

Patientsäkerhetsberättelse för Sölvesborgs kommun År 2025



Datum: 2026-02-17

Ansvarig för innehållet: Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Mona Rantamäki Olsson, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: 2026/7

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



Figur 1:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”

Flera systemfaktorer påverkar patientsäkerheten



Figur 2:

Illustrerar exempel på systemfaktorer som påverkar patientsäkerheten. Patientsäkerheten påverkas, stärks eller utmanas av flera faktorer. Påverkan kan vara direkt eller indirekt och verkar ibland åt båda hållen, exempelvis för kompetensförsörjning och kapacitet.

Innehåll

Sammanfattning.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	14
En god säkerhetskultur.....	15
Adekvat kunskap och kompetens	15
Patienten som medskapare	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
Utredning av händelser – vårdskador/Lex Maria.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Säker vård här och nu.....	25
Riskhantering.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser	27
Klagomål och synpunkter	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	32

Sammanfattning

Under det gångna året har den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för i samma tecken som för 2024 ökat i betydelse och omfattning. Större möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus (mycket relaterat till vårdplatsbrist) med snabbare utskrivning, omställningen till det nationella konceptet ”Nära vård” och en ökande demografisk andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna verklighet är högt prioriterad för kommunens hälso- och sjukvård att adaptera till, det finns samsyn mellan kommunal primärvård och privat/ regional primärvård lokalt även om regionens primärvård antyder bristande stöd i omställningen centralt vilket påverkar kommunen. Satsningar som görs upplevs i viss del felriktade och motsägelsefulla. De satsningar som syftas till är införandet av mobila närsjukvårdsteam som borde föregåtts av dialog och underställts primärvården snarare än slutenvården. Uppsägningen av LOS-avtalet ger upphov till mycket arbete som vi med stöd av statistiska fakta anser inte bero på Sölvesborgs kommun. Fakta så som att belägningsgraden på korttidsboende över året legat på 61%, tillgången på särskilt boende är god med många lediga platser och vi har ett mycket erfaret och väl fungerande hemgångsteam. Likväl arbetar vi med att försöka spetsa oss ytterligare för att göra allt vi kan för att underlätta trygg, säker och snabb hemgång, men, det måste ske i den ordningen.

Senare delen av året och till och från långt innan dess har diskussioner förts angående risker vid planerade servicefönster där vår tillgång till journaler försvinner. Kommunens verksamheters intressen ställs mot varandra där undertecknad fört fram riskerna gällande vår verksamhet som kan leda till patientskador och än värre. Gehöret har varit svalt och vår önskan har varit att genomföra service då vi har våra patientansvariga sjuksköterskor i tjänst för acceptabel riskminimering då dessa känner sina patienter väl. I dagsläget har det kompromissats och servicefönster som påverkar hela kommunen kommer nu genomföras med start 15.00 vilket tvingar PAS:ar att stanna kvar efter arbetstids slut samt förvaltnings IT-samordnare och ledning.

Vi samarbetar med regionens vaccinationsstab och massvaccinerar två gånger årligen enligt föreskrifter. Det är av stor vikt att få en hög vaccinationstäckning för de som uppfyller kriterierna i vår kommun vilket vi har på särskilda boenden men i mindre grad ute i våra ordinära boenden. Samtycke är en grundförutsättning och tydlig information tror jag är nyckeln till högre vaccinationstäckning. Som en kuriositet kan sägas att vi haft ett utbrott av influensa och covid på ett av våra boenden där ingen blev så sjuk att de behövde sjukhusvård samt kunde utbrottet begränsas efter följd rutin där profylax gavs tidigt till icke drabbade och hygien skärptes. Att de som drabbades var vaccinerade gjorde också att symtomen blev mildare och ingen drabbades av svårare komplikationer.

Läkarsamverkan har varit ett fokusområde under 2025 och då främst möjligheterna till hembesök i ordinärt boende. Den privata vårdcentralen löser uppdraget väl. Inbjudan för dialog är planerad. Årligen genomförs en enkätundersökning av Vårdval Blekinge i vilken vi deltagit. Denna säger att rondarbete fungerat väl och de fastslagna sätt vi har för att få kontakt med läkare i övriga ärenden fungerar väl. Undersökningen gällde särskilt boende men kan även appliceras på hemsjukvården. Att läkaren utför sitt medicinska ansvar är en förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Uppsökande verksamhet fortgår och upplevs givande. Personer som uppfyller kriterierna erbjuds hälsosamtal med tvärprofessionell prägel för att möjliggöra att personen kan kvarstanna i sitt ordinära boende längre och känna sig trygg.

Våra indikatorer anger i stort en väl fungerande verksamhet med en passus för basal hygien och klädrutiner som behöver förbättras radikalt. Vi ser också ett sämre resultat i delar som rör palliativ vård vilket måste förbättras kommande år och kommer vara ett prioriterat fokusområde.

Kommande verksamhetsår ser vi framemot som riktigt spännande med förhoppningen om ännu mer tid för preventivt arbete, samarbete och utveckling.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Här beskrivs övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål är att kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Under 2025 har 2025:s nämndmål monitorerats och i dessa mål har vårdgivarens hälso- och sjukvårds-ansvar tydliggjorts. Varje mål har en eller flera indikatorer kopplade till sig vilka är mätbara och godkänd måluppfyllelse finns angivet. Korrigering av indikatorer för 2025 skedde inför 2025.

Indikator	Beskrivning	Resultat
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) ● > 80 % måluppfyllnad	Minst 80 % av personer i särskilt boende med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	61 % (95 %)
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård, andel (%)	Minst 50 % av personer med hemsjukvård med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet.	100 % (0 %)

● > 50 % måluppfyllnad	Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	
Nattfastemätningar i särskilt boende. ● < 11 timmar (medelvärde)	Antalet timmar som en person fastar under natten ska inte överstiga 11 h. Mätmetod: Manuell mätning kvartalsvis.	10h (10,45h) 
Följsamhet till basal hygienrutin och klädregler. ● 90 % av alla åtta steg	Personalens följsamhet ska vara minst 90 %. Mätmetod: PPM-mätning halvårsvis.	48 % (51 %) 
Palliativ vård: Åtta indikatorer för god palliativ vård ska uppfyllas. ● ≥ 92 % måluppfyllnad	Palliativ vård strävar efter att stödja individen att leva med värdighet, med största möjliga välbefinnande och livskvalitet i samband med palliativ vård i sen fas. Indikatorer nedan kommer från SKR:s Palliativregister: 1. Efterlevande-samtal 2. Brytpunkts-samtal 3. Opioider ordinerat vid smärtgenombrott 4. Ängstdämpande ordinerat vid behov 5. Smärtskattning sista levnadsveckan 6. Munhälsobedömning sista levnadsveckan 7. Trycksårs förekomst bedömda vid ankomst 8. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket Mätmetod: Insamling via palliativregistret där genomsnitt tas.	81 % (95 %) 

Organisation och ansvar

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

Här följer en kort beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. I tillägg presenteras även stödfunktioner.

Vård- och Omsorgsnämnd

Vård- och Omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso-och sjukvård (HSL) samt för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Vård- och Omsorgsnämnden ska:

- Fastställa mätbara mål för kvalitetsarbetet inom HSL.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.
- Utse verksamhetschef för HSL och fastställa deras skyldigheter och befogenheter samt säkerställa samverkansformer mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef för HSL.

Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utses av Vård- och Omsorgsnämnden. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses vilket innebär att Verksamhetschef har ett övergripande ansvar över:

- Lokaler, teknik, personal samt verksamheten inom hälso- och sjukvården.
- Att operativa mätbara verksamhetsmål formuleras samt att målen uppnås.
- Att verkställa patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- Att utfallet av mätningar analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad specialistsjuksköterska som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen, PDL (2008:355).
- Beslut om att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är förenliga med säkerhet för patienten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Utreda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada enligt Lex Maria.
- Ansvara att ta fram rutiner för rapporteringsskyldigheten.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten.
- Upprätta och uppdatera rutiner samt processer utifrån gällande lagstiftning.
- Det finns behövliga direktiv och instruktioner för rehabiliteringsverksamheten.

- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen.
- Att det finns rutiner kring medicintekniska hjälpmedel som följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer
- Att hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Utredda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel.

Enhetschefer för legitimerad personal

- Ansvarar för att personalen får adekvat vidareutbildning för att möta kommande vårdbehov och krav.
- Ansvarar för att MAS och MAR:s riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.
- Analyserar och vidtar åtgärder vid avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Samverkar med interna och externa aktörer för att tillgodose att patienternas vård ges på rätt vårdnivå.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och att systematiskt utveckla verksamheten:

- Arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ge en sakkunnig och omsorgsfull vård
- Enbart delegera när det är i enlighet med god och säker vård
- Bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, bland annat genom att rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren
- Även omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder en legitimerad yrkesutövare t.ex. med en delegerad arbetsuppgift och är då enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har även rapporteringsskyldighet.

Läkare

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), 12 kap. 3 §

Patienter ska erbjudas en god och säker vård av hög kvalitet (HSL 2017:30). För att förvaltningen ska kunna leva upp till detta är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal:

Sölvesborgs vårdcentral och Valjehälsans vårdcentral ansvarar för läkarkompetensen i Sölvesborgs kommun. Sölvesborgs vårdcentral har i sin tur en överenskommelse med regionens läkarbil för vissa

av deras ansvarsområden men har alltid huvudansvaret. Regionens läkare har inget ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Enhetschef särskilt boende, hemtjänst och funktionshindersomsorgen

- Ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna.
- Ansvarar för att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- Ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Ansvarar för att basala hygienrutinen är väl förankrad och följs av personalen.
- Ansvarar för att nyanställd personal innehar basal kompetens som undersköterska (gäller SäBo och hemtjänst).
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten. Här ingår fastställda utbildningar som är återkommande.

Stödfunktioner

- Smittskydd, Region Blekinge. Genom kontinuerlig samverkan, utarbetande av länsövergripande riktlinjer och rutiner, smittspårning och övervakning av epidemier.
- Vårdhygien, Region Blekinge, genom hygienronder, rådgivning i vårdhygieniska frågor samt undervisningsmaterial.
- Patientnämnden, Region Blekinge, genom att i samråd med Omsorgsförvaltningen hjälpa patienter och anhöriga om de upplever problem med den vård och omsorg de mottagit. Upplevelserna återförs till vården och är en del av vårt systematiska kvalitetsarbete kring patientsäkerhet och god och säker vård.
- IT-samordnare, för att verksamheten ska kunna använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter och skapa patientsäker dokumentation och informationshantering.
- Kris- och beredskapssamordnare genom krissamverkan i samband med pandemin.
- Kommunikation: genom att med kommunikationsinsatser och rådgivning tydliggöra budskap från rutiner och riktlinjer och underlätta för patienter, medarbetare och anhöriga att ta till sig informationen.
- Folktandvården, genom utförande av tandvård samt tillsyn och utbildning gällande munhälsa och munvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande grupper och funktioner samverkar för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerhetsgrupp (sammanslagen med förvaltningsledningsgrupp)

Verksamhetschef för HSL, SäBo, Htj, MAS, MAR, kvalitetsutvecklare SoL. Syftet är att övergripande redovisa resultat, besluta om fokusområden utifrån identifierade förbättringsområden och samverka i stort med ett tydligt lärande över områdena. Frekvens: Var 4e vecka.

Motsvarande arbete görs vid träff med LSS verksamhetschef och enhetschefer med samma frekvens. Kontinuerligt samarbete med kvalitetsutvecklare LSS.

AT/FT dialogmöten

Kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har professionsvisa dialogmöten med Blekingesjukhuset samt vårdcentraler där även berörda chefer deltar. Syftet är att förbättra samverkan och därmed bidra till säkra utskrivningar. (Frekvens 2 ggr/år för resp profession)

IT samordningsgrupp

IT-strateg Vård- och omsorgsförvaltning, IT- strateg för Arbete- och välfärdsförvaltningen träffas tillsammans med MAS. Syftet är att identifiera risker såväl som utveckla verksamheten utifrån IT-stöd till verksamheten. Frekvens: Var 6e vecka.

HSL ledningsgrupp

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Enhetschefer för legitimerad personal samt MAS ingår i ledningsgrupp för hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen planerar och utvecklar hälso- och sjukvården och arbetar för en ökad patientsäkerhet inom ramen för vårdgivarens ansvar. Frekvens: Varje vecka.

Medicinskt ansvariga i Blekinge

Länsövergripande kontinuerlig samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering med fysiska möten varje månad. Syftet är att planera, utveckla och systematisera det länsövergripande patientsäkerhetsarbetet. Frekvens: En heldag varje månad.

Smittskydd

Länsövergripande samverkan relaterad till årstid och smittor med smittskyddsläkare, chefsläkare över länets vårdcentraler, samordnare för Regionens läkarbil samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Blekinge. Syftet är att öka patientsäkerheten under perioder med högre förekomst av smitta i samhället. Frekvens: Varierar med hänsyn till läge.

Vaccinationsstab

Länsövergripande samverkan relaterad till vaccinationsperioder höst och vår.

Vårdcentralerna

Vårdcentralerna och kommunens HSL-ledning samverkar kring läkarinsatserna som vårdcentralerna ansvarar för. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal och berörda verksamheter har ansvar att samverka och följa ingångna avtal för att patientsäkra vården. Frekvens: Fyra gånger/år.

Timansstenar

I vardag delas nya rutiner kontinuerligt med Timansstenar (som själva väljer om eller hur de använder dessa), samverkan sker avseende punktprevalensmätningar. Samverkan sker då behov uppstår, oftast kopplat till oönskade händelser som hanteras i avvikelssystem. MAS har även en kontinuerlig dialog med verksamhetens MAS. Frekvens: Fyra gånger/år.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett rådgivande organ vars uppdrag är att verka för säker samt vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i Blekinge. Läkemedelskommittén ger obunden läkemedelsinformation, utbildning till vårdpersonal samt skapar rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska gå till. Frekvens: Två gånger per år.

Uppsökande tandvård

Målgruppen som har stort och långvarigt behov av sjukvård och omsorg har rätt att bli erbjuden uppsökande tandvård, munhälsobedömning, som utförs av Folktandvården. MAS för en regelbunden dialog med regionens tandhygienister för att säkerställa god kvalitet i munhälsa. Munhälsa är ett område vi behöver förbättra och vi ser vinst i att utveckla samarbetet med folktandvården ytterligare.

Lagen om samverkan (LOS)

En överenskommelse som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Blekinge och kommunerna i länet. Överenskommelsen bygger på lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) som syftar till att fastställa ansvarsfördelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård och kommunal vård- och omsorg.

Sölvesborg har ett tvärprofessionellt och mycket väl fungerande hemgångsteam bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut som arbetar lokalt och i samverkan med öppenvården. Blekinge har en länsgemensam rutin för att trygga informationshantering och ett gemensamt elektroniskt vårdplaneringssystem, Link. Idag fungerar följsamheten till Blekingerutinen som innefattar Link bristfälligt vilket inverkar negativt på patientsäkerheten och kvalitet i vårdövergångar. Arbetet med att belysa problemen fortgår kontinuerligt i dialog med regionen. Sölvesborg har mycket tillfredsställande siffror som anger att Sölvesborg tar hem sina patienter inom ramen för LOS med god marginal. LOS avtalet mellan kommuner och region är i dagsläget uppsagt från regionens sida men fortlöper under 2026 då uppsägningstiden är ett år.

Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan sker tillsammans med patient om insatser från Regionen och Sölvesborgs kommun behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, säkerställa en hållbar och trygg hemgång, eller att den enskilde önskar en samordning av sina insatser. SIP ger den enskilde ett ökat inflytande och blir därmed mer delaktig i sina vård- och omsorgsinsatser. SIP utförs oftast före hemgång (men kan i sällsynta fall utföras efter hemgång) från sjukhus och oftast då patienten är okänd för kommunen sedan tidigare eller vårdbehovet ändrats markant.

Beslutsstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska användas vid försämrning av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå.

I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret.

Nationell patientöversikt, NPÖ

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten genom att behörig vårdpersonal kan ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem.

Ledningssamverkan vård- och omsorg, LSVO

LSVO:s strategiska ledningsgrupp samt fyra operativa verksamhetsgrupper, äldre/somatik, IFO/psykisk hälsa/funktionshinder, FoU samt E-hälsa samverkar länsövergripande i syfte att tillförsäkra Blekinges invånare en god hälsa. Tidigare representerade en medicinskt ansvarig för sjukvård respektive rehab från de fem kommunerna vilket gav insyn och möjlighet till påverkan på en strategisk nivå. Sedan den organisatoriska förändringen som trädde i kraft efter sommaren 2025 är de medicinskt ansvariga ej längre del i detta efter omröstning i dåvarande grupp med majoritet från region Blekinge.

Nationell kunskapsstyrning i nationella programområden (NPO)

I arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden finns kommunerna med som representant. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet och är en samverkan mellan region och kommuner. Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Åtta nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationellt gemensamma arbete inom flera olika områden. Kommunen deltar i Regional arbetsgrupp och genom lokala arbetsgrupper i processen att skapa en jämlik vård med hög kvalitet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Nedan följer en kort redogörelse över åtgärder som vidtagits för att förbättra informationssäkerheten.

Journalgranskning

Granskning av arbetsterapeuters och fysioterapeuters journaldokumentation visar överlag på ett gott och tillfredsställande resultat. Granskningen visar på god användning av hälsoplaner vilket gör att fler anteckningar kopplas till rätt plan och därmed fås en tydligare överblick och en ”röd tråd” mellan bedömda behov och vidtagna åtgärder.

Vid granskning av rehabprofessionernas dokumenterade bedömningar framkommer att ospecificerad bedömning genom intervju/observation är de vanligast förekommande bedömningsmetoderna. Användning av icke-standardiserade bedömningsmetoder medför bl.a. risk för ojämlika bedömningar, varför detta är ett fortsatt förbättringsområde under som hanteras länsövergripande. Identifierade förbättringsområden avseende journalens innehåll är även dokumentation av patientens resp. närståendes delaktighet likaså dokumentation av status enligt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

Journalgranskning av sjuksköterskors dokumentation har genomförts av EC HSL hemsjukvård (ej särskilt boende) i journalsystem LifeCare. Under året är 2st SSK fortsatt frikopplade för utveckling av dokumentationen. Just nu arbetas mycket med standardvårdplaner. Flertalet utbildningar i Lifecare har genomförts under året, både på individnivå och grupp.

EC HSL har journalgranskat några journaler kopplade till hemsjukvården och identifierat att vi fortsatt har bristfällig dokumentation gällande kommunikation och våra uppföljningar. Dock är det bättre resultat

gällande ICF dokumentationen och vårdplaner vilket är glädjande (ICF står för Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det täcker kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet och omgivningsfaktorer.)

Under året har vi under avvikelshantering uppmärksammats avsaknad av dokumentation - detta har lyfts med vederbörande SSK och åtgärder har vidtagits.

En polisanmälan gjord p.g.a. misstänkt brott mot patientdatalagen.

Vårdgivaren använder sig av säker e-posthantering (krypterade mail) när kommunikation som är av känslig karaktär behöver ske externt. Internt används meddelandefunktion i vårdinformationssystemet Lifecare.

Loggkontroll

Loggkontroll är anbefallt av lag och ny rutin har i samråd med IT-samordnare tagits fram med tydliga handlingsplaner vid misstänkta överträdelser. Syftet med loggkontrollerna är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet. Personalen informeras vid anställning om att loggkontroller görs regelbundet i våra system.

SITHS

Elektronisk identifiering för säker identifiering av personer och system inom region, kommun, privata vårdgivare och statliga myndigheter har byggts ut ytterligare inom verksamheten och numer är biståndshandläggarna utrustade med SITHS-kort.

En god säkerhetskultur

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

Vi kommunicerar tydligt i samband med arbetsplatsträffar och möten mellan sjuksköterskor och MAS vikten av att skriva avvikelser, lära av varandra och ha högt i tak utan prestige. Patientsäkerhetsfrågor diskuteras på strategisk nivå för att styra insatser strukturerat. Avstämning av personalens övergripande förmåga diskuteras i ledningsgrupp och åtgärder görs för att balansera tyngden så att risken för misstag minimeras, arbetsmiljön är en av delarna i denna process. Processteam bildas kontinuerligt med tvärprofessionell profil utifrån identifierade behov av revidering eller tillförande av nya rutiner. Medarbetarenkät och riskanalys genomförs årligen angående psykosocial arbetsmiljö, utvärderas och åtgärder planeras vid behov.



Adekvat kunskap och kompetens

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

I spåren av pandemin har en tidigare aktiv arbetsgrupp för kompetensförsörjning försvunnit och behovet att ta fram en ny arbetsgrupp för att se hur vi kan arbeta med detta strategiskt, taktiskt och i samverkan med övriga kommuner i länet samt regionen har lyfts upp, arbetet är påbörjat via



LSVO (Lednings samverkan vård- och omsorg) men ännu ej avslutat. Kontinuerlig scanning av verksamheten sker med syfte att detektera förbättringsområden, avvikelser analyseras för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. En grundidé är att verksamheten autonomt hittar och nyttjar befintlig kompetens. Bemanning och schemaläggning innebär en ökande utmaning då försörjningen av legitimerad personal såväl som undersköterskor blir allt svårare. Ett aktivt arbete med bemanningen görs utifrån riskbedömningar för att överbrygga risker och strävan är att erfaren personal finns på varje arbetspass. Prioriteringar har tvingats göras i perioder kopplat till hög vårdtyngd. Verksamheten har sedan tidigare förstärkt jourtid (kvällar) för sjuksköterskor men ser att tyngden ökat dagtid på helger och extra sjuksköterskor har fått kallas in i perioder. Verksamheten ser också fortsatt ett behov av kvalitetsutvecklare med adekvat utbildning och bakgrund för att systematiskt arbeta med kompetensförsörjning och bedriva kvalitetsarbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En delaktig patient bidrar till säker vård. Ambitionen är att vården utformas och genomförs så långt som möjligt i samråd med patienten:

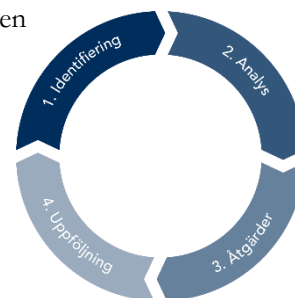
- Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska i syfte att skapa en högre kontinuitet och tillgänglighet vilket är viktiga framgångsfaktorer för patientdelaktighet.
- Varje patient får individuellt anpassad information då kunskap och insikt är en förutsättning för att vara delaktig i sin vård, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.
- Varje patient är en del av det tvärprofessionella vårdteamet och teamet är inte komplett utan patientens perspektiv. Varje medarbetare i verksamheten har ett ansvar för att involvera och lyssna på patienten.
- Varje patient har möjlighet att ha sin närstående involverad i sin vård och behandling. Det är i första hand patienten som avgör vem som räknas som närstående.
- Varje patient styr vilka yrkeskategorier och vilka vårdgivare som får ta del av vårdinformation genom att lämna samtycke till informationsöverföring. Samtycke lämnas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ och kvalitetsregister.
- Varje patient med insatser både från kommun och region har rätt att initiera en samordnad individuell vårdplanering.
- Varje patient som inte är nöjd med sin vård och behandling kan lämna synpunkter och klagomål.
- Enkät för kundnöjdhet görs kontinuerligt och analyseras på ledningsnivå.
- Från slutet av 2024 och under 2025 har leg. HSL-personal erbjudit personer på LSS-gruppboende hälsosamtal innehållande bl.a. rådgivning gällande goda levnadsvanor och hälsofrämjande åtgärder. Utvärderingen visar på positiva erfarenheter och arbetssättet möjliggör även tidig identifiering av andra behov eller risker, vilket exempelvis medfört att fallförebyggande åtgärder kunnat sättas in i ett tidigt skede. Arbetet fortsätter med mål att årligen kunna erbjuda hälsosamtal till personer på LSS-gruppboenden i kommunen.

Information om hur patienter och närstående upplever sin vård insamlas främst från klagomålshanteringen. Klagomålshanteringen är sedan en längre tid digitaliserad med e-tjänst. Denna åtgärd har inte resulterat i fler klagomål.

Agera för säker vård

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

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



Kvalitetsområden

Egenkontrollplan med de kvalitetsområden som identifierats och som systematiskt ska kontrolleras i syfte att öka patientsäkerheten för den kommunala verksamheten återfinns på sida 6-7 och presenteras utförligare nedan:

Senior alert: Risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert riskbedöms alla äldre som möter vård och omsorg. Det är ett förebyggande verktyg som syftar till att minska vårdskador¹ och öka patientsäkerheten. Då en risk uppmärksammas sätts förebyggande åtgärder in och dessa ska utvärderas efter 6 månader.

Totalt har 130 (159) unika patienter riskbedömts och antalet registreringar uppgår till 194 (258):

- Risk för fall: Fall utgör en stor fara för att en person blir långvarigt försvagad eller skadad. Faktorer som ökar fallrisken är nedsatt balans och muskelstyrka, användning av vissa läkemedel, undernäring, demens och nedsatt kognition, nedsatt syn eller fel glasögon, tidigare fallhändelse och rädsla för att falla, dålig belysning samt hala eller ojämna golv.
- Risk för undernäring: Undernäring, definieras som en näringsrubbnings och kan leda till en försämrad kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp. Riskbedömningen görs utifrån tre bedömningspunkter; ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt.
- Risk för trycksår: Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande. Trycksår räknas som en vårdskada om det kunnat förhindras.
- Risk för ohälsa i munnen: Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligare med stigande ålder. Muntorrhet och oförmågan att göra ordentligt rent i munnen är riskfaktorer. Munvård är en del i den dagliga omvårdnaden.

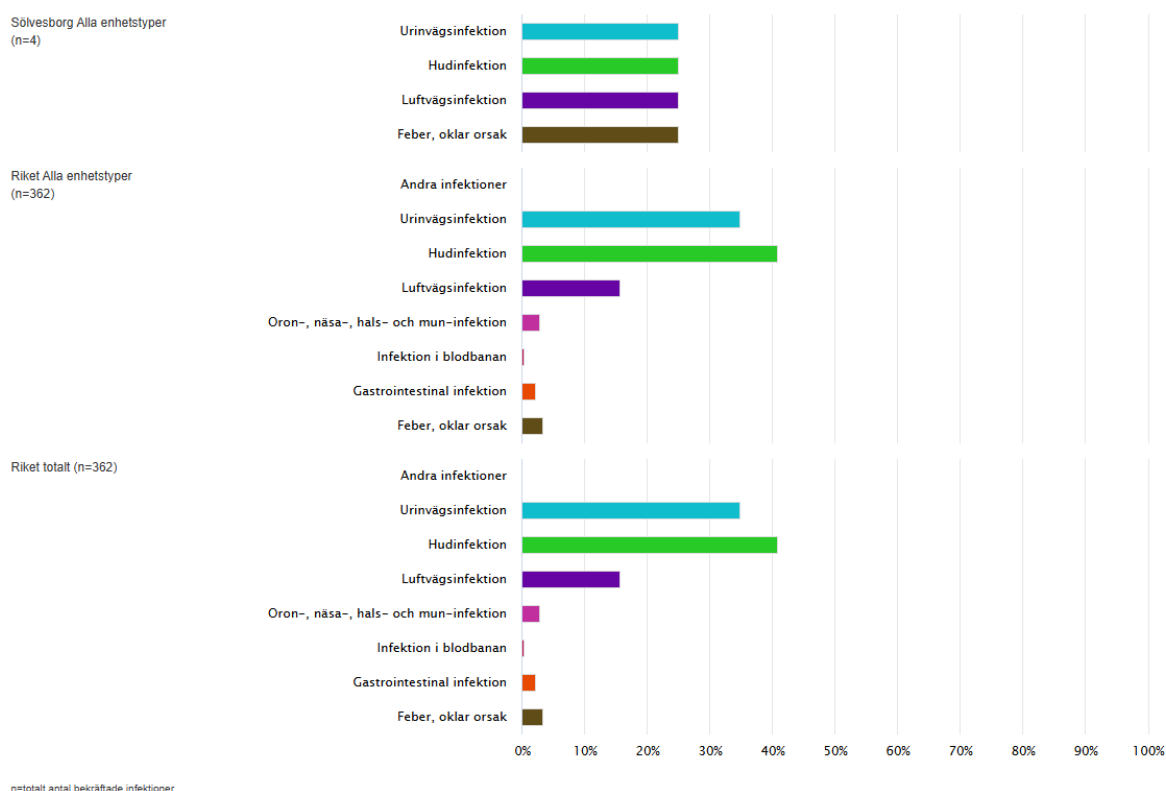
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Svenska HALT utför punktprevalensmätning (PPM) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Målsättningen är att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg så att förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende kan inventeras som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Mätningen görs en gång om året i kvalitetsregistret Senior alert. Sölvesborgs kommun har deltagit 2025.

Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen för Sölvesborgs kommun SäBo var 107st.

Sammanfattningsvis är resultatet som riket i stort och preventivt arbete utvärderas kontinuerligt i form av kontroller följsamhet till basal hygien och kontroller handhavande i olika vårdmoment.

Bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (VRI) - fördelning per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt
 Kommun: Sölvesborg. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Figur 3: Stapeldiagram över andelen och typ av infektioner i jämförelse med övriga riket.

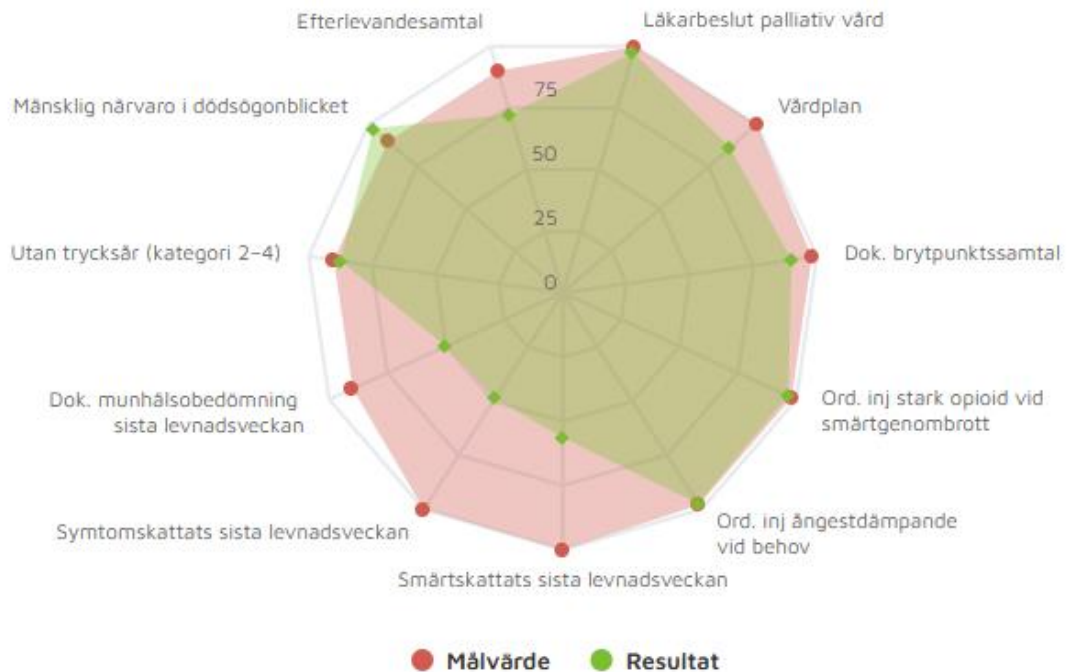
Palliativ vård

Svenska palliativregistret mäter på patientnivå hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Denna information möjliggör ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Följande kvalitetsområden mäts:

- Efterlevandesamtal
- Brytpunktssamtal
- Opioider ordinerat vid smärtgenombrott
- Ångestdämpande ordinerat vid behov
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Trycksår
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



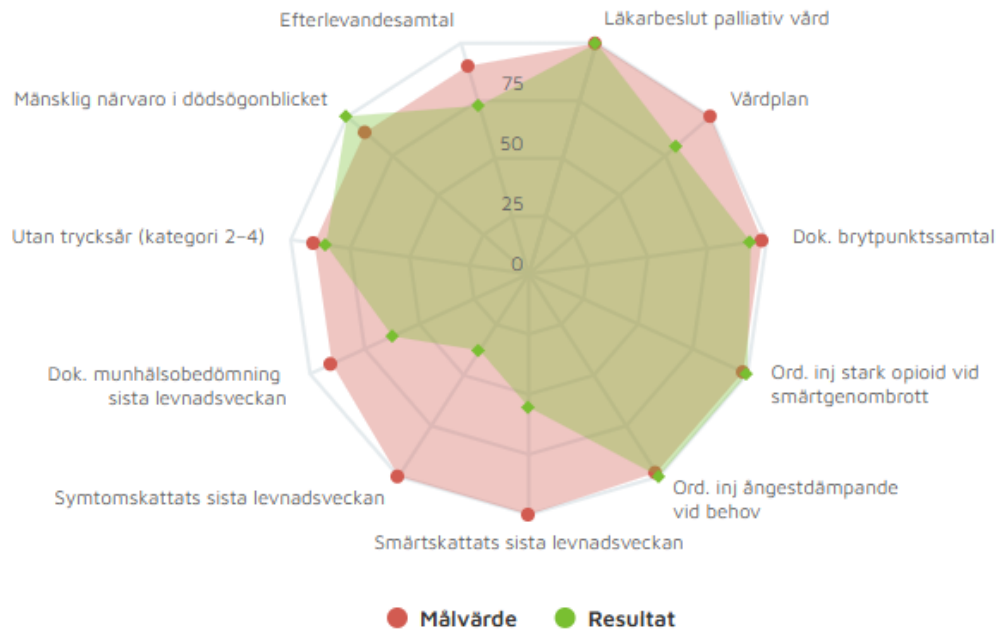
Figur 4: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Palliativ vård. Det röda målvärdet är Socialstyrelsens mål för en god vård i livets slutskede. Det gröna fältet visar kommunens resultat.

Utvecklingsområden i Vård- och omsorgsförvaltningen är smärtskattning, symtomskattning och munhälsobedömningar under patientens sista levnadsvecka. Dessa kvarstår från 2024 då resultatet ännu bedöms ha förbättringspotential. Munhälsobedömningar utförs men inte i den omfattning att det går att dokumentera det som en fullständig bedömning vilket skulle kunna vara en felkälla till sviktande resultat. Vid direkt fråga till sjuksköterskorna framkommer att omfattningen begränsas av patientens vilja att delta vilket såklart måste respekteras. Smärtskattning och symtomskattning behöver förbättras 2026. Sammantaget uppfyller verksamheten ej indikatorn på ett tillfredsställande sätt.

Resultat 2024 för jämförelse

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa patienter i hela landet.

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av patienter med en demenssjukdom och kan bestå i t.ex. aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Då symtomen minskar välbefinnandet är det viktigt att hitta sätt att förebygga, lindra och bemöta dessa på bästa sätt.

BPSD-utbildningar har återupptagits och fortgår kontinuerligt. Metodutvecklare SoL har fått i uppdrag att inventera samt utbilda samtlig personal under 2026. Utbildning av BPSD-administratörer påbörjades under hösten 2025 då första gruppen gick sin utbildning och andra gruppen startade i november. Sista och tredje gruppen kommer att gå utbildningen i februari.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning utförs två gånger årligen. Syftet är att, med hjälp av observationsstudier, mäta följsamheten i verksamheterna då detta är fundamentalt i ett förebyggande arbete mot smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Förvaltningen lever inte upp till målen med 90 % följsamhet i PPM-mätningarna. Utförligare presentation under ”Tillförlitliga och säkra system och processer”.

Nattfasta

God nutrition ska ses som en del av den medicinska behandlingen och det är nattfastans längd som används som en kvalitetsindikator för en god vård och hög patientsäkerhet. Rekommendationen är att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar vilket skulle bidra med ett flertal hälsoeffekter t.ex. bibehållen muskelmassa, jämnare blodsocker, mer energi till fysisk aktivitet, förbättrad sårhäkning, fallprevention, förebyggande av förstoppning och bättre sömn.

Nattfastemätningar genomförs fyra gånger per år på Särskilda boenden och har ett tillfredsställande resultat 2025.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Här följer en sammanfattande beskrivning av arbetssätt, samarbeten och åtgärder som haft betydelse för att förbättra patientsäkerhetsarbetet under året.



Är vården säker idag?

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada². Vårdgivarna är skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. I Sölvesborgs kommun är det MAS som utreder och följer upp händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Utredning av händelser – vårdskador/ Lex Maria

Under 2025 har två händelser bedömts som allvarliga och anmälts enligt Lex Maria.

Händelse 1: Anmälan handlar om en händelse där en brukare blev medvetlös på grund av otillräcklig syretillförsel.	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Bristande kontroll av medskickad utrustning från sjukhuset. Syrgasgrimman var underdimensionerad.
Åtgärder	Genomgång samtliga förråd för att säkerställa att sådana grimmor ej finns hos oss. Medvetandegjort sjukhuset som vårdade och sannolikt skickade med fel sorts gramma. Informerat samtliga sjuksköterskor som tar emot patienter med gramma att kontrollera noggrant.
Lärande	Större misstänksamhet mot medskickad medicinteknisk utrustning.
Uppföljning	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för beslutet Ivo bedömer att vårdgivaren, efter begärd komplettering har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunde medfört en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande sker igen.
Händelse 2	Anmälan handlar bristande följsamhet till rutin samt bristande hantering vid samtal från hemtjänst till jourhavande sjuksköterska avseende medvetandesänkt person med endast hemtjänstinsatser
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Undertecknad konstaterar att Kommunen har rutin som säger att personal ska kontakta sjuksköterska vid förändrat mående och eller beteende samt tydliga kontaktvägar för ändamålet. Hemtjänstpersonalen följde denna rutin men missade att de skulle kontakta 1177 eller 112 som rutin anger då

² En allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

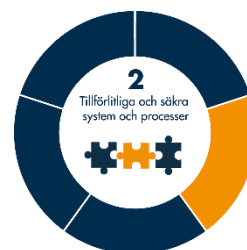
	personen saknade hemsjukvård (endast hemtjänstinsatser). Kommunen har också rutin att hemtjänstpersonal ska samla in vitalparametrar före kontakt med sjuksköterska (samt rapportera med SBAR som stöd) alternativt i samband med kontakt vilket inte gjordes, ej heller bad sjuksköterskan om dessa parametrar. Utrustning för insamlande av parametrar samt rapport enligt SBAR finns i varje hemtjänstgrupp. Sjuksköterskan hänvisade heller inte hemtjänstpersonalen till 1177/ 112. Vid intervju med sjuksköterska framkommer att hen är införstådd med att hen borde hänvisat till 1177 eller 112. Sjuksköterskan hade ingen vetskap om sjukdomsbakgrund (patienten var insulinbehandlad diabetiker). Sjuksköterskan dokumenterade ej heller vilket hen skulle gjort om hen följt lag vilket hen medger var fel.
Åtgärder	Samtal med sjuksköterska är genomfört som inser att hen agerat fel. Händelsen är lyft med hemtjänstpersonalen och rutinen som behandlar kontakt och kontaktvägar med sjuksköterska är genomgången samt rutinen som behandlar insamlande av vitalparametrar och användandet av SBAR.
Lärande	Undertecknad (medicinskt ansvarig) som granskat och utrett händelsen tillsammans med berörda enhetschefer ser ingen systembrist då rutiner finns som täcker händelsen samt är kända av kommunens verksamheter. Lagstiftningen gällande dokumentation är också grund i hur en legitimerad ska dokumentera samt när. Undertecknad anar en brist på individnivå hos tjänstgörande jourhavande sjuksköterska som borde tillsett att personen blev akut bedömd antingen av sjuksköterska själv eller tillsett att ambulans tillkallades. Sjuksköterskan borde också ha journalfört kontakten och råden som gavs. Tjänstgörande hemtjänstpersonal brast i rutin så till vida att de skulle ringt 112 direkt vid konstaterandet av medvetandesänkningen men undertecknad ser mildrande på detta då de ringde sjuksköterska som rutin delvis anger samt dokumenterade på ett bra sätt.
Uppföljning	Anmälan har i skrivande stund ej behandlats av IVO.

Då händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada träder en rutin med tillhörande process in och händelseanalys utförs enligt givna frågor och direktiv. Som en del av processen följs sedan händelse och åtgärder upp.

De händelser som upptäckts och utretts har upptäckts inom rimlig tid och rapporterats direkt.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
----------------------------------	---

Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	Systematik i kvalitetsarbetet har en fortsatt utvecklingspotential och ytterligare insatser på att implementera arbetssättet behövs. I samband med egenkontroller, riskbedömningar och avvikelshantering genomförs inte en strukturerad sammanställning och analys på enheterna vilket innebär att central sammanställning och ett brett lärande i organisationen uteblir. Även förutsättningar till ett förebyggande arbete försvåras då mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan sammanställas. Förbättringsarbete: Förvaltningsövergripande rutin för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas har kommunicerats och finns i förvaltningens ledningssystem sedan våren 2020. Förändringar i arbetet med kvalitetsledningssystemet Stratsys har tillsammans gjorts och implementeras under 2024/ 2025.
Riskhantering	Systematik i kvalitetsarbetet har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: En ny förvaltningsövergripande rutin för riskhantering kommunicerades ut våren 2021, denna har under 2024 förbättrats ytterligare och lyfts i möte med verksamheterna och finns i ledningssystemet.
Avvikelsehantering	Systematik i kvalitetsarbetet (se ovan) har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: Handläggningen av avvikelser behöver skyndas på. Utredningar ligger kvar utan att avslutas vilket nedför att vi inte kan få en komplett helhet av förekommande avvikelser.
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Att tillämpa basala hygienrutiner i all vård och omsorg är en förebyggande insats som syftar till att förhindra smittöverföring och VRI (vårdrelaterade infektioner). Verksamheterna uppnår inte omsorgsnämndens målsättning trots ett intensivt förbättringsarbete under pandemin. Resultatet har om än knappt, försämrats även under 2025. 1:a oktober 2022 lagstadgades att utbildning i hygien ska ske årligen av alla omvårdnadsnära personal. - Riktade utbildningsinsatser har gjorts under året vid två tillfällen som innefattat all hemtjänstpersonal. - Fortsatt förbättringsarbete omfattar förutom en ökad följsamhet till basal hygienrutin även att öka deltagandet i egenkontrollen.
Läkarsamverkan	Läkarsamverkan fungerar bra, rutiner avseende samverkan och kontakter har förbättrats i samband med införande av "Karlshamnsmodellen" som penetrerat frågor som kontaktvägar, kommunikationsverktyget Link och läkemedelshantering. Förbättringsarbete som genomförts är: - Kontinuerlig samverkan med ansvariga vårdcentraler. - Enkät till SSK i syfte att tydliggöra brister i samverkan initierad av Hälsoval Blekinge. Resultatet för 2024 visar på god medverkan gällande SäBo. Resultat för 2025 saknas i skrivande stund.
Kommunikation	Införande av digitala säkra videosamtal har genomförts men används i princip inte. Ett omtag kommer göras under kommande vår.

Figur 5. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom MTO i förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Munhälsa	Totalt genomfördes 150 (161 erbjöds totalt) munhälsobedömningar i kommunen, kommunala såväl som privata boenden inräknat. Av dessa hade 78 brukare eller 52 % (60 %) en bra munhälsa. 72 brukare eller 48 % (40 %) hade en dålig munhälsa och 11 brukare avstod, medverkade ej eller missade av olika anledningar möjligheten till munhälsobedömning. Målbilden är att minst 70% ska ha en bra munhälsa. Föreslagna åtgärder 2026 • Samtlig omvårdnadspersonal ska gå Socialstyrelsens webb-utbildning och vägledning för munhälsa som ligger i ledningssystemet. • Samtlig omvårdnadspersonal ska se film om ROAG som ligger på ledningssidan HSL Munvård. • Samtliga ska läsa igenom rutinen för munhälsa som finns i ledningssystemet. • Fortsätta använda ROAG kontinuerligt enligt direktiv som framgår i rutinen för munvård. • Åtgärder ska föras in i genomförandeplan. • Målbild att 70 % av våra äldre ska ha en bra munhälsa enligt ROAG. • Munhälsoombud på SäBo. Dessa kan beredas extra utbildning och skulle kunna fungera som ambassadörer samt genomföra egen bedömning på enheten och rapportera resultat till MAS och EC för snabbare möjlighet till aktiviteter.
Kommunikation	Brister i informationsöverföringen innebär en stor risk inom hälso- och sjukvård. Bra kommunikation förebygger avvikelser! Idag saknas ett gemensamt avvikelssystem samt tillräckligt informationsflöde i NPÖ (nationell patientöversikt) mellan vårdgivare i länet och mellan HSL- och SoL-personal vilket utgör en risk där stödsystem är viktiga. Förbättringsarbeten: • Remisser, som är en viktig kommunikationsform i hälso- och sjukvården, används inte fullt ut idag. Kommunens demenssjuksköterska dokumenterar idag t.ex. direkt i regionens journalsystem istället för att skicka remissvar. • Utveckla vad som kan och ska delas i NPÖ • Fortsatt påverka regionen för en godtagbar följsamhet till processen för in- och utskrivning.

Digital signering läkemedel	Digital signering läkemedel har som syfte att öka patientsäkerhet genom att utgöra en kontroll för att ordinerade läkemedel ges i rätt tid av rätt person och med rätt kompetens. Digital signering läkemedel ger en enkel översikt avseende delegeringar, behov av förnyad delegering och underlättar journalföring. Det här minimerar risk att behovsmedicin ges i för hög omfattning eller med för kort tidsintervall. Idag kan inte befintligt system hantera behovsmedicin avseende narkotiska preparat. Förbättringsarbete: Behovet av digitalisering av signering läkemedel är kommunicerat till ledning. Detta har åtgärdats under 2025 och tillämpas nu överallt. Vi inväntar möjlighet
Digitala läkemedelsskåp	Digitala app-styrda läkemedelsskåp till de patienter där kommunen har övertagit läkemedelsansvar är högt prioriterat och försvårar möjligheten till att läkemedel kommer i orätta händer. Logg kan tas ut och analyseras vid behov. Inringning av antal personer med tillgång förenklas och kan följas på ett effektivt sätt. Byte till ändamålsriktiga skåp är färdigt inom förvaltningen men ej fullt ut på arbete- och välfärd som vår HSL har ett ansvar i.

Figur 6. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser bör definiera verksamhetens svagheter så att ett proaktivt arbetssätt möjliggörs.

Här följer en beskrivning över hur risker för vårdskador hanteras inom verksamheten.

Riskhantering	Hur risken för vårdskador hanteras i verksamheten
Riskbedömningar som utförs systematiskt	- Alla patienter ska riskbedömas enligt modell Senior Alert. Vid behov sätts adekvata åtgärder in och uppföljning sker för att säkerställa att åtgärderna haft önskad effekt. - Sjuksköterskor utför riskbedömning inför utbildning delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. - Arbeterapeut och fysioterapeut utför riskbedömning om viss specifik rehabilitering kan överlåtas till omvårdnadspersonal. - Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel föregås alltid av en riskbedömning av legitimerad personal.
Riskhantering i avvikelssystemet	Arbetet kring riskanalyser hanteras idag inte systematiskt och en övergripande sammanställning och en fullständig analys över identifierade risker i förvaltningen är därför inte möjlig.

Figur 7. Sammanställning över hur risken för vårdskador har hanterats i verksamheten under 2024.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Områden för förbättring som identifierats och där adekvata åtgärder satts in för att bidra till utveckling inom verksamheterna har presenterats ovan. Informationskällor har främst varit utredningar enligt Lex Maria, nationella register, egenkontroller samt strukturerad samverkan och dialog. Att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering i förvaltningen är ett utvecklingsområde som, då arbetssättet är brett implementerat, kommer att bidra till värdefull information och möjlighet till verksamhetsutveckling och lärande. Från 2022 finns möjlighet att dokumentera enheternas risk- och avvikelshantering i Stratsys kvalitetsledningssystem, detta har fortsatt utvecklas under 2025.

Avvikelser

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

Här följer en beskrivning över hur verksamheten hanterar avvikelser, samlade analyser av avvikelser, viktiga lärdomar som spridits samt genomförda förbättringar som haft effekt.

Avvikelser, d.v.s. en negativ händelse som inneburit att en insats blivit felaktigt utförd, försenad eller utebliven, ska fortlöpande utredas och analyseras på respektive enhet. Enhetschef är utredningsansvarig och ska bedöma avvikelens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den ska upprepas. Det tvärprofessionella teamet på enheten engageras i utredningen och MAS involveras vid allvarligare avvikelser (riskpoäng > 8). Som stöd i processen finns hjälpdokument "åtgärdsplan", framtagen. En översikt och analys av avvikande händelser ska sammanställas på respektive enhet och rapporteras kvartalsvis till verksamhetsledning och MAS. På detta sätt ska negativa händelser och goda exempel kunna sammanställas på övergripande nivå och bli lärande i förvaltningen.

Då en översikt och analys över hur enheterna arbetat med sina avvikelser och vilka åtgärder och förändrade arbetssätt som varit ett resultat av avvikelser saknas, presenteras här endast kvalitativa sammanställningar från avvikelssystemet. Vi ser en generell kraftig ökning av avvikelser. Föregående år var ett år med väsentligt färre avvikelser som nu är på mer "normala" nivåer. Den enda förklaring vi kunde komma fram till var byte till nytt avvikelssystem som kan ha påverkat antalet i en minskande riktning.

Avvikelser	Fall	Läkemedel	Informations överföring	Bristande vård- och eller behandling	Totalt
Särskilt boende	270 (175)	118 (127)	7 (3)	16 (7)	411 (312 ³)
Korttidsboende	52 (63)	50 (40)	1 (3)	4 (3)	107 (109)
Hemtjänst	430 (246)	166 (112)	6 (1)	17 (8)	619 (367)
LSS	27 (20)	69 (59)	0 (2)	9 (7)	105 (88)
Totalt	779 (505)	403 (342)	14 (9)	46 (28)	1494 (884)

³ Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Figur 8. Sammanställning över antalet avvikelser under året fördelat på verksamhet och typ av avvikelse. Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Reflektioner från hemtjänstens enhetschefer:

” Avvikelse HSL

Totalt 73 stycken

Av dessa är det 14 fall ”med skada” och 34 fall ”utan skada”

11 läkemedel ”utebliven dos”

6 läkemedel ”övrigt”

3 externa avvikelser gällande Regionen/Transport.

Av dessa har allvarlighetsgraden bedömts:

37 bedömts måttliga

5 mindre

20 Betydande

11 under utredning

Vi har under hösten haft flera avvikelser gällande fall både med och utan skada. Vi har tittat på var och en och i något fall har vi sett ett mönster och då direkt åtgärdat detta med åtgärder.

När det gäller läkemedels avvikelserna så är dessa sprida över året men med ett mindre antal under sommaren. Vad som gör detta är inget vi har tittat närmare på. En tanke är att vi måste vara mer noggranna vid introduktionen av sommarvikarie och än mer betona vikten av betydelsen att skriva avvikelserna. En annan är att vi har haft ansvarstagande och duktiga vikarier som tagit arbetet på största allvar och därför har gjort jobbet noggrant.

Antalet inkomna HSL avvikelser är något fler under 2025 gentemot 2024.

Undertecknad har under året tagit över Nordrikets hemtjänst grupp och under november och december samtalat med teamet om hur vi skall jobba tillsammans och detta innebär även med avvikelserna. Idag jobbar enhetschef samt kvalitetsansvarig undersköterska med dessa och vi har under september – december arbetat ner listan av ärende som inkommit sedan 1/6–25. Vi har en förhoppning av att detta jobb skall ske i snabbare takt och att avvikelserna inte skall ligga allt för länge innan dessa mottages och utreds. Detta gäller både SOL och HSL avvikelserna.”

” Under året 2025 har 109 HSL avvikelser inkommit, utöver denna har även en Lex Sarah inkommit gällande medicinsvinn från en brukare. Det framkom dock i utredningen inte kunde utredas vidare om det var omvårdnadspersonal eller sjuksköterska som var ansvarig för svinnet.

Gällande avvikelserna ses trender enligt följande:

- fall, vilket inkluderar brukare med stor fallrisk men där det inte finns mer att göra för att förebygga fall av en eller flera anledningar. Det är drygt ett 70-tal avvikelser på detta. Av dessa dryga 70 avvikelser står en person för cirka 20 stycken av dem.

-Brukare som inte fått sin medicin, antingen har brukaren inte fått medicin alls eller så har brukaren bara fått delar av den medicin den ska ha. Det kan också bero på att man inte utfört annan ordination så som kolla blodtryck, eller att det ej har funnits någon medicin hos brukaren. Sammanlagt är det knappt 30 avvikelser på dessa.

När det gäller trenden fall har ärenden tagits upp på teamträff för att se vad som går att göra vid komplexa fall. När någon har fallit för första gången har personal och enhetschef dialog om vad man har för förslag

för att kunna förebygga. Alla fall går inte att förebygga på grund av till exempel en grundsjukdom som medför ökad risk för fall eller en hög alkoholkonsumtion.

Det vi även har jobbat i hemtjänsten med under verksamhetsdagar både under våren och hösten 2025 är att förbättra resultatet på följsamhet till basala hygienrutiner. Under vår har medicinskt ansvarig sjuksköterska informerat och under hösten har hygienköterska från Region Blekinge informerat tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vi har även ett löpande årshjul för utbildningar där bland annat webbutbildning för att jobba säkert med läkemedel ingår och basala hygienrutiner, dessa ska göras minst en gång om året. Vi har även samtal om basala hygienrutiner och tar dessa under APT minst två gånger om året.”

” HSL avvikelser under 2025 hade vi totalt 75 stycken. Många är en handfull brukare som är ofta förekommande med att de faller hemma. Samt att vi missar att ge all läkemedel korrekt som våra brukare är ordinerade. Vi har täta kontakter med patientansvarig sjuksköterska, men även täta dialoger med både fysioterapeut och arbetsterapeut för att ha en dialog tillsammans med personalen kring rutiner, handlingsplaner, ordinationer osv på både team träffar och på APT.

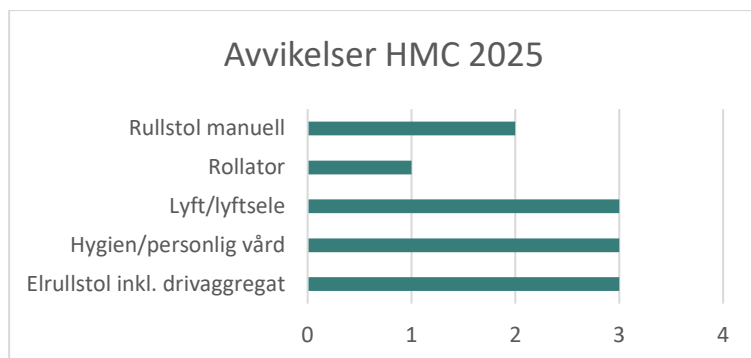
Under ett par år tillbaka så har vi under våra gemensamma verksamhetsdagar med all person inom hemtjänsten på Duvan, lyft delar inom vikten utav att dokumentera rätt, hur man skriver/upprättar/reviderar genomförandeplaner. Detta är vårt viktigaste redskap för att kunna arbeta med rätt förutsättningar och ge våra brukare den omvårdnad och trygghet de ska ha utav oss. Under våren så hade vi en genomgång på verksamhetsdagen med IBIC- individens behov i centrum. Nu i höstas så hade vi en heldag i tvärgrupper även med personal från Lister/Nordrikt/Trygghemgångs personalgrupper där huvudfokus låg på vårt gemensamma arbete med att arbeta korrekt med de 8 stegen i följsamheten i basala hygienföreskrifter och den andra halvan utav dagen hade vi en uppfräschning i demenssjukdomar.

Samtliga hemtjänstgrupper på Duvan jobbar även parallellt med ett digitalt utbildningspaket som bland annat innefattar demens, jobba säkert med läkemedel, basala hygienrutiner och mer. Våren 2025 så gick vi i teamet in i projektet kring Senior Alert. Där utbildning utav 2 Senior Alert ombud genomfördes. Under hösten 2025 har även Södra hemtjänsten utbildat 2 BPSD administratörer, fortsättnings halvdag kommer ske under våren 2026.

Vi har även ett löpande årshjul för utbildningar där bland annat webbutbildning för att jobba säkert med läkemedel ingår och basala hygienrutiner, dessa ska göras minst en gång om året. Vi har även samtal om basala hygienrutiner och tar dessa under APT minst två gånger om året.”

Externa avvikelser hanteras i avvikelssystemet i LifeCare och skickas via MAS. Under året har 51 (46) externa avvikelser skrivits i syfte att återkoppla områden som systematiskt kan behöva förbättras i andra verksamheter. Svar efterfrågas för att kunna återkoppla och låta det bli lärande i våra respektive verksamheter, svarsfrekvensen har förbättrats och vi får nu svar i hög grad. Önskan om gemensamt avvikelssystem mellan kommuner och region har framförts och utredning pågår sedan något år. Merparten av avvikelserna är ställda till Blekingesjukhuset. Merparten av avvikelserna gäller bristande följsamhet till Blekingerutiner för in och utskrivning vilket försvårar en snabb, trygg och patientsäker hemtagning. Sammanställning görs kommungemensamt och skickas till Regionen för deras kännedom.

Totalt 12 avvikelser har skickats till Hjälpmedelscenter (HMC) gällande medicintekniska produkter under 2025. Inga personskador har inträffat, dock har sammanlagt sex händelser bedömts kunnat medföra risk för personskada, varav ett ärende har rapporterats till Läkemedelsverket för vidare utredning av produkten. Nedan visas berörda hjälpmedelskategorier för inskickade avvikelser:



Klagomål och synpunkter

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

Här följer en beskrivning över antal inkomna klagomål och synpunkter som kommit till verksamheten, dessa sammanställs och analyseras i korthet nedan.

Avsändare	Inkomna klagomål och synpunkter, antal, typ, ev. åtgärder som vidtagits.
Patientnämnden	Inga inkomna klagomål
IVO	Inga klagomål har inkommit via IVO.
Klagomålshanteringen	2 (0 året före)
Externa avvikelser från andra vårdgivare	14 (2024 Okänt p.g.a. felinställning i nya avvikelssystemet som nu är åtgärdat. 18 avvikelser inkom under 2023.)

Figur 9. Sammanställning över inkomna klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter utreds enligt samma flöde som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via telefon, brev eller mail. MAS kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens allmänna klagomålshantering som diarieförts via nämndsekreteraren.

Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden eller IVO registreras i diariet.

Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna.

Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten då det involverar patienter och närstående och är till hjälp i det systematiska förbättringsarbetet.

Sedan början av 2024 hanteras alla avvikelser i vårt journalsystem LifeCare. Detta har gett oss en modernare och mer övergriplig processtyrd hantering. Hanteringen av avvikelser behöver fortsatt förbättras ute i verksamheterna då vi i skrivande stund har 571 ej hanterade avvikelser vilket svårgör systematisk analys och arbete med avvikelser i ett makroperspektiv. Det finns också risker att allvarliga händelsers utredningar fördröjs eller ej går att utreda då tiden är en viktig framgångsfaktor.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer förvaltningen att arbeta patientsäkert i framtiden

En verksamhet med hög framtida patientsäkert kan skapas genom att:

- Säkerställa en god personalförsörjning genom att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och vara en attraktiv arbetsgivare.
- Säkerställa en hög kompetens och god framförhållning i sin kompetensförsörjning genom omvärldsbevakning, strukturerad introduktion och individuell kompetensutvecklingsplan.
- Säkerställa kvalitetsutveckling i verksamheten genom ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete i tvärprofessionella team där patient och närstående deltar.
- Säkerställa en god IT-miljö och välfärdsteknik för att effektivisera verksamheten.
- Säkerställa att verksamheterna arbetar mot tydliga mål för att tydliggöra prioriterade områden.
- Säkerställa en hög patientsäkerhet genom att göra det till en högt prioriterad förvaltningsövergripande fråga som är del av verksamheters verksamhetsplaner.
- Arbeta med konceptet ” rätt använd kompetens”

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål och åtgärder
Palliativ vård	Analysera och öka följsamheten till palliation, vård i livets slutskede där vi ser en trend av för låg följsamhet gällande symtomskattning och smärtskattning.
Förebyggande arbete Senior alert	Fortsatt arbete mot ett proaktivt och förebyggande arbetssätt med fokus på att förbättra resultaten i de kvalitetsregister vi är del av, Senior alert, Palliativregistret och BPSD. Utöka insatser med förebyggande uppsökande verksamhet i ordinära boenden. Öka insatser vid detekterad risk i särskilt boende.
Basal hygien och klädrutiner	Fortsatta insatser krävs och ett aktivt analyserande av kommande mätningar.
Munhälsa	Friska äldre har idag en bättre munhälsa än någonsin men då den äldre blir skörare och går mot ett ökat omsorgsbehov är munhälsan särskilt utsatt. Resultaten från munhälsobedömningarna år 2025 visar på bättring men kommer även fortsatt följas noga och vårt ansvar för brukares munhälsa behöver lyftas kontinuerligt. Jag ser gärna en återkoppling på föreslagna åtgärder i munhälsorapporten.
Kompetensförsörjning	Vi kan förvänta oss att mer avancerad sjukvård kommer att utföras i hemmet framöver vilket ställer ökade krav på bemanning av legitimerad personal för att kunna erbjuda en god och säker vård. Det behövs tillräckligt med legitimerad personal med adekvat kompetens och en hållbar plan för kompetensförsörjning.
Risk- och avvikelsehantering	Skapa en god säkerhetskultur och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring risk- och avvikelsehantering. Förflytta fokus till riskhanteringen för att utveckla det proaktiva arbetet. Arbetet med risker ska vara en självklar och integrerad del av allt vi gör. Vi ska arbeta aktivt med kända risker men även med risker som kan uppstå. Uppföljning är ett förbättringsområde. Bättre bevakning av nyinkomna avvikelser för att inte riskera att allvarliga händelser blir ohanterade.
Spårbarhet av medicintekniska produkter, säker hantering	Det här är ett område där vi behöver tillsätta arbetsgrupp för att hitta en väg framåt då vi enligt lag behöver uppfylla möjligheten till spårbarhet. Det kan krävas insatser som belastar budget. MAR föreslås vara sammankallande.

Figur 10. Sammanställning över fokusområden för kommande år med mål och åtgärder.