

# **Patientsäkerhetsberättelse 2025**

## **Vård- och omsorgsförvaltningen**

### **Enköpings kommun**

Dokumenttyp: Rapport  
Beslutad av: MAS, MAR  
Ansvarig funktion: MAS, MAR  
Ersätter: Ersätter  
Gäller för: Gäller för  
Gäller fr.o.m.: Datum  
Gäller t.o.m.: Datum

Ärendenummer: VON2026/2  
Datum: 2026-02-09

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>6</b>
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
2.2	En god patientsäkerhetskultur .....	6
2.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	7
2.4	Patienten som medskapare .....	7
2.5	Agera för säker vård .....	7
2.6	Mål och strategier .....	8
<b>3</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>	<b>9</b>
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	9
3.1.1	Övergripande mål och strategier .....	10
3.1.2	Organisation och ansvar .....	11
3.1.3	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	13
3.2	En god säkerhetskultur .....	18
3.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	19
3.3.1	Bemanning .....	19
3.3.2	Kompetens .....	19
3.4	Patienten som medskapare .....	22
<b>4</b>	<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>23</b>
4.1.1	Mål – Mer effektiva och ändamålsenliga arbetssätt .....	23
4.1.2	Mål – Samordnade vård- och omsorgsprocesser	24
4.1.3	Mål – Vara en attraktiv arbetsgivare .....	24
4.2	Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	24
4.2.1	Samlad analys om vården varit säker .....	25
4.3	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	26
4.3.1	Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering .....	26
4.3.2	Införandet av läkemedelsautomater .....	27
4.3.3	Medicintekniska produkter .....	27
4.3.4	Processer som utvecklats under året .....	28

4.4	Säker vård här och nu .....	28
4.4.1	Följsamhet till ordination .....	29
4.4.2	Rehabiliteringsinsatser .....	29
4.4.3	Läkemedelsinsatser .....	29
4.4.4	Kvalitetsregister .....	30
4.5	Stärka analys, lärande och utveckling .....	34
4.5.1	Verksamhetsuppföljning .....	34
4.5.2	Avvikelse .....	35
4.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	38
<b>5</b>	<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>40</b>

# 1 Inledning

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

Strukturen för denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Berättelsen är sammanställd utifrån uppgifter från utförare av hälso- och sjukvård inom egen regi samt utifrån insamling av data via kvalitetsregister, egenkontroller och vårdssystem.



## 2 Sammanfattning

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Under 2025 har flera projekt pågått inom hälso- och sjukvården i förvaltningen såsom införandet av läkemedelsautomater, verksamhetssystem för personligt förskrivna hjälpmedel, digitalisering av narkotikajournaler samt digitalisering av systematiskt kvalitetsarbete. Ett omfattande samverkansprojekt har startats upp gällande att införa sammanhållen patientjournal med Region Uppsala.

Den strategiska ledningen av patientsäkerhetsarbetet förändrades under året. Kvalitetsforum där förvaltningens patientsäkerhetsarbete planeras och leds på övergripande nivå pausades under våren. Detta på grund av att förvaltningens ledning behövt fokusera på det omställningsarbete, gällande ekonomi och förutsättningar för ledarskap, nämnden gett i uppdrag. Detta har inneburit att strategiska arbeten avstannat och indikatorbaserad uppföljning inte har genomförts systematiskt. Egenkontroller har genomförts på resultatenhetsnivå enligt fastställt program, resultaten har inte sammanställts på strategisk nivå för framåtsyftande ledning och förbättringsarbeten. Rapportering till nämnd har i huvudsak skett genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

På verksamhetsnivå har styrningen varit aktiv. Inom Hälsa- och sjukvård har patientsäkerhetsarbetet bedrivits strukturerat i samverkan mellan verksamhetschef, utvecklare och medicinskt ansvariga. Inom Äldreomsorg samt LSS/Socialpsykiatri har stort arbete lagts på att bygga nya ledningsstrukturer som leder till mer chefsnära ledarskap och kvalitetsarbete.

### 2.2 En god patientsäkerhetskultur

Under året rapporterades 2 758 avvikelser, vilket är en ökning och samtidigt en förändring av trend att de flesta rapporter är identifierade risker medarbetare uppmärksammat och inte tillbud eller skada. En mätning av patientsäkerhetskultur genom Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) visar förbättring inom 7 av 11 frågeområden jämfört med 2024. Högst resultat uppnås inom området att medarbetare vågar påtala när något är på väg att gå fel. Arbetssätten för analys och lärande varierar dock mellan verksamheter.

## 2.3 Adevkvat kunskap och kompetens

Förvaltningen har under året påverkats av märkbar omsättning av chefer och sjuksköterskor, vilket gett en viss påverkan på kontinuitet och kompetens. Utbildningsinsatser har genomförts inom bland annat läkemedelshantering, rehabiliterande arbetssätt, demens, psykisk ohälsa samt kvalitet och patientsäkerhet för chefer. Lärcentrum har fortsatt sitt arbete med introduktion för baspersonal, språkstöd och samordnad kompetensutveckling. Trots genomförda insatser saknas fortfarande en övergripande och långsiktig kompetensförsörjningsplan för legitimerad personal.

## 2.4 Patienten som medskapare

Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser sker i samråd med patient och, vid önskemål, närstående. Anhöriga erbjuds delta vid medicinska vårdplaneringar efter samtycke. Hälsosamtal av sjuksköterska sker inom de flesta verksamheter.

## 2.5 Agera för säker vård

- **Avvikelsehantering:**  
Antal allvarliga händelser har minskat märkbart jämfört med föregående år, från 76 till 47 rapporter. 10 av dessa ärenden har bedömts som allvarlig vårdskada. Tre ärenden har anmälts till IVO enligt lex Maria. Flest avvikelser och risker rapporterades inom läkemedelshantering, framför allt inom hemtjänstområdet.
- **Rehabiliteringsinsatser:**  
Följsamheten till ordinerade rehabiliteringsinsatser uppgår till 80 %. Antalet delegerade och instruerade rehabiliteringsinsatser har ökat jämfört med föregående år.
- **Läkemedelshantering:**  
Följsamheten till läkemedelsordinationer uppgår till 95 %, vilket är en marginell minskning jämfört med föregående år. Läkemedelsinsatser i framförallt ordinärt boende har en kraftig volymökning av stående läkemedelsinsatser. Antal insatser har dubblats på två år.
- **Vårdprevention:**  
Arbetet med vårdprevention bedrivs strukturerat med stöd av Senior alert. Enköpings kommun har för andra året i rad utsetts till Guldkommun, vilket innebär en täckningsgrad över 90 % och en

godkänd vårdpreventiv process. Antalet trycksår, fall, personer med lågt BMI samt risk för ohälsa i munnen har minskat jämfört med 2024.

- **Basala hygien- och klädregler (BHK):**

Följsamhet mäts, men har hittills inte kunnat följas upp systematiskt på grund av avsaknad av digitalt stöd. Ett digitalt verktyg har nu tagits fram och införts, vilket möjliggör att BHK-rapporter kan användas i förbättringsarbetet under 2026.

Under året har tillgången till och användningen av spol- och diskdesinfektorer vid särskilda boenden för äldre utretts.

Utredningen visar på brister i hanteringen samt att vissa boenden saknar ändamålsenliga lokaler och utrustning för ett fungerande vårdhygienarbete.

- **Vård i livets slut:**

Täckningsgraden i Svenska palliativregistret har minskat något och uppgår till 72 %. Kvalitetsindikatorerna visar sammantaget ett gott resultat, med viss variation mellan verksamheter.

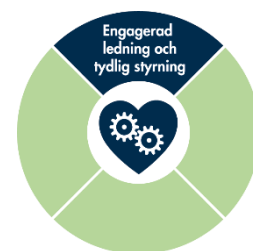
## 2.6 Mål och strategier

Måluppfyllelsen är överlag delvis uppfylld. Flera aktiviteter har initierats, särskilt inom digitalisering, patientsäkerhet och vårdprocesser, men genomförandet är ojämnt och flera insatser saknar uppföljning och dokumenterad effekt. Nämndens nyckeltal saknar dokumentation av aktiviteter för förbättringar.

Mål och strategier för kommande år har utarbetats utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Fokus ligger på att återetablera en sammanhållen systemledning för patientsäkerhet, stärka indikatorbaserad uppföljning samt säkerställa analys och återkoppling som underlag för nämndens styrning.

## 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” så är en av de grundläggande förutsättningarna att vårdgivaren har en engagerad ledning och tydlig styrning



### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Patientsäkerhetsarbetets systemledning på strategisk nivå har under året avtagit, vilket innebär att patientsäkerhetsarbetet inte leds, samordnas eller följs upp strukturerat på förvaltningsnivå. Det saknas etablerade forum för gemensamt arbete med analysuppföljning av resultat, nära vård i hemmet och beslut om förbättringsåtgärder. Kvalitetsforum pausades under våren och kommer att ersättas med förvaltningens ledningsgrupp under 2026. Uppföljningsmöten med MAS, MAR och verksamhetschef för ett verksamhetsområde i taget har startats upp i slutet av året. Chefsforum har inte genomförts vilket har försvårat att nå ut med samlad information, lärande och styrning till förvaltningens chefer.

Indikatorer och utdata finns att tillgå men det följs inte upp regelbundet med hjälp av systematiska mätetal. Rapportering till nämnd sker i praktiken, utöver avvikelserområdet, endast genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen, vilket begränsar nämndens möjlighet till löpande styrning, uppföljning och ansvarsutkrävande.

Ett omfattande egenkontrollprogram används och kontroller utförs på resultatenhetsnivå. Utfallet av kontrollerna som aktivt styrinstrument har inte genomförts. Analys, uppföljning och återkoppling till resultatenheter har inte genomförts. De mål som nämnden beslutat om som rör hälso- och sjukvård har inte använts i styrning av verksamhetsområden, vilket ytterligare försvagar kopplingen mellan politisk styrning och operativ verksamhet.

På operativ verksamhetsområdesnivå har det genomförts tydlig styrning inom patientsäkerhetsområdet. Verksamhetsområdet Hälsa- och sjukvård har löpande verkat för ledning, planering och uppföljning av patientsäkerhet i samverkan med utvecklare och medicinskt ledningsansvariga. Verksamhetsområdena Äldreomsorg och LSS/Socialpsykiatri har arbetat

med omfattande organisationsförändringar för att uppnå en mer chefsnära, effektiv struktur och ledning. Fokus har varit på nära ledarskap där chefer är mer fysiskt på plats samt med att ge enhetschefer förutsättningar att fokusera på kvalitets och utveckling. En kvalitetsförbättring inom flera verksamheter är att sjuksköterskor och vid behov även arbetsterapeut och fysioterapeut, är med i verksamheternas kvalitetsgrupper. Under året har flera verksamheter skapat årshjul i Stratsys för att uppnå tydligare och mer systematisk styrning.

### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

Kommunfullmäktige antog en ny styrmodell i november 2023 för perioden 2024 - 2027. Enligt styrmodellen ska all styrning i Enköpings kommun ta sin utgångspunkt i kommunens vision samt att medborgarfokus och ett hållbart förhållningssätt ska genomsyra allt vi gör. Kommunfullmäktiges övergripande målbild för perioden är *Tillsammans skapar vi trygghet* med tre övergripande mål; *Samhörighet, Självständighet och Stolthet*. Varje nämnd anger egna utvecklingsmål för sitt grunduppdrag enligt nämndens reglemente.

Ett utvecklingsmål för grunduppdraget är samordnade vård- och omsorgsprocesser, vilket omfattar både samordning inom den egna nämndens ansvarsområden och i samverkan med regionen och andra aktörer med särskilt fokus på: utskrivning från slutenvård, samordnad individuell plan, samordnad medicinsk planering, teamarbete och vårdprevention. Ett annat utvecklingsmål för grunduppdraget innebär att nämnden ska ha ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem.

#### 3.1.1.1 Nämndens nyckeltal utifrån styrmodellens utvecklingsmål

- Följsamhet till ordination av HSL-insatser överlåtna till baspersonal, andel i procent
- Täckningsgrad i Svenska palliativregistret, andel i procent
- Medelvårdtid som utskrivningsklar, antal dagar
- Antal personer inom ordinärt boende med genomförd riskbedömning i Senior alert
- Följsamhet av systematik till kvalitetsledningssystem, medelvärde

### **3.1.1.2 Förvaltningens mål utifrån nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet**

Detaljerade mål från föregående års patientsäkerhetsberättelse och måluppfyllelse kopplade till målområdena redovisas under kapitlet "Agera för säker vård".

### **3.1.1.3 Strategier för att nå målen**

I vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns strukturer och stöd för arbetet med hälso- och sjukvården för olika områden. Utifrån detta ledningssystem har respektive verksamhetschef ett samlat ledningsansvar och uppdrag att bedriva verksamheten så att mål/kvalitet blir uppfyllda i samverkan med medicinskt ansvariga. Verksamhetens kvalitet följs upp genom bland annat genom en omfattande egenkontrollplan. Efter genomförda verksamhetsuppföljningar har handlingsplaner utarbetats. Uppföljning av handlingsplanerna har hanterats av chefer.

Inom förvaltningen har följande gemensamma forum använts under året:

- Hälso- och sjukvårdskonferenser för legitimerad personal
- Kvalitetsgrupper inom resultatenheter
- Verksamhetsuppföljningar
- Enköpingsmodellen med validering av baspersonalen, reflekterande samtal och målmedveten kvalitetssäkring vid introduktionsutbildning för baspersonal.
- Teamträffar och arbetsplatsträffar
- Förvaltningens nätverk för ombud inom olika kvalitetsområden.
- Kvalitetsforum, avslutades under våren

### **3.1.1.4 Uppföljning med privata vårdgivare**

Verksamhetsuppföljning av Villa Idun (Vardaga) där förvaltningen köper platser har genomförts av strateger, MAS och MAR.

## **3.1.2 Organisation och ansvar**

### **3.1.2.1 Kommunfullmäktige och vård- och omsorgsnämnden**

Enköpings kommun är huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården och vård- och omsorgsnämnden är utsedd vårdgivare med uppgift att sätta mål, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt

som leder till att kravet på god vård efterföljs. Nämnden ansvarar för att det finns resurser för kompetens- och personalförsörjning. Nämnden kan genom avtal utifrån LOV och LOU ge uppdrag via avtal till privata vårdgivare om utförande av hälso- och sjukvård.

### **3.1.2.2 Förvaltningschef**

Förvaltningen leds av förvaltningschef bland annat genom en förvaltningsövergripande ledningsgrupp som består av verksamhetschefer och nämndsekreterare.

### **3.1.2.3 Verksamhetschef enligt HSL**

Verksamhetschef för området Hälsa- och sjukvård är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (4 kap. §2 Hälso- och sjukvårdslagen) för resultatenheterna inom egenregi. Denna verksamhetschef har det samlade ansvaret för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschefer har ansvarat för att:

- se till att riktlinjer och rutiner från MAS/MAR är väl kända och efterföljs i verksamheten.
- att samordna arbetet med andra verksamheter.
- att personalen får rätt introduktion och har rätt kompetens och befogenheter för att utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.
- att egenkontroll utförs

### **3.1.2.4 Verksamhetschefer inom Äldreomsorg, LSS och Socialpsykiatri**

Har ett samlat ansvar för verksamhetsområdet och i det ingår att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Ansvaret omfattar att tillse att rutiner gällande hälso- och sjukvård är kända och tillämpas, att bemanningen och personalens kompetens är anpassad efter patienternas behov av insatser. Verksamhetschefer har det övergripande ansvaret, inom respektive verksamhetsområde kan verksamhetschef inte besluta över de ansvarsområden som MAS eller MAR har enligt lagar och föreskrifter.

### **3.1.2.5 Medicinskt ansvariga**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett särskilt medicinskt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra, gäller MAS
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

Under 2025 fattades beslut om att minska tjänsten för Medicinskt ansvarig för rehabilitering, från en tjänst på 100% till 50%.

### **3.1.2.6 Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal är den personal inom kommunal hälso- och sjukvård som har legitimation eller biträder legitimerad personal i vården av patienterna. Hälso- och sjukvårdspersonal har personligt ansvar för hur de utför sitt arbete. Grunden i yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. Ansvaret innebär också att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och rapportera samt utreda vårdskador och risker för vårdskador.

### **3.1.2.7 Medarbetare**

Medarbetare medverkar aktivt i och bidrar till utveckling av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikande händelser, förändringar och/eller försämringar i brukarens hälsotillstånd. Personal som utför delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av legitimerad personal är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför den delegerade uppgiften och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

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

Samverkan är central för att förebygga vårdskador inom hälso- och sjukvården. Det innebär att olika aktörer som vårdgivare, myndigheter och patientrepresentanter samarbetar för att identifiera och minska risker.

Denna samverkan sträcker sig över vårdens olika nivåer, från lokal till nationell, för att säkerställa enhetliga och effektiva åtgärder. Genom att främja öppenhet och lärande kan samverkan skapa en säkrare vårdmiljö för både patienter och vårdpersonal.

### **3.1.3.1 Samverkan inom förvaltningen**

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ingår i förvaltningens ledningsgrupp som leds av förvaltningschef, där ingår även övriga verksamhetschefer. Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård har en ledningsgrupp där resultatenhetschefer för verksamhetsområdet Hälso- och sjukvård, MAR, MAS och en av förvaltningens utvecklare ingått.

Kvalitetsforum har hanterat strategisk samverkan för patientsäkerhet, där ingick verksamhetschefer och medicinskt ansvariga under våren.

Verksamhetschefer för äldreomsorg och för funktionshinderområdet har ledningsgrupper där MAS, MAR och verksamhetschef enligt HSL kan bjudas in.

Legitimerad personal deltar vid möten inom sin enhet, teammöten, arbetsplatsmöten, kvalitets möten där hälso- och sjukvårdsfrågor avhandlas för att säkerställa patientsäkerheten för den enskilde patienten.

Lokalt redaktionsråd hanterar samverkan gällande övergripande styrdokument för kvalitetsledning. I rådet ingår chefer från flera nivåer, strateg, utvecklare och MAR.

### **3.1.3.2 Extern samverkan**

#### **3.1.3.3 HSVO (Samverkan hälsa, stöd, vård och omsorg)**

Region Uppsala och länets kommuner samverkar för ett hållbart utvecklingsarbete avseende hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) med aktiv samverkan och dialog på politisk och tjänsteledningsnivå. Förvaltningschef ingår i HSVO och i detta forum fattas beslut gällande vård i samverkan (ViS) som är samlingsnamnet för de styrande dokument som stödjer huvudmännens samarbete i Uppsala län. ViS-dokument gäller antingen samlat för hela länet eller en enstaka kommun i samverkan med Region Uppsala. Den kommunala primärvården samverkar i omfattande grad med Region Uppsalas förvaltningar i syfte att stärka vårdprocesser i samverkan.

#### **3.1.3.4 Kunskapsstyrningen**

Kunskapsstyrningen är en nationell modell för kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Det finns ett länsövergripande samarbete med lokala programområden, samverkansgrupper och arbetsgrupper som arbetar med att tillhandahålla bästa tillgängliga kunskap utifrån nationella riktlinjer och personcentrerade vårdförlopp. Inom kunskapsstyrningen representerar medicinskt ansvariga i ett gemensamt nätverk länets kommuner inom flera områden. Läkemedelskommittén ingår i kunskapsstyrningen verkar för en tillförlitlig, patientsäker och rationell läkemedelsanvändning.

#### **3.1.3.5 Läkarmedverkan**

Läkarmedverkan omfattar patienter med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt korttidsplats. Hembesök görs när läkare bedömer att det är motiverat på grund av patientens sjukdom, funktionsnedsättning eller sociala situation. För kontakt med läkare jourtid finns beredskapsjour som ansvarar för akuta rådgivningar och bedömningar. För enskilda som på grund av funktionshinder har svårt att få sina behov tillgodosedda inom den ordinarie regionala primärvården finns tillgång till Habiliteringens husläkarmottagning. Endast inom särskilda boenden för äldre finns en planerad struktur för kontinuerliga läkarbesök. Mobila närvårdsteamet kan utföra akuta somatiska insatser på primärvårdsnivå när ansvarig läkare inte har möjlighet att utföra hembesök.

#### **3.1.3.6 MAS/MAR nätverk**

Det finns ett gemensamt nätverk för MAS och MAR i länet för samverkan och stöd i gemensamma frågor. Det finns också ett separat MAR-nätverk med fokus på rehabiliteringsområdet och ett MAS-nätverk med fokus på sjukvårdsområdet.

#### **3.1.3.7 Patientsäkerhetsgruppen**

Länets MAS och MAR tillsammans med chefsläkare inom Region Uppsala möts regelbundet i Patientsäkerhetsgruppen för samverkan inom området patientsäkerhet.

### **3.1.3.8 Effektiv och nära vård**

Effektiv och nära vård är Uppsala läns benämning på det nationella omställningsarbetet till en god och nära vård. Region Uppsala och länets kommuner arbetar utifrån en gemensam målbild och gemensamma målområden.

### **3.1.3.9 Smittskydd vårdhygienheten på Akademiska sjukhuset**

Länets kommuner har sedan många år en uppbyggd samverkan med vårdhygienheten på Akademiska sjukhuset. Varje kommun är knuten till en hygiensjuksköterska. Regelbunden samverkan sker på flera nivåer. Strategisk samverkan med MAS ges vidare till verksamhetschefer i kvalitetforum. Lokal samverkan sker vid behov och ger stöd direkt till resultatenheter vid smittsamma utbrott. Vårdhygien utför hygienronder på plats för särskilda boenden för äldre.

### **3.1.3.10 Gemensam analysgrupp för samverkansprocesser i Uppsala län (GAP-UL)**

Länets kommuner och Region Uppsala har en gemensam analysgrupp som ser på faktorer som påverkar flöden utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och andra gemensamma samverkansprocesser inom hälsa, stöd, vård och omsorg. Gruppen har under året arbetat för säkra, personcentrerade och välfungerande samverkansprocesser framför allt vid utskrivning från slutenvård. Partsgemensam analys har använts innan fakturering för att förstå orsakerna till att patienter inte kan lämna slutenvård i tid.

### **3.1.3.11 Cosmic**

Cosmic Link är en modul i Region Uppsalas elektroniska journalsystem Cosmic som stödjer samverkan mellan aktörer i samband med in- och utskrivning i slutenvården och samordnad individuell plan (SIP). Som ett komplement till Cosmic Link används även funktionsbrevlådor i Cosmic Messenger för riktad kommunikation aktörer emellan. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen har även tillgång till vårddokumentation, läkemedelslistor mm i Cosmic genom sammanhållen journal.

Under året har förvaltningen och Region Uppsala startat upp ett omfattande projekt och påbörjat arbetet med att införa Cosmic som patientjournal i Enköpings kommun vilket även innebär sammanhållen patientjournal med Region Uppsalas hälso- och sjukvård. En gemensam styrgrupp

tillsammans med regionen har upprättats och en projektledare på 100% har tillsatts för Enköping kommuns åtagande i projektet.

### **3.1.3.12 Palliativ vård**

I samverkan mellan Region Uppsala och länets kommuner finns en modell för samverkan inom palliativ vård.

### **3.1.3.13 Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet**

Region Uppsala har ansvar för att anordna munvårdsutbildning till kommunernas omsorgspersonal utifrån ansvaret för tandvårdsstöd och munhälsobedömningar. Vid dessa utbildningstillfällen instruerar tandhygienister omsorgspersonal hur de ska sköta den dagliga munvården för vårdtagare de har omvårdnadsansvar för. Enköpings kommun har ansvarat för att tillhandahålla utfärdare för underlag för Nödvändig Tandvård (Grönt N-kort). Underlag utfärdas av biståndshandläggare (ordinärt boende) och sjuksköterskor (särskild boende för äldre).

### **3.1.3.14 Hjälpmedel**

Hjälpmedelansvariga i kommunerna i Uppsala län har regelbundna nätverksträffar där frågor inom hjälpmedelsområdet hanteras. Gruppen tillser bland annat att kommunerna i länet har likvärdiga kriterier vad gäller förskrivning av hjälpmedel samt samverkar med länets hjälpmedelscentral (HUL).

### **3.1.3.15 Avvikelser i samverkan**

Avvikelser mellan Region Uppsala och kommunerna hanteras enligt läns-gemensam rutin. Händelser och risker delges i syfte att finna bakomliggande orsaker och förbättra patientsäkerheten i samverkan.

### **3.1.3.16 Områden där samverkan är i behov av utveckling**

- **Samverkan för primärvården i Enköping**  
Det saknas en strategisk och operativ samverkan mellan kommunal och regional primärvård lokalt för Enköping.
- **Samverkan med öppenvårdens psykiatri**  
Det saknas en lokal överenskommelse om hur läkarsamverkan ska ske mellan kommunal sjukvård och Håbo- Enköpings psykiatrimottagning.

### 3.1.3.17 Informationssäkerhet

Förvaltningen har under året utsett två medarbetare till dataskyddsbud. Förvaltningens beredskapsstrateg och dataskyddsbud har tillsammans med bland annat kommunövergripande informationsstrateg bildat en arbetsgrupp för förvaltningens dataskyddsfrågor. Ett utbildningsmaterial för förvaltningens medarbetare angående informationssäkerhet har skapats. Förvaltningen har inte någon utsedd informationssäkerhetsansvarig enligt HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Därmed föreligger en svårighet att beskriva vad som utförts inom området under 2025. Det föreligger sålunda en övergripande risk då området inte lever upp till författningskraven som ställs på vård- och omsorgsnämnden. Att inte ha en ansvarig för informationssäkerhetsarbetet enligt HSLF-FS 2016:40 innebär:

- Ökad risk för informationssäkerhetsincidenter
- Negativa effekter på patientsäkerhet
- Att verksamheten inte lever upp till lagkrav och får nedslag vid tillsyn från myndigheter
- Förlorat förtroende hos medborgare

## 3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. För att förvaltningen ska genomsyras av en god säkerhetskultur krävs insatser på flera nivåer. Grunden i det systematiska arbetet med att skapa en god säkerhetskultur är förvaltningens avvikelshantering som sker i avsett verksamhetssystem. Samtliga verksamheter har ett aktivt arbete med avvikelshantering. Medarbetare uppmuntras att rapportera risker, tillbud och skada genom att göra en rapport i verksamhetssystemet. Inom verksamheten betonas vikten av att se avvikelserapportering som en lärande process.

Hur arbetet ser ut med att stärka säkerhetskulturen varierar i verksamheterna. Vissa verksamheter har specifika forum där man enbart bearbetar avvikelser genom analys och reflektion, medan andra använder sig av kvalitetsgrupper, teamträffar eller arbetsplatsträffar. Många verksamheter har under året lagt stor vikt vid att lyfta området säkerhetskultur genom att arbeta aktivt med att belysa det icke skuldbeläggande förhållningssättet och att återkommande lyfta upp vilka risker och brister som finns i verksamheten, vilket också har resulterat i att rapporteringen av identifierade risker har ökat.

Under våren skickades det ut en enkät för att få en bild av vart förvaltningen befinner sig inom området säkerhetskultur. Hållbart säkerhetsengagemang, HSE, är ett nationellt material som innehåller 11 frågeställningar som är centrala i arbetet med patientsäkerhet. Resultaten från mätningarna jämfört med föregående år visar att det är en förbättring inom 7 av 11 frågeområden. Det område som skattats högst är att man vågar påtala när något är på väg att gå fel.

### 3.3 Aдекват 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.

#### 3.3.1 Bemanning

Under 2025 har det varit stort fokus på att bemanningsoptimeringen leds närmare verksamheterna. förvaltningen. En bemanningshandbok har tagits fram och verksamheterna har under 2025 successivt påbörjat implementeringen av denna. Målbilden är att skapa en tydligare grundbemanning, minska användandet av vikarier samt effektivare resursfördelning. Inom hemtjänsten har användandet av andelen vikarier tydligt och successivt minskat under året. Vissa verksamheter har under året haft en hög omsättning av chefer och sjuksköterskor vilket påverkar kunskap och kompetens betydligt.

Arbeterapeuter och fysioterapeuter har under 2025 ökat sin bemanning under sommarperioden samt under jul-och nyårsledigheten för att undvika arbetstoppar inför och efter semestrar, vilket har lett till en jämnare arbetsbelastning över året. En utökning av sjuksköterskebemanning har genomförts för jourbemanning av kvällar och inför helger och semestrar har ett arbetssätt med riskanalyser införts i syfte att säkerställa tillräcklig bemanning.

#### 3.3.2 Kompetens

Den snabba kunskapsutvecklingen och omstruktureringen till personcentrerad och samordnad vård i hemmet ställer nya krav på bemanning och kompetens. Behovet av att satsa på kompetensförsörjning på både kort och lång sikt är därför stort. I relation till det ökande antalet sköra äldre med komplexa omvårdnads- och medicinska behov är det nödvändigt att öka den medicinska kompetensen för både baspersonal och

legitimerade. En övergripande kompetensutvecklingsplan för legitimerad personal och baspersonal saknas.

### **3.3.2.1 Kompetensförsörjning på övergripande nivå**

Enköpingsmodellen är en av förvaltningens interna organisationer för att stärka kompetens. Under 2025 har Enköpingsmodellen utökat introduktionsutbildningen för nyanställda i äldreomsorgen. Innehållet är på en basnivå för olika delar i yrket som bland annat ska bidra till att stärka patientsäkerheten. Följande områden ingår:

- Lagstiftning HSL
- Dokumentation
- Hur man rapporterar enligt SBAR
- Deltagarna får öva på att sätta på- och ta av stödstrumpor
- Genomgång där vi praktiskt visar personlig omvårdnad på vårddocka
- Användning av inkontinensskydd
- Basala hygienrutiner
- Baskunskap kring demens, funktionsnedsättningar och det naturliga åldrandet
- Måltidens betydelse, näringslära
- Visa hörapparater och pratat om vikten av att använda syn- och hörselhjälpmedel.
- Bäddning av säng

Ett riktat introduktionsmaterial till hemtjänst med rutiner för att få processen kring nyanställda mer säker har tagits fram under året. Till övriga verksamheter finns ett introduktionsmaterial sedan tidigare. För det nyuppstartade LSS-boendet Åkersro genomförde Enköpingsmodellen en riktad utbildning inom personlig omvårdnad. För LSS/socialpsykiatri har det åter startats upp introduktionsutbildning som tidigare tagits bort. Under hösten 2025 har Enköpingsmodellen fått uppdrag att utöka introduktionsutbildningen inom LSS/socialpsykiatri.

### **3.3.2.2 Lärcentrum**

Lärcentrum är ett kompetensutvecklingscentrum vars arbete har påbörjats under 2024 för att utveckla, modernisera och samordna kompetensförsörjning i förvaltningen. Medarbetare inom kommunal hemtjänst med svenska som andraspråk har påbörjat kurser i vårdsvenska via Lingio som en del av förberedelserna inför språkraven 2026 (SOU 2024:78). En kurs genomfördes även för äldreboenden under våren 2025, där individuella språkutvecklingsplaner togs fram och följdes upp.

Under 2025 har VR-teknik från ViroteaED använts i flera utbildningar, bland annat i introduktionen för äldreomsorgen, med fokus på bemötande. Motsvarande VR-utbildning har genomförts inom Daglig verksamhet och påbörjats inom hemtjänsten.

Utbildning i läkemedelshantering för nyanställd baspersonal genomfördes under november och december av sjuksköterskeenheten. Samtidigt påbörjades en introduktionsutbildning i psykisk ohälsa för hemtjänstpersonal med syfte att kompetenshöja inom ett mycket viktigt område som förekommer allt mer frekvent inom vård och omsorg. En kartläggning av ytterligare utbildningsbehov påbörjades.

### **3.3.2.3 Lyftlicensutbildning**

Lyftlicensutbildningen är obligatorisk att genomföra för den personal som ska hantera personlyft. Under året har 248 medarbetare utbildats, det är 27 fler än föregående år.

### **3.3.2.4 Utbildning i rehabiliterande arbetssätt**

Utbildning i rehabiliterande arbetssätt riktar sig till baspersonal och under året har 179 medarbetare utbildats, det är 11 färre än föregående år.

### **3.3.2.5 Utbildning av nödsänkning av personlyft och vårdsäng**

Under 2024 skapades en utbildning i nödsänkning av personlyftar och vårdsängar som riktade sig till chefer, koordinatörer samt sjuksköterskor inom jourverksamheten. Denna utbildning erbjöds även under 2025, där totalt 13 personer deltog.

### **3.3.2.6 Utbildningar inom demensområdet**

Under året har 38 medarbetare utbildats i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), 69 medarbetare har deltagit grundläggande utbildning i demens.

### **3.3.2.7 Utbildning för chefer i kvalitet- och patientsäkerhet**

Under året har det erbjudits utbildning för samtliga chefer i förvaltningen inom området kvalitet- och patientsäkerhet. Utbildningen har letts av medicinskt ansvariga.

### 3.3.2.8 **Utbildning gällande enhetschefens ansvar inom läkemedelshantering**

En utbildning hölls av Apoteket gällande ökad kunskap om Socialstyrelsens föreskrift om läkemedelshantering.

### 3.3.2.9 **Utbildning i samverkan med Akademiska sjukhuset**

Under året har MAR-nätverket tillsammans med chefer för hälsoprofessionerna på Akademiska sjukhuset genomfört sex digitala utbildningstillfällen med olika teman där specialister inom områdena är inbjudna att föreläsa. Utbildningarna har riktat sig till arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

### 3.3.2.10 **Introduktionsmaterial för sjuksköterskor**

Nytt introduktionsmaterial för sjuksköterskor har utarbetats under året och succesivt införts.

## 3.4 **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 vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

När en patient är behov av hälso-och sjukvårdsinsatser skapas en planering av insatser i samråd med patient och vid önskemål även anhörig. Insatserna anpassas till patientens önskemål, behov och förutsättningar. Hälsosamtal som utförs av sjuksköterska inom ordinärt boende är ett arbetssätt som har påbörjats under 2025 som bidrar till att patienten är delaktig i sin vård.

En grund har under året lagts för samarbete med organisationen Funktionsrätt Sverige, i syfte att säkerställa en korrekt arvoderingsmodell samt att medverkan och delaktighet sker på organisatorisk nivå utifrån en övergripande dialog. Forumet pausades under hösten 2025 med hänvisning till det omfattande förändringsarbete som prioriterats inom förvaltningen, med beslut att återuppta forumet i början av 2026.

## 4 Agera för säker vård

Genom att inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både reaktiva och proaktiva perspektiv vad gäller patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Mål och strategier för kommande år har utarbetats utifrån strukturer från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Kommunfullmäktiges mål samt nämndens utvecklingsmål. Samverkan kring mål och aktiviteter pausades när kvalitetsforum avslutades. Måluppfyllelsen redovisas utifrån grad av uppfyllnad och enligt följande färgmarkering:

- Mål/aktivitet uppfyllt
- Mål /aktivitet delvis uppfyllt
- Mål /aktivitet ej uppfyllt

### 4.1.1 Mål – Mer effektiva och ändamålsenliga arbetssätt

#### 4.1.1.1 Aktiviteter

- Digitalisera det systematiska kvalitetsarbetet för att underlätta proaktiv planering, ledning och styrning för en god säkerhetskultur
- Digitalisera läkemedelshanteringen inom ordinärt boende genom läkemedelsautomater
- Digitalisera registrering över medicintekniska produkter/boendeägda hjälpmedel genom nytt verksamhetssystem
- Implementera nytt verksamhetssystem för registrering av personligt förskrivna hjälpmedel
- Förstärka patientrelaterad informationsöverföring internt mellan professioner och verksamheter
- Förstärka området måltider och nutrition
- Förstärka området sårvård och minska antal trycksår
- Förstärka det lokala teamarbetet
- Förstärka förvaltningens krisberedskap gällande hälso- och sjukvården
- Öka följsamhet till rutiner
- Öka följsamhet till ordination och uppnå minst 90% inom samtliga områden

## 4.1.2 Mål – Samordnade vård- och omsorgsprocesser

### 4.1.2.1 Aktiviteter

- Förnya den kommunala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet
- Utarbeta struktur för indikatorbaserad uppföljning på alla nivåer
- Tillsätta en informationssäkerhetsansvarig
- Förstärka vårddokumentationen genom att införa sammanhållen journal med Region Uppsala.
- Kartlägga patient och närståendes delaktighet i vården
- Implementera Senior alert inom ordinärt boende och LSS och uppnå en hög processuppfyllnad/grönt läge
- Upprätta kommunal handlingsplan för god vårdhygienisk standard

## 4.1.3 Mål – Vara en attraktiv arbetsgivare

### 4.1.3.1 Aktiviteter

- Skapa en kompetensutvecklingsplan för samtliga professioner som arbetar i det direkta vård- och omsorgsarbetet som leder till förstärkt medicinsk kompetens.

### 4.1.3.2 Nämndens nyckeltal utifrån styrmodellens utvecklingsmål

Nyckeltalen har inte hanterats i något forum, området saknar dokumentation av aktiviteter för förbättringar.

## 4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador



Genom identifiering, utredning samt mätning av vårdskador och negativa händelser kan man öka kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskador har rapporterats in i avvikelssystemet, utretts och klassificerats utifrån allvarlighetsgrad. Avvikelserna har utretts inom två olika nivåer med en fördjupad

händelseanalys för allvarliga händelser. Totalt har 47 händelser bedömts vara allvarliga, vilket är 29 färre jämfört med föregående år. Av dessa har tre händelser anmälts enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Under året har 10 händelser bedömts som vårdskada, fördelat både på lägre och högre allvarlighetsgrad.

Vårdskadorna har kategoriserats inom följande områden:

- Läkemedel 4
- Fall 2
- Sår 2
- Munhälsa 1
- Informationsöverföring HSL 1

Spridning av erfarenheter av avvikelser, händelser och förebyggande arbete i förvaltningen sker på olika sätt i våra verksamheter. Det gemensamma chefsforumet som tidigare använts har inte genomförts men vid exempelvis vid hälso- och sjukvårdskonferenser, kvalitetsgrupper och arbetsplatsträffar sker erfarenhetsutbyten. Allvarliga händelser som har varit föremål för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria och lex Sarah, sammanfattas och publiceras i kvalitetsledningssystemet och finns därmed tillgängliga för alla medarbetare.

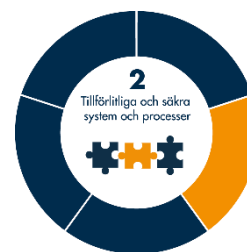
#### **4.2.1 Samlad analys om vården varit säker**

Antal allvarliga händelser har minskat märkbart jämfört med föregående år, från 76 till 47 rapporter. Under årets början omarbetades processen så att ärenden och möjligheten att påverka åtgärder och utredningar fördelades över fler chefer. Detta gav en positiv påverkan så chefer närmast baspersonalen fick ökade möjlighet till att leda förbättringsarbetet utifrån avvikelser och utredningstakten ökade. Dock finns fortsatt många ärenden som utreds lång tid efter händelsen inträffat. En bidragande faktor till att utredningar försenas bedöms vara en hög arbetsbelastning på sjuksköterskor inom vissa verksamheter.

Under året har en trend av att rapporterna för risker är fler än rapporter för tillbud och skador. Det är en positiv trendförändring.

Svinn av narkotika har förekommit i hög omfattning även detta år och utredningar samt åtgärder är tidskrävande för drabbade verksamheter. Under andra halvåret har flera förbättringsarbeten genomförts avseende läkemedelshanteringen, vilka bedöms kunna ge effekt under kommande år. Bland annat har nytt styrdokument och stöd för lokala rutiner tagits fram och nytt utbildningsmaterial inom läkemedelshantering har utarbetats. Ett projekt har genomförts så att samtliga narkotikajournaler har digitaliserats.

## 4.3 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. Sammantaget så har förvaltningen flera system och processer för hälso- och sjukvården. Vissa processer finns beskrivna på samverkanswebben (ViS) gemensamt för region och kommuner. Andra finns beskrivna i ledningssystemet på förvaltningsnivå och lokalt hos verksamheter.

En del i att få kunskap om system och processer är säkra är att utöva egenkontroll. Det ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innefattar jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.

Samtliga verksamheter genomför egenkontroll med analys inom hälso- och sjukvården utifrån fastställt egenkontrollprogram för året. Egenkontrollprogrammets aktivitet för att mäta och öka följsamheten till det systematiska kvalitetsarbetet genom förvaltningens självskattningsverktyg genomfördes inte.

### 4.3.1 Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Extern granskning av läkemedelshantering har genomförts för 10 verksamheter genom besök av apotekare i samverkan med MAS och verksamheter. Granskningen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshantering samt lokala riktlinjer och rutiner. Granskningen omfattade

- Genomgång av verksamhetens rutiner för läkemedelshantering
- Granskning av hantering och förvaring av läkemedel (inklusive narkotika) i sjuksköterskors läkemedelsförråd
- Granskning av hantering och förvaring av läkemedel i patientskåp samt läkemedelsautomat i egna hemmet.

De förbättringsförslag som identifierades åtgärdas i samband med att samtliga lokala rutiner revideras utifrån ny mall under 2026.

### 4.3.2 Införandet av läkemedelsautomater

Under 2025 har läkemedelsautomater succesivt införts inom sjukvården som sker i hemtjänstverksamhet. Automaterna är en påminnelsefunktion för de patienter som uppfyller kriterierna för att hantera läkemedelsautomat och kan minska behovet av delegerad personal och öka säkerhet i administration av läkemedel. Här följer uppgifter om antal automater i verksamheten under året.

- Antal patienter som använt läkemedelsautomat 2025 = 200 stycken
- Totalt antal automatiska doser = 34 016 stycken
- Genomsnittligt medicintillfälle/patient/dag = 2,6
- Genomsnittligt antal doser/dag = 93,2 doser

Figur 1 Tabell över antal manuellt överlämnade doser i jämförelse med doser som givits av läkemedelsautomat inom sjukvården i hemtjänstverksamheten

År 2025 Månad	Manuella delegerade läkemedelsinsatser Hemsjukvård – ordinärt boende	Antal automater sista dag/mån	Antal patienter som använt automat	Automatiska doser
Januari	34 916	8	10	666
Februari	33 390	8	9	574
Mars	37 772	7	9	552
April	37 303	10	13	746
Maj	39 845	50	55	1738
Juni	37 132	41	52	3548
Juli	37 850	40	45	3206
Augusti	36 380	39	62	3185
September	34 514	69	70	3324
Oktober	37 745	72	78	5517
November	34 694	61	72	5249
December	36 978	64	71	5711

### 4.3.3 Medicintekniska produkter

För vissa personligt förskrivna hjälpmedel ska årsuppföljningar genomföras för att kontrollera skick, kvalitet samt att hjälpmedlet fungerar och används som det är tänkt. Dessa uppföljningar görs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Under 2025 har periodiska inspektioner genomförts enligt rutin vilket är en förbättring från föregående år där det inte genomfördes fullt ut. För boendeägda hjälpmedel ansvarar respektive verksamhet att uppföljning och besiktning sker enligt rutin.

Ett nytt verksamhetssystem för personligt förskrivna hjälpmedel har införts under 2025 för att förbättra dokumentationen och hanteringen av området. Under året påbörjades även implementering av ett digitalt verksamhetssystem för dokumentation över boendeägda hjälpmedel, för att uppfylla de krav som finns inom området medicintekniska produkter.

#### 4.3.4 Processer som utvecklats under året

De processer som har varit föremål för större utveckling och där förstärkt stöd skapats är:

- Läkemedelshanteringsprocessen har stärkts upp genom omarbetade styrdokument, implementering av läkemedelsautomater och digitalisering av narkotikajournaler.
- Egenvårdsprocessen har genomlyst och nytt styrdokument har upprättats.
- Delegeringsprocessen har reviderats och tydliggjort områden som är kopplade till bemanningsoptimering
- Nytt verksamhetssystem har införts för personligt förskrivna hjälpmedel
- Digitalisering av dokumentation över boendeägda hjälpmedel har påbörjats genom verksamhetssystemet Cambio vårdlogistik
- Processen för att digitalisera dokumentationen av det systematiska kvalitetsarbetet påbörjades under 2025 genom utbildning av chefer i systemet. Det operativa arbetet i systemet inleddes under 2026.
- Hälsosamtal som leds av sjuksköterska har införts

##### 4.3.4.1 Aktiva hälso- och sjukvårdsprocesser som mäts i förvaltningen

Aktiva och mätbara processer är: Avvikelsehantering, Rehabprocessen, Vårdprevention, Läkemedelsprocessen, Läkemedelsautomater, In- och utskrivningsprocessen, God demensvård och Palliativ vård. Se avsnittet säker vård här och nu.

## 4.4 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.



### 4.4.1 Följsamhet till ordination

Antalet insatser som ordinerats och ska utföras av baspersonal inom rehabilitering och läkemedelshantering har ökat, följsamheten till ordination har minskat något. Inom rehabiliteringsområdet är följsamheten lägre än inom området läkemedelshantering.

### 4.4.2 Rehabiliteringsinsatser

**Verksamhet**                      **Andel insatser utförda i tid**                      **Andel signerade insatser**                      **Totalt antal insatser**

År	2024		2025		Totalt
	2025	2025	2024	2024	
Särskilt boende för äldre	72%	88%	85%	6396	7551
Ordinärt boende	58%	67%	70%	4852	5583
LSS	69%	88%	92%	1600	3733
Socialpsykiatri	88%	96%	93%	99	26
Hela förvaltningen	67%	80%	80%	12947	16964

### 4.4.3 Läkemedelsinsatser

Förvaltningen har de senaste åren haft en kraftig volymökning av stående läkemedelsinsatser i ordinärt boende och det tolkas som en strukturell volymökning, inte en tillfällig variation. Troliga hypoteser om orsak till ökning är allt fler patienter är i behov av hemsjukvård, allt fler har ökad medicinsk komplexitet.

- 2023: ca 16 000–23 000 insatser/månad
- 2024: ca 22 000–34 000 insatser/månad
- 2025: ca 33 000–40 000 insatser/månad

Tabellen nedan visar verksamheternas insatser av delegerade läkemedelsgivningar.

Verksamhet	Andel insatser utförda i tid		Andel signerade insatser		Totalt antal insatser
	2025	2024	2024	2025	
År	2025	2024	2024	2025	2024

Särskilt boende för äldre	85%	85%	97%	98%	1 138	976	1 074
					595		
Ordinärt boende	80%	82%	88%	89%	438	085	393
					132		
LSS	88%	87%	98%	98%	116	989	102
					730		
Socialpsykiatri	95%	94%	99%	99%	44	307	33
					540		
Hela förvaltningen	84%	84%	95%	96%	1 738	357	1 600
					356		

#### 4.4.4 Kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren ger möjligheter för kommunal hälso-och sjukvård att utvecklas och bli säkrare. Kvalitetsregistren syftar till att tillgängliggöra data som kan användas vid förbättringsarbete, patientsamverkan samt för att åstadkomma patientnytta. Registren möjliggör jämförelser och kan därmed fungera som ett verktyg för att följa upp, analysera och utveckla ett strukturerat arbetssätt inom vården. Uppföljning av nationella kvalitetsindikatorer sker genom:

- BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) via BPSD registret
- Vårdprevention - via Senior Alert
- Palliativ vård - via svenska palliativregistret

##### 4.4.4.1 Vårdprevention Senior alert

Förvaltningens strukturerade arbete för att förebygga vårdskador kan följas genom kvalitetsregistret Senior alert. Kvalitetsregistret Senior alert har använts främst inom äldreomsorgen. Att implementera arbetet med Senior alert i ordinärt boende har inte lyckats fullt ut under 2025, dock är fyra av tio enheter igång med arbetet.

Samlad analys visar att det finns en mycket god följsamhet till processerna gällande de områden som följs i Senior alert. Antal personer som har riskbedömts är 84 färre än föregående år. Enköpings kommun fick 2025 för andra året i rad utmärkelsen Guldkommun av Senior alert, vilket innebär att täckningsgraden är över 90% och en godkänd vårdpreventiv process har uppnåtts, vilket vi är mycket stolta över.

- **Antal trycksår** som registrerades under året var 86 stycken, vilket är en minskning med 31% sedan föregående år.

- **Antal personer med ett BMI under 22** har minskat med 23% från föregående år och är 153 till antalet.
- **Antal personer med risk för ohälsa i munnen** är 274 stycken och har minskat från föregående år med 51 personer.
- **Antal fallhändelser** som rapporterats in har minskat med 126 stycken jämfört med föregående år och är 799 till antalet.

Område Senior alert	2025	2024	2023
Antal unika personer med riskbedömning	523	607	532
Riskbedömning med risk	94%	93%	94%
Åtgärdsplan	96%	94%	93%
Utförda åtgärder	85%	82%	82%
Antal personer med trycksår	59	79	67
Antal trycksår	86	126	103
Antal personer med BMI <22	153	199	198
Antal personer med risk för ohälsa i munnen grad	274	325	273
Antal fall (registreras i avvikelssystemet)	799 totalt (varav 752 HSL & 47 SoL)	925 totalt (varav 841 HSL & 84 SoL)	880 totalt (varav 844 HSL & 36 SoL)

#### 4.4.4.2 Följsamhet till basala hygien- och klädregler

Utförandet av observationsmätningar gällande följsamhet till basala hygien och klädregler har fortsatt utförts av vissa verksamheter medan andra avstannat med detta arbete. Mätningar sker men statistik kan inte hämtas ut då det inte funnits ett digitalt mätverktyg för området. Under året har ett projekt startats upp och ett verktyg tagits fram för att lägga in observationerna så utdata kan tas fram från januari 2026.

En grundläggande förutsättning för utförande av god hygienisk standard är tillgång till spol- och diskdesinfektörer. Under våren fattade vård- och omsorgsnämnden beslut om att utreda nuläge och ge förslag på utbyggnad av spol- och diskdesinfektörer kan genomföras. Platsbesöket visar att flera boenden saknar fungerande eller överhuvudtaget befintlig desinfektionsutrustning. I de fall utrustning finns, finns också bristande rutiner för service och underhåll, vilket lett till långa perioder utan fungerande maskiner. Det i sin tur har lett till att personal tvingas till manuell disk och rengöring, vilket ökar risken för vårdrelaterade infektioner och försämrar arbetsmiljön. Rapporten gav rekommendationer för åtgärder på både kort och lång sikt.

#### 4.4.4.3 Munhälsobedömningar och munvårdsutbildningar i samverkan med Region Uppsala

Uppsökande verksamhet i samverkan med Region Uppsalas tandvårdsstöd är en insats som berättigas vård- och omsorgsverksamheter i länet. Regionen har ansvar att i samverkan med förvaltningens utförare, genomföra utbildning för personal och utföra munhälsobedömning för kund/patient som faller inom ramen för nödvändig tandvård. Antal munvårdsutbildningar till vård- och omsorgspersonal som genomförts är 242 st.

Antal munhälsobedömningar regionen erbjudit och utfört:

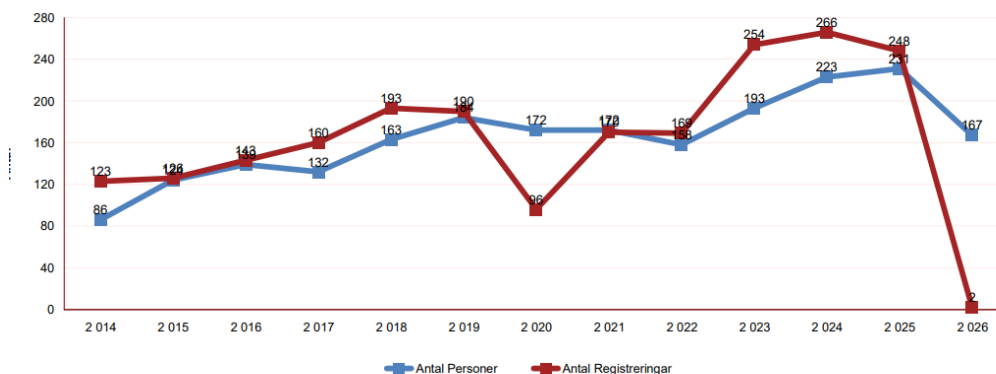
- Särskilt boende för äldre                      551 personer erbjöds och **426** bedömningar utfördes
- Ordinärt boende                                      232 personer erbjöds och **63** bedömningar utfördes
- Särskilt boende LSS                                83 personer erbjöds och **18** bedömningar utfördes

Sammanlagt 507 (213) bedömningar har utförts vilket är en ökning mot föregående år. Munhälsobedömningarna för dessa 507 patienter visar följande munhälsostatus

- Bra status    128 patienter
- Dålig status     158 patienter
- Acceptabel status                                 221 Patienter

#### 4.4.4.4 Arbetet med BPSD-verktyget

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, förekommer hos 90 % av personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD –symtom är hallucinationer, motorisk oro, sömnsvårigheter, ångest och apati. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister med syftet att minska BPSD och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Det skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön. I diagrammet nedan visas en jämförelse mellan år för antalet registrerade personer samt antalet registreringar inkl. uppföljningar. Antalet registreringar har de senaste tre åren legat på runt 250 till antalet.



#### 4.4.4.5 Palliativ vård i livet slut

Inom området palliativ vård har det under året skett utsetts ny samordnare för palliativa ombud i förvaltningen som är kopplade till kompetensförsörjning genom Palliativt kompetenscentrum. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård följs genom kvalitetsregistret Svenska palliativ registret. Uppgifterna bygger på den data sjuksköterskor lämnar in till registret i samband med dödsfall. Kvalitetsindikatorerna har utökats med ytterligare tre områden

- Läkarbeslut palliativ vård
- Symtomskattning sista levnadsveckan
- Efterlevandesamtal

Den samlade bilden är att kvalitetsindikatorerna fortsatt är på en bra nivå, munhälsobedömningar är området som över tid legat lågt men ökat på i kvalitet för varje år. Det ligger nu på 70%. Antal inrapporterade dödsfall mäts i samverkan med regionen, alla dödsfall ska rapporteras. Totala antalet inrapporterade dödsfall för förvaltningen är 155st för året 2025.

Täckningsgraden som är gemensam med regionen låg 2024 på 75,85% och har nu minskat något till 72%.

#### 4.4.4.6 Kvalitetsindikatorer palliativ vård, målvärde och utfall 2025

Period 2025-01 - 2025-12		
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	92,9
Vårdplan	100,0	91,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	86,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	87,7
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	83,2
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	70,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	84,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,2
Efterlevandesamtal	90,0	83,2

## 4.5 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.

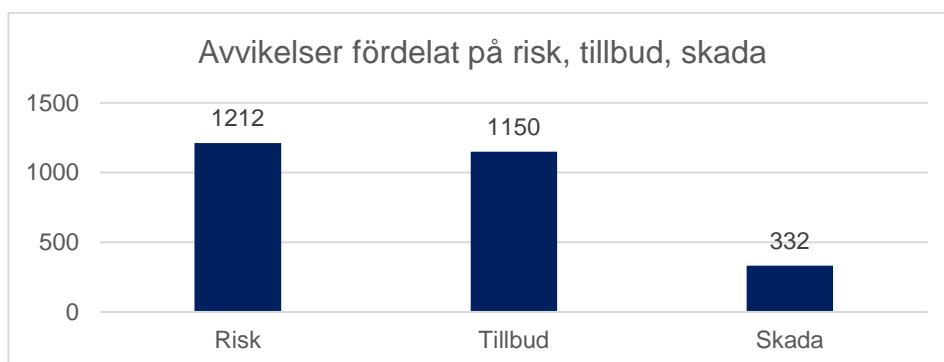
### 4.5.1 Verksamhetsuppföljning

Under 2025 genomfördes planerad verksamhetsuppföljning av verksamhetsområdet för LSS samt för ett antal särskilda boenden för äldre. Strateger, MAR och MAS genomförde uppföljningen genom dialogmöten med verksamheten. Representanter från verksamheterna deltog och har bestått av vårdbiträden, undersköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor samt chefer. Resultatet från uppföljningen visar att det finns många områden som fungerar väl men även vissa brister. De förbättringsområden som identifierats har dokumenterats i åtgärdsplaner och lämnats till verksamhetschefer.

## 4.5.2 Avvikelser

Förvaltningens avvikelshantering har under året varit aktiv och visar att rapporter upprättas när medarbetare identifierar risker, tillbud och skada inom hälso- och sjukvården. Rapporterna visar på att risker rapporteras in mest, därefter tillbud. Skada inträffar mer sällan. Antal inkomna rapporter inom hälso- och sjukvårdsområdet har ökat betydligt mot föregående år och ligger på 2758 (2432) till antalet.

- 2350 rapporter inom Äldreomsorgen
- 330 rapporter inom LSS och Socialpsykiatri



Tabell 2 Denna tabell visar antalet rapporter fördelat på händelsetyper under 2025

	Vård- och Omsorgsförvaltningen	Äldreomsorg	LSS	Antal registreringar
<b>Inrapporterade avvikelser fördelat på händelsetyp</b>				
Bemötande HSL	72	69	2	72
Dokumentation HSL	117	104	12	117
Fall	753	705	46	753
Hjälpmedel	58	34	15	58
Informationsöverföring HSL	129	73	5	129
Inkontinens	20	20	0	20
Läkemedel	1411	1187	216	1411
Munhälsa	7	5	2	7
Palliativvård	11	11	0	11
Rehabilitering	12	10	1	12
Sjuktransport/ambulans	8	7	1	8
Specifik omvårdnad HSL	91	70	19	91
Sår	24	17	6	24
Vårdhygien	24	20	4	24
Annan omvårdnad	6	5	1	6
<b>Antal registreringar</b>	<b>2743</b>	<b>2337</b>	<b>330</b>	<b>2743</b>

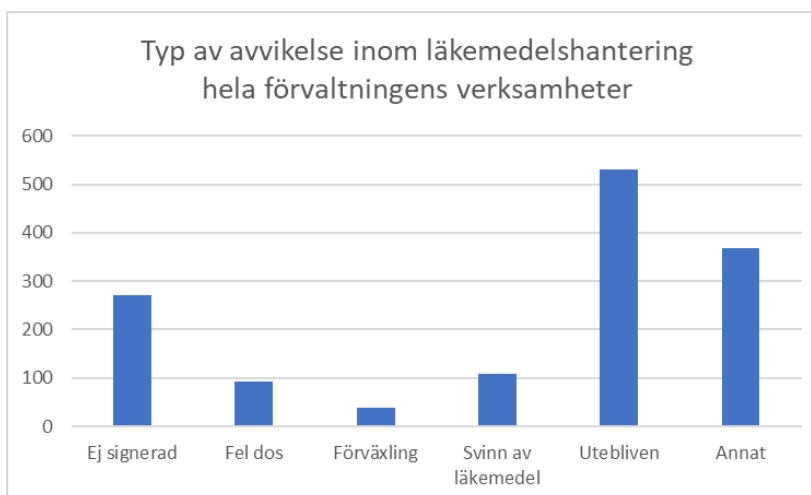
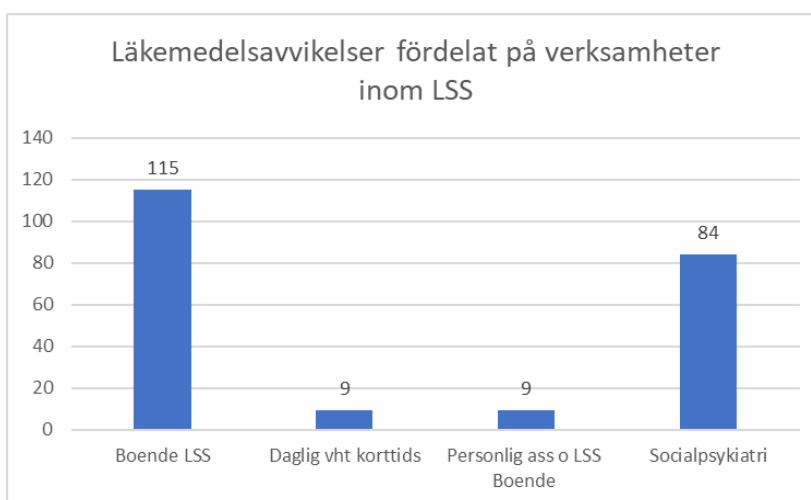
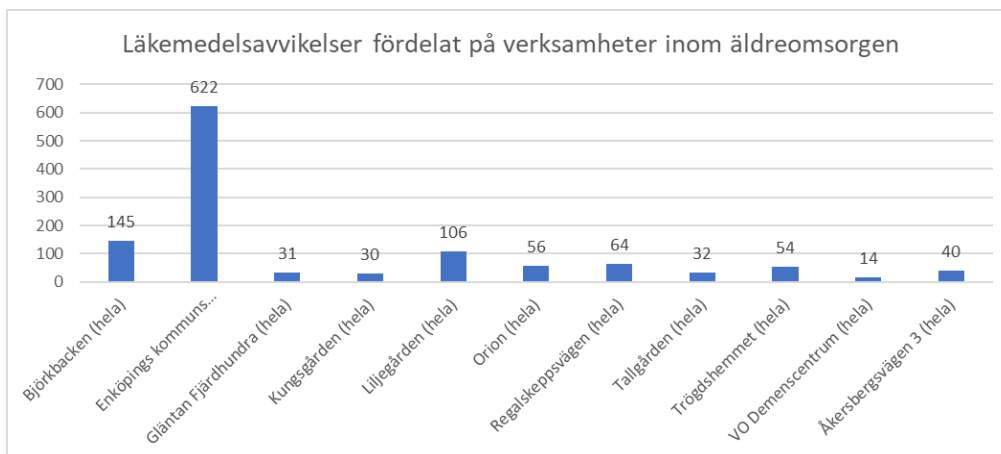
De vanligaste orsakerna till att avvikelse inträffat har bedömts vara:

- Brist i hantering
- Bristande rutiner
- Brist i kontroll/tillsyn
- Stress/trötthet
- Glömska

När händelser som rapporterats utretts av verksamheten så vidtas åtgärder för att minska risken att likande händelse inträffar igen.

#### 4.5.2.1 Avvikelse inom läkemedelshanteringen

Området där flest avvikelser inträffat under året är inom läkemedelshanteringen och det är en kraftig ökning inom främst hemtjänstverksamheten som dubblat antal läkemedelsavvikelser från en tidigare stor mängd avvikelser. Vanligast förekommande händelsen för avvikelse är utebliven dos, att patienten inte fått ordinerad läkemedelsbehandling. Under året har ett särskilt boende för äldre drabbats av upprepade stora narkotikasvinn och även vidtagit omfattande åtgärder för att förhindra svinnet.



#### 4.5.2.2 Avvikelser i samverkan med andra vårdgivare

När händelser inträffat inom kommunal hälso- och sjukvård där orsaken bedöms vara annan vårdgivare så skickas ärenden för utredning vidare till annan vårdgivare. Totalt har 75 ärenden skickats vidare under perioden. Det är en minskning jämfört med 2024 då antalet var 177. Majoriteten av ärendena har varit riktade till Akademiska sjukhuset och till Lasarettet i Enköping.

När händelser inträffat inom regional verksamhet där händelsen bedöms ha orsakats av kommunens hälso- och sjukvård så inkommer ärenden för utredning. Under perioden har 26 ärenden inkommit vilket är en ökning från föregående år då det inkom 19 ärenden.

## 4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap



Vård- och omsorgsförvaltningens plan för 2025 års aktiviteter för kris- och beredskapsplanering utgick från Socialstyrelsens och Länsstyrelsens identifierade och prioriterade områden.

1. Samverkan och ledning
2. Att upprätthålla ordinarie verksamhet vid avbrott och störningar
3. Utbildning och övning
4. Upphandling och samverkan med privata utförare
5. Målgruppsanpassad kommunikation
6. Planeringsförutsättningar

Aktiviteter som genomförts för att bibehålla arbetet med patientsäkerhet vid olika former av krissituationer är bland annat att medvetandegöra alla medarbetare inom förvaltningen.

Information och utbildning om hantering av kris- och beredskapsplanering har genomförts till förvaltningsledning, chefer och medarbetare. En organisation med säkerhetsombud har skapats med syfte att tillsammans med cheferna hantera verksamheternas kontinuitetsarbete.

Krispärmar med kontinuitetsplaner för olika händelser har skapats i respektive verksamhet.

Skriftlig information till kunder/patienter om det egna ansvaret för beredskap har delats ut och satts in i kundpärmar. Informationen hänvisar till MSB:s broschyr "Om krisen eller kriget kommer" Övningar av olika scenarier har genomförts i flera verksamheter. Bland annat har reservkraft testats i ett äldreboende med gott resultat. Övningen ledde bland annat till ökad uppmärksamhet på kontinuitetsplaner för medicinskteknisk utrustning.

Planering av ett förvaltningsövergripande förråd för skyddsutrustning har påbörjats.

## 5 Mål och strategier för kommande år

Mål och strategier för kommande år har utarbetats utifrån strukturer från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

### **Mål: Engagerad ledning och tydlig styrning genom etablering av systemledning för patientsäkerhetsarbetet**

En sammanhållen, systematisk och aktiv ledning av patientsäkerhetsarbetet där politisk nämnd, förvaltningsledning och verksamhet följer upp, analyserar och styr patientsäkerheten utifrån fastställda mål och indikatorer.

Strategier för att nå målet:

- Etablera systemledning för patientsäkerhetsområdet genom att tydliggöra ansvar, roller och mandat för området på övergripande nivå.
- Inrätta regelbundna forum på strategisk nivå för chefer och medicinskt ansvariga för regelbunden analys, uppföljning och beslut.
- Införa indikatorbaserad uppföljning kopplad till nämndens mål och handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Agera för säker vård.
- Utveckla system för återkommande rapportering av patientsäkerhetsläget till nämnd.
- Säkerställa att egenkontroller analyseras, följs upp och används som styrunderlag i verksamhetsplaner.