



MARIESTAD

Patientsäkerhetsberättelse

för Mariestads kommun

År 2025



Datum 26-02-17

Ansvarig för innehållet:

Avdelningschef Hälso-och sjukvård/MAS Pia Stenlund

Patientsäkerhetsstrateg Pia Dahlberg

Diarienummer: Aon 2026/21

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Innehåll

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 2 |
| SAMMANFATTNING | 5 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 6 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 6 |
| Övergripande mål och strategier | 6 |
| Organisation och ansvar..... | 6 |
| Organisatoriskt ansvar | 7 |
| Socialnämnden och Äldre-och omsorgsnämnden | 7 |
| Verksamhetschef..... | 7 |
| Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS | 7 |
| Patientsäkerhetsstrateg | 8 |
| Avdelningschef | 8 |
| Enhetschef..... | 8 |
| Hälso- och sjukvårdspersonal..... | 8 |
| Vårdsamverkan Skaraborg | 8 |
| Vårdhygien och Smittskydd..... | 9 |
| Patientnämnden..... | 9 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 9 |
| Teamarbete | 9 |
| Lokal samverkan..... | 9 |
| Tandvården..... | 10 |
| Samverkan vid in-och utskrivning från slutna hälso-och sjukvård..... | 10 |
| Öppenvårdsprocessen..... | 10 |
| Informationssäkerhet..... | 10 |
| En god säkerhetskultur..... | 11 |
| Adekvat kunskap och kompetens | 11 |
| Visible Care-appen | 12 |
| Patienten som medskapare | 12 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD..... | 13 |
| Läkemedel | 13 |

| | |
|--|-----------|
| Dokumentation | 13 |
| Basala hygienrutiner och klädregler..... | 14 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 14 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 14 |
| Säker vård här och nu..... | 15 |
| Riskhantering..... | 15 |
| Riskbedömningar..... | 15 |
| Utredning av blåsdysfunktion | 15 |
| Fallprevention och välfärdsteknik | 16 |
| Läkemedelsautomat..... | 16 |
| Vaccinationer..... | 16 |
| Delegering | 17 |
| Demenssjukdom..... | 17 |
| Medicinsk vårdplan | 17 |
| Palliativ vård | 18 |
| Samordnad individuell plan, SIP..... | 18 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 18 |
| Avvikelse | 18 |
| Klagomål och synpunkter | 19 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 19 |
| MÅL FÖR 2026..... | 20 |
| BILAGA 1. | 21 |
| Antalet patienter med kommunal primärvård | 21 |
| Läkemedelsavvikelse..... | 21 |
| Fallregistreringar | 22 |
| Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering | 23 |
| Nationella kvalitetsregister | 24 |
| BPSD registret..... | 24 |
| Palliativregistret | 24 |
| Senior alert | 25 |
| Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar | 26 |
| Basala hygienrutiner..... | 26 |
| Läkemedelsautomater | 27 |
| VC-appen | 28 |
| Klagomål och synpunkter på hälso-och sjukvården..... | 29 |

SAMMANFATTNING

Kommunen står inför utmaningar i omställningen mot en god och nära vård, vilket kräver tillräckliga resurser, utbildad personal, nya arbetssätt och stark samverkan med regionens hälso- och sjukvård. Under 2025 har samverkansmöten med vårdcentralerna stärkts och en rutin för arbetet med medicinska vårdplaner har tagits fram, med syftet är att uppnå en säker och välplanerad vård i delaktighet med patienten. En närområdesplan som beskriver lokal samverkan och gemensamma arbetssätt har tagits fram för 2026.

För att säkra upp en stabilare grundbemanning så har rekrytering av legitimerad personal pågått löpande under 2025. Arbetet med att försöka mäta vårddyngd med hjälp av bla. KVÅ-koder har fortsatt.

Flera utbildningsinsatser har genomförts, bland annat en utbildning i palliativ vård för all personal inom förvaltningen. Palliativa ombud har utsetts bland omsorgspersonal och målet är att de ska vara kunskapsbärare och ett stöd till kollegor ute i arbetsgrupperna. En gemensam rutin för vak vid vård i livets slutskede har införts för att säkerställa att patienter och närståendes behov av trygghet, stöd och närhet vid vård i livets slutskede tillgodoses.

All vård- och omsorgspersonal har under 2025 fått tillgång till VC-appen som ger kvalitetssäkrad kunskap i vardagen genom korta instruktionsfilmer. Syftet är att minska felaktiga arbetssätt och öka kvaliteten i vården.

Ett övergripande arbete med processkartläggning av den kommunala primärvården har inletts under 2025. Detta för att skapa tydliga, kvalitetssäkrade arbetssätt där rutiner ska vara lättillgängliga och kända av all hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att anpassa och tillämpa processer skapas förutsättningar som gör det enklare för personalen att göra rätt.

Inom fallprevention lyfts det stora behovet av förebyggande insatser med anledning av att fallincidenter ofta får allvarliga konsekvenser för äldre. Under 2025 har digital tillsyn (Sensio RoomMate) installerats på samtliga vård- och omsorgsboenden samt på vissa enheter inom funktionsstöd. Denna teknik förbättrar sömnkvalitet, ökar trygghet och larmar automatiskt vid riskfyllda situationer utan att den enskilde behöver larma själv.

Att arbeta patientsäkert innebär att systematiskt skapa en vårdmiljö där risken för vårdskador minimeras och där patientens behov, trygghet och delaktighet står i centrum. Patientsäkerhet är både ett förhållningssätt och ett praktiskt arbetssätt som genomsyrar hela verksamheten.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds i Mariestads kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten.

Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda händelser som uppkommit. När medarbetare använder framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är ett huvudavtal. Därtill finns överenskommelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas mellan parterna vilka utgör underavtal. Underavtal finns för områden som:

- Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Läkaransvar inom kommunal primärvård

- Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar
- Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Organisatoriskt ansvar

Det finns ett systematiskt arbetssätt för planerade möten inom verksamheten, systemet bygger på att information löpande ska ges från ledning ut till medarbetare i den följd som ansvar föreligger. Varje chef har ansvar för att patientsäkerhetsarbetet följer framtagna riktlinjer och rutiner samt att återrapportering sker enligt egenkontrollplan, vilket leder till en ständig återkoppling och löpande utveckling av patientsäkerhetsarbetet. Äldre-och omsorgsnämnden och Socialnämnden informeras dels vid planerade tidpunkter under året, men även däremellan då verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att det finns ett behov.

Socialnämnden och Äldre-och omsorgsnämnden

Nämnderna är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725). Nämnderna ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att det integreras med system för budget- och verksamhetsplanering.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter utifrån de krav som ställs för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS har tillsammans med verksamhetschefen till ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att riktlinjer och rutiner finns och att lagar, författningsbestämmelser och andra regler är kända. Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning utifrån författningsreglering mellan funktionerna verksamhetschef och MAS. Ansvarsfördelningen ingår som en del i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Patientsäkerhetsstrateg

Patientsäkerhetsstrategen ansvarar för att leda och utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet i nära samverkan med MAS och enhetschefer inom hälso- och sjukvården. Rollen innebär att utforma arbetssätt och rutiner som följer gällande lagstiftning, samt att analysera avvikelser och risker för att identifiera återkommande mönster och förbättringsområden. Strategen gör även bedömningar av om en händelse har orsakat en allvarlig vårdskada och ansvarar vid behov för anmälan och utredning till IVO, enligt lex Maria. Arbetet innefattar omvärldsbevakning och kvalitetssäkring genom att följa nationella riktlinjer och anpassa dem till den lokala verksamheten. I uppdraget ingår också att utbilda personal, driva förbättringsprojekt och samverka med både interna och externa aktörer.

Avdelningschef

Avdelningschefer för äldreomsorg, funktionsstöd, hälso-och sjukvård samt individ-och familjeomsorg har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet så att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt är kostnadseffektiv. Avdelningscheferna ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att riktlinjer antagna av nämnden och rutiner fastställda av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är väl kända och efterföljs ute i verksamheten. De ansvarar också för att rutiner används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschefen har även ansvar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet genomförs i enhetlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att man följer verksamhetens ledningssystem samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet. Legitimerad personal har även ansvar för att introducera och utbilda omsorgspersonal i hälso-och sjukvårdsuppgifter.

Vårdsamverkan Skaraborg

Syfte med vårdsamverkan är att nå en effektiv samverkan i frågor som berör samtliga parter (kommun och Region) med målet att berörda patienter ska uppleva vård- och omsorg som en helhet utan gränser. Genom att bidra till en gränsövergripande verksamhets- och kunskapsutveckling med beaktande av gällande avtal och överenskommelser och koordinera närvårdens arbete på en gemensam Skaraborgsnivå. Vårdsamverkan Skaraborg har arbetsgrupper som tillsammans med utsedda processtöd följer upp framtagna mål.

Vårdhygien och Smittskydd

Vårdhygien på Skaraborgs Sjukhus, har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till sjukhusvården, regionala primärvården och den kommunala primärvården. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att kommunen behöver extra stöd. Vid smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen har Smittskydds-enheten det ansvarsområdet.

Patientnämnden

Patientnämnderna har utifrån ett avtal ansvar för att stödja patienter som får hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom regionen eller av kommuner i Västra Götaland. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter, bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Teamarbete

Teamet har ansvar för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov. Teamet kring patienten består av arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndsbedömare, enhetschef, sjuksköterska, omsorgspersonal och läkare samt vid behov andra specialister inom regionens verksamheter. Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet.

Teamträffar genomförs regelbundet i samtliga verksamheter, för att stärka och säkra teamarbetet. Enhetschef för varje boende/område leder mötet. Varje profession dokumenterar och följer upp insatta åtgärder inom sitt ansvarsområde. På teamträffar analyseras genomförda riskbedömningar, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas. Teamträffar är ett arbetssätt som ökar patientsäkerheten.

Lokal samverkan

Närområdesplan med vårdcentraler om mobil hemsjukvårdsläkare och handlingsplaner med målområden gemensamma lokalt och i Skaraborg stärker samverkan i den nära vården. Samtliga dokument och arbetssätt utvärderas vid gemensamma möten 4 ggr/år och det finns rutiner för löpande kontakter när behov uppstår.

Tandvården

Tandvårdsenheten har en överenskommelse med Västra Götalands samtliga kommuner avseende samverkan för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg eller kognitiv svikt får ett ”Intyg om nödvändig tandvård”. Detta innebär även ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist i bostaden. Sjuksköterskor, biståndsbedömare och socialsekreterare har möjlighet att utfärda dessa intyg.

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutenvården, samt överföring av information via IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Rutinen ska vara känd och samverkan ska alltid utgå från personens samtycke och behov av samordnade insatser. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen. Det är viktigt att slutenvården direkt vid inskrivningen bedömer den enskildes behov och påbörjar planering inför utskrivning tillsammans med primärvården. Om den enskildes behov förändras under vårdtiden förändras också planeringsprocessen. Kommunen ska aktivt hantera ärenden i SAMSA vid in- och utskrivning från slutenvården.

Inom Äldre- och omsorgsförvaltningen i Mariestads kommun är det sjuksköterska i kontaktpunkten som hanterar och fördelar ärendena via IT-tjänsten SAMSA till respektive yrkeskategori/inkorg. Berörda personer är sedan delaktiga i den fortsatta planeringen där utbyte av information kring den enskilde sker via SAMSA. Jourtid är det tjänstgörande sjuksköterska som bevakar kontaktpunktens inkorg och hanterar de ärendena som är pågående.

Öppenvårdsprocessen

Med öppenvårdsprocess menas informationsöverföring och samverkan kring enskilda som inte hanteras enligt riktlinjen för in- och utskrivningsprocessen i Västra Götalandsregionen. Syftet med riktlinjen är att öka patientsäkerheten och säkerhetsställa informationsöverföringen i öppenvården. Öppenvårdsprocessen stödjer samordningen utifrån den enskilde och ska säkerställa att den enskilde får en sammanhållen hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

När en part i öppenvård bedömer behov av en åtgärd inom annan öppenvård ska en begäran om samordning skickas till mottagande part/partier. Sjuksköterska i kontaktpunkten fördelar vid behov ärendena till rätt part och bevakar att ärendet hanteras enligt riktlinjen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Målet med informationssäkerhetsarbete är att säkerställa medarbetares tillgång till korrekt information när den behövs samt säkerställa att den inte sprids till obehöriga. Mariestads kommun har därför en framtagen rutin för informationssäkerhet som beskriver rutiner och kontroller för informationssäkerheten inom områden som dokumentation, behörigheter och åtkomst.

I riktlinjen för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården i Mariestads kommun beskrivs hantering av patientuppgifter. Stickprovskontroller av loggar i patientjournaler som genomförts under 2025 har varit utan anmärkningar vilket tyder på en god inre sekretess. Loggning i SAMSA och NPÖ utföres 1ggr/månad enligt framtagen rutin.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet, en del i detta är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation där patient och/eller närstående ges möjlighet att vara delaktig är grundläggande. All hälso- och sjukvårdspersonal känner till och ska rapportera avvikelser enligt rutin. Enhetschefer och leg. personal har till ansvar att löpande utreda och åtgärda avvikelser på sin enhet. Rutinen för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter ingår som en del i ledningssystemet. Målet är att kvalitetssäkra verksamheten och att genom systematiskt analysarbete åstadkomma en lärande organisation, verksamhet av god kvalitet, en god och säker vård.



Verksamheterna genomför ständigt risk- och händelseanalyser genom att:

- I förebyggande syfte utföra riskbedömningar
- Utreda avvikelser och tillbud
- Åtgärda brister och skapa rutiner

Allvarligare händelser rapporteras skyndsamt till patientsäkerhetsstrateg, som utreder och gör en lex Maria anmälan då det är aktuellt. Ansvarig nämnd informeras vid en lex Maria anmälan. Nämnderna har delegerat till patientsäkerhetsstrateg att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med medicintekniska produkter (MTP). För förvaltningsledning och nämnder redovisas avvikelserna varje år i samband med patientsäkerhetsberättelsen.

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. Under 2025 har all vård- och omsorgspersonal fått utbildning i palliativ vård och kring förhållningssätt i det arbetet. Kommunens palliativa team i Jönköping bjöds in för en halv dag föreläsning, då deras arbetssätt är förenligt med de senaste målen enligt nationella riktlinjer.



En fysioterapeut har slutfört sin AST-utbildning (akademisk specialisttjänstgöring) inom området geriatrik. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har deltagit i seminarier och utbildningar inom bland annat pedagogik, palliativ vård, TENS, fallprevention och stroke. Flera sjuksköterskor har genomfört utbildningen förskrivning av inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar samt förskrivning av antidecubitusmadrasser. HLR-utbildning och förflyttningsutbildning för all personal inom förvaltningen har fortsatt även under 2025.

Visible Care-appen

Under 2025 har all vård- och omsorgspersonal fått tillgång till VC-appen som är utvecklad för att stärka kvalitet, trygghet och kompetens i vård och omsorg genom att ge personalen snabb, tydlig och lättillgänglig kvalitetssäkrad kunskap direkt i arbetssituationen.

Appen innehåller hundratals korta, pedagogiska instruktionsfilmer som personalen kan använda för att utföra vårdmoment korrekt. Genom att ge dem tillgång till visuella instruktioner och relevant utbildning minskar risken för felaktiga arbetsätt vilket stärker både kvalitet och likvärdighet i arbetsmoment oavsett erfarenhetsnivå. Under 2025 registrerades 3212 visningar i appen.

Patienten som medskapare

Patientens och närståendes delaktighet är en grundläggande förutsättning för god och säker vård. Att se patienten som medskapare handlar om att involvera och göra patienter och närstående delaktiga i vård och behandling.

Att bemöta patienten med respekt och erbjuda vård på lika villkor bygger tillit och förtroende. Aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också viktiga.

Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, insatt och deltar aktivt i sin vård och behandling och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det.

Relationen mellan patient och personal behöver präglas av empati, förståelse och ömsesidig respekt. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Formerna för och graden av patientens delaktighet behöver utgå från patientens behov, önskemål och förutsättningar.

Patient och/eller närstående ska alltid bli involverad vid utredning av en avvikelse eller vårdskada som inträffat i verksamheten. Patienten ska ges möjlighet att lämna en egen redogörelse om händelsen och vilken påverkan den haft. Patientens åsikt tillför kunskap om vårdens risker och brister.

Patientnämnden finns även som ett stöd för patient och närstående och har utifrån avtal ansvar för att stödja patienter som får hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom regionen eller av kommuner i Västra Götaland. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter, bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

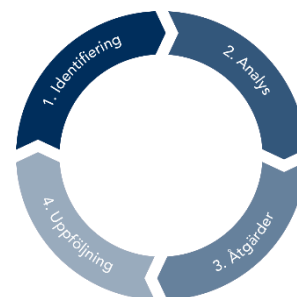
All personal ska känna till vart och hur en patient och/eller närstående kan vända sig för att framföra klagomål och synpunkter som rör verksamheten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala resultat.

Patientsäkerhetsarbetet analyseras, följs upp och utvärderas med i ledningsgrupper och i samverkansgrupper. Ledningsgruppen för hälso- och sjukvård följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor och verksamhetsfrågor. Gruppen består av avdelningschef/MAS, enhetschefer och patientsäkerhetsstrateg, som alla har ett gemensamt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Man tar beslut, planerar och leder förbättringsarbeten utifrån framtagna riktlinjer och rutiner. Uppföljningar och utvärderingar genomförs regelbundet.



Läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs årligen av Apoteket AB och gjordes senast i april-25 med få anmärkningar. Efter granskningen så erhöll verksamheten en rapport/åtgärdsplan som sedan följdes upp av enhetschef HoS samt avdelningschef/MAS.

Dokumentation

Legitimerad personal dokumenterar enligt NI-processen (nationell informationsstruktur) Dokumentation enligt NI-processen ger en strukturerad, enhetlig, standardiserad och ändamålsenlig dokumentation vilket ska öka patientsäkerheten. Under 2025 har leg. personal fortsatt att utveckla sitt arbete med dokumentationen. En styrgrupp med enhetschefer, systemansvarig och leg. personal har drivit detta arbete framåt. Journalgranskning har genomförts utefter en framtagna granskningsmall som följer gällande lagstiftning för dokumentation i patientjournal.

Nationell Patientöversikt, NPÖ innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan, efter samtycke från den enskilde, hämta aktuell information om en patient direkt från den regionala primärvården och från sjukhusen. NPÖ ökar patientsäkerheten dels för att information inte behöver skickas mellan olika vårdgivare, dels för att kommunen får tillgång till aktuell information direkt när den är dokumenterad. Genom NPÖ ges möjlighet till ett effektivare arbetssätt och en säkrare informationsöverföring.

Basala hygienrutiner och klädregler

En egenkontrollsmall för basala hygienrutiner är framtagen som en del i kvalitetsgranskningen som enhetschefer ansvarar för. Mallen följer Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och är ett verktyg för enhetschefer att använda i dialog med personal i respektive verksamhet. Verksamheterna dokumenterar hur basala hygienrutiner följs och vilka förbättringsområden som finns. Enhetschefer analyserar innehållet och väger in svar på genomförd självskattning som skett under samma period. Resultatet används som underlag för fortsatta förbättringsarbeten.

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 inträffade vårdskador samt händelser som inneburit risk för 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. En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Patientsäkerhetsstrateg bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och om det ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Under 2025 har Äldre- och omsorgsförvaltningen inte gjort några lex Maria-anmälningar till IVO. Däremot har flera händelser utretts där misstanke om vårdskada förelegat. Utredningarna har visat att avvikelserna inte varit av sådan allvarlighetsgrad att de motsvarat kriterierna för en lex Maria-anmälan. Däremot har utredningarna legat till grund för förbättringar i verksamheten som minskar risken för att händelser inträffar igen vilket ger en ökad patientsäkerhet.



Tillförlitliga och säkra system och processer

En förutsättning för patientsäkerhet är tillförlitliga och säkra system och processer för att minska oönskad variation av utförande och resultat.

Under 2025 så har ett övergripande arbete med processkartläggning av den kommunala hälso- och sjukvården påbörjats i systemet 2c8 för att skapa en tydlig struktur med välbeskrivna kvalitetssäkrade arbetssätt och där rutiner ska vara lättillgängliga och kända av personalen. Personalen ska veta vad som ska göras och hur. Genom att arbeta kunskapsbaserat och kontinuerligt utveckla, anpassa och tillämpa processer skapas förutsättningar som gör det enklare att göra rätt och svårare att göra fel.



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

Vårdgivaren ska kontinuerligt bedöma om det finns risk för att olika händelser i verksamheten kan leda till brister i kvaliteten. För varje identifierad händelse ska verksamheten uppskatta hur sannolikt det är att den inträffar samt vilka negativa konsekvenser som kan uppstå. Den framtagna riktlinjen för risk- och händelseanalys beskriver metoden för hur analyser och riskbedömningar ska genomföras. Riktlinjen fungerar som ett praktiskt verktyg för att kvalitetssäkra verksamheten och genom ett systematiskt analysarbete bidra till en trygg, säker och god vård.

Under 2025 har enhetschefer och legitimerad personal besvarat en enkät om patientsäkerhet med syftet att identifiera områden i verksamheten som behöver utvecklas. Resultaten visar på en upplevelse av förbättringsbehov inom bland annat hygienrutiner, förebyggande av trycksår och läkemedelshantering. I enkäten framgår även behov av kunskap om vad patientsäkerhet innebär. Identifierade områden samt granskning av inkomna avvikelser i verksamheten ligger till grund för förbättringsarbete 2026.

Riskbedömningar

Riskbedömningar syftar till att upptäcka, förebygga och minska risken för vårdskador genom individuella bedömningar. Varje patient som får kommunal primärvård ska riskbedömas i samband med inskrivning, därefter var sjätte månad samt vid förändringar i hälsotillståndet. Som stöd i detta arbete används Senior alert. Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett stödverktyg för vårdpreventivt arbete. Det används för att identifiera risker för trycksår, undernäring, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Genom Senior Alert sätts både personen som bedöms och det tvärprofessionella teamets arbete i centrum.

Under 2025 har arbetsterapeuter och fysioterapeuter börjat göra hembesök hos alla nyinskrivna patienter i kommunal primärvård för att främja hälsa, förebygga funktionsnedsättning och skapa förutsättningar för en trygg och självständig vardag.

Utredning av blåsdysfunktion

Alla som har en blåsdysfunktion ska få sina problem utredda och för den enskildes livskvalitet är det även viktigt att utreda besvärens karaktär. Kvalitetsregistret Senior alert har blåsdysfunktion som en process med delarna riskbedömning, orsaker, åtgärder och uppföljning, för att ge stöd i utredningen.

Förskrivarens ansvar är tydligt, som att identifiera behov, prova ut och anpassa produkt, göra patient delaktig i beslut samt följa upp. Hur det har genomförts ska sedan gå att följa i dokumentationen i patientjournal.

Fallprevention och välfärdsteknik

Fall är den vanligaste olyckstypen bland äldre och kan få stora fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Dessutom är en fallincident ofta starten på en snabb nedåtgående spiral. Om vi förebygger fall ökar vi både livsglädjen och livslängden för den enskilde.

Fysisk tillsyn nattetid väcker ofta brukaren och försämrar därmed sömnkvaliteten. Digital tillsyn ger brukaren bättre sömn och högre livskvalitet.

Under 2025 så har digital tillsyn installerats på alla vård-och omsorgsboenden med hjälp av Sensio´s lösning RoomMate. Även inom funktionsstöd har denna teknik införts i flera verksamheter.

RoomMate är en anonymiserad digital tillsyn som ger personalen direkt möjlighet att se och tala med brukaren och för att snabbt bedöma om ett fysiskt tillsynsbesök behövs. Det går också automatiska larm vid farliga situationer utan att brukaren behöver larma själv, RoomMate upptäcker risker och larmar personalen innan något sker.

Antalet fallavvikelser på vård-och omsorgsboenden 2025 har minskat med 18 % jämfört med 2024.

Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomater skapar ökad trygghet och självständighet för den enskilde i vardagen. Den frigör tid för personalen i form av minskat antal besök och därav minskad restid, ökad flexibilitet i planering av resurser och minskat antal avvikelser relaterad till missad dos.

I dagsläget förskrivs läkemedelsautomater främst till patienter i ordinärt boende men antal förskrivna automater inom funktionsstöd och socialpsykiatri ökar.

Vaccinationer

Regional vaccinationssamordning har det övergripande ansvaret för planering och samordning av vaccinationer i Västra Götalandsregionen. Inom kommunal primärvård är det kommunens och vårdcentralernas sjuksköterskor som planerar för vaccinationerna i samverkan. Därefter är det kommunens sjuksköterskor som utför vaccinationerna

Vaccination mot säsongsinfluensa

Under 2025 har samtliga patienter som ingår i avsedd riskgrupp inom den kommunala primärvården blivit erbjudna vaccination mot säsongsinfluensa hösten 2025.

Smittskyddet i Västra Götalandsregionen har år 2025 ansett att personal som arbetar vårdtagarnära bör erbjudas vaccination mot säsongsinfluensa. Äldre- och omsorgsförvaltningen har därför erbjudit kostnadsfritt influensavaccin till personal via den enskildes vårdcentral hösten 2025.

Vaccination mot Covid-19

Under våren 2025 och hösten 2025 har samtliga patienter som ingår i avsedd riskgrupp inom den kommunala primärvården blivit erbjudna vaccination mot Covid-19.

Vaccination mot Pneumokocker

Under våren 2025 och hösten 2025 har de patienter som ingår i avsedd riskgrupp erbjudits vaccination mot Pneumokocker enligt Västra Götalandsregionens rekommendationer och vaccinationsprogram.

Delegering

Enligt Patientsäkerhetslagen får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal överlåta en arbetsuppgift till en annan person, då det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Med hänsyn till kraven på vård av god kvalitet och hög säkerhet för patienterna ställer varje delegeringsbeslut mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos såväl den som delegerar som den som åtar sig arbetsuppgiften. Legitimerad personal är ansvarig för att följa upp kunskap och lämplighet hos delegerad personal minst en gång per år och i samband med eventuella avvikelser kopplat till delegeringen. Varje person som planeras att få delegering för läkemedelshantering får genomgå en fysisk delegeringsutbildning med utbildningsansvarig sjuksköterska. Som avslut på denna utbildning genomför personen också ett kunskapstest. I samband med uppföljning ska ett nytt kunskapstest utföras, innan förlängning av delegering kan bli aktuellt.

Demenssjukdom

Kommunal primärvård ansvarar för att personer med demenssjukdom får individanpassad, samordnad och kunskapsbaserad vård. Det omfattar tidig upptäckt, förebyggande insatser, säker dokumentation, kompetensutveckling och strukturerad samverkan i vårdkedjan, inklusive SIP. Kommunen ska också ge stöd till anhöriga och bidra till att vård och omsorg följer nationella riktlinjer och den nationella demensstrategins mål.

Under 2025 påbörjades arbetet med en ny rutin för utökad samverkan mellan kommunen och vårdcentralerna genom att bilda ett förebyggande team. Ett av de övergripande målen med teamet är att tidigt uppmärksamma behov av stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Teamets sammansättning anpassas efter situationen och kan inkludera sjuksköterska och rehabpersonal från regional primärvård tillsammans med kommunens biståndsbedömare och stödteam. Tillsammans genomför de gemensamma hembesök – en proaktiv form av SIP.

Medicinsk vårdplan

Medicinsk vårdplan är ett standardiserat dokument som vårdssamverkan Skaraborg tagit fram och som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omsorgspersonal, sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika onödig slutenvård.

För att öka följsamheten till arbetssättet med medicinska vårdplaner har en gemensam rutin upprättats mellan den regionala och kommunal primärvården i Mariestad. Syftet är att uppnå en säker, trygg och välplanerad vård i delaktighet med patienten. Kommunen har även tagit fram en broschyr för patientinformation som numera används i hela Skaraborg. Broschyren ska tydliggöra syftet med medicinsk vårdplan och göra patient och närstående mer involverade och förberedda inför planeringen.

Palliativ vård

Styrgruppen palliativ vård har fortsatt sitt arbete under 2025 med mål att fortsätta utveckla den palliativa vården i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram.

För att nå målet med att tidigt identifiera palliativa vårdbehov behövs utökad kunskap hos vårdpersonalen. För att öka förutsättningar till god palliativ vård har palliativa ombud utsetts i verksamheten. Målet är att de ska vara kunskapsbärare och ett stöd till kollegor ute i arbetsgrupperna. Ombuden har ökad kunskap kring palliativ vård och är en del av länken mellan palliativt utvecklingsarbete och verksamheten. I samband med palliativ vård har sjuksköterskorna börjat använda IPOS som symtomskattning för att få en helhetsbild av patientens situation vilket stärker den personcentrerade vården. För att säkerställa att patienters och närståendes behov av trygghet, stöd och närhet vid vård i livets slutskede tillgodoses har en rutin upprättats som gäller över hela förvaltningen. Detta ökar förutsättningarna till jämlik vård och ger stöd till personalen vid bedömning av vak hos den enskilde. För att få en mer komplett bild av vårdens kvalitet och eventuella förbättringsområden erbjuds närståendeenkäten i Palliativregistret efter att en person avlidit.

Samordnad individuell plan, SIP

SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att den enskilde patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje för SIP med tillhörande mall för SIP.

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

All vård och omsorgspersonal är skyldig att rapportera när en händelse har medfört eller riskerat medföra en vårdskada i enlighet med patientsäkerhetslagen.

Händelser och risker rapporteras som avvikelser och utreds enligt verksamhetens rutin för avvikelshantering. Samtliga avvikelser registreras och hanteras i verksamhetssystemet Lifecare Avvikelser. Utredningen ska klargöra händelseförloppet, identifiera bakomliggande orsaker och belysa vilka faktorer som bidrog till händelsen. Därefter vidtas åtgärder för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen, och uppföljning planeras för att säkerställa att åtgärderna fått avsedd effekt.

För att främja lärande återförs analyser och åtgärder till berörd del av organisationen och lyfts vid behov som lärande exempel för hela verksamheten. Avvikelsehantering är därmed en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Under 2025 rapporterades 2818 avvikelser in gällande vårdsador varav de flesta är rapporter om fallincidenter eller brister i läkemedelshantering.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna klagomål och synpunkter kan komma från patient och/eller närstående, patientnämnd eller personal inom de egna verksamheterna och rapporteras in i verksamhetssystemet Lifecare avvikelser och utreds där. Verksamhetsansvariga utreder dessa och patientsäkerhetsstrateg utreder vidare då händelser med konsekvenser bedöms vara betydande eller katastrofala. Berörda verksamheter informeras om samtliga händelser i syfte att ta lärdom.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. Ett arbete med att skapa en krisberedskapsplan har påbörjats och denna beskriver hur verksamheten ska fortsätta ge säker vård vid kriser och störningar, till exempel vid strömavbrott, smitta, personalbrist eller IT-problem. Planen klargör roller, ansvar, kommunikationsvägar och reservrutiner, samt hur personal, läkemedel och utrustning ska säkras. Den bygger på risk- och sårbarhetsanalyser och ska vara känd, övad och uppdaterad så att kommunen snabbt och samordnat kan skydda brukare, patienter och personal när något oväntat händer.

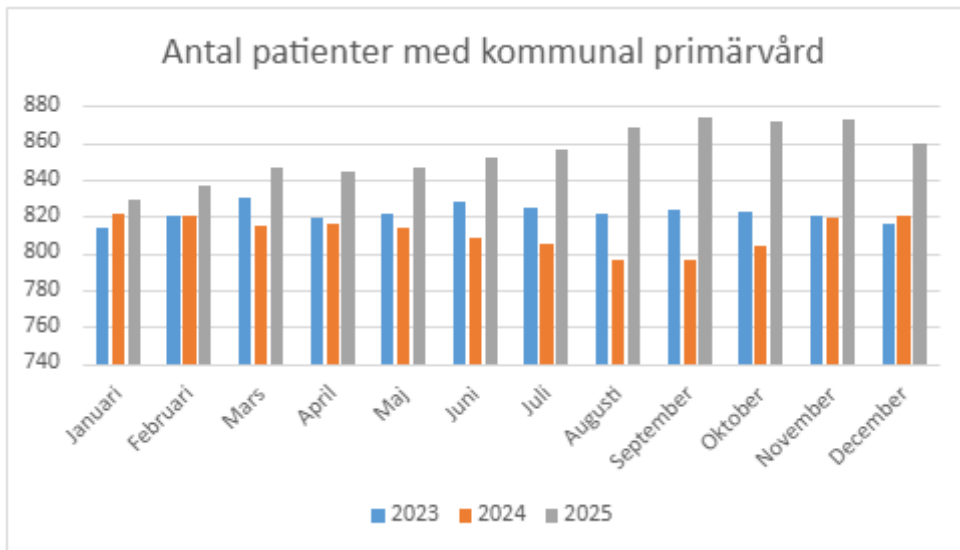


MÅL FÖR 2026

- Skapa en hållbar grundbemanning av leg.personal med god arbetsmiljö
- Säkerställa en god palliativ vård
- Öka användandet av digital teknik
- Utveckla arbetet med aktiverande förhållningssätt
- Öka kvalitén på hälso-och sjukvårdsdokumentation
- Skapa en handlingsplan för patientsäkerhet
- Fortsätta att skapa tydliga processer i ledningssystemet
- Kvalitetssäkra förskrivningsprocessen av medicintekniska produkter och hjälpmedel
- Kartlägga förråd och hanteringen av sjukvårdsmaterial
- Förbättra arbetssättet med BPSD-registret

BILAGA 1.

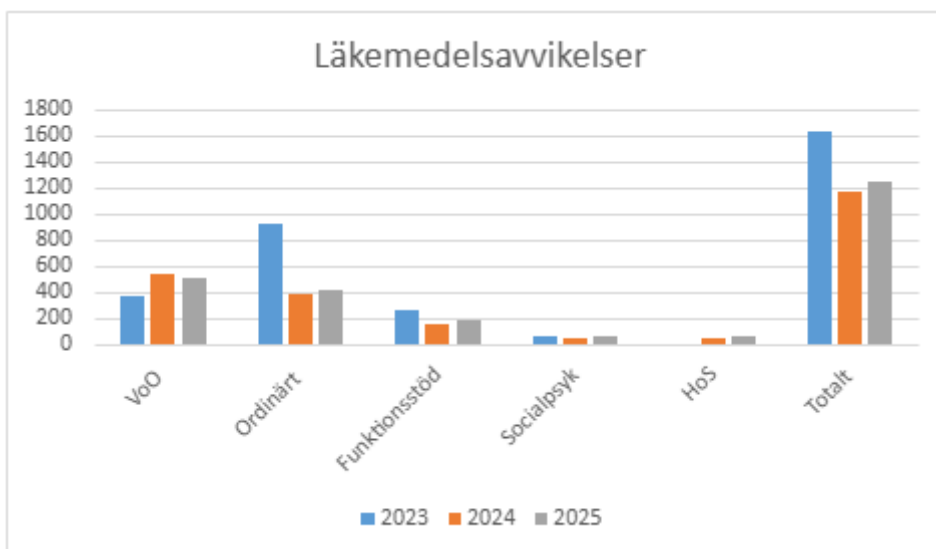
Antalet patienter med kommunal primärvård

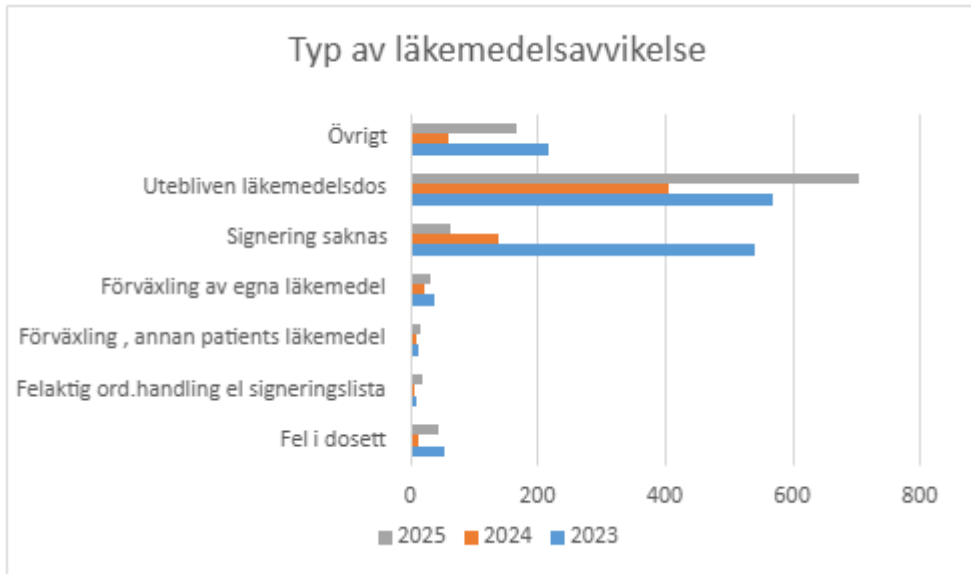


Läkemedelsavvikelser

Under 2025 registrerades det totalt **1247** läkemedelsavvikelser, vilket är en liten ökning mot 2024 men fortfarande betydligt lägre än 2023.

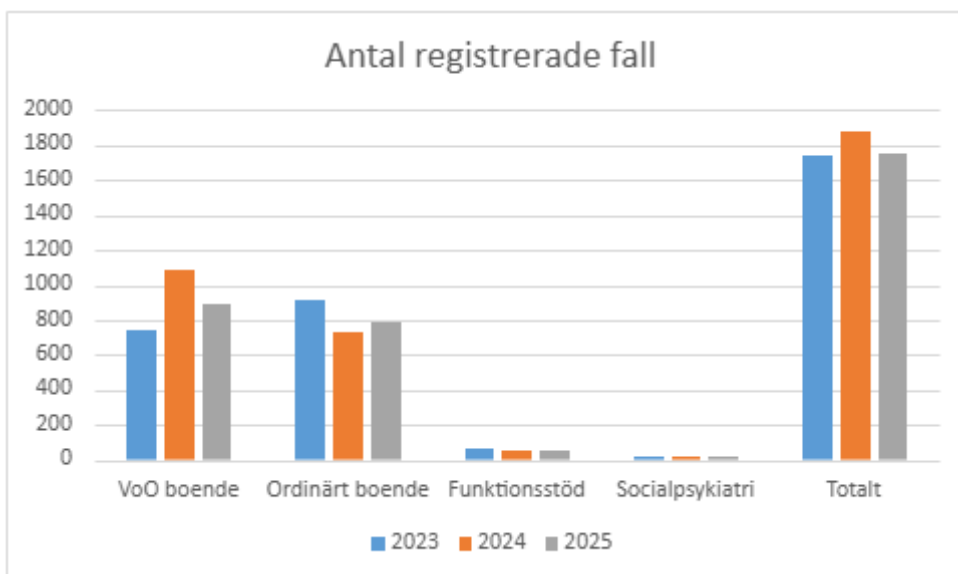
Den vanligaste läkemedelsavvikelsen är utebliven läkemedelsdos. Under 2025 så har denna typ av avvikelse ökat igen.





Fallregistreringar

Antalet registrerade fall har under 2025 minskat på vård och omsorgsboende och ökat något inom ordinärt boende. Funktionsstöd och Socialpsykiatri ligger på samma nivå som 2024. Statistiken visar antalet inträffade fallincidenter och inte antalet unika personer som råkat ut för en fallincident. 11 st fallincidenter resulterade i en höftfraktur, 22 st i i andra typer av frakturer, 50 st i huvudskador, 203 st i sårskador och 101 st i mjukdelsskador.

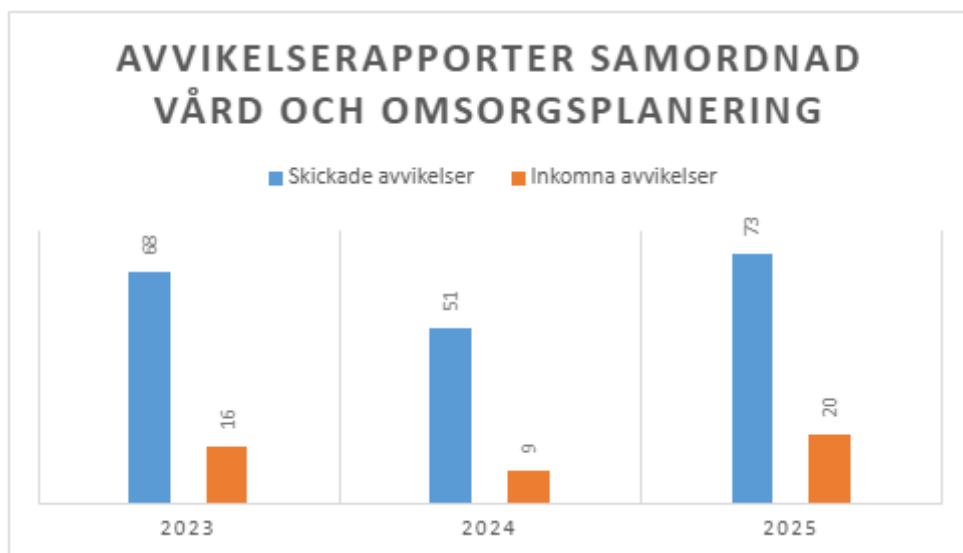


Avvikelseerrapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering

Kommunerna i Västra Götaland, Västra Götalandsregionen (VGR) och privata vårdgivare arbetar i ett gemensamt avvikelsehanteringssystem, Medcontrol. Där registreras alla typer av avvikelseer som rör samordnad vård och omsorgsplanering och brister hos vårdgivarna. **73** avvikelseerapporter har skickats till andra vårdgivare från Mariestads kommun under 2025. Dessa handlar främst om brister vid utskrivning från slutenvården, att man inte har följt rutiner och utskrivningen har inte varit trygg och säker för patienten. Ofullständiga läkemedelsordinationer och bristande information vid utskrivning är vanligt förekommande.

Mariestads kommun har under 2025 mottagit **20** avvikelseer från andra vårdgivare och samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade.

Under 2025 så har **847** ärenden hanterats i samordningsverktyget SAMSA



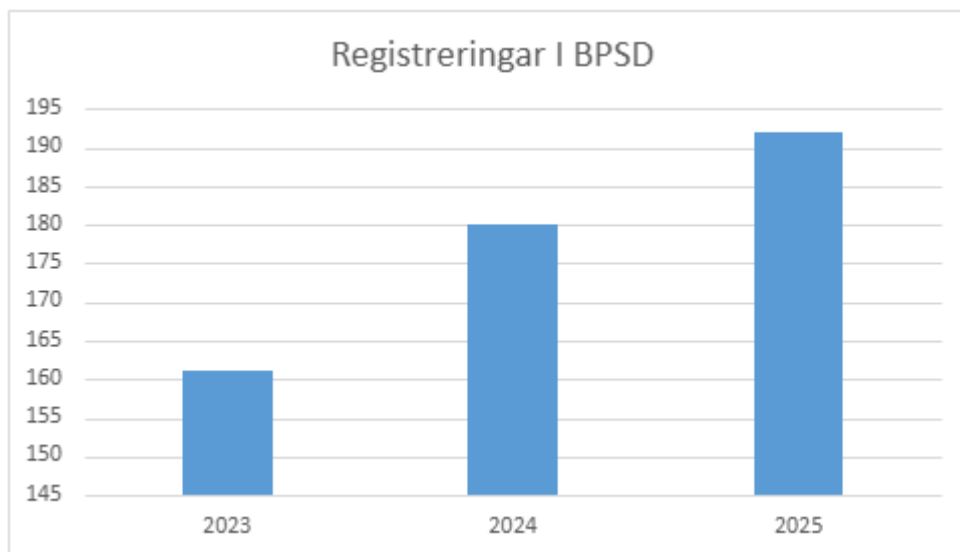
Nationella kvalitetsregister

BPSD registret

BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens. Det systematiska arbetet bidrar till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom, genom att förebygga och minska de beteendemässiga och psykiska symtom som uppkommer. En tydlig struktur i omvårdnaden bygger på observation av en BPSD analys, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Registreringarna för med sig resultat och statistik som kan användas vid förbättringsarbete på respektive enhet.

I varje arbetsgrupp inom hemvården och vård- och omsorgsboende finns det utbildade BPSD-administratörer som har en central funktion i att samordna och driva arbetet med BPSD-registret tillsammans med enhetschef.

Under 2025 har det genomförts 192 registreringar i BPSD-registret i Mariestads kommun vilket är en ökning från föregående år. Under 2024 gjordes 180 registreringar och under 2023 gjordes 161 registreringar.

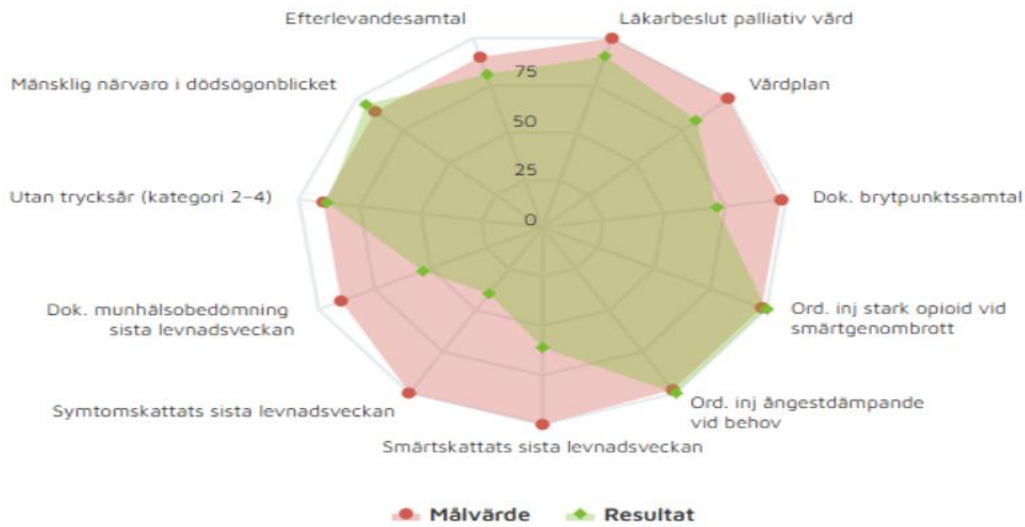


Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett verktyg för att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporten för Mariestads kommun 2025 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Att ordinationer på injektioner som är smärtstillande och ångestdämpande finns tillgängliga. Förbättringsbehov kvarstår dock när det gäller dokumentation av brytpunktsamtal, upprättande av vårdplan, smärtskattning, symtomskattning och dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan. Ju mer grönt desto bättre.

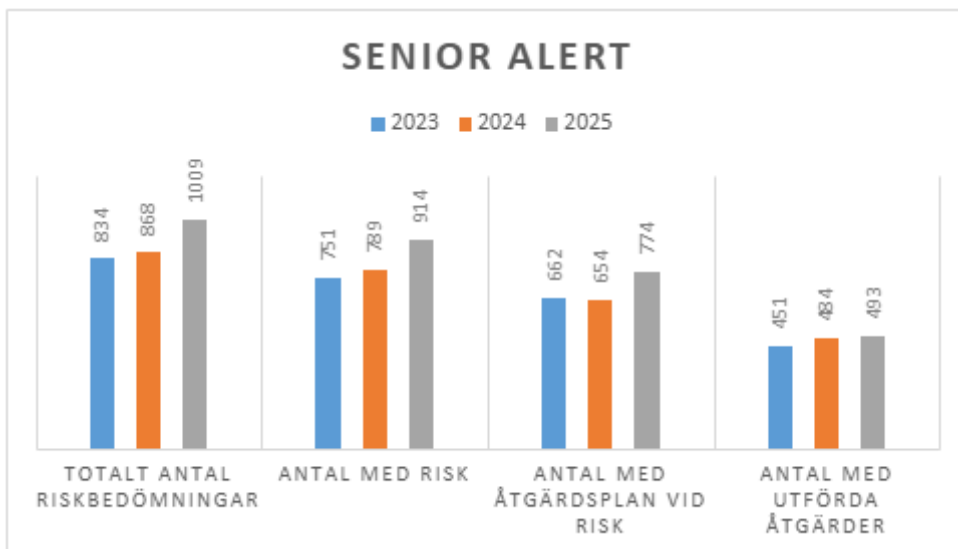
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



Senior alert

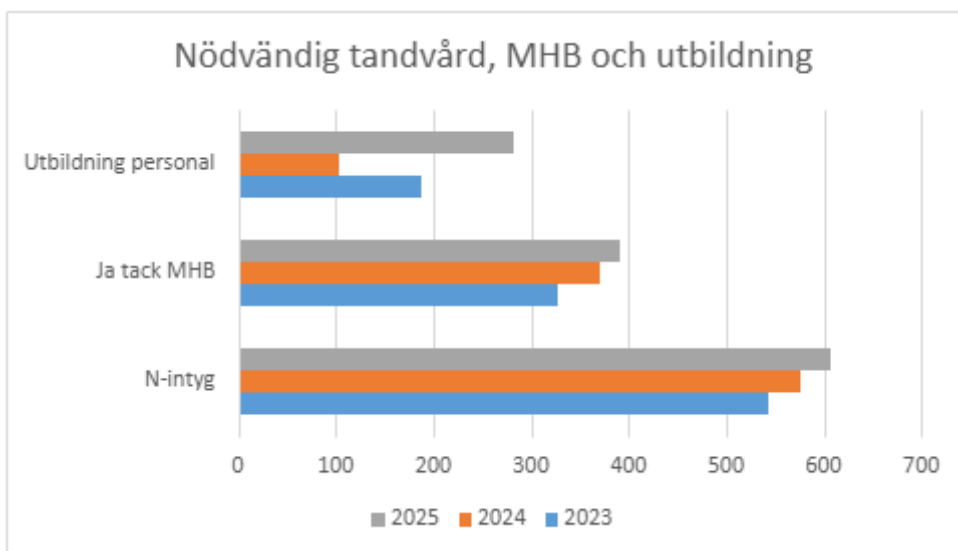
Senior alert är ett kvalitetsregister som används inom Äldre-och omsorgsförvaltningen och ger stöd för att strukturerat arbeta förebyggande med riskbedömningar. Berörda yrkeskategorier gör riskbedömningar tillsammans med patienten och planerar insatser som utgår från varje enskild individ med risker. Antalet registreringar i Senior alert 2025 visar att det totalt har genomförts **1009** riskbedömningarna för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Det är en liten ökning jämfört med 2023 och 2024.



Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar

Munhälsan är viktig för sköra personers allmäntillstånd. Personer i vissa utsatta grupper kan få intyg om N-tandvård och därmed rätt till årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen samverkar för att identifiera de som är berättigade och för att dessa personer ska få tandvårdsintyg och en munhälsobedömning av tandhygienist. Samverkan gäller även för att den kommunala vård- och omsorgspersonalen ska få utbildning i munvård.

Det är **607 (576)** personer inom Äldre-och omsorgsförvaltningen och Socialförvaltningen som har ett intyg om nödvändig tandvård 2025 och av dessa har **392 (370)** personer tackat ja till en munhälsobedömning. **283 (103)** omsorgspersonal har under 2025 fått utbildning i munhälsovård via Folktandvården. 2024 års siffror är inom parentes.

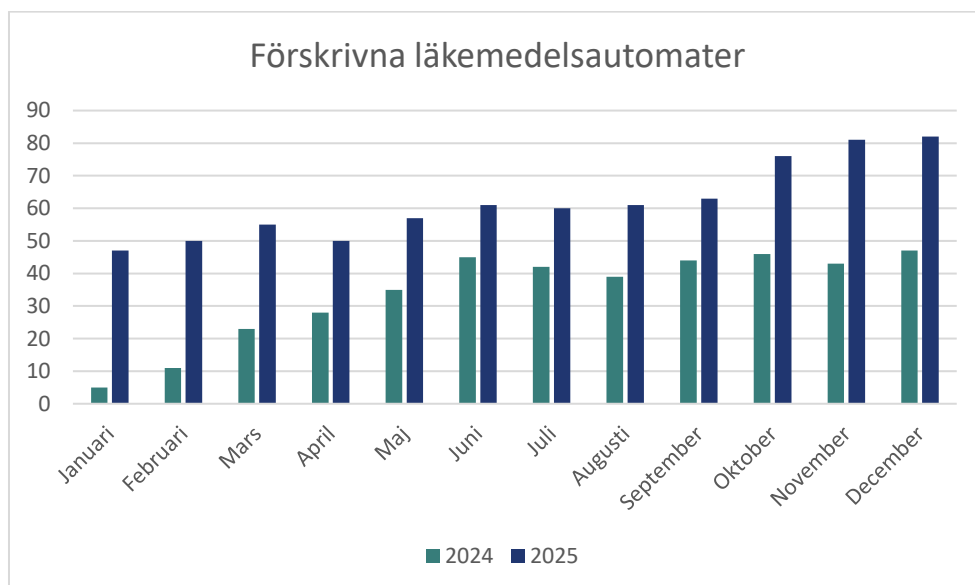


Basala hygienrutiner

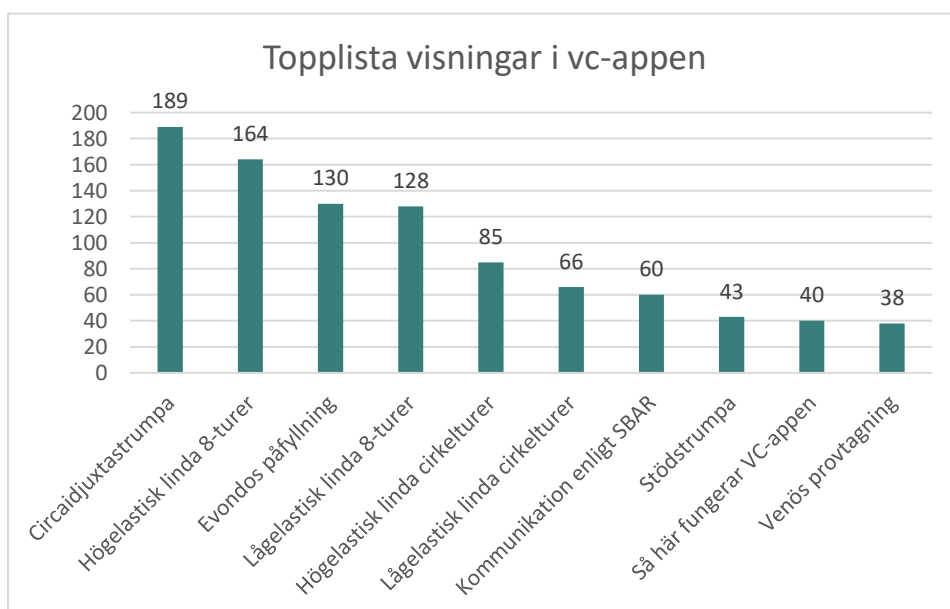
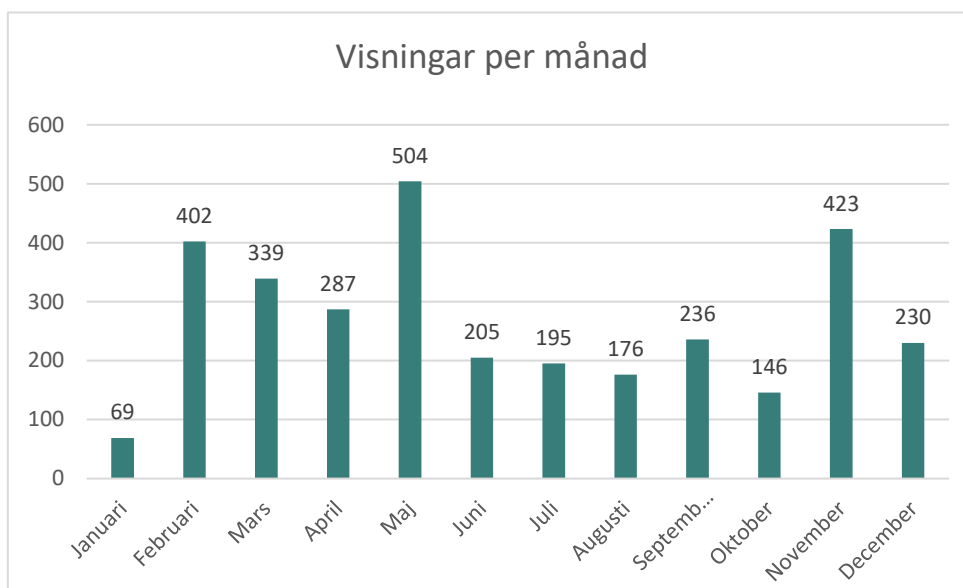
Egenkontrollerna av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 2025 visar att verksamheterna har god kännedom om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och att följsamheten till detta är ganska god. 33 enheter genomförde egenkontrollen med självskattningsformulär under mätperioden i december 2025. De fick sedan rapportera in antal ja och nej. Det finns fortfarande brister i att använda plastförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor och att använda handsprit före vårdtagarnära arbete.



Läkemedelsautomater



VC-appen



Klagomål och synpunkter på hälso-och sjukvården

Från 1 april 2024 så rapporteras och utreds alla klagomål och synpunkter i verksamhetssystemet Lifecare avvikelser. Patient eller anhörig kan rapportera in sitt klagomål/synpunkt digitalt via länk på kommunens hemsida alternativt muntligen direkt till närmaste personal eller chef.

