag som syftar till att ansvara för genomförande av arbetsplatsförlagt lärande (APL). Handledaren ska vara en förbindelselänk mellan utbildningsanordnaren, eleven och den egna arbetsplatsen. Inom våra verksamheter finns flertalet handledare utbildade. I uppdraget ingår även att stödja elever i språk och kulturkompetens.

Kognitiv svikt och personcentrering

Under 2025 har arbetet inom demensområdet fortsatt att utvecklas och fördjupas genom flera riktade kompetenshöjande insatser och långsiktiga satsningar.

Demensteamet, bestående av legitimerad sjuksköterska och arbetsterapeut, har under året fortsatt sitt uppdrag som certifierade utbildare i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Teamet har genomfört utbildningsinsatser och handlett verksamheterna i arbetet med att systematiskt använda registret som ett verktyg i det personcentrerade arbetet. Två arbetsterapeuter samt omvårdnadspersonal inom delar av Smedsgården och halva personalgruppen inom korttidsverksamheten är nu utbildade BPSD-administratörer.

Inom korttidsverksamheten utgör cirka hälften av vårdplatserna växelvårdsplatser för personer med kognitiv svikt, vilket ställer höga krav på kompetens, flexibilitet och ett strukturerat arbetssätt.

Arbetet med Stjärnmärkning av Smedsgården, som påbörjades under 2024, har under 2025 fortsatt och fördjupats. Stjärnmärkningen syftar till att stärka det personcentrerade arbetssättet genom att ge omvårdnadspersonal kunskap, verktyg och gemensamma arbetssätt i demensvården. I utbildningsinsatsen ingår bland annat Demens ABC via Svenskt Demenscentrum. Tre omvårdnadspersonal är utbildade Stjärninstruktörer och ansvarar för att utbilda och stödja kollegor i det fortsatta utvecklingsarbetet. Under året har ytterligare moment genomförts för att säkra implementering och långsiktig förankring i verksamheten.

Träffar med demensombud har fortsatt att genomföras under året. Syftet är att ge stöd i verksamheterna och fungera som en förlängd arm till demensteamet. Träffarna har haft olika teman, exempelvis demenssjukdomar, bemötande och kognitiva hjälpmedel, samt gett utrymme för erfarenhetsutbyte och gemensam reflektion.

Hälsan spelar roll

Utbildningen ger kunskap om hälsa, mat och träning samt bygger på diskussioner kring levnadsvanor för att gynna en god och jämlik hälsa. Kursen är särskilt utformad för personer som får stöd enligt LSS, att ge personal material och stöd för att kunna guida och motivera brukarna till hälsosamma val och sundare livsstil. Det är inom LSS-verksamhet som utbildningen genomförts samt även två arbetsterapeuter som deltagit.

Alternativ kommunikation (AKK)

89 medarbetare inom funktionsstöd har genomfört utbildning i AKK. Syftet är att stärka personalens kompetens i att stödja personer med kommunikationssvårigheter genom alternativa och kompletterande kommunikationssätt, såsom bildstöd, tecken som stöd och olika kommunikationshjälpmedel. Utbildningen har gett ökad kunskap om kommunikationens betydelse för delaktighet och självbestämmande samt verktyg för att skapa mer tillgängliga och inkluderande verksamheter.

MHFA-grund utbildning (Mental Health First Aid)

Under 2025 har totalt 17 medarbetare gått MHFA-grund utbildning (Mental Health First Aid) med olika inriktningar efter profession. Utbildningen innebär att få en grundkunskap om psykiska sjukdomar och kunskap hur man kan hjälpa en person med psykisk ohälsa.

Lyftkörkortsutbildning

Omvårdnadspersonal ska ha lyftkörkortsutbildning för att få förflytta en brukare med personlyft. Lyftkörkortsutbildning har under 2025 erbjudits vid 10 tillfällen, varav 9 tillfällen genomfördes. Ett tillfälle ställdes in på grund av att ingen fanns anmäld. Det har utbildats sammanlagt 56 omvårdnadspersonal under 2025. Lyftkörkortsutbildning erbjöds regelbundet under våren 2025 till ny personal och för personal som har gått utbildningen för länge sedan och har behov av att bli uppdaterade. Under hösten 2025 erbjöds inte några utbildningar på grund av arbetsterapeuternas arbetssituation. Det är arbetsterapeuterna som utbildar i lyftkörkort.

Utbildning i förflyttningskunskap

Kommunens förflyttningsinstruktörer är utbildade i ergonomi och förflyttningsteknik. De utbildar omvårdnadspersonal i förflyttningskunskap vilket är en teoretisk och praktisk utbildning. Det finns totalt fem förflyttningsinstruktörer.

Förflyttningsinstruktörerna används vid introduktion av semestervikarier och i det dagliga arbetet samt introducerar kollegor i ärenden med svåra förflyttningar. I praktiken betyder det också att instruktörernas kompetens t.ex. i hemtjänsten planeras in vid dubbelbemanning för att instruera sina kollegor i förflyttningskunskap. Syftet är att det ska bli både mer patientsäkert och minska risken för arbetsskador.

På introduktionsdagarna sommaren 2025 deltog 39 st vikarier på en 3 timmars förflyttningsutbildning.

Patienten som medskapare

PSL (2010:659) 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare när patienten är välinformerad, deltar aktivt och när insatser så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Ett respektfullt bemötande skapar tillit och förtroende.



Patienter och anhöriga görs delaktiga genom att synpunkter och klagomål tas tillvara. På övergripande nivå finns Rådet för funktionshinderfrågor och Kommunala pensionärsrådet. Patientmedverkan i verksamhetsnära utvecklingsarbete för att stärka patientsäkerheten behöver dock utvecklas ytterligare. Delaktighet ska även säkerställas genom samordnad individuell plan (SIP) och medverkan vid upprättande av vårdplaner, vilket är ett fortsatt förbättringsområde.

I augusti 2025 tillträdde kommunens anhörigrådgivare, en ny tjänst i linje med nya SoL med fokus på tillgänglighet samt förebyggande och hälsofrämjande stöd. Uppdraget riktar sig till anhöriga till personer med långvarig sjukdom, kognitiv funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa och omfattar information, vägledning, rådgivning, stödsamtal samt hembesök. Anhögrådgivaren ingår i kommunens kognitiva stödteam tillsammans med specialistsjuksköterska och arbetsterapeut, deltar i anhörigträffar och utbildningar samt samverkar med socialförvaltning, primärvård, civilsamhälle och andra kommuner i länet. Funktionen ingår i ett länsnätverk för anhörigstöd i Örebro län och följer den nationella utvecklingen, bland annat utifrån demensstrategin *Varje dag räknas*. Under hösten 2025 etablerades uppdraget, vilket resulterade i drygt 20 anhörigärenden. Flera anhöriga har uttryckt behov av återkommande stöd.

Trygg hemgång är en biståndsbedömd, tidsbegränsad insats som ger extra stöd vid hemkomst från sjukhus. Insatsen utförs av erfarna undersköterskor och kompletteras vid behov med stöd från sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. I samband med nya SoL infördes möjlighet till vissa icke behovsprövade insatser, vilket ledde till ett nytt arbetssätt och uppstarten av en hemtagningsenhet som ansvarar för hemgång av utskrivningsklara personer. Två medarbetare övergick till den nya enheten, vilket innebär att trygg hemgång idag bemannas av två undersköterskor istället för fyra. Riktlinjerna har ändrats så att insatsen nu beviljas i maximalt fyra dagar istället för tidigare 14, med anledning av minskat inflöde, snabbare rehabilitering i hemmet och tydligare behovsbedömning.

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 bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete genom hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller och riskanalyser. För att det ska fungera så krävs ett väl fungerande teamarbete.

Sammanhållen vård och sammanhållen individuell plan – SIP

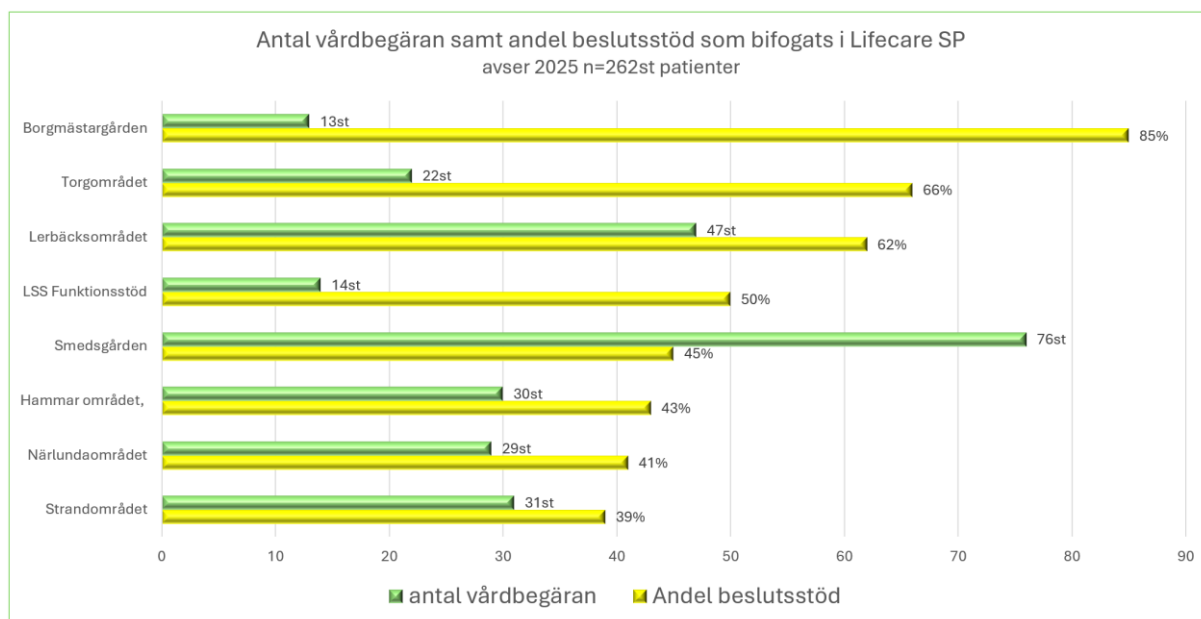
ViSam omfattar stöd för tre samverkansprocesser mellan Region Örebro län och länets kommuner: Bedömning/beslutsstöd, Samordnad individuell planering (SIP) och Säker utskrivning. Det finns två arbetsterapeuter, två sjuksköterskor och en biståndshandläggare som är utbildade metodhandledare. Metodhandledarna ska vara ett stöd för användarna inom den egna organisationen i processerna som beskrivs i ViSam samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Processledare för Nära vård och samordnare på vårdcentralen leder nätverk för metodhandledare för att stödja handledarna i processen för SIP och verka för gemensamt arbetssätt.

Vårdsamordnaren på Askersunds vårdcentral ansvarar för att kalla till SIP vid utskrivning från slutenvården. Antal genomförda SIP har minskat från 33 (2024) till 15 (2025).

Beslutsstöd – ViSam

När den enskilde insjuknar är det viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd alltid sker på ett strukturerat sätt. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats.

Bilden nedan visar antal inkomna vårdbegäran till akutmottagningen samt andel där beslutsstödet fanns bifogat vårdbegäran under 2025. Medelvärde i Askersund var 50% och i hela länet var medel 41%.



Journalgranskning

För att följa upp sjuksköterskornas och arbetsterapeuternas dokumentation inom kommunens hälso- och sjukvård ska journalgranskningar göras för att se förbättringsområden och få en kvalitetsutveckling i syfte att säkra att patienten får en god och säker vård. Journalgranskningen kan ske genom kollegiegranskning där legitimerade granskar varandras dokumentation. Journalgranskning görs också av medicinskt ansvariga i samband med utredningar samt att objektspecialister granskar journaler i samband med systemvård. Utifrån journalgranskningarna så ska förbättringsåtgärder göras.

Under 2025 har en stor genomgång av alla journaler genomförts i samband med byte av verksamhetssystem. Detta innebär att bara aktuella uppgifter flyttades över till det nya

verksamhetssystemet och att alla uppgifter hamnade på rätt plats då alla legitimerade hade checklistor att utgå ifrån så det skulle bli patientsäkert och lika.

Medicintekniska produkter – MTP

För att säkerställa patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård ska funktionskontroll göras av medicintekniska produkter såsom undersökningsutrustning, behandlingshjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel. Detta ska göras av ansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hjälpmedelstekniker. Medicintekniska produkter registreras för spårbarhet och kontroll.

Två sjuksköterskor är ansvariga för funktionskontroll och registrering undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel.

Under 2025 har ett fåtal – endast 19 olika typer av undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel kontrollerats av kontrollansvariga sjuksköterskor. Samtliga kontrollerade produkter fanns på Smedsgården utom 1 produkt som fanns på HSV. Det var 492 produkter som inte kontrollerades enligt rutin under 2025. Hälso- och sjukvårdsverksamheten och kontrollansvariga sjuksköterskor måste komma igång med systematiska kvalitets- och funktionskontroller enligt rutin. Det är mycket viktigt för patientsäkerheten att undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel fungerar optimalt och visar rätt värde då både läkare och sjuksköterskors bedömningar och ställningstaganden till vård och behandling baseras på mätvärden.

Under 2025 har systematisk besiktning av personlyftar som används ute i verksamheterna samt stålyftar och golvlyftar som finns i lager utförts. De taklyftar som finns i lager besiktigas när de ska tas i bruk. Kontroll av omvårdnadshjälpmedel görs av hjälpmedelstekniker. Sängar kontrolleras och servas regelbundet.

Under 2025 har ett flertal uppdaterade säkerhetsmeddelanden kommit gällande uppresningshjälpmedlet EVA-stöd. Hjälpmedlet har varit inblandat i ett flertal allvarliga vårdskador nationellt där patienter har klämts mellan säng och EVA-stöd. Askersunds kommun har haft en allvarlig avvikelse kopplat till EVA-stödet. Det blev under en kort period tillfälligt stopp för förskrivning av hjälpmedlet och därefter kom under december 2025 instruktioner från företaget om risker och restriktioner för förskrivning. Åtgärder från företaget samt rutin från medicinskt ansvarig för hantering av EVA-stöd kommer i början av 2026.

Vårdhygienisk egenkontroll - VEK

Via Svensk förening för vårdhygien – SFVH finns verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal vård och omsorg. Vårdhygienisk egenkontroll är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal vård och omsorg. Verktyget är anpassat att användas i verksamheter som bedriver:

- Hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Hälso- och sjukvård samt insats korttidsplats för vuxna och särskilda boendeformer enligt SoL och LSS

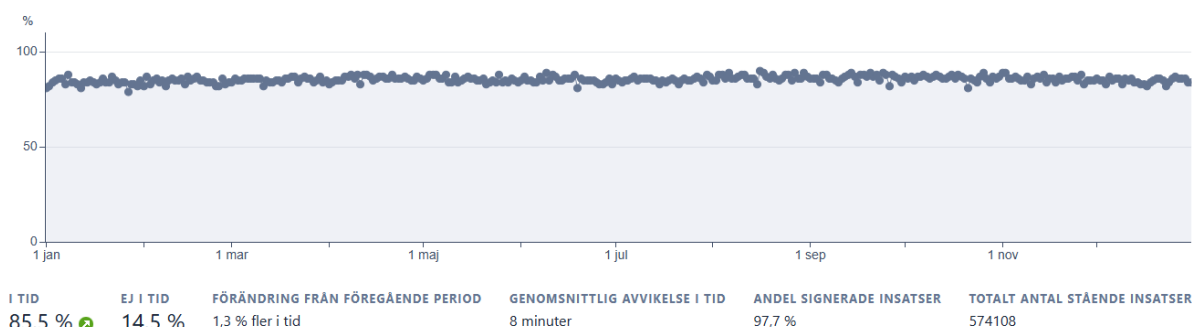
Vårdhygienisk egenkontroll ska genomföras i verksamheterna årligen. Under 2025 så genomfördes detta inom Funktionsstöd på Storgatan, Floragatan och Torebergsvägen. I övriga verksamheter inom Vård och omsorg och Funktionsstöd så genomfördes ingen vårdhygienisk egenkontroll 2025.

Digital signering av läkemedel och andra delegerade uppgifter

Ett digitalt signeringssystem används för signering av delegerade uppgifter. Systemet ger överblick och kontroll över vilka läkemedel som ska ges och vid vilken tid. Signeringen sker digitalt och vid utebliven signering signalerar systemet både till omvårdnadspersonal och sjuksköterska. I systemet kan både omvårdnadspersonal och legitimerad personal göra dagliga egenkontroller gällande om åtgärder blir utförda eller inte och om de blir utförda i tid. Medicinskt ansvariga kan följa upp åtgärder via stickprov eller vid behov av utredning. I systemet hanteras också alla delegeringar.

Överlämning av läkemedel 2025

Statistik och trender - Stående insatser



År 2025 var det totalt 574108 insatser som gällde överlämnande av stående läkemedel, vilket var 34220 fler än året innan. Ytterligare var det 4224 stående insatser gällande narkotikaklassade läkemedel, vilket är 235 fler än året innan. Utöver detta så kommer också alla vid behovsläkemedel som inte går att redovisa antal för. Av 574108 insatser var 97,7 % signerade av personalen och 85,5 % var signerade inom rätt tidsram. Det innebär att det var 13204 läkemedelsinsatser som inte var signerade under 2025, vilket är en förbättring med 0,6 % eller 2452 i antal.

Egenkontroll av narkotikaklassade läkemedel

Under 2025 har 128 av 156 (82%) egenkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor.

Genomförda egenkontroller:

SÄBO 93 %

Akut- och buffertförråd 96 %

Hemsjukvårdsområdena 63 %

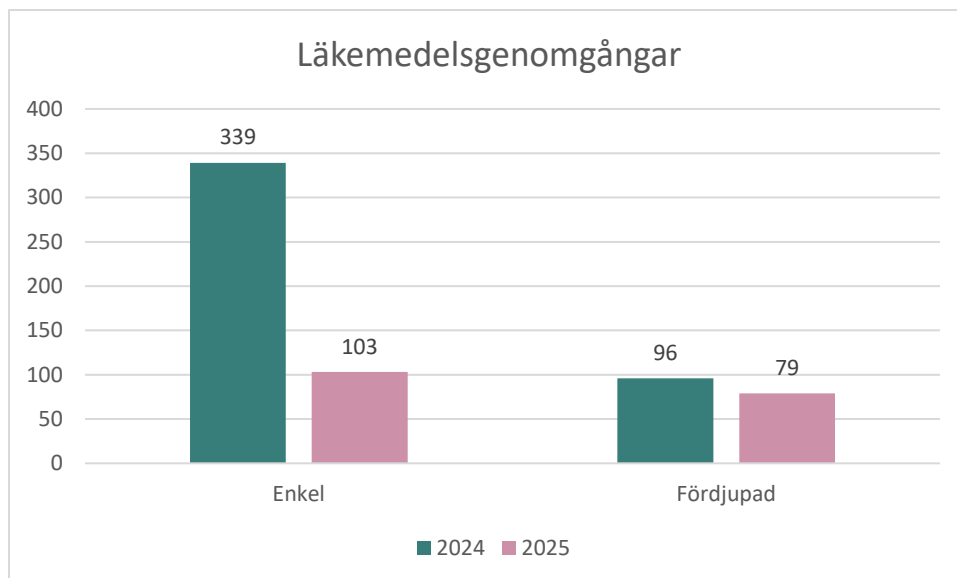
Funktionsstöd 92 %

Under året har det i egenkontrollen rapporterats 24 avvikelser i hanteringen av narkotikaklassade läkemedel. Avvikelseerna gäller brist/överskott i saldo i narkotikajournal, vid uttag ej avskrivet läkemedel i narkotikajournal eller ej infört saldo vid leverans. Hälften av avvikelserna är utredda och återkopplade till MAS. I de flesta utredda avvikelserna har bristen eller överskottet kunnat härledas till att det egentligen inte var något fel i saldot utan orsaken till avvikelsen oftast var en felräkning eller att saldot inte var korrigerat i narkotikajournal.

Läkemedelsgenomgångar

Tidigare var rutinen att alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård skulle få en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen. Denna rutin ändrades under 2025. Nu gäller att för patienter som använder läkemedel och har hemsjukvård eller bor i vård och omsorgsboende ska en enkel läkemedelsgenomgång genomföras årligen. Ansvarig läkare gör en bedömning om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Läkemedelsrelaterade problem som kan lösas direkt ska åtgärdas och vid behov följas upp. Vid kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska en fördjupad läkemedelsgenomgång erbjudas.

Antalet läkemedelsgenomgångar har minskat markant under 2025 då det genomfördes totalt 182 läkemedelsgenomgångar varav 79 fördjupade och 103 förenklade för patienter listade på Askersund vårdcentral. Det går inte att specificera vilka läkemedelsgenomgångar som gjorts för patienter med kommunal hälso- och sjukvård.



Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

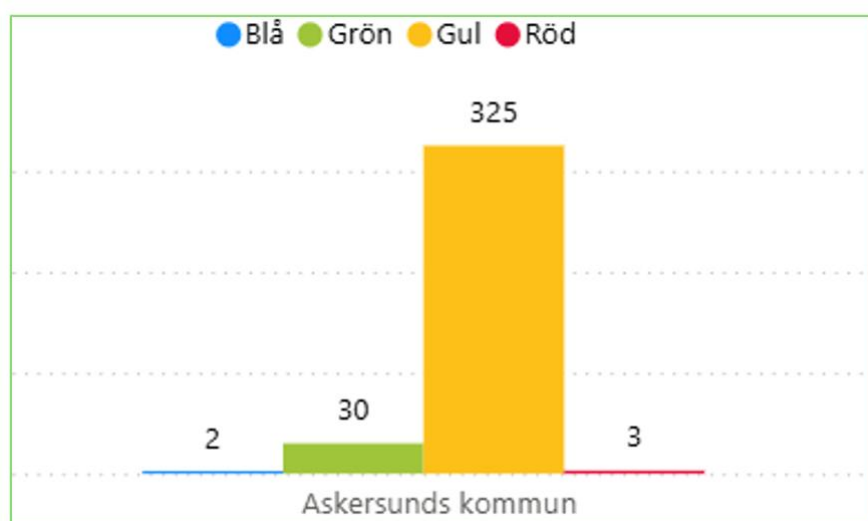
Extern kvalitetsgranskning av apotekare ska utföras årligen av området läkemedelshantering såsom följsamhet av föreskrift, riktlinje och rutiner.

En extern kvalitetsgranskning av apotekare genomfördes inte som planerat under november 2025 p.g.a. att det inte fanns resurser i verksamheten för att kunna delta på granskningen under samma period som byte till nytt verksamhetssystem genomfördes. Kvalitetsgranskningen flyttades fram till 19-20 januari 2026.

Antal vårdtillfällen på sjukhus

Under 2025 så har vårdtagare inom Askersunds kommun haft 360 vårdtillfällen på sjukhus. Det är en minskning av antalet vårdtillfällen från 2023 och 2024 då det var ca 400 vårdtillfällen.

Utskrivning från sjukhus följer fyra olika spår. Blå – endast socialtjänst, Grön – utan förnyad planering, Gul – vid nytt eller förändrat vårdbehov, Röd – vid omfattande behov (SIP görs på sjukhus).



Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Utredning av händelser – vårdskador och missförhållanden

Utifrån riktlinjer och rutiner omkring avvikelshantering ska utredning och dokumentation av rapporterade missförhållanden och vårdskador göras av teamledning (enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut) i de olika verksamheterna. Verksamheten ska göra åtgärder och förändringar i arbetssätt och metoder som gör att grundorsaken till avvikelserna åtgärdas. Uppföljning ska ske för att se att åtgärder haft effekt. Återkoppling till medarbetarna i verksamheten ska ske regelbundet. Inkomna rapporter om risker, missförhållanden, vårdskador samt klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Teamledningen ansvarar för att göra denna övergripande analys två gånger om året.

Utredningarna av missförhållanden är bristfälliga och vårdskador utreds men det är ofta en fördröjning mellan tiden för händelsen och när utredningen genomförs. Detta innebär att det gällande missförhållanden kan ha missats att utreda och anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. När det gäller vårdskador så kan utredningen av allvarliga vårdskador bli försenad på grund av att grundutredningen i verksamheten har fördröjts.

lex Maria och lex Sarah

Ingen lex Sarah har rapporterats till IVO under 2025.

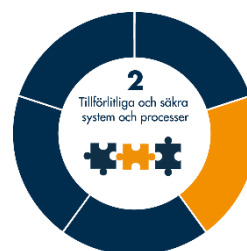
En allvarlig risk för vårdskada - lex Maria har anmälts till IVO under 2025, den handlade om att patienten hade fått dubbel dos av smärtplåster.

Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal - riskperson till IVO

En vårdgivare ska snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en legitimerad person inom hälso- och sjukvården, som är eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Ingen anmälan av riskperson är gjord under 2025.

Fokusområde 2 - 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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Läkemedelsskåp

Socialförvaltningen har i hemsjukvården läkemedelsskåp med digitala lås för att säkerställa läkemedelshanteringen hos alla patienter i hemsjukvården som har hjälp med läkemedelshantering. Alla patienter med detta behov kommer få ett läkemedelsskåp installerat i hemmet. All personal som sedan tidigare har behörighet att låsa upp ytterdörrar med digitala nycklar i sin mobiltelefon kan få utökad behörighet att även låsa upp patienters läkemedelsskåp om de har en delegering för att överlämna läkemedel. Detta ger möjlighet att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen och möjlighet finns att logga alla upplåsningar.

Kvalitetsregister

I kvalitetsregistren ansvarar enhetscheferna med stöd av övriga teamledningen att systematiskt arbeta med förebyggande åtgärder och följa upp risker för att bland annat minska risken för vårdskador. De kvalitetsregister som används inom kommunen är Senior Alert, BPSD-registret, SveDem och Svenska palliativregistret.

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar som började användas i och med att Smedsgården har arbetat för att bli Stjärnmärkt under 2024 och 2025. SveDems syfte är att samla in uppgifter om personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården och omsorgen för patientgruppen. Målet är en likvärdig och bästa behandling.

BPSD-registret är ett arbetssätt vid BPSD-symtom. Av de som lever med kognitiv svikt drabbas 90 % någon gång av BPSD. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med sjukdomen, men ger även stor påverkan för närstående och vårdpersonal. Syftet med BPSD-registret är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta öka livskvalitén.

I Senior alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion.

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister där alla dödsfall registreras och kvalitetsindikatorer i samband med dödsfall följs. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienter och deras närstående.

SveDem

I tabellen nedan så finns information om antalet registreringar samt några av de viktigaste kvalitetsindikatorerna i SveDem för Smedsgården under 2025.

Antal uppföljningar	Levnadsberättelse	Miljöanpassningar	Strategier för bemötande	Personcentrerade aktiviteter	Antipsykosläkemedel	Antal som har läkemedel	Läkemedelsgenomgång senaste 12 månader
18	16	13	6	15	2	18	15

BPSD-registret

År 2025 gjordes 64 registreringar i BPSD-registret vilket är en stor ökning jämfört med året och åren innan. Det har under de senaste två åren satsats på utbildning för att öka kompetensen vilket nu även visar sig i statistiken. Dementsteamets arbete visar på tydliga positiva effekter vilket visar att det är en viktig resurs för att kunna bemöta och vårda personer med kognitiv svikt.

Registreringar i BPSD registret

År	2021	2022	2023	2024	2025
Registreringar	19	7	14	36	64

Senior alert - trycksår, undernäring, fall och munhälsa utfall 2025

Totalt riskbedömdes 148 unika personer 2025 vilket är en ökning med 27 i jämförelse med året innan. Det är Hemsjukvården som står för ökningen då de dubblerat antalet riskbedömningar. Av de riskbedömda under 2025 hade 85% någon form av risk och 91% hade en åtgärdsplan vid risk, vilket är 10% bättre än 2024. Även om det är en ökning så borde det göras fler riskbedömningar. Det sätts in förebyggande åtgärder för patienterna men det skulle behöva jobbas mer systematiskt med riskanalys, förebyggande åtgärder och uppföljning i Senior alert. I målen för 2025 har det förebyggande arbetet lyfts fram som ett fokusområde.

Sverige / Kommun / Region

Askersunds kommun

Ar

2025

Typ av enhet

Alla

☒ Inkludera privata vårdenheter

Uppåt

Unika personer

Vårdprevention

BMI<22

Fall

Munhälsa grad

		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad
Askersunds kommun	148	85% ↑ 143 av 168	79% ↑ 113 av 143	91% ↑ 130 av 143	55% ↓ 60 av 109	21 ↑ 18 personer	36 ↑ personer	4 ↓ 3 personer	61 ↑ personer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	68	80% ↑ 57 av 71	68% ↑ 39 av 57	86% → 49 av 57	68% ↑ 30 av 44	6 ↑ 6 personer	14 ↑ personer	2 → 2 personer	24 ↑ personer
Borgmästargården	12	87% ↑ 13 av 15	92% ↑ 12 av 13	100% ↑ 13 av 13	90% ↑ 9 av 10	2 → 2 personer	2 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	2 ↓ personer
Gruppboende Askersund	6	100% → 6 av 6	50% ↓ 3 av 6	67% ↓ 4 av 6	50% ↑ 1 av 2	2 ↑ 1 personer	0 → personer	0 ↓ 0 personer	3 ↑ personer
Smedsgården	48	90% ↑ 54 av 60	87% ↑ 47 av 54	96% ↑ 52 av 54	40% ↓ 18 av 45	10 ↑ 8 personer	15 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	26 ↓ personer
Syrenen	16	81% ↓ 13 av 16	92% ↓ 12 av 13	92% ↓ 12 av 13	25% ↑ 2 av 8	1 → 1 personer	5 ↑ personer	2 ↑ 1 personer	6 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Senior alert - basal utredning av blåsdysfunktion och utfall 2025

När det gäller det systematiska arbetssättet med blåsdysfunktion följer det ganska väl mönstret för övriga delar i Senior alert. Antalet gjorda utredningar har ökat sedan förra året. Under 2025 fick 57 unika personer en riskbedömning i Senior alert gällande blåsdysfunktion. Det är en ökning med 13 i jämförelse med 2024. Av de riskbedömda hade 88% risk och 96% av dessa fick en åtgärdsplan. Hemsjukvården har ökat sina riskbedömningar och Smedsgården behöver komma igång med det systematiska arbetet med utredning av blåsdysfunktion.

Sverige / Kommun / Region

Askersunds kommun

År2025

Typ av enhetAlla

☒ Inkludera privata vårdenheter

Uppåt

Unika personer

Vårdprevention

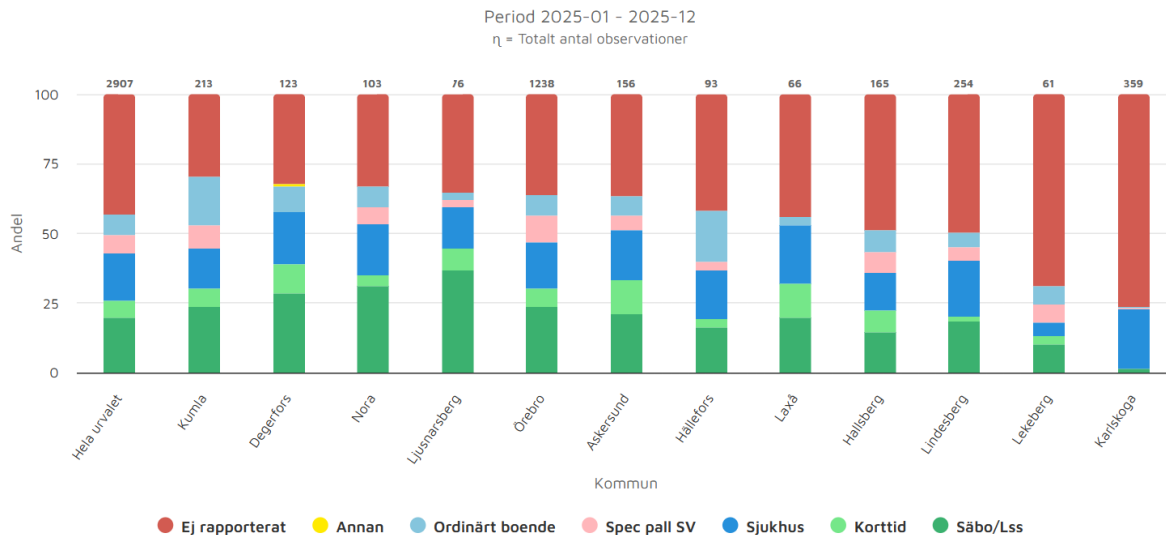
Utfall

		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
Askersunds kommun	57	88% 53 av 60	94% 50 av 53	96% 51 av 53	73% 24 av 33	12% 4 av 33	Visa detaljer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	26	85% 22 av 26	91% 20 av 22	91% 20 av 22	87% 13 av 15	0% 0 av 15	Visa detaljer
Borgmästargården	12	100% 14 av 14	100% 14 av 14	100% 14 av 14	89% 8 av 9	22% 2 av 9	Visa detaljer
Gruppboende Askersund	3	100% 3 av 3	67% 2 av 3	100% 3 av 3	67% 2 av 3	67% 2 av 3	Visa detaljer
Smedsgården	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	Visa detaljer
Syrenen	17	82% 14 av 17	100% 14 av 14	100% 14 av 14	17% 1 av 6	0% 0 av 6	Visa detaljer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %		

Svenska palliativregistret

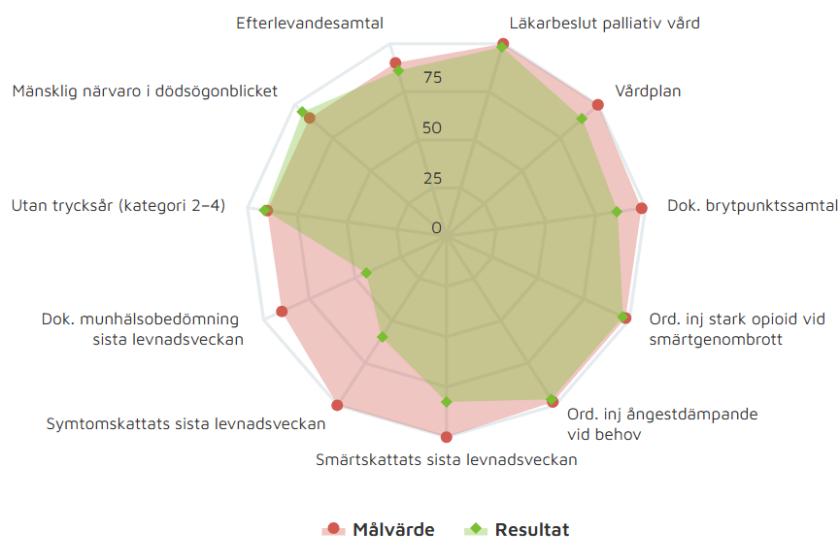
Målet är att täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret är minst 70%, Askersund ligger under målvärdet och har 63,5 % i täckningsgrad 2025, det är en minskning på 2,5 % sedan 2024. Uppföljning av den palliativa vården är ett förbättringsarbete som behöver fortsätta prioriteras under 2026.

Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



Kvalitetsindikatorerna för munhälsobedömning sista levnadsvecka 43,9 % (målvärde 90%) och har minskat med 5,2%, smärtskattning sista levnadsvecka 82,5 % (målvärde 100%) och ligger på samma nivå som 2024. Symtomskattning sista levnadsvecka ligger på 59,6 % och det är samma nivå som året innan. Dokumenterade brytpunktssamtal har ökat från 81,1 % till 86% (målvärde 98%). 89,5 % av de palliativa patienterna hade en vårdplan vilket ligger på samma nivå som året innan. Det systematiska förbättringsarbetet med de dessa indikator behöver förbättras för att nå målvärdena och patientsäkra den palliativa vården.

Fokusområde 3 - 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

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.

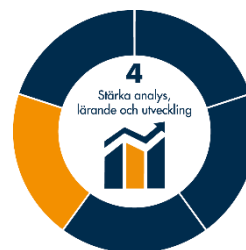
Risikanalys

Risikanalys för patientsäkerhet ska göras enligt rutin inför verksamhetsförändringar och inför planering av kompetensförsörjning inför storhelger och sommarsemester. Ofta kan det vara vid samma tillfällen som risikanalys för arbetsmiljön ska göras.

På individnivå ska en teambaserad riskbedömning alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd kan sättas in. Riskanalyser på individnivå för risk för fall, undernäring, trycksår, blåsdysfunktion och munhälsa görs, förebyggande åtgärder sätts in och registreras i kvalitetsregistret Senior alert.

Fokusområde 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.



Avvikelser

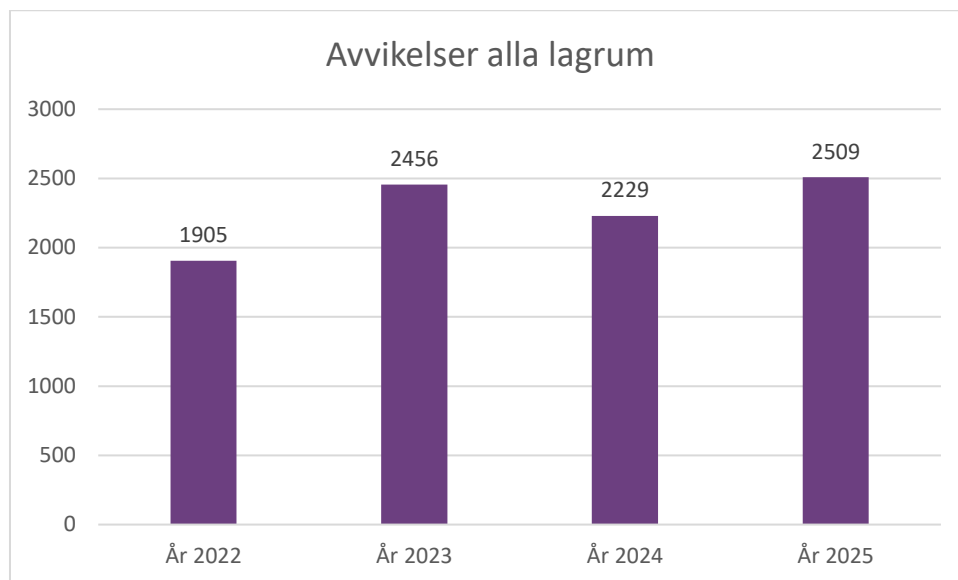
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Alla anställda har rapporteringsskyldighet av missförhållanden, vårdskador och risk för missförhållanden och vårdskador. Avvikelser är ett samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Det finns riktlinjer och rutiner gällande rapport av vårdskador, missförhållanden, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten, LSS och hälso- och sjukvården. Teamledningen ska göra en gemensam utredning av dessa avvikelser utifrån ett antal punkter och beslut ska tas om lämpliga åtgärder för att undvika att händelsen upprepas. En bedömning av händelsens allvarlighetsgrad ska göras. Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/utvecklingsledare och därefter görs eventuellt lex Maria eller lex Sarah anmälan.

MAS och utvecklingsledare har under året varje månad följt upp statistik och avvikelseprocessen tillsammans med ledningsgrupperna inom Vård och omsorg och Funktionsstöd. Det har resulterat till en ökad medvetenhet om processen och hinder i flöden har identifierats och utvecklingsområden som verksamheterna har kunnat arbeta vidare med.

Avvikelser sammanställning

Under 2025 har totalt 2509 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. Det är 272 fler än 2024.



Avvikelser mellan vårdgivare

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet i primärvården och med specialistvården är att det finns en väl fungerande samverkan gällande avvikelser, utredning och åtgärder när gemensamma patienter inom kommunal hälso- och sjukvård har drabbats av en vårdskada eller en risk för vårdskada. Avvikelser som gäller informationsöverföring eller patientsäkerhetsbrister för gemensamma patienter inom region och kommun ska skickas till den andra vårdgivaren.

Kommunen har skickat 37 avvikelse rapporter till vårdcentralen där inga svar är inkomna. Till regionens specialistvård har kommunen skickat 19 avvikelser och 12 svar har inkommit. Kommunen har fått in 3 avvikelser från regionen, (2 från ambulansen och 1 från akuten). Kommunen har svarat regionen på 2 av dessa.

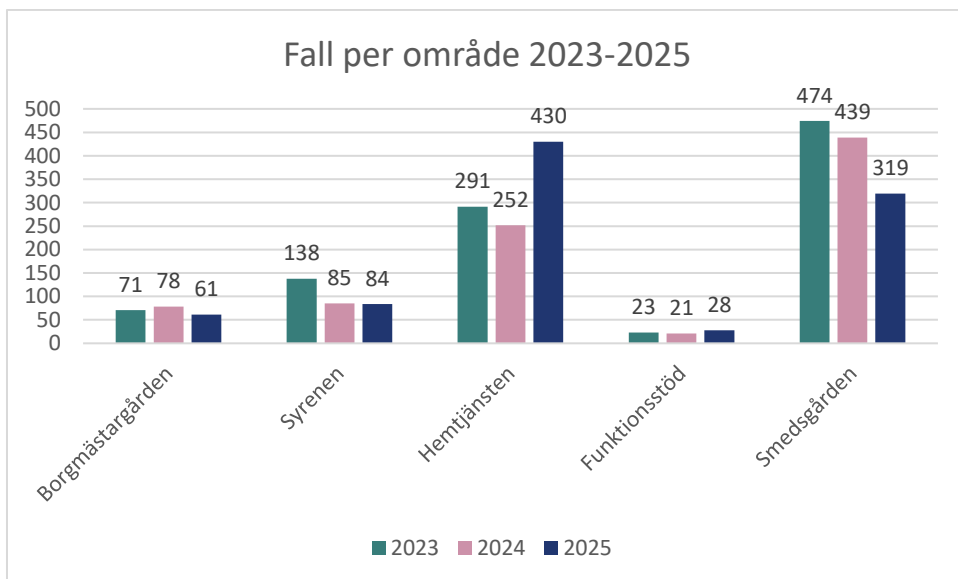
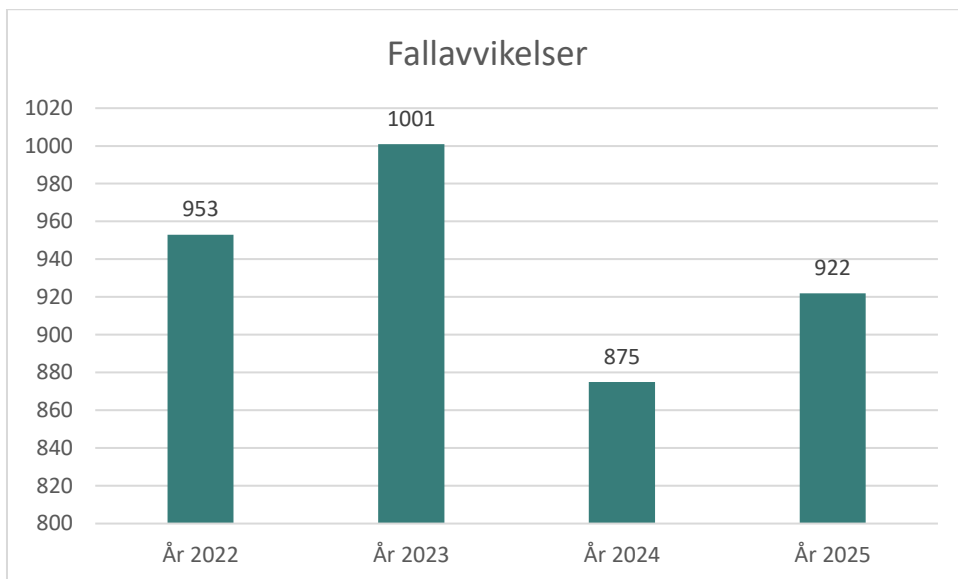
Avvikelser gällande SoL

Under 2025 har totalt 202 avvikelser rapporterats, vilket är en ökning med 35 jämfört med föregående år. I dialog med enhetscheferna har det framkommit att medarbetarna delvis saknar kunskap om vad som utgör en avvikelse enligt SoL. Felaktigheter förekommer även i rubriksättning, där avvikelser rapporteras under fel lagrum och ibland inte registreras korrekt.

Uttalat stöd finns tillgängligt för enhetscheferna, och kontinuerliga dialoger har förts på arbetsplatsträffar (APT) för att informera och stödja personalgruppen i korrekt hantering av avvikelser. En utmaning är delvis kulturell, vilket innebär att det finns en etablerad norm eller vana inom arbetsgruppen där avvikelser enligt SoL inte alltid uppfattas som något som ska rapporteras. Det handlar alltså inte enbart om kunskap eller rutiner, utan om inställning och arbetssätt som påverkar rapporteringsbeteendet i vardagen.

Fallavvikelser

Det var 922 avvikelserapporter om fallolyckor rapporterade 2025, en ökning med 47 fall i jämförelse med året innan. På Smedsgården har antal fall minskat med 120, Borgmästargården har minskat med 17, Syrenen minskat med 1, i hemtjänsten är ökningen 172, och inom funktionsstöd ökande fallen med 7.



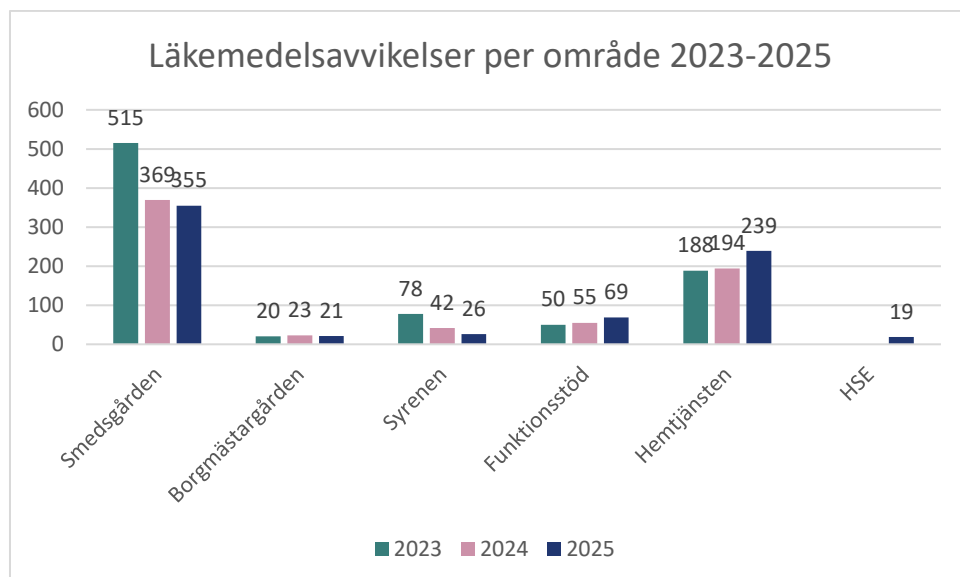
Läkemedelsavvikelser

2025 rapporterades 729 avvikelser gällande läkemedelshantering. Det är en ökning med 33 sedan föregående år.

På korttidsenheten och på Smedsgården har läkemedelsavvikelserna fortsatt att minska. I Hemtjänsten och inom Funktionsstöd så har avvikelserna ökat.

En läkemedelsavvikelse kan vara förväxling av patienters läkemedel, läkemedel givet på fel tid, fel delat läkemedel, att fel läkemedel ges eller en avvikande summa vid narkotikakontroll.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att kontinuerligt följa upp och jobba med säker läkemedelshantering och öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen.



Synpunkter och klagomål

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

Klagomål och synpunkter är den del av förvaltningens avvikelshantering. I ledningssystemet finns en processbeskrivning och rutin för hur förslag, synpunkter och klagomål ska hanteras. Av denna framgår att synpunkter och klagomål ska utredas av utsedd handläggare, oftast berörd enhetschef eller liknande, som ska klargöra vad som har hänt, varför detta har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen. Dokumentation av ärendets handläggning ska ske i ärendehanteringsprogrammet Platina.

Inkomna förslag, synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål har huvudsakligen kommit in till förvaltningen i skriftlig form, antingen från brukare eller från anhörig till brukare.

Antal inkomna ärenden	2022	2023	2024	2025
Totalt	24	19	25	31

Tabell: Sammanställning av klagomål och synpunkter år 2022- 2025, redovisning av antal inkomna ärenden.

Kategori	Antal mottagna ärenden
Omvårdnad/kvalitet/service	16
Bemötande/tillgänglighet	3
Handläggning	1
Kompetens	
Stöld (avser samma ärende)	2
Övrigt	9

Tabell: Inkomna klagomål och synpunkter 2024, antal per kategori.






Analys

Inkomna synpunkter och klagomål är något högre än år 2024. Av dessa är 84% hanterade och avslutade, 16% hanteras fortfarande.

Kommunens kvalitetsmätt

Under vår och sommar 2025 genomfördes en kvalitetsgranskning på särskilt boende Smedsgården. Syftet var att skapa en fördjupad förståelse för 2024 års kvalitetsmätt och utfall, samt att analysera bakgrunden till de synpunkter, klagomål och avvikelser som inkommit inom verksamheten. Granskningen identifierade brister inom bland annat dokumentation och genomförande av aktiviteter. Mot bakgrund av detta upprättades en handlingsplan med tydligt definierade åtgärder och uppföljningspunkter. Verksamhetens chefer har varit delaktiga i analysen av resultaten och ansvarar för framtagandet av en aktivitetsplan kopplad till identifierade förbättringsområden. Funktionen som aktivitetsombud fanns fram till den 31 december utöver ordinariepersonal. Syftet med uppdraget var att stödja och vägleda personalen genom att sprida goda exempel på hur aktiviteter kan integreras i det dagliga arbetet, samt att bidra till ökad kvalitet och struktur i det vardagsnära aktivitetsarbetet.






Utfall inom särskilt boende

Nyckeltal	Område	2023	2024	2025
▼ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) 	Askersund	70	66	39
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%) 	Askersund	56	41	13
▼ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%) 	Askersund	90	86	74
▼ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%) 	Askersund	19	18	22
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%) 	Askersund	69	74	63

Brukarundersökningen visade på förbättringsbehov inom olika delar av SÄBO-verksamheterna. Den sammanlagda bedömningen från de boende reflekterade en blandad bild av kvaliteten på de tjänster som erbjuds, vilket ger en värdefull information för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Enligt resultaten från undersökningen uttrycker flera brukare en önskan om fler aktiviteter och större möjlighet till socialt engagemang eller social samvaro. Detta pekar på att det finns behov av att förbättra de sociala och kulturella inslagen inom SÄBO-verksamheten för att stödja de boendes fysiska och psykiska hälsa. Brukarundersökningen för SÄBO i Askersunds kommun 2025 ger en tydlig bild av de områden i de delar som behöver förbättras för att säkerställa en högre kvalitet och patientsäkerhet för de äldre. Genom att adressera de identifierade utmaningarna, särskilt möjligheten till aktiviteter, samt fortsätta att utveckla personalens kompetens och bemötande, kan kommunen förbättra både kvaliteten på vården och brukarnas upplevelse av trygghet och välbefinnande.

Kvalitet och resultat inom hemtjänst

Nyckeltal	Område	2023	2024	2025
✓ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) 	Askersund	88	88	91
✓ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%) 	Askersund	97	96	97
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%) 	Askersund	89	83	91
✓ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - mycket eller ganska trygga, andel (%) 	Askersund	95	89	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen har kunskap och kompetens, andel (%) 	Askersund		88	94

Brukarundersökningen visar ett positivt helhetsresultat för hemtjänsten i Askersunds kommun. Detta tyder på att de med insatsen hemtjänst i kommunen överlag är nöjda med de tjänster som erbjuds och att deras behov tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Högre betyg i helhetsbedömningen indikerar att hemtjänsten inte bara lever upp till basala krav, utan också överträffar förväntningarna i flera avseenden. För att bibehålla och vidareutveckla denna positiva trend är det viktigt att säkerställa kontinuitet i utförandet, genom att både personal och rutiner underhålls med kompetens och förbättringar, samt att det fortsatta arbetet med att anpassa vården efter individens specifika behov prioriteras.

En av de mest framstående delarna i undersökningen är att de brukare i Askersunds kommun upplever ett mycket gott bemötande från hemtjänstpersonalen. Det visar att personalen inte bara är kompetent i sina arbetsuppgifter, utan även visar empati och respekt för brukarens behov och önskemål. Ett bra bemötande är en viktig faktor för brukarens upplevelse av trygghet och välbefinnande. Personalens förmåga att skapa en positiv och stödjande relation med brukarna är en grundläggande byggsten i att upprätthålla hög kvalitet inom omsorgen.

Förtroendet för hemtjänstpersonalen är högt, vilket är en nyckelfaktor för en välfungerande vård och omsorg. Hög förtroende innebär att brukarna känner sig trygga i personalens förmåga att ge den hjälp och omsorg de behöver. Detta är avgörande för att skapa ett positivt arbetsklimat, där de som tar emot stöd känner att deras välmående sätts i första rummet. En trygg relation till personalen underlättar även för personalen att kunna identifiera förändringar i de boendes tillstånd och snabbt agera på dessa.

Undersökningen visar att brukarna känner att deras åsikter och önskemål beaktas inom hemtjänsten. Detta innebär att kommunen arbetar aktivt med att involvera brukare i beslut som rör deras dagliga liv och omsorg. Att ge brukaren möjlighet att uttrycka sina åsikter om den vård de får är en central del av personcentrerad omsorg. När brukarna känner sig lyssnade på, ökar det deras känsla av delaktighet och inflytande över sin egen situation.

Trygghet är en grundläggande faktor för brukare inom hemtjänsten, och undersökningen visar att brukarna upplever hög trygghet i samband med hemtjänstens insatser. Detta är ett tecken på att personalen arbetar på ett sätt som gör att de boende känner sig säkra och omhändertagna. Trygghet är nära kopplat till både bemötande och förtroende och är en indikator på en välfungerande verksamhet där brukarna känner sig skyddade både fysiskt och emotionellt.

Kvalitet och resultat inom funktionsstöd

Nyckeltal	Område	2024	2025
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, kommunal regi, andel (%)	Askersund	88	79
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, kommunal regi, andel (%)	Askersund	18	86
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, kommunal regi, andel (%)	Askersund	73	71
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, kommunal regi, andel (%)	Askersund	83	100

Under 2024 genomfördes den första brukarundersökningen inom Funktionsstöd i Askersunds kommun för att mäta kvaliteten på de tjänster som erbjuds brukarna. Resultaten gav oss viktig information om hur brukarna upplever den dagliga verksamheten, sitt boendestöd och sin gruppbostad, bemötandet från personalen samt deras delaktighet i beslut som rör deras vardag. Under 2025 har en ny mätning genomförts, vilket gör det möjligt att följa utvecklingen över tid och bedöma effekterna av genomförda åtgärder.

Resultatet visar att en majoritet av brukarna fortsatt uppger att de trivs i sin dagliga verksamhet. Samtidigt syns en försämring jämfört med föregående år, vilket innebär att det finns behov av att analysera orsakerna och arbeta vidare med att stärka trivselen och upplevelsen av meningsfullhet.

När det gäller trygghet i gruppbostad har utvecklingen varit mycket positiv. Fler brukare än tidigare uppger att de känner sig trygga i sitt hem, vilket tyder på att genomförda insatser för att stärka säkerhet och trygghet har haft avsedd effekt.

Upplevelsen av att få den hjälp man önskar ligger kvar på ungefär samma nivå som föregående år, med en mindre nedgång. Detta visar att det fortfarande finns behov av att utveckla arbetssätt och säkerställa att stödet i högre grad anpassas efter varje individs behov och önskemål.

När det gäller delaktighet och inflytande i servicebostad syns en tydlig förbättring. Brukarna uppger i högre grad än tidigare att de får vara med och bestämma om frågor som är viktiga i deras vardag. Detta är ett mycket positivt resultat och visar att arbetet med att stärka självbestämmande och delaktighet har gett effekt.

Sammantaget visar årets resultat både framsteg och utvecklingsområden. Särskilt positiv är utvecklingen inom trygghet och delaktighet, medan trivsel i daglig verksamhet samt upplevelsen av att få önskad hjälp behöver fortsatt fokus för att säkerställa en jämn och hög kvalitet inom Funktionsstöd

Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av hälso- och sjukvården behöver planera för en verksamhet som kan anpassas flexibelt till både kortsiktigt och långsiktigt förändrade förhållanden, med bibehållen funktionalitet – även vid oväntade händelser. Det kan handla om störningar i leveranser, personalbortfall, extrema väderhändelser, tekniska avbrott eller andra samhällspåverkande situationer. En robust verksamhet kräver därför ett systematiskt och proaktivt arbete med riskmedvetenhet och beredskap.

Arbetet med kontinuitetsplaner pågår inom hela förvaltningen. En kontinuitetsplan syftar till att identifiera vilka delar av verksamheten som är mest kritiska, vilka risker som kan påverka dessa samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att verksamheten kan fortsätta bedrivas med så liten störning som möjligt. Det handlar både om att förebygga risker och om att ha en tydlig struktur för hur verksamheten ska agera när något inträffar.

Utbildningsinsatser har genomförts för enhetschefer inom kris- och beredskapsområdet. Extern konsult har medverkat och hållit workshops med fokus på framtagande och utveckling av kontinuitetsplaner. För att ytterligare tydliggöra ansvaret har kontinuitetshantering nu inkluderats i enhetschefernas grunduppdrag. Det innebär att arbetet inte är ett sidospår utan en integrerad del av det ordinarie ledningsansvaret.

Kontinuitetshantering blir dock aldrig "klart". Förutsättningar förändras kontinuerligt – organisationen utvecklas, nya risker uppstår, lagstiftning kan ändras och omvärldsläget påverkar verksamheten. Därför behöver planer regelbundet ses över, uppdateras, testas och förankras i verksamheten. Ett levande kontinuitetsarbete skapar inte bara beredskap vid kris utan stärker även den dagliga strukturen, tydliggör prioriteringar och bidrar till en mer resilient organisation.

Som en del i att stärka beredskapen har MAS tillsammans med HSE tagit fram en rutin kopplad till förhöjd beredskap. I detta arbete har även material införskaffats för att säkerställa att en god och säker omvårdnad kan upprätthållas även vid störningar i ordinarie försörjningskedjor. Detta är en viktig åtgärd för att minska sårbarhet och säkerställa att patienter och brukare får den vård och omsorg de behöver, även under ansträngda förhållanden. Sammantaget är arbetet med att öka riskmedvetenhet och beredskap en långsiktig och pågående process som kräver kontinuerlig uppföljning, utbildning och utveckling. Genom tydligt ansvar, strukturerade planer och praktiska åtgärder stärks verksamhetens förmåga att möta framtida utmaningar med trygghet och stabilitet.

Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030

Den nationella handlingsplanen 2025–2030 är en fortsatt kraftsamling på området patientsäkerhet som syftar till att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen ska stödja och stärka huvudmännens och vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Handlingsplanen är även en utgångspunkt för stöd och samordning i arbetet med patientsäkerhet. Handlingsplanen är en uppdatering och fortsättning av den handlingsplan som lanserades 2020 och gällde fram till och med 2024.

Handlingsplanen ger en struktur för arbete med patientsäkerhet som kan tillämpas i alla sammanhang och i hela hälso- och sjukvården utifrån visionen "God och säker vård, överallt och alltid" och det övergripande målet "Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada".

Handlingsplanen innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden för att arbeta mot visionen och det övergripande målet. De fyra grundläggande förutsättningarna är:

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

De fem fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärdsområden. Arbete inom de fem fokusområdena stärker utvecklingen av de fyra grundläggande förutsättningarna. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Agera för säker vård - Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030

Socialförvaltningen hade ingen lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025.

STRATEGIER OCH UPPDRAG FÖR KOMMANDE ÅR

Strategiskt arbete med patientsäkerhet år 2026-2030

Socialstyrelsen uppdaterade under våren 2025 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård. Utifrån den nationella handlingsplanen kommer en lokal handlingsplan behöva tas fram för 2026-2030.

Kommunfullmäktiges strategiska mål

- Askersunds kommun ska 2030 vara bland de 25 % av landets kommuner där invånarna värderar vår samlade vård- och omsorgsverksamhet högst.

Socialnämndens uppdrag utifrån de strategiska målen kopplat till kvalitet och patientsäkerhet 2026

	Uppdrag	Uppföljning	Tidplan
1	Samordnat och strukturerat arbete för att arbeta med psykisk hälsa Utveckla rutiner och tydlig samverkansplan för att säkerställa hälsofrämjande arbete inom området.	Egen uppföljning	I enlighet med ordinarie rapporteringsstruktur
2	Från osynlig problematik till ett systematiskt och trygghetsskapande arbete för tidig upptäckt av våld i alla åldrar Ta initiativ till att utveckla och etablera gemensamma rutiner för tidig upptäckt av våld mot barn, vuxna, äldre och personer med funktionsnedsättning. Förflyttningen innebär att hela förvaltningen arbetar strukturerat och förebyggande, där varje möte med individen är en möjlighet att uppmärksamma utsatthet, stärka trygghet och säkerställa att rätt stöd ges i rätt tid	Egen uppföljning kopplat till handlingsplan för VINR	I enlighet med ordinarie rapporteringsstruktur

3	<p>Från enskilda åtgärder till ett strukturerat fallpreventivt arbete med fokus på trygg och säker förflyttning Ta initiativ till att stärka rutiner och arbetssätt kring trygg och säker förflyttning i alla verksamheter. Förflyttningen innebär att fallprevention blir en integrerad och systematisk del av det dagliga arbetet, där personalen har tydliga stödstrukturer för att minimera risken för fallskador och skapa säkra miljöer för brukare och patienter.</p>	Mäts genom KVÅ kod QB003 och Senior alert	I enlighet med ordinarie rapporteringsstruktur
4	<p>Från otydliga kontaktvägar till strukturerade samverkansformer med anhöriga Initiera och etablera tydliga forum för dialog, samverkan och delaktighet. Uppdraget innebär att skapa hållbara strukturer där anhöriga ses som en aktiv och värdefull resurs, med regelbundna möjligheter att bidra med sin kunskap och få relevant information och stöd.</p>	Egen uppföljning av insatser	I enlighet med ordinarie rapporteringsstruktur
5	<p>Från särskilda insatser till inkluderande mötesplatser för hela kommunen Ta initiativ till att skapa mötesplatser för brukare inom funktionsstöd, med fokus på delaktighet, gemenskap och tillgänglighet. Förflyttningen innebär att fler ges möjlighet att mötas, delta i aktiviteter och vara en aktiv del av kommunens sociala och kulturella liv.</p>	Egen aktivitetsplan med genomförande	Socialnämnd 17 november
6	<p>Fördjupad kunskap om Socialtjänstens värdegrund bland medarbetare Samtliga medarbetare ska ha god kännedom om Socialtjänstens värdegrund. Uppdraget innebär att säkerställa att värdegrunden är väl förankrad i det dagliga arbetet och används som vägledning i mötet med brukare och i interna beslut</p>	Egen uppföljning	25 Augusti 2026
7	<p>Mot kontinuerlig kompetensutveckling och stärkt professionalism hos medarbetarna Samtliga medarbetare ska ha god utbildning och kompetens, även inom områden som bemötande, etik, dokumentation och avvikelshantering. Uppdraget innebär att säkerställa kontinuerliga och planerade kompetenshöjande insatser som stärker kvalitet, trygghet och professionalism i verksamheten.</p>	Egen uppföljning	15 December 2026