

Datum 2026-02-27
Dnr: 2026-000050

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Rikard Strömqvist
Socialchef

Annicka Klar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Kvalitetsutvecklare

TIBRO

Tibro kommun
543 80 TIBRO

www.tibro.se
kommun@tibro.se

Växel: 0504-180 00



Innehåll

Sammanfattning.....	7
Inledning	7
Socialförvaltningens kvalitetsarbete	8
Organisation och ansvar	8
Socialnämnden	9
Förvaltningschef.....	9
Verksamhetschef för vård och omsorg / Hälso- och sjukvård	9
Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsstöd.....	10
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	10
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	10
Enhetschef.....	10
Samordnare	11
Myndighetshandläggare.....	11
Hälso- och sjukvårdspersonal	11
Vård och omsorgspersonal	11
Kvalitetsledningssystem.....	12
Styrdokument.....	12
Nyckeltalsuppföljning	13
Avvikelsehantering	13
Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård	13
Registrerade avvikelser läkemedelshantering	14
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser.....	15
Registrerade avvikelser dokumentation.....	16
Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt	16
Klagomål/Synpunkter	17



Annan avvikelse	17
Lex Sarah.....	18
Lex Maria	19
Externa avvikelser	20
Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet	20
Dokumentation.....	22
Samverkan och aktiviteter för att öka kvalitet- och patientsäkerhet	23
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	23
Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården	24
Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet.....	24
Samverkan med medborgare	25
Samverkan barn och unga	25
Samverkan BUN, skolsocialt team	26
Samverkan Arbetsmarknadsenheten	26
SKR Processtöd för att korta vägen till arbete för fler utrikesfödda kvinnor med barn i åldern 0–6 år.....	26
Anhörigstöd.....	26
Samverkan kring det brottsförebyggande arbetet	27
Välfärdsteknik	27
Framtidens vård	27
Verksamhetsystem Lifecare	28
Läkemedelsrobotar	28
Installation av Wi-Fi på LSS boenden under året.....	29
Digitala lås LSS boenden	29
Säker digital kommunikation (SDK) och digital post	29
God och nära vård	30



Informationssäkerhet	30
Riskanalyser.....	30
Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten	30
Utvärdering som har genomförts för skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem	31
Skydd av system	31
Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring	31
Tillsyn	31
Egenkontroll.....	32
Kvalitetsledningssystem	32
Egenkontroll Barn och unga	32
Brukarundersökningar	32
Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	32
Brukarundersökning Gruppbostad LSS	33
Brukarundersökning Servicebostad LSS	34
Så tycker de äldre om äldreomsorgen	34
Statistik	37
Äldreomsorg.....	37
Funktionsstöd.....	38
Barn och unga	39
Försörjningsstöd.....	39
Skadligt bruk och beroende.....	40
Våld i nära relation	41
Ej verkställda beslut	41
Hälso- och sjukvård	42
Övergripande mål och strategier	42



Agera för säker vård	44
Egenkontroll	44
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	45
Basala hygienrutiner	45
Vårdhygienisk standard.....	46
Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner.....	46
Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa.....	46
Rehabiliterande förhållningsätt.....	47
Demensorganisation	47
Trygga och säkra vårdövergångar.....	48
Medicinska vårdplaner	48
Läkemedelshantering.....	48
Digitala lås läkemedelskåp	48
Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning.....	49
Extern kvalitetsgranskning.....	49
Delegeringar	49
Palliativ vård.....	50
Resultat och Analys	52
Mål och strategier för kommande år.....	62
Kvalitet och patientsäkerhet	62
Systematiskt kvalitetsarbete	62
Avvikelsehantering	62
Vårdprevention.....	62
Dokumentation	62
God och nära vård	63
Införande av välfärdsteknik.....	63



Ny Socialtjänstlag.....	64
Kompetensförsörjning	64
Framtida bevakningar.....	64



Sammanfattning

Socialförvaltningen i Tibro kommun använder olika verktyg för att systematiskt följa upp kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. De kvalitetsverktyg som används är bland annat: kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, brukarundersökning, öppna jämförelser och avvikelsehantering.

Socialförvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Under år 2025 var målet att samtliga avvikelserapporter tas emot och hanteras enligt rutin, varav detta har blivit en förbättring.

Implementeringsfasen av verksamhetssystemet har under år 2025 gått över till en utvecklingsfas där fokus legat på att utveckla och utforma arbetssätt och roller. Detta arbete kommer att fortsätta även under nästkommande år.

Socialförvaltningen har under 2025 börjat arbetet med att stärka socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap genom att varje enhet har upprättat kontinuitetsplan, stabens ledningsgrupp har utfört utbildning för att i nästa steg upprätta en kontinuitetsplan.

Under år 2025 har en projektplan för kommande satsningar för välfärdsteknik tas fram. Denna plan innehåller en tidsplan för när utredningar om olika typer av välfärdsteknik finnas.

Ny Socialtjänstlag trädde i kraft första juli 2025. Utredningar för området barn och unga, samt vuxna utifrån ny socialtjänstlag har gjorts under 2025 där behov framkom inom samverkan, tillgänglighet, brottsförebyggande arbete, förebyggande/tidiga insatser och komplexa behov.

Under 2025 har socialförvaltningen fokuserat på att hantera växande rekryteringssvårigheter och stärka kompetensförsörjningen, bland annat genom ökad användning av rekryteringsföretag. Arbetet har även omfattat beslut om att införa en kompetensmix för att säkerställa bemanning, samtidigt som man arbetat aktivt för att minska kostnader för övertid, bemanning och placeringar. Dessa insatser lägger grunden för ett mer hållbart bemanningsarbete inför 2026.

Inom hälso-sjukvården har en förändring/ förbättring av delegeringsprocess implementerats under 2025 detta säkerställer och bibehåller en god kunskapsnivå hos all vård och omsorgspersonal som har delegering gällande läkemedelshantering.

Inledning

Syftet med kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten.

Kvalitet- och 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.



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Socialförvaltningen har beslutat att upprätta en gemensam kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse utifrån berörda lagstiftningar inom hela socialförvaltningen.

I detta dokument används benämningen patient när vi berör hälso- och sjukvårdsinsatser och termen brukare när insatsen är enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta enligt gällande rekommendationer från Socialstyrelsen och för att särskilja insatserna enligt lagrum.

Socialförvaltningens kvalitetsarbete

Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Tibro Kommun som ansvarig för vård och omsorg har ett ansvar för att planera, leda och kontrollera att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård och omsorg upprätthålls (SFS 2017:30). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har även ansvar för att det finns ett ledningssystem (SOSFS 2011:9) som löpande ska utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten. Riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete finns inom förvaltningen. Tibro kommuns värdegrund som ska genomsyra såväl socialförvaltningen som kommunens övriga förvaltningar.

Organisation och ansvar

Socialtjänstlagen (SoL) 5 kap. 1–3 §§ lyder: "Verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Socialnämnden ska systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Personal som utför uppgifter inom socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet.

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) 6 § och 24a § innehåller motsvarande bestämmelser.

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

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.



Socialnämnden

Socialnämnden utgör vårdgivare enligt Hälso-sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso-sjukvårds som bedrivs inom ansvarsområdet uppfyller hälso-sjukvårdslagens krav på god vård

Enligt 6 kap. 1–8 §§ Socialtjänstlagen hör till socialnämndens uppgifter att:

- vara väl insatt i levnadsförhållandena i kommunen
- informera om socialtjänsten i kommunen
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt bidra till att skapa förutsättningar för goda levnadsförhållanden
- medverka i samhällsplaneringen. Nämnden ska främja goda miljöer i kommunen i samverkan med andra samhällsorgan, enskilda organisationer och fysiska personer
- ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och unga, för äldre, för personer med funktionsnedsättning, för dem som utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående och för andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd. Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning.
- arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar.
- arbeta för att förebygga och motverka brottslighet.

Förvaltningschef

Inom socialförvaltningen har förvaltningschefen det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet. Förvaltningschefen ansvarar för att i samråd med socialt ansvarig samordnare (SAS) ta beslut om den högsta allvarlighetsgraden av en händelse enligt Lex Sarah. Förvaltningschefen ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

Verksamhetschef för vård och omsorg / Hälso- och sjukvård

Representerar vårdgivaren och ansvarar för verksamheten samt har det samlade ledningsansvaret inom vård och omsorg och hälso- och sjukvården. Denne ansvarar för att hälso- och sjukvården tillgodoser hög patientsäkerhet vilket innebär att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och god kvalitet på ett kostnadseffektivt sätt. Vård- och omsorgschefen leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem



för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen ansvarar för kvalitén inom den löpande verksamheten, att arbetssätt, riktlinjer och rutiner inom lagrummen SoL/HSL efterföljs. Verksamhetschefen upprättar till viss del rutiner i samråd med berörda parter i organisationen och ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsstöd

Verksamhetschefen ansvarar för kvaliteten inom den verksamheten, att arbetssätt, riktlinjer och rutiner inom lagrummen SoL/LSS efterföljs. Leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen upprättar till viss del rutiner i samråd med berörda parter i organisationen och ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och att god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg och inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I dennes ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler blir kända, att behövliga direktiv och instruktioner finns tillgängliga för verksamheten. Ansvarar för att utreda och anmäla till nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående vårdskada eller risk för vårdskada.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att säkra att brukarna får ändamålsenliga insatser av god kvalitet, att brukaren får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning, att dokumentationen sker i den omfattning som föreskrivs i lagarna SoL/LSS, säkerställa att samverkan mellan myndighetsutövare och verkställare fungerar när brukarnas situation fordrar det, säkerställa att insatserna kommunen erbjuder är individuellt utformade samt ser till att utreda och anmäla till nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående missförhållande/allvarligt missförhållande, risk för missförhållande/allvarligt missförhållande.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de arbetssätt, riktlinjer och rutiner som fastställt efterföljs. Ansvarar för att all personal får den introduktion de behöver för att kunna utföra ett arbete med god kvalitet. Denne ansvarar för att årligen föra en dialog med all personal kring Lex Sarah och Lex Maria. Enhetschefen har ett huvudansvar för att utreda, följa upp och vidareutveckla



kvalitet och säkerhet utifrån inkomna avvikelser och synpunkter i ett första skede inom enheten. Det övergripande ansvaret gällande dokumentation, att informera och utbilda samt göra personalen delaktig i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ingår också i enhetschefens uppdrag. Enhetschef kontaktar Vårdhygien och/ eller Smittskydd när så behövs inom sin enhet. Enhetschef för legitimerad personal inom kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för att hennes medarbetare har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Samordnare

Samordnarna på myndighetsenheten ansvarar för att säkerställa rättssäkerheten genom följsamhet av riktlinjer samt leda och fördela ärenden. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat.

Myndighetshandläggare

Myndighetshandläggare har ansvar för att på ett rättssäkert sätt utreda och bedöma de ansökningar och behov som kommer till kommunen. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. All personal är skyldig att dokumentera för att säkra en god och säker vård och omsorg. Kontaktar Vårdhygien och /eller Smittskydd och andra stödfunktioner när detta behövs.

Vård och omsorgspersonal

All vård och omsorgspersonal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Vård och omsorgspersonalen ansvarar för att varje patient /brukare möts utifrån kommunen värdegrund och att genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde. Medverkar i verksamhetens kvalitetsarbete, så som rapportering av avvikelser,



riskanalys, medverka vid framtagande av processer och rutiner. Använda sin rapporterings-skyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. All personal är skyldig att dokumentera för att säkra en god och säker vård och omsorg. Vid utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter anses vård och omsorgspersonal som hälso- och sjukvårdspersonal.

Kvalitetsledningssystem

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Kvalitetsarbetet handlar om att skapa en säker och trygg verksamhet samt förebygga fel och brister. Det systematiska kvalitetsarbetet innebär att lagar och författningar följs, att det finns dokumenterade rutiner och strukturer för uppföljning av fel och brister samt att förbättringsarbete sker systematiskt. Socialnämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Underlag för uppföljning av kvaliteten inom socialförvaltningen:

- brukarundersökningar
- avvikelser, synpunkter, klagomål
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- kvalitetsregister
- extern tillsyn och granskning
- egenkontroll
- internkontroll
- nyckeltal och analys
- Statistik

Styrdokument

Socialnämnden har beslutat om följande:

- Aktivitetsplan digitalisering
- Insatser utan individuell behovsprövning
- Ledningssystem för handläggning inom ekonomiskt bistånd
- Ledningssystem för handläggning inom vård och omsorg
- Ledningssystem för handläggning inom socialpsykiatri
- Ledningssystem för handläggning inom skadligt bruk och beroende
- Ledningssystem för handläggning inom barn och unga
- Ledningssystem för handläggning inom våld i nära relation
- Ledningssystem för handläggning inom LSS
- Riktlinje användning och hantering av medicintekniska produkter



- Riktlinje Lex Sarah
- Reviderad delegationsförteckning
- Reviderad riktlinje Bostadsanpassningsbidrag

Nyckeltalsuppföljning

Socialnämnden följer regelbundet upp socialförvaltningens verksamheter med hjälp av nyckeltal. Dessa nyckeltal redovisas per tertiäl i socialförvaltningens verksamhetsuppföljning.

Tertiälrapporter med verksamhetsuppföljning har som syfte att underlätta styrning och ledning av verksamheterna för socialnämnden. Verksamhetsuppföljningen ska också kunna användas i prognosarbetet som ett stöd för chefer och ekonom inom förvaltningen.

Verksamhetsuppföljningen innehåller en nulägesbild av verksamhet och personal samt vad verksamheterna står inför i framtiden. Tertiälrapporten tillsammans med ekonomirapporten ger en helhetsbild av förvaltningen för att kunna se goda och avvikande resultat för vidare åtgärder.

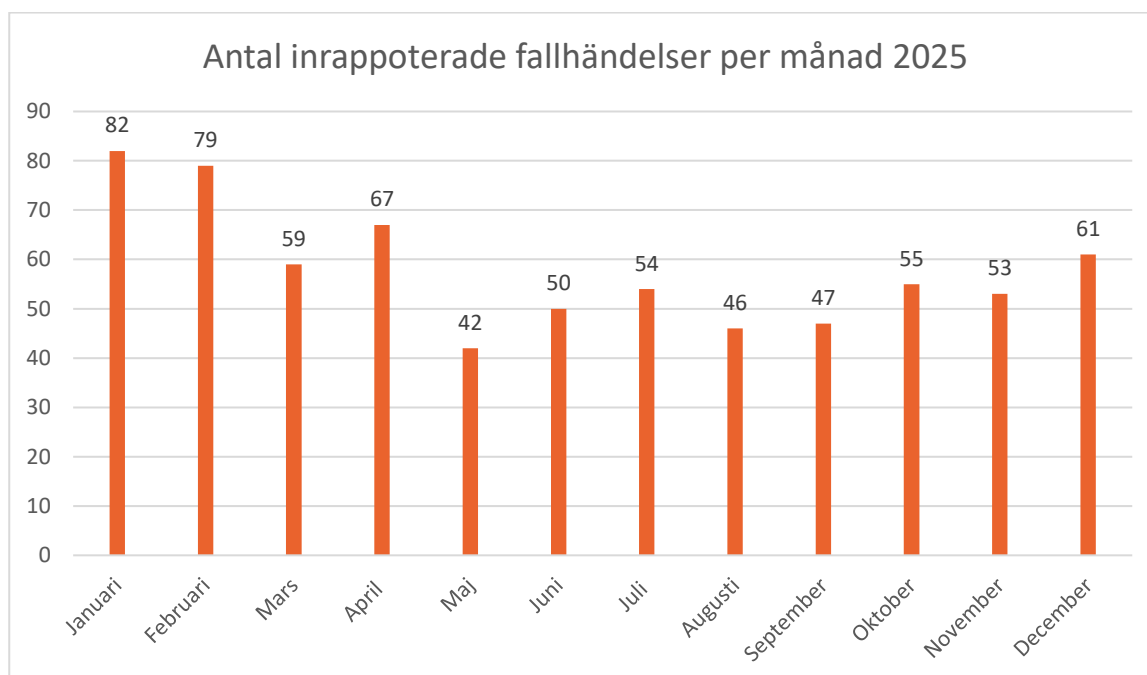
Avvikelsehantering

Alla som jobbar inom socialförvaltningen ska vara med och verka för en god kvalitet. En viktig del i kvalitetsarbetet är att förebygga fel och brister. Avvikelseberapportering är därför vårt viktigaste verktyg för att hitta fel, brister och risker samt förebygga att de inträffar igen. En avvikelse kan beskrivas som en händelse där avvikelsen medfört risk för vårdskada /missförhållande eller orsakat vårdskada/missförhållande.

Från och med 2023 utförs avvikelseberapportering digitalt i avvikelsessystemet Lifecare.

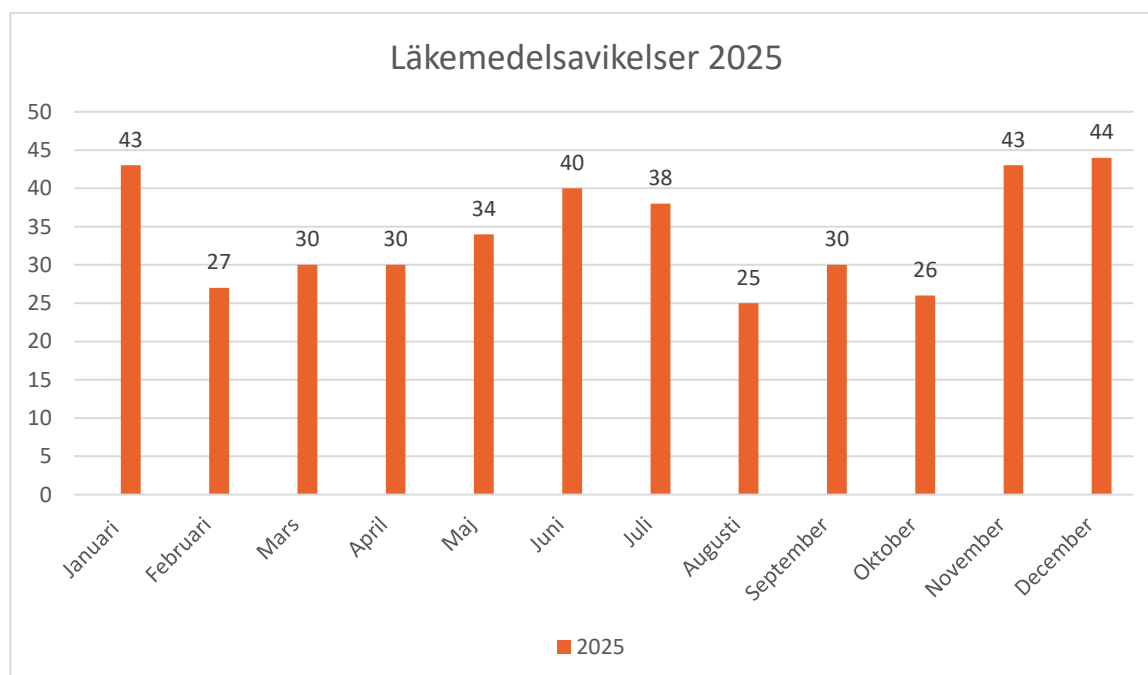
Totalt 1293 avvikelser är inrapporterade under 2025 där det bedömts av rapportören att det kunnat funnits eller påvisats risk för vårdskada / vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada / allvarlig vårdskada.

Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård



Statistiken för 2025 visar samtliga registrerade fallhändelser för person som är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård. Antalet rapporterade och registrerade fall under 2025 var 695 . Flest förekommande fall är inom demensorganisationen

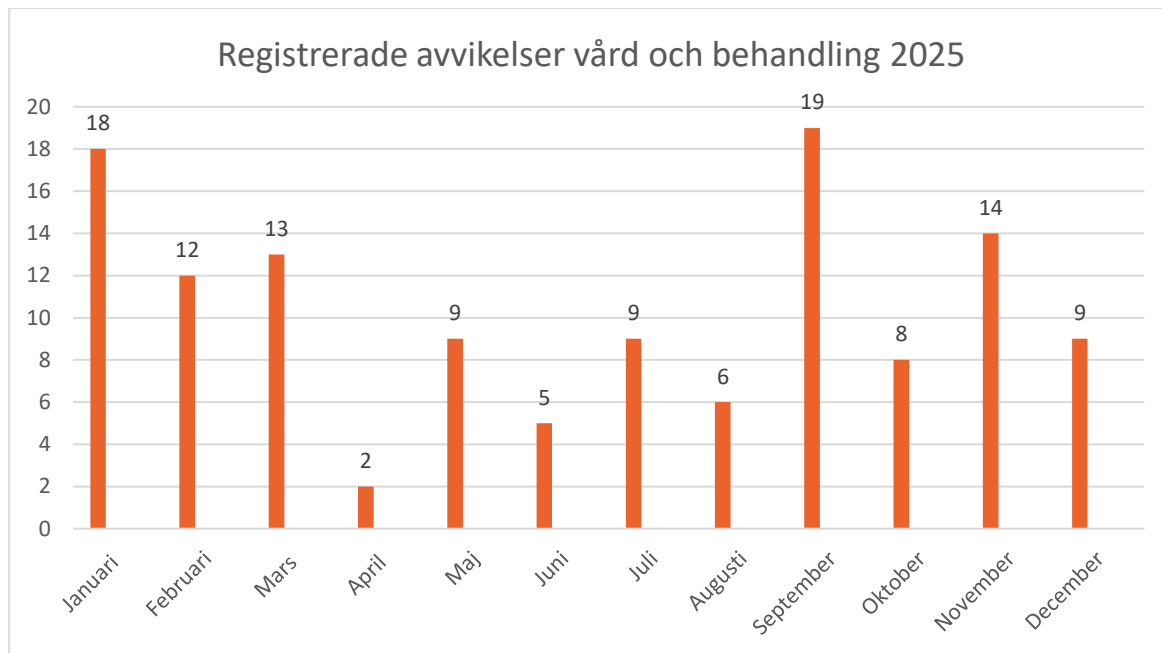
Registrerade avvikelser läkemedelshantering





Statistiken visar samtliga registrerade läkemedelsavvikelse Antalet registrerade läkemedelsavvikelser är 410. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak.

Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser

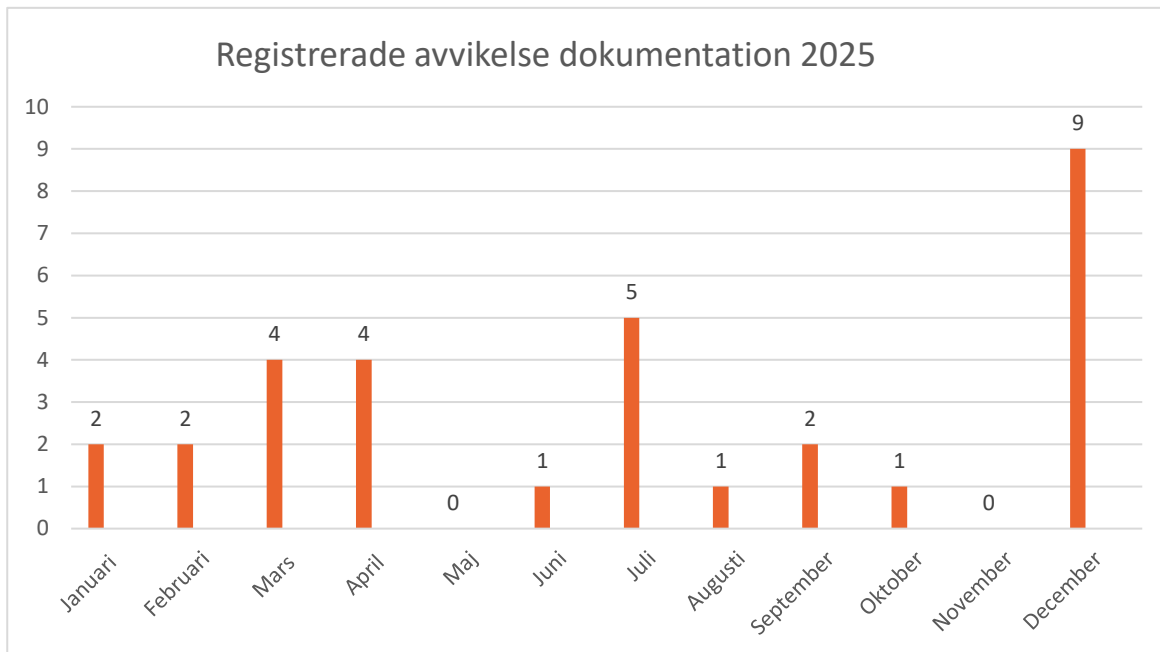


Hälso-sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov ska utföras av legitimerad personal (arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterskor). Insatser kan vara medicinska, omvårdnad och rehabilitering. Dessa kan även ordinerats eller delegeras till vård och omsorgspersonal, Ordinerade och delegerade behandlingar /insatser skall utföras och patient skall erhålla den behandling som erfordrats.

Totalt 124 registrerade avvikelserapporter varav utredning påvisat att flertalet är att vård och behandlingar har fördröjts eller uteblivit.



Registrerade avvikelser dokumentation



Avvikelser inom dokumentation breddar ett stort område, det kan handla om bristfällig och saknad, felaktig dokumentation i patientens journal. Här ingår även saknad av signering på utförd behandling/insats.

Dokumentation för ej utförd åtgärd är lika viktiga att dokumentera som när det gäller utförd åtgärd. Vid ej utförd ordinerad behandling/insats skall det stå av vilken anledning, tex att patient avböjt. Dessa avvikelser utgör till stor del ej signerade/ej utförda rehab insatser.

Lågt antal avvikelser gällande dokumentation, 24 totalt inrapporterade avvikelser under dokumentation. Här förekommer med stor sannolikhet ett mörkertal utifrån ovannämnda att det saknas dokumentation om åtgärd ej utförd.

Statistiken för året vid utredning visar att saknad av dokumentation är överrepresenterat följt av bristande dokumentation. Endast en har påvisat vara felaktig dokumentation

Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt

Med medicinteknisk produkt avses en produkt som enligt tillverkaren ska användas för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en sjukdom, skada eller funktionshinder samt undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process.



Under 2025 har 43 avvikelser rapporter totalt registrerats under medicinskteknisk produkt varav en utredning lett till att rapportera negativ händelse och tillbud. Inkomna avvikelserapporterna handlar framför allt om felaktig inställning av medicinskteknisk produkt och bristande underhåll

Klagomål/Synpunkter

Hantering av klagomål är en viktig del i kvalitetsarbetet. Synpunkter och klagomål är en viktig informationskälla för att åtgärda brister och identifiera områden som behöver förbättras. Förutsättningen är givetvis att man betraktar klagomål ur en positiv synvinkel. För att kunna dra nytta av klagomål och synpunkter i ett kvalitetsutvecklingsarbete finns rutiner för hur klagomål fångas upp, sorteras och analyseras i verksamheterna.

Under 2025 har 69 inkomna synpunkter registrerats hos socialförvaltningen. Utav dessa har det varit fem beröm, två förslag och fyra allmänna synpunkter. Övriga 58 har varit klagomål.

Annan avvikelse

Fel och brist enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade rapporteras sedan hösten 2023 i systemet Lifecare och benämns som Annan avvikelse SOL/LSS. Dessa rapporter hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef. Under 2025 har socialförvaltningens enheter hanterat 380 stycken så kallade Annan avvikelse vilket är en markant ökning från 2024 då det var 165 stycken. Ett intensivt arbete har pågått med enhetschefer för påminna personal om att avvikelser ska rapporteras. Utbildningsinsatser för nyanställda har fortsatt.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot
Risk för fall /fall	11	8	12	17	18	12	15	13	8	16	18	11	159
Utförande av insats	6	10	7	5	0	4	12	6	6	6	6	4	72
Bemötande	0	1	4	6	1	4	2	7	2	0	4	0	31
Handläggning	3	2	2	4	1	0	0	3	1	0	2	4	22
Dokumentation	2	3	4	2	0	2	5	2	3	2	0	2	27
Fysisk miljö	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	3	3	12
Digitala hjälpmedel	3	9	3	6	3	2	5	2	2	4	4	5	48



Övergrepp	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Avvikelse till annan vårdgivare	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	7
Totalt	27	34	33	40	23	27	41	35	23	30	37	30	380

Det har varit ett relativt jämnt antal rapporterade avvikelser under året med toppar i april och juli och något färre i maj och september.

Majoriteten av annan händelse enligt socialtjänstlagen berör fall eller risk för fall och är klart överrepresenterat inom hemvård av naturliga skäl då det är den verksamhet där det finns flest brukare utan kommunal hälso- och sjukvård.

Annan avvikelse som berör brister i utförandet berör till största del att insatsen blivit gjord på annat sätt eller tid än överenskommet eller att insatsen blivit inställd.

Det är av stor vikt att fortsätta arbetet med vikten av att rapportera avvikelser och att detta ses som ett verktyg för att förbättra kvalitén. Det är också viktigt att fortsätta arbetet med att tydliggöra vad som rapporteras under vilket område för att få en tillförlitlig statistik och lättare kunna följa i systemet. Det krävs även ett fortsatt arbete kring den praktiska hanteringen av avvikelser i verksamhetssystemet.

Lex Sarah

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera om han/hon uppmärksammar eller fått kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får eller som kan komma i fråga för insatser inom socialtjänsten. Bestämmelserna om Lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Syftet är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Därför är det viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå.

Lex Sarah delas in i fyra grader: risk för missförhållande, missförhållande, risk för allvarligt missförhållande samt allvarligt missförhållande. Vid händelse som bedöms som de två allvarligaste graderna skickas alltid rapport och utredning till IVO för bedömning om tillräckliga åtgärder.

Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2025 har två rapporter hanterats.

Den första berörde bemötande gällande skydds och begränsningsåtgärder. Efter utredning bedömdes den som en annan avvikelse och inte en Lex Sarah.



Den andra utredningen berörde handläggning för barn och unga och bedömdes som missförhållande.

Vidtagna åtgärder eller planerade åtgärder

Med anledning av 2025 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder påbörjats eller genomförts:

- Handledning
- Kompetensutvecklingsinsatser

Lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldighet som följer av 3 kap 5 § i Patient säkerhetslagen (2010:659) och risk för vårdskada eller vårdskada regleras av patientsäkerhetslagen kap 6 § 4. Hälso- och sjukvårdspersonal är ålagd att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört, eller kunnat medföra en vårdskada/ allvarlig vårdskada. Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade kunnat medföra vårdskada samt vidta åtgärder. Vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, görs kompletterande utredning utav medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO, en Lex Maria-anmälan. Anmälan ska ske skyndsamt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till socialnämnd, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Syftet med utredningen är att:

- Så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det
- Att ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra liknande händelser inträffa på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser som inte går att förhindra.

Händelser och utredning enligt Lex Maria

Under året 2025 har två händelser rapporterats som bedömts vara aktuellt för lex Maria utredning, en där läkemedel förväxlats och en där behandling fördröjts

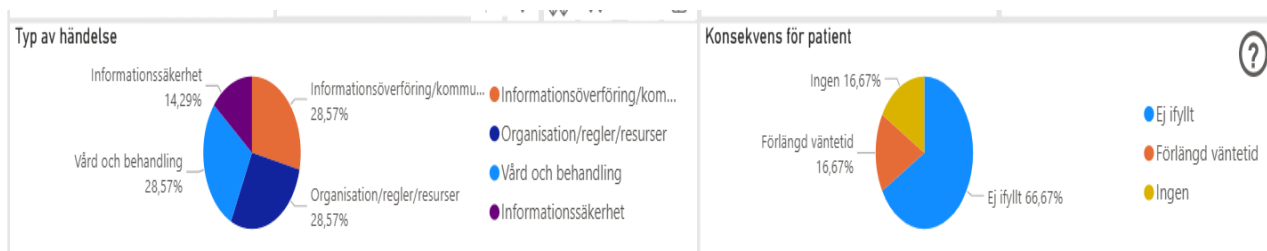


Externa avvikelser

Som ett led i kvalitetssäkringen hanteras även avvikelser mellan kommunen och regionen. Från oktober 2020 har digitalt avvikelssystemet Med Control Pro kunnat användas av kommunerna i Skaraborg. Detta ska förenkla hanteringen av avvikelser.

Extern Avvikelse rapporterade och inkomna	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst
Rapporterade till Region / privata vårdgivare	7	9
Inkomna från Region / privata vårdgivare	5	1

Under 2025 har det varit totalt 16 inrapporterade och 6 inkomna avvikelser. Externa avvikelser handlar till störst del brister att det brister i samverkan, i informationsöverföring vid vårdövergångar. Nedan visar viken typ av händelse som vi inom kommunen brustit i varav en är inom socialtjänsten och då gällande informationsöverföring /kommunikation. Övriga berör den kommunala hälso – och sjukvården.



Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet

En grundläggande förutsättning för en god kvalitet och säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Förvaltningen jobbar fortlöpande med att säkerställa att det finns den kompetens som krävs för att säkerställa god kvalitet och säker vård och omsorg

Introduktionsprogram för nyanställd personal (tills vidare och timvikarier) inom Vård och Omsorg och Funktionsstöd utförs 4 gånger per år. Introduktionen har två delar varav en del är två sammanhängande (obligatoriska) introduktionsdagar, här ingår utbildning om bland annat lagar och författningar som styr vård och omsorg, dokumentation, basala hygienrutiner, be-



mötande och förhållningsätt, förflytningsutbildning och hantering av hjälpmedel och vardagsrehabilitering hjälpmedel. Del 2 sker introduktion på enheten där man fått sin anställning genom att bland annat ta del av angivna webbutbildningar så som palliativ vård, säker vård, demens abc, senior alert och ett näringsrikt samarbete.

SSK enheten har under året ökat kompetensen inom förskrivning varav fyra ssk har genomfört förskrivning inkontinens och diabetes 7,5 hp, en sjuksköterska har genomgått hjälpmedelscentralens utbildning för förskrivning av madrasser. Sex sjuksköterskor har genomfört heldagsutbildning i palliativ vård på SkaS och tre sjuksköterskor har genomfört Stomiutbildning SkaS halvdag.

Inom den legitimerad Rehabenheten har även fysioterapeut och arbetsterapeut deltagit vid heldagsutbildning i palliativ vård på SkaS. En arbetsterapeut har genomgått endagsutbildning på Hjälpmedelscentralen om sittdynor. Utbildningen manuella förflyttningar & den pedagogiska vägen via kommunnätverket har en arbetsterapeut genomfört. Gällande högskoleutbildningar har två arbetsterapeut genomfört varsin respektive kurs: Arbetsterapi för personer med kognitiva funktionsnedsättningar 7,5 p och kurs inom Kvalitetsutveckling- avancerad nivå 7,5 hp. Inom rehabenheten har en arbetsterapeut och en fysioterapeut också genomgått kommunens ledarskapsprogram "Framtidens ledare".

Rehabenheten har inom vissa enheter haft fortbildning i användande av hjälpmedel och lyftselar och så även i rehabiliterande förhållningsätt

Fortsatt fortutbildning för enhetscheferna och legitimerad personal gällande omhändertagandet och utredning av avvikelserapporter både utifrån nytt avvikelssystem och processen i syfte till att öka kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2025 har 16 HLR instruktörer utbildats och därefter har samtliga medarbetare i 10 av 11 enheter inom förvaltningen genomgått teoretisk och praktisk utbildning i Hjärt- och Lungräddning

En heldags utbildning för stabsledning inom kontinuitetsplanering för beredskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utbildning "Enhetschefens ansvar för säker läkemedelshantering" för samtliga enhetschefer med respektive patientansvariga sjuksköterskor och en undersköterska från respektive enhet. Utbildningen har hållits av leg. Apotekare

Utöver detta finns medarbetare i våra verksamheter som går undersköterskeutbildning genom äldreomsorgslyftet och specialistundersköterskeutbildning äldre via Yrkeshögskola. Ett antal undersköterskor har även utfört handledarutbildning

Palliativa ombud undersköterskor har även deltagit i utbildning på skas inom palliativ vård tillika även har några undersköterskor även genomgått en tvådagars sårutbildning på skas



I syfte att öka förståelse för varandras yrkeskategorier, arbetsuppgifter och kvalitetssäkra processvägar har en genomgång av processen inom barn och unga genomförts.

Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Yrkesresan kommer att lanseras inom fem områden under perioden 2022–2028. Den första Yrkesresan som togs fram var för myndighetshandläggare inom barn och unga för att följas av Yrkesresan för utförare inom funktionshinderområdet. Tibro kommuns medarbetare genomför Yrkesresorna inom båda dessa områden.

Bäcklidens demensboende arbetar aktivt för att uppnå stjärnmärkt kvalitet, den nationella kvalitetsmärkningen. Varav tre specialistusk har utbildat sig till stjärninstruktörer via Svenska Demensförbundet. Målet är att bli stjärnmärkt, vilket innebär att Bäcklidens demensboende kan visa upp en oberoende, nationellt erkänd kvalitetsstämpel för sin verksamhet – till fördel för både boende, anhöriga och samhälle.

Dokumentation

Av patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården framgår tydligt vad en patientjournal ska innehålla och hur den ska utformas. Dokumentationen av patientuppgifter ska så långt som möjligt ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övrigt kodverk (ICF).

Dokumentationsskyldighet gäller för alla behovsprövade stöd- och hjälpinsatser enligt SoL och LSS. Detta för att säkerställa att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Social dokumentation består av olika delar bland annat social journal och genomförandeplan.

Inom socialförvaltningen finns en handbok i social dokumentation för utförarenheterna som beskriver syftet med dokumentation samt handfasta tips på hur man kan tänka när man dokumenterar.

Inom hela förvaltningen finns utsedda Dokumentations- och journalsystemsombud. Syftet med ombuden är att de på ett verksamhetsnära sätt ska vara ett stöd för sina kollegor gällande dokumentation. Ombuden har regelbundna ombudsträffar för att kunna stärka sig i sin roll och ta del av varandras utmaningar och lösningar.

Vid introduktion av semestervikarier inför sommaren höll socialt ansvarig samordnare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i en utbildning som berör dokumentationsskyldigheten inom SoL, LSS och HSL. Samma utbildning utförs 3 ggr per år för nyanställd vård och omsorgspersonal. Utsedda dokumentations- och journalsystemsombud utbildar om handhavandet av verksamhetssystemet vid dessa tillfällen.



Samverkan och aktiviteter för att öka kvalitet och patientsäkerhet

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Lokal överenskommelse om läkarmedverkan upprättas årligen med den regionala primärvården för att trygga en god kvalitet och tillgång till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Inom närområdesplanen har Närhälsan läkaransvaret för tre av de särskilda boende och hälsocentralen en av de särskilda boende. Det har funnits fast hemsjukvårdsläkare inom Närhälsan med planerad fast tillgänglig tid 17,75 timmar / 19,7 timmar varje vecka inom kommunala primärvården. I tiden ingår rondtid och medicinska vårdplaneringar. Övrig tid finns tillgänglighet via Närhälsans akuttelefon och vid behov av akut läkarbedömning kan detta utföras av triageläkare. Hälsocentralen till lika så en fast hemsjukvårdsläkare där 5 timmar varje vecka är planerad grundat på antalet tillhörande patienter. Tillgänglighet erbjuds genom direkt till hemsjukvårdsläkare fasta telefon alternativt via akuttelefon som besvaras av annan personal.
- Samverkan med Samordningsansvarig läkare / hemsjukvårdsläkare Närhälsan / hemsjukvårdsläkare Hälsocentralen inför smittspårning vid bekräftade Covidfall inom Hälso-sjukvårdsverksamheten. Ansvar är relaterat till närområdesplanen.
- Vårdsamverkan Skaraborg har en överenskommen rutin för landsting, primärvård och kommun gällande avvikelserapportering: "Avvikelsehantering i vårdsamverkan". När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning från länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patientsäkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Dessa avvikelser mellan vårdgivare rapporteras digitalt via regionens avvikelssystem Med Control Pro. Leg personal, enhetschefer och myndighets-handläggare kan genom detta rapportera en avvikelse, samtliga avvikelser går genom MAS som är samordningsansvarig vilket innebär att avvikelser skickas vidare till berörd extern enhet och är även mottagare för inkomna avvikelser som rapporteras externt.
- Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien erbjuder grundutbildning för hygienombud. Under 2025 har verksamheten fått stöd och rådgivning av vårdhygien i form av flera fysiska besök utifrån behov av expertis gällande vårdhygieniska kontroller och åtgärder.



- Smittskydd har ansvar att samverka vid behov av smittskyddsåtgärder. Under 2025 har det inte funnits något behov av direkt samverkan med smittskydd utifrån smittskyddsåtgärder
- Patientnämnden har enligt avtal ansvar att vid enskilds önskan ha en stödjande funktion vid dess synpunkter eller klagomål på vårdgivare såsom kommunen.
- Förvaltningen ingår i Digitala hjälpmedel i samverkan, Detta innebär över tid att det finns en gemensam "butik" för digitala hjälpmedel inom socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån invånarnas och verksamheternas behov med syfte att göra den digitala tekniken mer jämlik. Detta kan till exempel röra sig om läkemedelsautomater, trygghetskameror och hjälpmedel vid diabetes. Digitala hjälpmedlet förskrivs på den patient som är i behov av det.

Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen och samverkan ska alltid utgå från den enskildes behov av samordnade insatser. I denna process sker samverkan främst från kommunen planeringsteamet som består förutom av hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska även av biståndshandläggare och planeringsansvarig för hemvård. Planeringsteamet ansvarar för att påbörja planeringen inför utskrivningen av kommunens medborgare för att säkerställa en trygg och säker hemgång. Detta sker i samverkan med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde. Planeringsteamet handhar även vårdbegäran från öppenvården när behov ses av kommunal hälso-sjukvård och socialtjänst.

Tibro har anordnat en samverkansdag i Trepartsamverkan med utbildning och utbyte mellan kommun och region där även brukarorganisationen NSPH deltog.

Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och i förekommande fall närstående får möjlighet att:



- Medverka vid samordnad vård och omsorgsplanering
- Medverka vid upprättande av vårdplaner
- Bli informerade när nationella studier genomförs
- Bli informerade och delta vid utredning av vårdskada och missförhållande
- Bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Inom verksamheten arbetar vi för att samverkan sker med både patienter och närstående enligt ovanstående punkter. Förhoppningen är att genom distansmöte öka möjligheterna för samverkan med närstående.

Samverkan med medborgare

Genom kommunens hemsida ges information om socialförvaltningens verksamhet. Information lämnas också i förekommande fall via Solsidans träffpunkt och till pensionärs- och brukarorganisationer.

Information som berör socialförvaltningen delas också via de tv-skärmar som finns uppsatta i anslutning till entrén till Allégården.

Socialförvaltningen deltar regelbundet vid Tillgänglighetsrådet och Pensionärsrådet.

Pressmeddelanden för att dela information gällande anmälningar till IVO om Lex Maria. Beslut från IVO delges även genom pressmeddelande.

Samverkan barn och unga

Målet med SAMBU-verksamheten är att tidigt identifiera och hantera problem genom ett förbättrat samarbete mellan yrkesgrupper och att sätta de berörda barnens behov i centrum. Under perioden augusti 2024 till juni 2025 har 28 nya ärenden lyfts i SAMBU. Det har även skett konsultation, avidentifierade ärenden, vid två tillfällen och uppföljning av tidigare lyfta ärenden vid fem tillfällen. Under vårterminen bjöd SAMBU efter behov in Mini-Maria för att få ta del av deras arbete och stärka kunskapen om samverkanspartners när det gäller risk, - och missbruk om alkohol, droger och spel om pengar. Det har varit en spridning i ålder från barn och unga vuxna födda år 2005 - 2021. Flest ärenden, fem stycken för barn födda 2010 har lyfts. SAMBU har också behandlat fler ärenden gällande barn i förskolan jämfört med föregående år. Fortsatt är det skola och förskola som lyfter majoriteten av ärenden till SAMBU. Under året har 17/28 av ärendena som lyfts gällt pojkar och 11/28 gällt flickor.

Under våren deltog delar av Tibros SAMBU team på kommunalförbundets Partsamverkans konferens och berättade om det goda arbetet som genomförts.



Samverkan BUN, skolsocialt team

Skolsocialt team är en hörnsten i det lokala arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga. Barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen har tillsammans erhållit statsbidrag för det skolsociala teamet som startade 1 februari 2024. Teamet arbetar för att i ett tidigt skede främja skolnärvaro hos elever som uppvisar tendenser till problematisk frånvaro. Under de första månaderna har fokus varit på att få en struktur och marknadsföra sig internt och externt.

Samverkan Arbetsmarknadsenheten

Ett uppdrag har lämnats från förvaltningschefer inom Socialförvaltningen och Barn och utbildning till ansvariga verksamhetschefer kring samverkan för fler i egen försörjning. Uppdraget består i att skapa en helhetsbild och kartläggning av flödet och hanteringen av remisser mellan socialförvaltningen och arbetsmarknadsenheten. Kartläggningen har skapat ett underlag för fortsatt utveckling av arbetsgången och arbetssätt, i syfte att få fler personer i egenförsörjning.

Uppdraget har resulterat i en projektanställning hos barn och utbildningsförvaltningen som startade i augusti 2025 med syfte att rusta kommunen för kommande aktivitetskrav.

SKR Processtöd för att korta vägen till arbete för fler utrikesfödda kvinnor med barn i åldern 0–6 år

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och regeringen har kommit överens om en gemensam satsning för att förenkla etableringen för fler utrikesfödda kvinnor på arbetsmarknaden med barn i åldern 0–6 år. Processtödet har pågått mellan 2023 och 2025. Tibro kommun har varit en av 16 kommuner som ingått i processtödet för att bland annat erbjuda lämpliga insatser inom den öppna förskolan och bygga hållbara samverkansformer. Samverkan har skett mellan familjecentralen, integrationsenheten och arbetsmarknadsenheten.

Konceptet har kallats *Språkcafé* och anordnats på öppna förskolan Familjecentralen under parollen *'När mamma går till jobbet vinner alla'*. Deltagarna har varit väldigt engagerade och utvecklat sin svenska.

Anhörigstöd

Under 2025 har vi gjort framsteg i vårt arbete med anhörigstöd, med målet att göra stödet



både mer tillgängligt och mer anpassat efter de nya kraven i den reviderade socialtjänstlagen. En av de mest konkreta förändringarna är att vi nu även arbetar på röda dagar. Ett annat viktigt initiativ har varit anordnandet av en anhörigstödsdag med öppet hus. Dagen bjöd in ett brett spektrum av föreningar och intresseorganisationer, vilket skapade en mötesplats där anhöriga, personal och representanter från civilsamhället kunde ta del av information om de stödinsatser som finns att tillgå.

Träffpunkten Solsidan har under våren utökat samarbetet med studieförbundet och studieförbundet vuxenskolan för att kunna erbjuda fler hälsofrämjande aktiviteter samt motverka ofrivillig ensamhet hos äldre.

Samverkan kring det brottsförebyggande arbetet

Kommunens ledningsgrupp har fastställt rutiner för SSPF för att tydliggöra vikten av samverkan. Vidare har en arbetsgrupp arbetat med fokus på brottsförebyggande arbete för barn och unga utifrån ny socialtjänstlag. Riktad annonsering familjebehandlare med särskilt fokus på brottsförebyggande. Fältassistent arbetar för socialnämnden med brottsförebyggande insatser på individnivå.

En familjebehandlare i samarbete med BVC har utbildats och genomfört föräldrastödsutbildning ABC 0-2 år. Något som Tibro är bland de första att genomföra.

Stärka socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens beredskap i kris och krig

Socialförvaltningen har under 2025 börjat arbetet med att stärka socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap genom att varje enhet har upprättat kontinuitetsplan, stabens ledningsgrupp har utfört utbildning för att i nästa steg upprätta en kontinuitetsplan

Välfärdsteknik

Framtidens vård

Projektet Framtidens vård leds av Skaraborgs Kommunalförbund och består av pilotkommunerna Tibro, Grästorp och Vara. Varje pilotkommun bistår med en delprojektledare på 20%. Projektet sträcker sig under åren 2024–2027 och fokuserar kring kompetensförsörjning och bättre vård genom välfärdsteknik. Projektmålen är:



- Förstå vilka digitala lösningar som skulle ge god effekt och införa det kompetenshöjande insatser både vad gäller hur man skapar en försörjningsstrategi samt hur man sedan genomför de förändringar som krävs för att lyckosamt införa/öka användandet av välfärdsteknologi.
- Mellankommunala och mellansektoriella lösningar
- Ledarskapet kopplat till implementering
- Driva utvecklingsarbete inom välfärdsteknologi
- Öka attraktiviteten för vård- och omsorgsyрken

Skaraborgs Kommunalförbund samordnar projektet Framtidens vård som syftar till att attrahera, skapa nya arbetssätt och öka kvaliteten i vården. Tibro tillsammans med Grästorp och Vara är pilotkommuner i projektet. Delprojektledare finns i samtliga pilotkommuner och finansieras till 10% av projektet.

Verksamhetsystem Lifecare

Förvaltningen har under identifierat stora behov av att effektivera handlägningsprocesserna inom IFO genom digitala verktyg. En central del i detta arbete är möjligheten att införskaffa en transkriberingsmodul för journalsystemet Lifecare. Modulen gör det möjligt för handläggarna att automatiskt omvandla talade samtal och mötesanteckningar till strukturerad text, vilket avsevärt minskar den tid som idag går åt till manuell dokumentation.

I Lifecare finns dessutom en färdig modul som möjliggör skapande av uppdrag mellan IFO och arbetsmarknadsenheten (AME). Denna AME-modul underlättar samordning av ärenden, eliminerar dubbelregistrering och ger tydliga ansvarsfördelningar mellan de två enheterna. Implementeringen av AME-modulen är planerad till 2026.

Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 juli 2025 och medförde bland annat ett starkare fokus på förebyggande insatser, ökad självbestämmanderätt för brukare samt kommer kräva ett mer digitaliserade arbetsflöde. För att kunna leverera de nya lagkraven behövde förvaltningens journalsystem, Lifecare, anpassas. Övergången, som byggde på de nya besluten i lagen, gick över förväntan och fortlöpte utan avbrott. Arbetet leddes av IT-samordnare och SAS.

Läkemedelsrobotar

Socialförvaltningen har under 2025 genomfört en omfattande utredning av möjligheten att införa läkemedelsrobotar i verksamheten. Utredningen har utförts i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och har bestått av tre huvuddelar:



- Workshops med medarbetare– projektgruppen bjöd in medarbetare till workshops där vårdpersonal, chefer, leg. personal och administrativ personal har delat med sig av sina erfarenheter, identifierat behov av nyttor för brukare och personal samt diskuterat praktiska aspekter kring användning av robotteknik.
- Insamling och analys av data – Vi har samlat in kvantitativa data om läkemedelshandtering, kostnader, avvikelser, tidsåtgång för manuella processer samt förändringsledning. Analysen har gett en tydlig bild av var de största förbättringsmöjligheterna ligger.
- Nyttokalkyl– En kostnads- och nytta-analys har beräknat både initiala investeringskostnader och de långsiktiga besparingarna i form av minskade fel, kortare

Resultatet av utredningen presenterades för ledningen under december 2025

Installation av Wi-Fi på LSS boenden under året

Internet har tidigare varit eftersatt på kommunens LSS-boenden, vilket har begränsat personalens möjlighet att använda digitala tjänster. Under 2025 har förvaltningen därför gjort en omfattande satsning på att förbättra infrastrukturen.

Vi har förstärkt bredbandstjänsterna Pegasus och Tiljan. På Bäckadal har fiber dragits in, vilket ger en stabil och snabb anslutning. Samtliga boenden har nu en pålitlig koppling till kommunens nätverk.

Digitala lås LSS boenden

Förvaltningen konstaterade tidigt under 2025 att en stabil teknisk infrastruktur var en förutsättning för att kunna införa digitala lås på ett säkert och hållbart sätt. Därför prioriterades först förstärkningen av nätverket – den bredbandsuppkoppling som tidigare har satts in på LSS-boendena – innan själva låssystemet påbörjades. När den nödvändiga infrastrukturen var på plats inleddes införandet av de digitala låsen under den sena hösten 2025. Under november har planering och förberedelser genomförts. Driftsättning av de nya låsen kommer genomföras senast 1 februari 2026.

Säker digital kommunikation (SDK) och digital post

Kommunen har genom handslaget med SKR, två nya lösningar för att kunna skicka känsligt material på ett säkert sätt. Den första lösningen SDK möjliggör trygg intern och extern kommunikation och en arbetsgrupp inom IFO är redo att börja använda den inom kort. Innan den sprids till hela förvaltningen ska tydliga rutiner och arbetsmetoder tas fram så att alla enheter kan arbeta på ett enhetligt och säkert sätt. Den andra lösningen, digital post, är i slutfasen av förberedelserna och kommer snart att tas i drift för en pilot på en av våra enheter. Resultaten från pilotperioden blir underlag för en stegvis utrullning i hela förvaltningen under 2026.



God och nära vård

Runt om i Sverige pågår omställningen till nära vård. Omställningen syftar till en hälso- och sjukvård och omsorg som tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Det handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och omsorg där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är centralt.

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdssystemet ska bli mer samhällsekonomiskt effektivt.

Socialförvaltningen har beslutat att fokusera på personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik.

Informationssäkerhet

Arbetet med informationssäkerhet är ett pågående och strukturerat inslag i förvaltningens verksamhet. Ledningsgrupp och enhetscheferna har under året deltagit i en och en halv dag med fokus på informationssäkerhet, där de har fått ta del av erfarenheter och goda exempel från andra kommuner samt övat på hur man hanterar IT-attacker. Dessutom har hela förvaltningen erbjudits nanolearning-moduler, både för medarbetare och chefer, för att stärka kunskapen om säkerhetsrutiner och medvetenhet kring hot.

Riskanalyser

Risk och konsekvensanalyser skall utföras kontinuerligt för att reducera risker, minska sårbarheter inom förvaltningen och förebygga, motstå och hantera risker och händelser

- Risk och konsekvensanalys har utförts inför att implementera SVOD inom socialförvaltningen. Analysen påvisade att det fanns risker med att implementera SVOD och så även inte möjligt i nuläget i verksamhetssystemet

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- Nanoutbildning "informationssäkerhet" har utförts under 2025. Denna utbildning har utförts av samtliga medarbetare inom socialförvaltningen.



Utvärdering som har genomförts för skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Skydd av system

Loggkontroller ska utföras i samtliga dokumentationssystem, våra interna verksamhetssystem, NPÖ (Nationella patientöversikten) och SAMSA (IT-tjänst för Samordnad vård- och omsorgsplanering mellan region och kommun). Syftet med logguppföljning är att granska att den enskildes integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och att ingen obefogad användning av dokumentationssystemet sker. Kontrollen ska ske systematiskt och regelbundet. Rutin gällande loggkontroll av externa system NPÖ och SAMSA har tagits fram under 2025.

Enligt fastställd rutin för vårt verksamhetssystem kontrollerar enhetschefen sin personal på respektive enhet. Loggningen syftar till att spåra eventuella obehöriga intrång. Enhetschefen ansvarar för att logguppföljning genomförs enligt gällande rutin. Logguppföljning ska ske varje månad samt vid behov. Under året har påminnelse om loggning utgått till samtliga enhetschefer inom socialförvaltningen månadsvis.

Stickprovskontroller genomförs minst en gång per halvår och genom slumpvis valda användare och brukare/patienter granskas bland annat vilka som har haft tillgång till journaler och om vård- och omsorgsrelation finns

Under 2025 har inga otillåtna loggningar rapporterats.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring är utförd av medicinskt ansvarig sjuksköterska, detta har utförts vid inkomna avvikelser rapporter vilket inneburit för ansvarig att ta del av dokumentation.

Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet, hälso- och sjukvården och för funktionshinder, så kallad LSS-verksamhet, samt över hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning. Tillsynen syftar till att granska om vården och omsorgen följer gällande lagar så att varje individ får den insats som han eller hon behöver och att verksamheten därmed säkerställer en god kvalitet och en hög säkerhet.

Under 2025 har inga tillsyn utförts inom socialförvaltningen.



Egenkontroll

Kvalitetsledningssystem

Den som bedriver verksamhet ska fortlöpande utöva egenkontroll. Egenkontrollen innebär att den som bedriver verksamheten granskar bakåt, det vill säga undersöker den verksamhet som har bedrivits. Detta kan exempelvis ske genom kontroll och analys av statistik.

Varje månad följs volymmått och analys av dessa redovisas till Socialnämnden varje tertiäl. Avvikelse följs regelbundet upp av Sas och Mas för att ge stöd till enhetscheferna i deras utredningar och fortsatta kvalitetsarbetet.

Egenkontroll Barn och unga

Under 2024 har upplevelsen av ökad oro i samhället samt ökat behov av stöd för barn och unga genomlyst arbetet på myndighetsenheten. En analys visar att andelen orosanmälningar har ökat med 40% 2024. Utifrån denna bakgrund har en egenkontroll utförts vad gäller handläggning av placering utanför hemmet för barn och unga i början av 2025.

Granskning kring placerade barn har beslutats av de förtroendevalda revisorerna och genomförts under våren och sommaren.

Brukarundersökningar

Under 2025 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom följande områden: Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS samt Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen".

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS

Antalet som besvarade brukarundersökningen var 18 personer, vilket är en ökning med 4 personer sedan förra årets brukarundersökning.

Jämför man siffrorna med brukarundersökningen 2024 har vi förbättrat resultatet inom nästan samtliga områden. Efter förra årets resultat gjordes en åtgärdsplan med personal och brukare med fokus att framförallt förbättra delaktighet vilket nu visar på en ökning. 100 % av de som svarat vet även vem de ska prata med om något är dåligt vilket ökar möjligheten till fortsatt utveckling av verksamheten. Utvecklingsområden ligger främst inom kommunikation men även fortsatt inom delaktighet. Resultatet har återkopplats till enhetschef som tillsammans med personal och brukare ser över resultatet och gör en åtgärdsplan för att förbättra kvalitén.

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	Tibro 2023	Tibro 2024	Tibro 2025	Alla kommuner (ovägt) 2025



Brukare får bestämma över saker som är viktiga	61%	43%	53%	78%
Brukare får den hjälp hen vill ha	67%	71%	83%	87%
Personalen bryr sig om brukaren	78%	79%	78%	90%
Personalen pratar så brukaren förstår	67%	69%	72%	79%
All personal förstår brukaren	83%	75%	65%	80%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	72%	69%	88%	85%
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	50%	50%	67%	77%
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	50%	57%	83%	85%
Verksamheten är viktig för brukaren	72%	75%	82%	83%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	94%	83%	100%	90%
Svarsfrekvens	40%	46.7%	50%	68,2%

Brukarundersökning Gruppbostad LSS

Det har skett positiva förändringar i resultatet kring trivsel och trygghet hemma. Brukarna i gruppbostäderna vet vart man ska vända sig om något är dåligt vilket ökar möjligheten till utveckling av verksamheten. Utvecklingsområden är delaktighet, kommunikation och trygghet med personalen.

Resultatet har återkopplats till enhetschefer som tillsammans med personal och brukare ser över resultatet och gör en åtgärdsplan i syfte att förbättra kvalitén.

Brukarundersökning Gruppbostad LSS	Tibro 2023	Tibro 2024	Tibro 2025	Alla kommuner (ovägt) 2025
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	67%	64%	38%	78%
Brukare får den hjälp hen vill ha	75%	82%	100%	81%
Personalen bryr sig om brukaren	64%	78%	75%	85%
Personalen pratar så brukaren förstår	60%	64%	78%	72%
All personal förstår brukaren	90%	55%	44%	73%



Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	82%	60%	44%	78%
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	36%	22%	62%	67%
Brukaren trivs alltid hemma	60%	91%	100%	83%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	80%	89%	100%	85%
Svarsfrekvens	100%	100%	-	70,2%

Brukarundersökning Servicebostad LSS

Inom området servicebostad önskade för få brukare att delta vilket gjorde att Tibro kommun år 2025 likt 2024 inte fick ut något resultat inom brukarundersökningen för servicebostad LSS.

Så tycker de äldre om äldreomsorgen

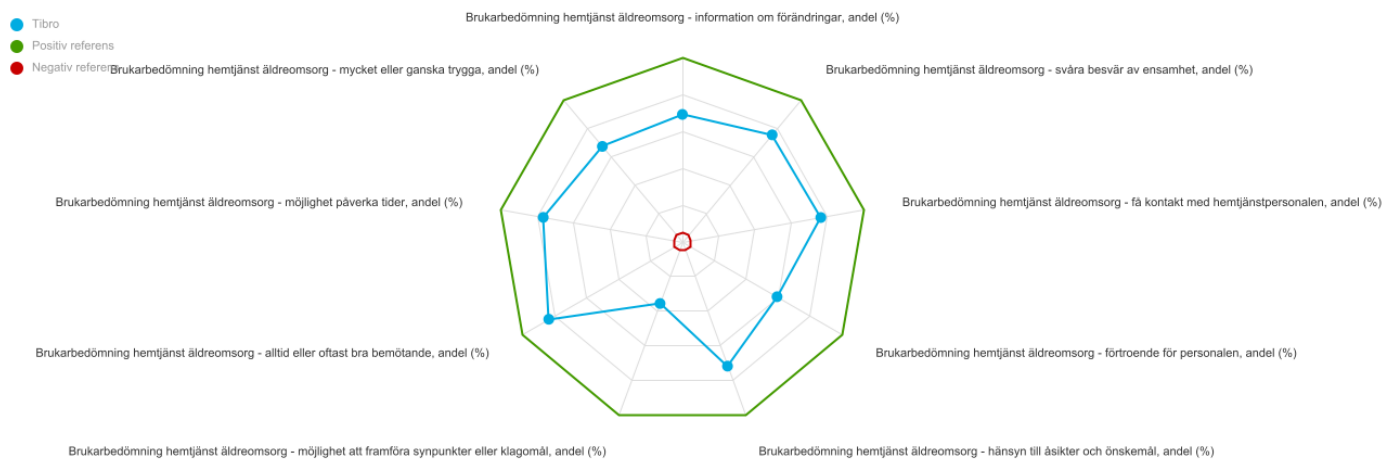
Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen genomföra en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Resultatet för respektive verksamhet har lämnats till enhetscheferna för vidare arbete.

Brukarundersökning Hemtjänst	Tibro 2023	Tibro 2024	Tibro 2025	Alla kommuner (ovägt) 2025
Helhetssyn	92%	83%	88%	87%
Information om förändringar	82%	74%	70%	61%
Handläggares beslut har anpassats efter brukarens behov	81%	74%	74%	72%
Bemötande	98%	98%	97%	96%
Besväras ofta av ensamhet	9%	11%	7%	10%
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	90%	81%	84%	78%
Förtroende för personalen	95%	92%	89%	90%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	40%	37%	39%	33%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	87%	89%	88%	86%
Möjlighet att påverka tider	59%	57%	64%	54%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	66%	51%	54%	60%



Personalen kommer på avtalad tid	89%	84%	86%	82%
Personalen utför sina arbetsuppgifter	94%	88%	91%	86%
Rör sig utan svårigheter inomhus	34%	-	-	-
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	7%	8%	3%	6%
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	86%	86%	81%	82%
Trygghet	89%	87%	88%	87%
Svarsfrekvens	54%	61%	60%	57%

Tibro (år: 2025). Källa Kolada



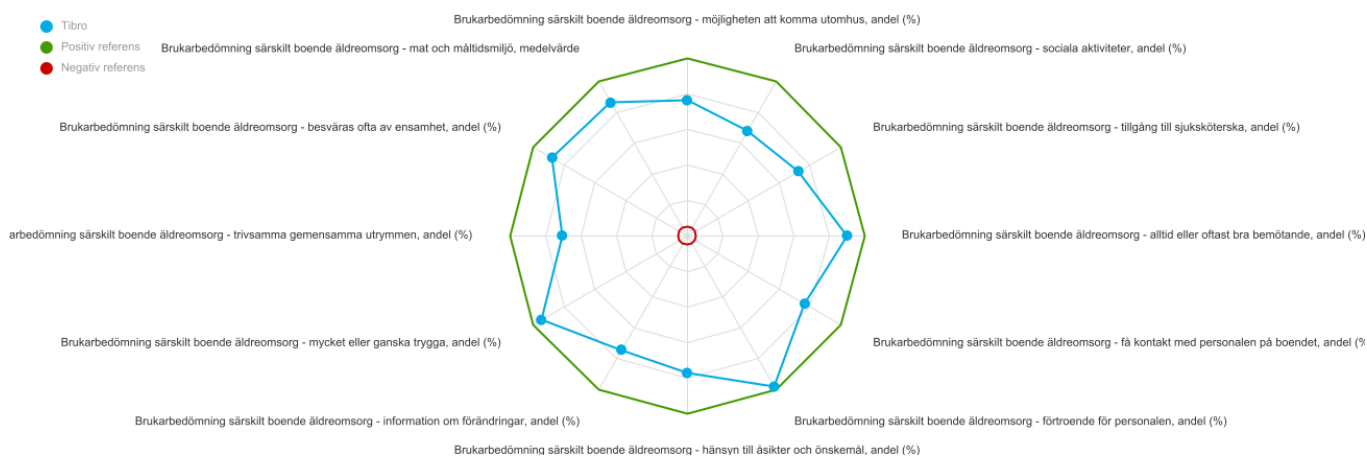


Brugarundersökning Särskilt boende	Tibro 2023	Tibro 2024	Tibro 2025	Alla kommuner (ovägt) 2025
Helhetssyn	88%	88%	95%	78%
Möjligheten att komma utomhus	76%	68%	71%	57%
Sociala aktiviteter	57%	68%	67%	56%
Tillgång till sjuksköterska	80%	79%	82%	74%
Bemötande	95%	98%	97%	92%
Besväras ofta av ensamhet	20%	10%	5%	15%
Få kontakt med personalen på boendet	93%	90%	89%	81%
Förtroende för personalen	89%	90%	95%	83%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	43%	39%	38%	30%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	90%	90%	86%	78%
Information om förändringar	50%	58%	59%	47%
Maten	91%	90%	90%	73%
Måltidsmiljön	76%	85%	87%	66%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	69%	55%	67%	44%
Möjlighet att påverka tider	66%	78%	76%	58%
Plats på det äldreboende man önskat	92%	-	-	-
Rör sig utan svårigheter inomhus	16%	-	-	-
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	76%	85%	92%	70%
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	9%	12%	5%	11%
Trivs med rum/lägenhet	84%	78%	86%	70%
Trivsamma gemensamma utrymmen	77%	74%	70%	60%
Trivsamt utomhus	85%	82%	76%	63%
Tillgång till läkare vid behov	62%	58%	74%	51%
Trygghet	89%	93%	97%	86%



Personalen pratar och förstår svenska	-	88.6%	95.1%	82.1%
Personalen har kunskap och kompetens	-	90.5%	97.5%	82.3%
Svarsfrekvens	47%	42%	41%	43%

Tibro (år: 2025). Källa Kolada

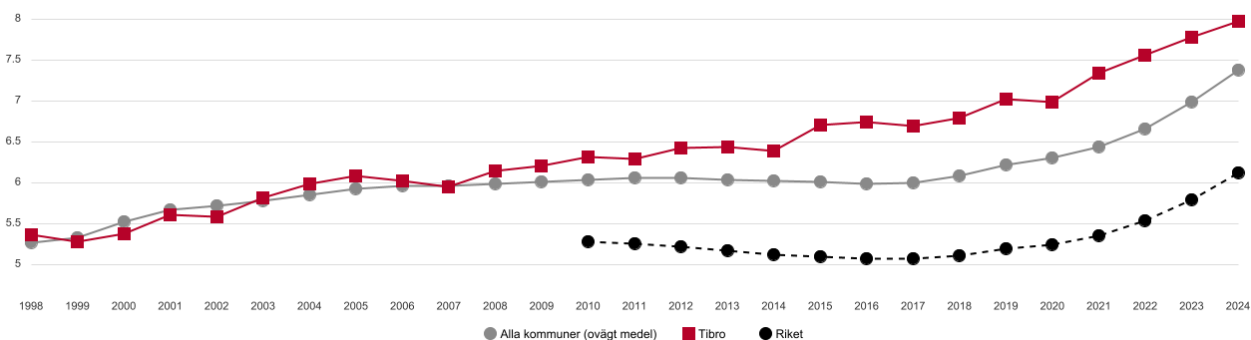


Statistik

Jämförelse från tidigare år är en del av egenkontrollen.

Äldreomsorg

Invånare 80+, andel (%). Källa Kolada



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen). Resultat för 2025 är ännu inte redovisat.



Andelen invånare som är 80 år eller äldre fortsätter att öka och ligger betydligt högre än resten av riket.

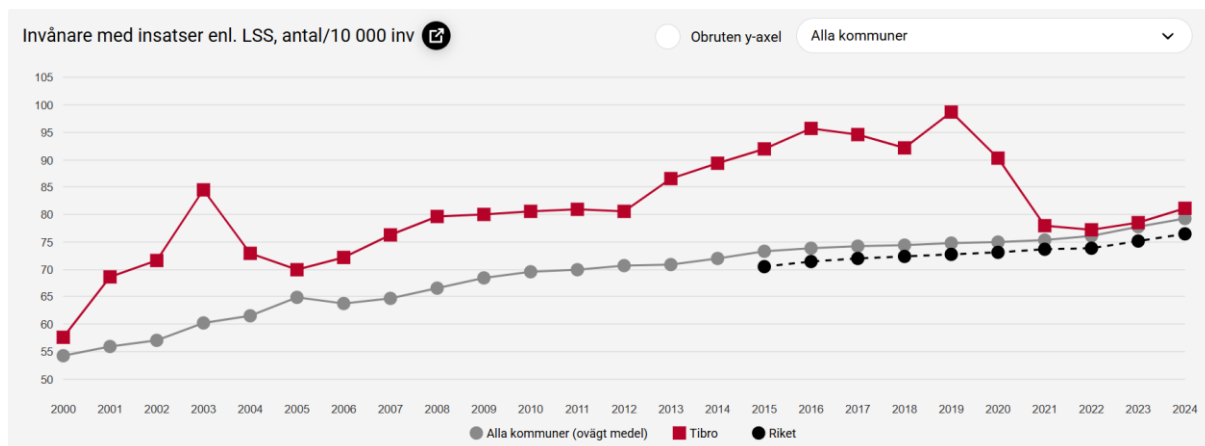
	2021	2022	2023	2024
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	32	30	69	57

Resultat hämtat från kolada.se.
Väntetid till särskilt boende är en del av

kommuners kvalitet i korthet, KKIK. Statistik för 2025 har ännu inte publicerats. SKR

Tibro har medellång väntetid till särskilt boende i jämförelse med andra kommuner i Sverige.

Funktionsstöd



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen). Resultat för 2025 är ännu inte redovisat.

Andelen invånare med insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är 1,09 % 2024 jämfört med 1,0 % 2023. Detta är över genomsnittet för riket. Antal personer med en viss insats är relativt densamma över åren med viss minskning på antal personer i daglig verksamhet från 2024 jämfört med 2023. Det är även en viss ökning inom insatsen korttidsvistelse.

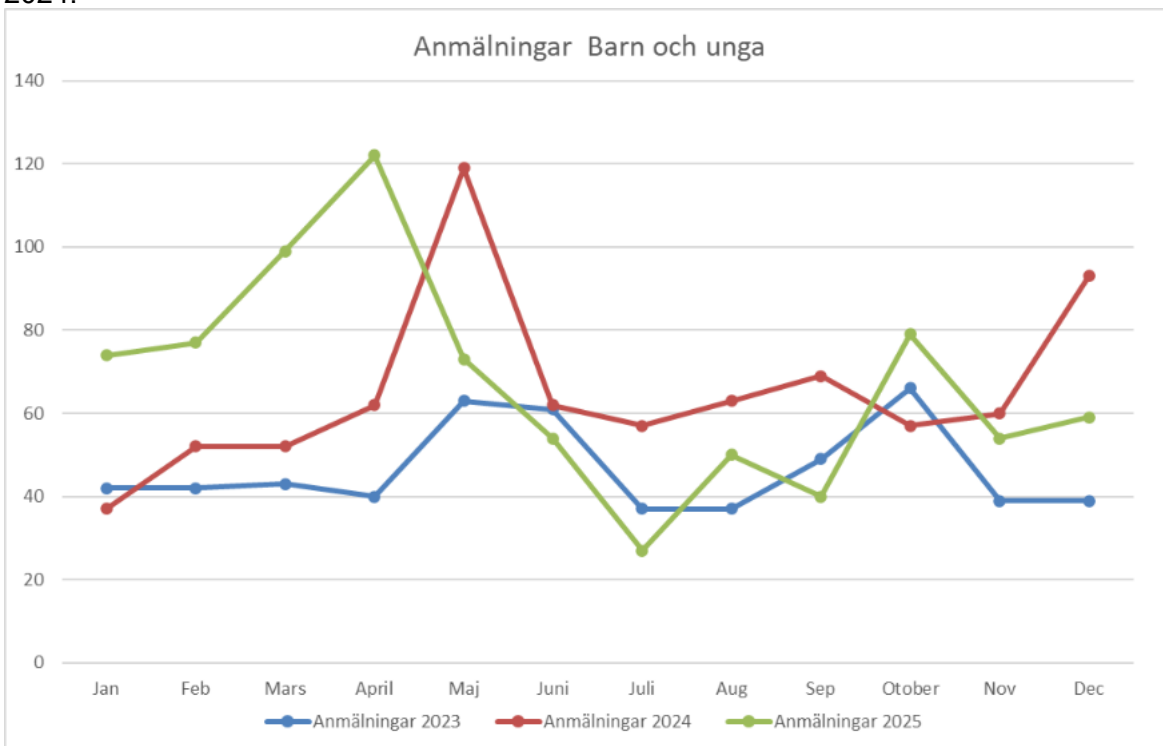
	2022	2023	2024
Antal personer med avlösarservice LSS	..	0	0
Antal personer med boende enligt LSS	22	22	19
Antal personer med daglig verksamhet enligt LSS	44	49	40
Antal personer med korttidsvistelse enligt LSS	13	15	18



Antal personer med personlig assistans enligt LSS	9	7	9
---	---	---	---

Barn och unga

Det ökade trycket som sågs under 2024 med en ökning av 40% orosanmälningar fortsätter vilket lett till att konsulter inte kunnat minskas i den takt som önskas. Som tabell visar nedan är antalet orosanmälningar kring barn och unga rekordhögt och under 2025 har 808 orosanmälningar inkommit varav 260 enskilda barn och unga, första delen av 2025 och 195 andra delen. Detta kan likställas med 558 anmälning 2023 och 783 anmälningar 2024.



Granskning kring placerade barn har beslutats av de förtroendevalda revisorerna och pågått under våren och sommaren.

Försörjningsstöd

Sedan 2023 har stärkt samverkan med kommunens arbetsmarknadsenhet (AME) pågått som innebär att alla som uppstår ekonomiskt bistånd slussas vidare till AME. Samverkan har fortsatt och under 2025 anställdes en projektledare som ska ta fram förslag för att förbättra flödet mellan IFO och AME.



Under 2024 ser vi en ökning på andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd men en minskning av andelen vuxna biståndsmottagare med mycket långvarigt ekonomiskt bistånd. Åldersspannen som sticker ut i statistiken är att andelen biståndsmottagare mellan 50-54 år betydligt minskat medan andelen biståndsmottagare mellan 30-34 år ökat.

	2020	2021	2022	2023	2024
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av biståndsmottagare 18+	40,1	47,3	51,8	48,0	51,7
Vuxna biståndsmottagare med mycket långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av biståndsmottagare 18+	21,1	27,2	32,2	34,5	31,7
Barn i befolkningen som ingår i familjer med ekonomiskt bistånd, andel (%)	-	-	-	3,1	3,3
Biståndsmottagare ekonomiskt bistånd 30-34 år, andel (%) av biståndsmottagare totalt	6,4	5,0	4,3	3,7	7,7
Biståndsmottagare ekonomiskt bistånd 50-54 år, andel (%) av biståndsmottagare totalt	8,5	9,5	9,1	8,8	4,8

Resultat är hämtat ur KOLADA (Kommun- och landstingsdatabasen). Resultat för 2025 är ännu ej redovisade.

Skadligt bruk och beroende

Myndighetsenheten har tillsammans med öppenvården arbetat fram stöd för bedömning av missbruksvård. Arbetssättet innebär olika nivåer för att tydliggöra vilken typ av stöd som behövs ges och syftet är att minska behovet av externa insatser. Samverkansmöten sker kontinuerligt mellan myndighetsenheten och utförare för att kartlägga hur arbetsverktyget kan utvecklas ytterligare.

Kommunen hade en ökning av andelen köp av vård för vuxna 2023 men kan av 2024 års siffror se en minskning. Jämfört med andra kommuner och riket ligger vi fortfarande lägre.

Kommunen har fortsatt ett medelvärde på 39 dagar från påbörjat utredning till avslutad utredning. Andra kommuner har ett medelvärde på 49 dagar.

	2020	2021	2022	2023	2024
Kommunens köp av vård för vuxna med missbruksproblem totalt, andel (%)	11,6	3,4	10,0	34,9	19,4
Utredningstid i antal dagar från börjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21 +, medelvärde	15	27	19	39	39

Resultat är hämtat ur KOLADA (Kommun- och landstingsdatabasen). Resultat för 2025 är ännu ej redovisade.



Våld i nära relation

Ett projekt inom psykisk hälsa och suicidprevention som startades upp under 2023 och har fortsatt under 2024 och 2025. Satsningen är ett led i socialtjänstens uppbyggnad och utveckling av en VINR – grupp som ska upprätta en kunskapsbank kring bemötandet av både våldsutsatta, våldsutövare och bevittande av våld. Myndighetsenheten följer en utbildningsplan som följs upp regelbundet.

Kommunen under 2024 har nästan dubblerat antal personer som aktualiseras och fått insats för sin våldsutsatthet jämfört med 2023. De som fått minst en insats verkar även ha avslutats för att det övergripande målet med insatsen nåtts helt eller delvis vilket tyder på en god kvalitet i insatsen.

	2023	2024
Vuxna (18+) som aktualiserats i IFO p.g.a. utsatthet för våld i nära relation/hedersrelaterat våld, antal/10 000 vuxna invånare	13,3	21,0
Vuxna (18+) som fått minst en insats från IFO p.g.a. utsatthet för våld i nära relation/hedersrelaterat våld, antal/10 000 vuxna invånare	5,6	9,9
Vuxna (18+) som fått insats från IFO p.g.a. utsatthet för våld i nära relation/hedersrelaterat våld, där ärendet avslutats för att det övergripande målet med insatserna nåtts helt eller delvis, antal/10 000 vuxna invånare	5,6	9,9

Resultat är hämtat ur KOLADA (Kommun- och landstingsdatabasen). Resultat för 2025 är ännu ej redovisade.

Ej verkställda beslut

Socialnämnden ska enligt LSS, SoL och kommunallagen lämna uppgifter till kommunfullmäktige, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna. Uppgifterna ska innehålla hur många gynnande beslut enligt 4 kapitlet 1 § SoL och enligt 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader alternativt verkställts men avbrutits och inte åter verkställts inom tre månader. En rapport om ej verkställda beslut och anledning till dessa upprättas varje kvartal.

Totalt 13 ej verkställda beslut under året

fördelat kvartalsvis

Q1 3

Q2 3

Q3 3

Q4 4



Hälso- och sjukvård

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 god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare

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.

Finns en handlingsplan för patientsäkerhet 2023–2025. Handlingsplanen har tagits fram med hjälp av resultatet från patientsäkerhetanalysverktyget. Målsättningen med handlingsplanen att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika inom den kommunal hälso-sjukvården. För att uppnå och bibehålla målet är strategin att utgå från handlingsplanen och fortsatt att ta hjälp av den Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet framtagna av Socialstyrelsen.



Övergripande mål och strategier

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

- All personal inom kommunala hälso-sjukvården i Tibro kommun skall besitta den kompetens som krävs för att tillgodose den enskilde god och säker vård utifrån enskilt behov. Vid nyanställning finns rutin och checklista inom verksamheten för att alla som arbetar skall ha kännedom och kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner. All nyanställd personal, tills vidare och vikarie skall genomföra introduktionsplanens två steg
- Optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner vilket säkras genom att alla som arbetar inom den kommunala vård och omsorgen ska inneha ett godkänt skriftligt och praktiskt prov inom basala hygienrutiner. För nyanställda är detta ett krav under introduktionen och ska vara utförd innan medarbetaren själv ska utföra omvårdnadsarbete. Praktiskt test ska genomföras årligen av samtliga medarbetare. Mätning av följsamhet gällande basala hygienrutiner och klädrutiner utförs 2 ggr årligen. Hygienombud finns utsedd på samtliga enheter. Hygienrond – vårdhygienisk standard utförs årligen av enhetschef tillsammans med hygienombud och Patientansvarigsjuksköterska. På APT finns en stående punkt för eventuella hygienfrågor.



- Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner så som covid-19 och säsongsinfluensa inom kommunal vård och omsorg vilket har säkrats genom att följa myndigheters rekommendationer och regionala riktlinjer. Finns en pandemiplan, beredskapsplanering och kris förråd med skyddsutrustning. Lokala rutiner är framtagna och uppdateras fortlöpande utifrån rekommendationer, riktlinjer och pandemiplan. Riskbedömningar ska utföras inom samtliga enheter och åtgärder styr utifrån detta. Vaccination mot Covid-19, Säsongsinfluensa, pneumokock utifrån folkhälsomyndigheten rekommendationer utfört inom den kommunala verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården som tackar ja.
- Avvikelsehantering – från rapportering till händelseanalys och dess förbättringsåtgärder. All personal inom vård och omsorg ska rapportera avvikande händelser direkt i verksamhetssystemet. Händelseanalysens och dess förbättringsåtgärder skall återrapporteras till verksamheten och sprids vid behov till andra verksamheter som en lärande organisation, detta för att förhindra att liknande händelser sker igen.
- Rehabiliterande arbetssätt - Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg och hemvård innebär att se och ta vara på individens egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.
- Rehabassistenter utför ordinerade rehabiliterade insatser vilket ger kontinuitet och kvalitet.
- Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas utformning. BPSD-registret ger förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder
- Vårdprevention med stöd av Senior alert används för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion och utifrån detta planera och genomföra förebyggande åtgärder. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Detta sker i tvärprofessionellt team.
- Kollegial Journalgranskning - Målet med granskning är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso-och sjukvården. Kollegial journalgranskning är nödvändigt för att samtidigt legitimerad personal ska vara involverade i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen inom hela verksamheten. När granskningen sker kollegialt uppfylls även ett lärande syfte och det sker en samsyn kring dokumentationen.



- Planeringsteamet där superkontaktombud ingår – fortsätter att utveckla samverkan internt och externt för att säkerställa säkra vårdövergångar innefattande SAMSA och SIP (Samordnad individuell Vårdplanering)
Gemensamma möten med regionens primärvård som nått fram till rutin så som att dagligen samverkan för att planera trygg och säker hemgång, detta sker med Närhälsan och två gånger i veckan med Hälsocentralen.
- Kontinuerliga palliativa ombudsträffar hålls inom verksamheten. Varje enhet har och ska ha ett palliativt ombud. Palliativa ombud uppgift är att vara den som tar till sig kunskap och senaste information och sprider kunskapen vidare inom sin enhet och så även stödjer enhetschefen inom det palliativa området.

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 frekvensen och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem Egenkontrollen består av granskning av dokumentation, loggningar, registrering och uppföljning av avvikelser, hygien- och klädregler, kvalitetsregister, med mera

Vård- och omsorgsenheten är ansluten till nationella kvalitetsregister där resultat och förbättringsarbeten kan följas över tid. Syftet med internkontrollen är att öka kvaliteten och säkerheten samt skapa en mer ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Egenkontroll Medicinsk ansvarig sjuksköterska	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gång per år	Observation PPM
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Spol- och diskdesinfektioner	1 gång per år	Protokoll



Interna hälso- och sjukvårdsavvikelser	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Lifecare avvikelssystem
Patientens närstående klagomål och synpunkter	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, via kommunens system synpunkt.
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Munvård	1 gång per år	Senior alert
Fall	1 gång per år	Senior alert
Undernäring	1 gång per år	Senior alert
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll
Palliativ vård	1 gång per år	Palliativa registret

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Basala hygienrutiner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) orsakar stor andel av skador inom vård- och omsorg och är resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. Spridningen av multiresistenta bakterier ökar vilket medför ett allvarligt hot mot Hälso- och sjukvården. Under de senaste åren har pandemin varit ett allvarligt hot inom vård- och omsorg och så även inom vår verksamhet. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett prioriterat område. För att förebygga och minska risken för VRI ska vårdhygien genomsyra all vård och omsorg. För att stärka detta arbete finns det hygienombud på varje enhet.

Hygienombuden är nyckelpersoner och länken mellan vårdhygien och det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Hygienombuden har varit extra betydelsefulla under pandemin och haft uppgift att hålla sig uppdaterad och förmedla rutiner/riktlinjer. Hygienombuden har som uppgift att genomföra återkommande egenkontroller. Tidigare egenkontroll har varit nationellt genom SKR databas punktprevalensmätningar dock är nu denna nedlagd av SKR. Egenkontroll utförs dock fortsättningsvis med samma metod. Alla enheter som utför personlig omvårdnad medverkar i mätningen. Metoden grundar sig på observationer och varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.



Vårdhygienisk standard

En årlig egenkontroll för att säkerställa att vi som vårdgivare håller en god vårdhygienisk standard. För att uppnå en god hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter finns det ett verktyg av egenkontrollmodell, det utgör en enkel och begriplig metod. Metoden innebär att man utgår ifrån en checklista och detta utförs av enhetschef, hygienombud och ansvarig sjuksköterska. Till checklista hör en åtgärdsplan där åtgärder fylls i om det framkommer förbättringsmöjligheter. En egenkontroll "Checklista vårdhygienutbildning för vård och omsorgspersonal" har tagits fram för att säkerställa att samtlig vårdpersonal har genomfört vårdhygienutbildningsprocessen som är ett krav för att arbeta inom vård och omsorg.

Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner

Inom vård och omsorg kan smittspridning med utbrott av virusorsakade luftvägsinfektioner få stora konsekvenser, både för enskild patient/omsorgstagare och verksamhet. Det gäller särskilt infektioner orsakade av influensa-virus, RS-virus och SARS-Cov-2 (Covid-19)

För att skydda våra patienter från smitta av virusorsakade infektioner och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter följer vi Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS och regionens riktlinje och Generella åtgärder mot smittspridning av virusorsakade luftvägsinfektioner i vård och omsorg.

Vaccination mot Covid-19 för patienter inom kommunal hälsosjukvård har utförts utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Förutom vaccination mot covid -19 har även vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokock erbjudits och givits till patienter utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Samtlig vård och omsorgspersonal har erbjudits att vaccineras mot säsongsinfluensan på betald arbetstid.

Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa

Riktlinje för vårdpreventivt arbete med stöd av senior alert är antagen av nämnd. Till riktlinjen har rutin skapats vars huvudsakliga syfte är att förebygga skada och främja hälsa. Rutin beskriver ansvar, roller och att tvärprofessionella team ska vara kontinuerligt planerade detta för att möjliggöra fortlöpande arbete med riskbedömningar, åtgärdsplaner samt uppföljningar inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Senior alert är ett kvalitetsregister där



målet är att utveckla förebyggande arbetsätt för att öka möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

Rehabiliterande förhållningsätt

I rehabilitering/förebyggande syfte utför och vid behov ordinerar arbetsterapeut och fysioterapeut / sjukgymnast individuell anpassade åtgärder i form av träningar, behandlingar och/eller övningar till personer inskrivna inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med åtgärden är att genom fysisk aktivitet minska bland annat fall och trycksår samt att underlätta läkningsprocesser. Träning kan även utföras efter en skada exempelvis efter frakturer, höft- och knäplastikoperationer eller vid sjukdom så som efter stroke och vid Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och sjukdomar i luftvägarna. Målet är att personen ska kunna bibehålla eller att återfå en så god funktionsförmåga som möjligt och att kunna vara så självständig som möjligt.

Rehabenheten ansvarar över de ordinerade träningarna. Inom hemvården är det rehabassistenterna som utför träningarna på ordination av arbetsterapeut / fysioterapeut, detta för att underlätta den ökande arbetsbelastningen i hemvården samt att öka patientsäkerheten, att vårdtagarna ska få sina insatser utförda. Organisatoriskt utgår rehabassistenterna från samma enhet och lokaler som AT/SG, de har daglig kontakt och samma arbetstider. De har veckovisa möten där man gemensamt planerar och följer upp ordinerade insatser. Detta möjliggör även en ökad patientsäkerhet. Vardagsrehabiliteringen utförs fortsatt av omvårdnadspersonal i hemvården då den utförs som en naturlig del i samband med omvårdnad.

Demensorganisation

Demensorganisation som är uppdelad i två enheter, dessa är tvärprofessionella och ett nära samarbete mellan enhetschef, demenssamordnande sjuksköterska och övrig vårdpersonal, vilket är väl anpassat till upplägget i BPSD. BPSD – ”Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens” innebär att personen med demens har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden, den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. En BPSD skattning görs individuellt för varje patient, vilket är underlag för att vårda och bemöta patienten på bästa sätt. Implementering av BPSD-registret har främst skett inom demensorganisationen. Med stöd av registret identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in. För patienter med demenssjukdom ska en kartläggning minst en gång per år utföras och därefter följas upp. Varje enhets täckningsgrad följs i BPSD-registret med ett mål av 90%. BPSD registrering är ett standardiserat arbetsätt vars syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Upprättade bemötandeplan och genomförandeplan måste följas av samtliga professioner i teamet runt patienten för att bidra med bästa möjliga förutsättning för patienten



Trygga och säkra vårdövergångar

Vid samordnad vårdplanering överförs vårdansvaret från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Vid in- och utskrivning arbetar kommunens olika professioner för att säkerställa att nödvändig information når respektive vårdgivare vid vårdövergångar och medverkar i att det sker en trygg och säker hemgång vid utskrivning

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringarna kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Den medicinska vårdplanen ska vara ett stöd för personalen i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar till att undvika slutenvård där vården kan ges i hemmet. De allra flesta patienter som är inskrivna i den kommunal hälso-sjukvården i Tibro kommun har en aktuell medicinsk vårdplan. Det krävs en god kontinuitet och tillgänglighet både från sjuksköterska inom den kommunala primärvården som kan initiera till behovet av medicinsk vårdplan dock ställer det även krav på en god kontinuitet och tillgänglighet av hemsjukvårdsläkare från respektive vårdcentral dit patienten tillhör. Följsamheten till att aktualisera medicinska vårdplaner leder till minskat antal oplanerade transporter till sjukhus och är viktigt utifrån delaktighet av den enskilde och för att säkerställa patientsäkerhet. Utifrån detta är det viktigt att fortsatt arbete fortlöper med att genomföra medicinska vårdplaneringar kontinuerligt minst en gång per år och vid behov. Den första skall ske i samband vid inskrivning i kommunal primärvården

Läkemedelshantering

Digitala lås läkemedelskåp

Merparten inom våra enheter, särskilda boende som ordinärt boende innehar digitala läkemedelskåp. Samtliga LSS boende saknar dock dessa. Digitala läkemedelskåp ska förbättra säkerheten både för patient och personal. Från 2024 december övergick vi till nya digitala lås vilket har varit väl fungerande under hela 2025 så även fungerar låsen vid eventuella olika kriser då man står utan ström och nätverksuppkoppling, vilket höjer patientsäkerheten.



Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för registrering / signering av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Signering är en journalhandling och används för att tydliggöra vad som utförts eller inte vilket kan betraktas att vara en kontroll och uppföljning. I samband med att nytt verksamhetssystem infördes implementerades även digital signering varav signeringslistor i papper endast förekommer vid eventuella dataavbrott och där vård och behandling utförs av externa utförare. Signering och registrering används i kommunal hälso- och sjukvård när vårdpersonal utför hälso- och sjukvårdsinsatser, dessa insatser är av olika slag så som från ordinerade medicinska insatser, omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser till delegerade insatser. Rutin finns för att tydliggöra ansvar och beskrivning av genomförande process gällande signering för ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats.

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning Läkemedelshantering är utförd under våren 2025. I kvalitetsgranskningen ingick kontroll av riktlinjer/rutiner, ordination, iordningställande, administrering, förvaring, rekvisition och leverans enligt HSLF-FS 2017:37. En konkret åtgärdsplan är framtagen utifrån kontrollen och beskriver de områden där det fanns förbättringsmöjligheter som vårdgivaren kan fokusera på och åtgärda för att säkerställa en säker läkemedelshantering vilket bidrar till en god patientsäkerhet

Delegeringar

Den som tillhör Hälso- och sjukvårdspersonal, legitimerad personal får överlåta en arbetsuppgift till en annan person, om detta är förenligt med god och säker vård enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan måste försäkra sig om att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegeringar får inte ske slentrianmässigt. Rutin finns gällande delegeringsprocessen från nyanställd vård och omsorgspersonal till att kunna utföra delegerade hälso-sjukvårdsuppgifter. Vård och omsorgspersonal skall ha en praktisk genomgång av van delegerad personal i samband med bredvidgång, därefter ska ny vård och omsorgspersonal utföra webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel. Om vård och omsorgspersonal bedöms delegerbar anmäls hen till Apotekets webbutbildning "Grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering" Apotekets utbildning i läkemedelshantering tar upp grunderna i läkemedelshantering och är en bra grund och stöd inför en eventuell delegering. Som avslut på denna utbildning genomför personalen även Apotekets kunskapstest som grundar sig på utbildningen. För att bli godkänd krävs 90% rätta svar. Efter godkänt test är det sjuksköterska i samband med ett personligt möte och genomgång av tänkta delegerbara uppgifter som utför sin bedömning om omvårdnadspersonalen kan fullgöra uppgiften. En delegering ska följas upp, efter given



delegering och förnyas årligen. Från 2025 ska apotekets test "Läkemedelshantering inför förnyad delegering" utföras var 3: år. Övriga år inför förnyelse finns muntliga / skriftliga frågor som sjuksköterskan skall gå igenom innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. I det test som nu används är frågorna slumpmässigt utvalda från en frågedatabas och varje test används endast en gång och alla test har samma svårighetsgrad. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.

Palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att vara ett hjälpmedel i arbetet med en förbättrad palliativ vård. Sjuksköterskorna registrerar i kvalitetsregistret och målet är att alla dödsfall, oavsett dödsorsak och dödsplats ska registreras. Via registret får sjuksköterskorna ett hjälpmedel att följa den egna verksamhetens kvalitet av den givna vården i livets slutskede. Vårdgivaren kan även använda detta för att följa och se vilka förbättringsåtgärder som behövs. Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård.

Svenska palliativregistret har en målbild som innehåller löften till personer som befinner sig i livets slutskede med följande parametrar;

- Jag och mina närstående är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov
- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina närstående får stöd

Registrering i svenska Palliativregistret beskriver den sista veckan i livet för patienter som vårdats inom den kommunala hälso- och sjukvården och avlidit inom vår verksamhet. Data är från registrets dödsfallsenkät som ger en bild av patientens sista tid genom personalens ögon.

Utifrån nationella kvalitetsindikationerna registreras data i Palliativregistret och kan följas upp i verksamheten:

2025 har 47 personer registrerats i svenska palliativ registret (under 2024 registrerades 48) Nya kvalitetsindikationer är tillagda från 2025, läkarbeslut om palliativ vård, symtomskattning och efterlevnadsamtal. Av registreringen att döma ses framför allt en viss förbättring gällande smärtskattning sista levnadsveckan i övrigt likvärdigt från föregående år. Det finns dock förbättringspotential inom några indikatorer där vi ligger långt under målet.

Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2025

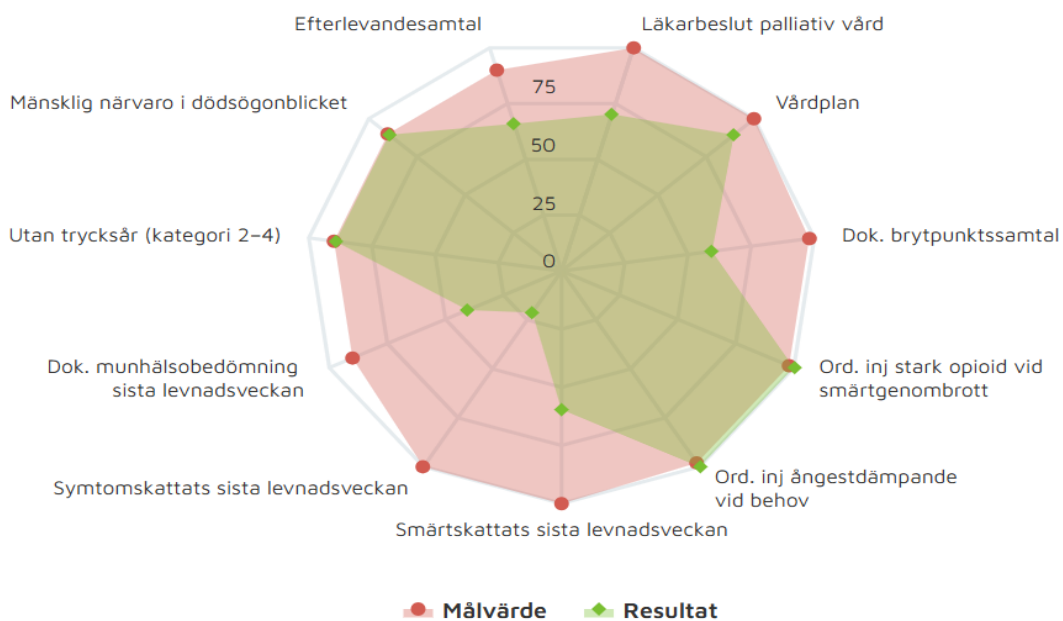
Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
--------------------	----------	-------	-------



Läkarbeslut om palliativ vård	100.0	70.1	91,7
Vårdplan	100.0	89,4 (89,6)	74
Dok. Brytpunktssamtal	98.0	59,6 (58,3)	82.2
Ord. Inj stark opioid vid smärtgenombrott	98.0	100 (100)	95.9
Ord. Inj ångestdämpande vid behov	98.0	100 (100)	95.5
Smärtskattas sista levnadsveckan	100.0	59,6 (50)	71,3
Symtomskattas sista levnadsveckan	100	21,3	56,6
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90.0	40,4 (37,5)	64,2
Utan trycksår (Kategori 2-4)	90.0	89,4 (91,7)	86,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90.0	89,4 (93,8)	83,7
Efterlevnadsamtal	90,0	66,0	79,1

Inom parantes statistik från 2024

Period 2025-01 - 2025-12





Resultat och Analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
<p>Full följsamhet 100% till basala hygienrutiner och klädregler</p>	<p>Mätning av följsamhet PPM BHK x 2</p> <p>Hygienombud inom varje enhet Vårdhygienombud och enhetschef har uppgift att kontrollera följsamheten två gånger per år</p>	<p>PPM BHK vår - Antal observation i år är totalt 48, jämfört med föregående 53.</p> <p>Målet är ej uppfyllt. Mätresultatet från våren 2025 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar fortsatt nedsatt följsamhet, framför allt inom att desinfektera händerna korrekt innan vårdarbete och att bära korrekt arbetsdräkt</p> <p>Ej utförda PPM observation av hemvården och korttiden tillika saknas hygienombud för Rehabiliteringen legitimerad personal</p>	<p>Behövs fortsatt arbete och fokus på Vårdhygien och basala hygienrutiner utifrån att följsamhet kan bli bättre.</p>



	Krav på godkänd skriftlig och praktisk utbildning basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning och klädregler samtliga medarbetare ska uppdatera kunskapen årligen		
Kvalitetssäkra för en hög Vårdhygienisk-standard	Hygienrond - Enhetschefer med hygienombud och ansvarig sjuksköterska på enheten utför kontroll/genomgång av checklista en gång per år	Ej Uppfyllt. 2 av 5 särskilda boenden inkl. korttiden har utfört vårdhygienisk egenkontroll. Inte utförts på hemvården och ssk enheten 2 av 3 LSS - boende	Behov av att följa upp orsaken till att inte hygienrond utförs inom samtliga enheter. Viktigt att hålla en hög vårdhygienisk varav detta ska vara högt prioriterat, likas utifrån ny regel från Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:44 Det är en grund till att möjliggöra full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Godkända Spol- och diskdesinfektioner	Utförs extern kontroll	Underhåll och validering är gjord av spol- och diskdesinfektioner på samtliga särskilda boenden. Funnits behov av att byta ut spol-desinfektorer då denna inte var tjänlig att använda.	Hög kvalitet utifrån att underhåll och validering utförs kontinuerligt



<p>100 %, samtliga patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år och äldre skall det ha utförts riskbedömning. Åtgärder och uppföljning om risk finns (Senior alert) Fall, Trycksår, Undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion</p>	<p>Följa Riktlinje och rutin vårdprevention med stöd av senior alert.</p> <p>Tvärprofessionella Teamträffar ska hållas varje alternativt varannan vecka.</p> <p>Genomföra utbildning av senior alert utifrån ansvar.</p>	<p>Ej uppfyllt Trots detta har det utförts flera än föregående år varav det är en bra förbättring. Framför allt har riskbedömningar hemsjukvård och korttiden ökat markant</p> <p>Utifrån registrering i senior alert har det ökat till utförs riskbedömningar på 211 unika personer jämfört med 154 föregående år</p> <p>Tvärprofessionella temträffar hålls kontinuerligt inom samtliga enheter. Hemsjukvården har sedan höst skapat struktur i detta utifrån rutin.</p> <p>Ingen enhet har i år genomfört grundutbildning.</p>	<p>Ses en tydlig förbättring av att verksamheterna att arbeta vårdpreventivt och utför riskbedömningar, detta utifrån statistik från dokumentation och senior alert. Anledningen till ökningen inom hemsjukvården är ett aktivt jobb av ansvariga sjuksköterskor. Har även tagits fram en gemensam rutin varav detta har bidragit till att möjliggöra struktur att jobba vårdpreventivt.</p>
---	--	---	--



<p>Säker Läkemedels- hantering</p>	<p>Finns framtagna Riktlinje för läkemedels- hantering hälso-sjuk- vården i skaraborgs- kommuner som ska vara kända och följas. Gå igenom när ssk blir patientansvarig och årligen i samband med extern gransk- ning av apotekare</p> <p>Enhetens Lokala ruti- ner för läkemedels- hantering skall finnas på varje enheter som hanterar läkemedel.</p> <p>Behov av lokala ruti- ner gällande läkeme- delshantering vad som skall följas inom hela verksamheten Rutiner behöver fort- löpande uppdateras och förmedlas årligen och vid behov så att dessa är kända och att det finns strukture- rat i verksamhetens gemensamma intra- nät.</p>	<p>Samtliga sjukskö- terskor har tagit del av riktlinjen under 2025</p> <p>Uppdaterade lokala rutiner för läkeme- delshantering finns på enheterna</p> <p>Skapat en Lokal ru- tin för att tydliggöra det som är specifikt gällande för Tibro kommunal hälso- och sjukvård som inte anges eller skiljer sig från rikt- linjen.</p>	<p>Årshjul varav det möjlig- gjort att det finns uppda- terade lokala rutiner Dock behövs se över den lokala rutiner för att underlätta uppdatering tillika redigera innehållet så det överensstämmer med nuläget. Detta kommer att göras i sam- ban med att riktlinjen uppdateras under 2026</p>
--	---	---	---



	<p>Intern kontroll av MAS Planerad kontroll är utförd inom de enheter där det inte utförts extern granskning. Detta möjliggör en bättre förutsättning för att säkra kvalitet och patientsäkerhet.</p> <p>Extern kontroll 1 ggr /år av tre enheter och gemensam utbildning och genomgång till ssk av legitimerade apotekare</p>	<p>Noteras framför allt ej utförda narkotikakontroller</p> <p>Uppfyllt Extern kontroll har utförts av legitimerad apotekare</p>	<p>Detta är under semestermånaderna varav det beror på att sjuksköterskorna behöver prioritera sina arbetsuppgifter varav detta prioriteras bort</p> <p>Färre anmärkningar generellt och föreslagna åtgärder från föregående granskning varav påvisar att förbättring har skett gällande läkemedelshantering. Förbättringen kan delvis härledas till hög kontinuitet hos patientansvariga sjuksköterskor som är väl insatta i riktlinjer och rutiner gällande läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård.</p>
--	--	---	--



	Åtgärdsplan – Handlingsplan föreslagen av Legitimerad Apotekare	Delvis uppfylld Handlingsplan och åtgärder är omhändertagna, vissa åtgärder är utförda.	
<p>Dokumentation.</p> <p>Öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården</p> <p>Uppnå att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar och lokala rutiner.</p>	<p>Strukturerad journalgranskning tillsammans med regionens primärvård</p> <p>Kollegial journalgranskning utförs</p> <p>Samtliga legitimerad personal ska analysera patientjournalens struktur, innehåll och språk med syftet att den ska vara begriplig, relevant och sökbar. Syftet är även att få en lärande process genom granskning</p>	<p>Delvis uppfyllt Journalgranskning i samverkan med hemsjukvårdsläkare, verksamhetschef Närhälsan och MAS har utförts enligt regionens mall</p> <p>Delvis uppfyllt Granskning av journal för perioden 250101 – 251231. Granskningen har /ska utföras av samtlig legitimerad personal utifrån team, Ssk som arbetar natt har inte utfört granskning</p>	<p>Eftersträva att utföra journalgranskning med samtliga lokala vårdcentraler och att upprätta en kommunal mall utifrån regionens mall då det är regionens journal, dokumentation som granskas</p> <p>Legitimerad personal ser granskningen som ett bra lärande, ser även att dokumentationen har förbättrats dock behövs fortsatt utbildning och så även utveckla verksamhetssystemet med frastexter för att underlätta dokumentationen varav detta då säkerställer fullständig dokumentation</p>



Kollegial granskning med målvärde 80%	Sammanställning av inkomna granskningsunderlag – gemensamt resultat räknas fram för hela hälso- och sjukvården	Ej möjligt att sammanställa utifrån saknade granskningar (två av åtta har inkommit före deadline)	
God Palliativ vård	<p>Mätning av kvalitet genom Palliativa registret Nationella kvalitetsindikationer målvärde</p> <p>80 patienter har under 2025 erhållit palliativ vård i ett sent stadie, 47 patienter är registrerade i palliativa registret</p>	<p>Delvis uppfyllt <i>se bild 1.2</i> Finns förbättringspotential, gällande registrering och åtgärder inom palliativ vård. Fortsatt förbättring gällande smärtskattning och dokumenterad munvård sista levnadsveckan. Dock är det en fortsatt förbättring som behövs utifrån förväntat målvärde. Ny indikator som är symtomskattning sista levnadsvecka varav denna har ett lågt resultat och som behöver jobba vidare med</p> <p>Ett högt resultat gällande att patienten är utan trycksår och så även</p>	<p>En positiv utveckling och förbättring gällande palliativ vård som är ett resultat av att det finns en god kontinuitet av palliativa ombud inom vår verksamhet. Det kommer att möjliggöra ytterligare förbättring och utveckling av den palliativa vården</p> <p>Dock svag registrering i det palliativa registret utifrån att det framkommer i statistiken i verksamhetens journalsystem att det varit 80 patienter som erhållit palliativ vård i ett sent skede men endast 47 patienter registrerade i palliativa registret</p>



<p>Arbetat enligt Nationella palliativa vårdprogram och framtagna vårdförlopp</p>	<p>Palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Genomgång och uppdatera lokala rutiner</p>	<p>mänsklig närvaro i dödsögonblicket</p> <p>Uppfyllt Finns palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Påbörjat och pågående</p>	<p>Palliativa ombudsträffar har hållits kontinuerligt och fortgår kommande år vilket ger positiva utfall.</p> <p>Finns nu representanter från samtlig legitimerade professioner varav Tydliga uppdrag och tid för denna grupp har jobbats med under 2025 för att kunna arbeta, utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården utifrån NVP. Behövs fortsatt arbete kommande år.</p>
<p>Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas</p>	<p>Registrera i BPSD-registret för förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att in-</p>	<p>Uppfyllt</p> <p>Oklart om mål uppfyllt inom hela demensorganisationen</p>	<p>Under 2025 har arbetet med skattningar fortsatt att utvecklats markant, vilket ju siffrorna visar på. Högt antal registreringar vilket påvisar att</p>



<p>utformning Med ett mål av 90%</p>	<p>dividanpassa åtgärder och skapa bemötande plan</p>	<p>203 registreringar under 2025 en markant ökning jämfört med 2024 då utförde 142 registreringar</p> <p>94 av 198 är registrerade av team (minst en usk och en legitimerad vårdpersonal) Av samtliga registreringar har inte arbetsterapeut eller fysioterapeut medverkat</p>	<p>BPSD nu är väl implementerat inom enheterna.</p> <p>Inom Team Bäckliden har registreringarna ökat markant detta beror på en väl inarbetad struktur och att BPSD är en naturlig del i arbetet. Samordnande usk finns även som bevakar registret och aktivt stöttar övrig vårdpersonal i registret.</p> <p>Ökningen kan även härledas till den satsning som utförts på att utbilda vårdpersonal varav detta utförs av egen Cert. utbildare av registret.</p> <p>Orsak till att inte arbetsterapeut och fysioterapeut medverka i teamet är dock oklart. Under 2025 har en arbetsterapeut och två fysioterapeuter utfört utbildningen</p>
--------------------------------------	---	--	--



<p>Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD.</p>	<p>Utföra utbildning inom BPSD</p>	<p>Fem av sex sjuksköterskor har genomfört utbildningen.</p>	<p>På grund av tjänstledighet så nådde vi inte att samtliga sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen. Under 2026 kommer det vara BPSD utbildningar varav detta möjliggör att få samtliga utbildade</p>
---	------------------------------------	--	--



Mål och strategier för kommande år

Kvalitet och patientsäkerhet

Målet för socialförvaltningen är att ge Tibrobon en trygg och säker vård och omsorg. För att nå och bibehålla målet är en strategi kommande år att utgå från framtagna patientsäkerhets handlingsplan och utifrån den uppdaterade nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som Socialstyrelsen Agera för säker vård, 2025–2030 tagit fram i Maj 2025. Handlingsplanen stödjer det systematiska patientsäkerhetsarbetet. För att uppnå målet krävs det ett långsiktigt arbete och är högt prioriterade kommande år inom socialförvaltningens kvalitetsutveckling. Under 2026 kommer den Lokal Handlingsplan 2023–2025 för patientsäkerhet i Tibro kommun redigeras utifrån den senaste nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Systematiskt kvalitetsarbete

Implementering av ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul har varit ett mål senast åren. Det kvarstår som målsättning under 2026, att tydliggöra årshjulet och att få verksamheterna delaktiga i detta arbete.

Avvikelsehantering

Socialförvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Under år 2025 var målet att samtliga avvikelserapporter tas emot och hanteras enligt rutin vilket även har förbättrats. Målet under 2026 är hanteringen av avvikelserapporterna det vill säga – utredning av orsaker och att vidta åtgärder och följa upp av varje enhet. Utbildning inom detta har påbörjats under 2025 vilket även kommer vara under 2026 för att stödja enhetschefer och legitimerad personal

Vårdprevention

Fortsatt implementera och strukturera arbetssättet gällande vårdprevention med stöd av senior alert framför allt inom hemvård och korttidsenhet för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Framkommer att det fortsatt saknas utbildning inom dessa riskområden och hanteringen av registreringen i kvalitetsregistret senior alert i så gott som samtliga enheter varav detta bör vara ett prioriterat område under 2026

Dokumentation

Kommande år kommer fortsatt vara att förbättra dokumentationen genom att fortbilda vård och omsorgspersonal och vidareutveckla vårt lokala system för att både kvalitetssäkra och



effektivisera dokumentationen inom såväl hälso- och sjukvårds dokumentation som SoL dokumentation ”.

Under 2026 kommer vi att vidareutveckla vårt lokala system genom att införa ytterligare Lifecare-moduler.

- HSL-signeringslista – en funktion som underlättar uppföljningen av HSL åtgärder och förbättrar kvaliteten.
- Aktivitetsplanering – ett verktyg för att skapa en översiktlig bild på våra boenden med individuella aktivitetsplaner.

Yrkesresan

Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Yrkesresan kommer att lanseras inom fem områden under perioden 2022–2028. Under 2026 påbörjas yrkesresan äldre för utförare och chefer samt myndighetshandläggare inom funktionsområdet. Yrkesresan fortgår för myndighetshandläggare inom barn och unga och utförare inom funktionshinderområdet.

God och nära vård

Omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta. Denna omställning kommer att fortgå och förvaltningen har beslutat att arbeta personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik kommer vara prioriterat.

Införande av välfärdsteknik

Välfärdsteknik, digitalisering bidrar till att utöka kvalitet och patientsäkerhet varav det är ett stort fokus kommande år att inom socialförvaltningen slutföra och vidareutveckla den välfärdsteknik som implementerats.

Projektet Framtidens vård fortlöper under år 2026 i syfte att tillsammans med övriga pilotkommuner omvärldsbevaka för att kunna kartlägga och analysera när välfärdsteknik är ett gynnsamt alternativ.

Digitala vårdmöten finns även med i kommande årsplan, detta sker i samverkan med regionens primärvård.



Ny Socialtjänstlag

Framåt fokuserar förvaltningen på att skapa fler praktikplatser kopplade till aktivitetskravet för att stärka vägarna mot egen försörjning. Arbetet utvecklas samtidigt för att bättre möta invånare med komplexa behov genom ökad kompetens och mer flexibla arbetssätt. Under 2026 förstärks chefsledet inom Individ och familj för att möta utmaningar och säkra kvalitet och patientsäkerhet. Tibro kommun deltar i SKR:s lärprocess *Framtidens socialtjänst* för att ta del av och bidra till nationell kunskap och utveckling.

Kompetensförsörjning

Kommunen fortsätter arbetet med kompetensförsörjning i form av kompetensmix, digitalisering, fortsatt arbete för framtidens vård och vara en attraktiv arbetsgivare. Detta för att kunna leverera bra kvalitet i våra insatser och omsorg.

Framtida bevakningar

Kommunen fortsätter bevaka vad som händer kring förslagen från samsjuklighetsutredningen och även kring statligt huvudmannaskap för personlig assistans.