



Växjö
kommun

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare.....	9
Fem prioriterade fokusområden för en säkrare vård.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21

Sammanfattning

Omsorgsförvaltningens patientsäkerhetsarbete bedrivs systematiskt och är en integrerad del av styrning och ledning på samtliga nivåer. Omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret, medan förvaltningsledning, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga (MAS/MAR), chefer på operativ nivå och medarbetare har tydligt definierade roller i arbetet med att förebygga vårdskador och säkerställa god och säker vård. Under 2025 har en ny ledningsstruktur införts för att stärka samordning, uppföljning och beslutsvägar.

Uppföljning av patientsäkerheten sker genom avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, journalgranskningar och indikatoruppföljning. Samverkan inom team samt med Region Kronoberg är central, särskilt för sköra äldre och patienter med avancerade vårdbehov i hemmet. Arbetet med nära vård och palliativ vård har förstärkts efter inträffade lex Maria-händelser och gemensamma riskanalyser.

Analys av avvikelser visar att läkemedelsavvikelser och fallolyckor är de vanligaste händelserna. Cirka 5 procent av rapporterade avvikelser klassificeras som vårdskador. Bristande följsamhet till rutiner, samt brister i kommunikation och dokumentation, är återkommande bakomliggande orsaker. Under året har avvikelssystemet utvecklats för att möjliggöra bättre klassificering, analys och lärande, och insatser har genomförts för att öka kunskapen om vårdskador och avvikelshantering.

Under 2025 har tre lex Maria-anmälningar gjorts, bland annat avseende läkemedelshantering och bristande kommunikation. Händelserna har lett till reviderade rutiner, stärkt kompetenssäkring och förbättrad samverkan med regionen. Ärenden från patientnämnden har inte påvisat brister i patientsäkerheten, men visar på behov av förbättrad kommunikation och informationsgivning till patienter och närstående.

Kompetensförsörjning är ett prioriterat område. Under året har omfattande utbildningsinsatser genomförts för undersköterskor, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, inklusive specialistutbildningar och riktade insatser inom demens, sår och palliativ vård. Språkutbildning erbjuds för att stärka säker kommunikation. Implementeringen av BPSD-registrets arbetssätt har fortsatt och bedöms bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet för personer med kognitiv sjukdom.

Arbetet med riskbedömningar har utvecklats genom att utgå ifrån skörhetsskattning med efterföljande bedömningar av fallrisk, trycksår, undernäring och munhälsa av framför allt sjuksköterska. Dokumentation och uppföljning behöver stärkas ytterligare. Vårdhygien är fortsatt ett prioriterat utvecklingsområde, liksom ökad delaktighet för patienter och närstående.

Handlingsplanen för 2026 fokuserar på långsiktiga förbättringsområden: vårdhygien, avvikelshantering, riskbedömningar och nutrition, samt stärkt analys, lärande och ledarskap. Det övergripande målet är att minska vårdskador, öka följsamhet till lagar och föreskrifter samt säkerställa en trygg, säker och personcentrerad vård.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt för att följa upp verksamhetens resultat. Nämnden fastställer mål, uppdrag och strategisk inriktning för verksamheten och beslutar årligen om patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för att patientsäkerhetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och förbättras i enlighet med ledningssystemet för kvalitet och gällande lagstiftning. Förvaltningschefen säkerställer att identifierade risker analyseras och att nödvändiga förbättringsåtgärder genomförs.

Ledning för hälso- och sjukvård

Verksamhetschefer för hälso- och sjukvård ansvarar för att leda, planera och följa upp patientsäkerhetsarbetet inom sitt ansvarsområde. Detta innefattar att säkerställa patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säker vård samt att det finns fungerande rutiner för riskhantering, avvikelshantering och uppföljning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ansvarar för att det finns de riktlinjer, rutiner och processer som krävs för att bedriva en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

I detta ansvar ingår att:

- följa upp och analysera patientsäkerhetsrisker,
- genomföra egenkontroller och tillsyn enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada,
- anmäla allvarliga vårdskador eller risk för sådana till Inspektionen för vård och omsorg (IVO),
- upprätta årlig patientsäkerhetsberättelse med tillhörande handlingsplan.

Chefer på operativ nivå

Omsorgs-, avdelnings- och enhetschefer ansvarar för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt i den dagliga verksamheten.

Ansvar omfattar att:

- säkerställa att fastställda rutiner följs,
- följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter,

- initiera och genomföra förbättringsåtgärder,
- skapa förutsättningar för medarbetares delaktighet i patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefer ansvarar även för att leda kvalitetsrådets arbete och för att resultat och åtgärder kommuniceras till medarbetare och omsorgstagare.

Medarbetare i hälso- och sjukvården

Alla medarbetare har ansvar för att arbeta i enlighet med gällande rutiner och bidra till en säker vård. Medarbetare ska rapportera vårdskador, tillbud och risker samt delta i uppföljning och förbättringsarbete.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom egenkontroller och förbättringsåtgärder.

Samverkan och teamarbete för ökad patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs i nära samverkan mellan olika professioner. Teamkonferenser är ett centralt forum för samordning och ska säkerställa samsyn, förebyggande arbete samt uppföljning av beslutade insatser. Samtliga professioner som är involverade i omsorgen kring patienten ska delta för att säkerställa helhetssyn och kvalitet.

Den fasta omsorgskontakten bidrar till kontinuitet, trygghet och samordning av insatser samt fungerar som en viktig länk mellan patient, anhöriga och berörda professioner.

RACI-tabell avseende ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet

Aktivitet	Omsorgsnämnden	Förvaltningschef	Verksamhetschef	MAS/MAR	Omsorgschef	Enhetschef	Medarbetare
Fastställa mål och strategisk inriktning							
Införa och förvalta ledningssystem							
Risakanalys och egenkontroll							
Rapportera tillbud och vårdskador							
Utreda vårdskada							
Anmäla till IVO							
Uppföljning av resultat							
Besluta om förbättringsåtgärder							
Implementera förbättringsåtgärder							

Ny ledningsstruktur

För att stärka både det strategiska och operativa arbetet inom förvaltningen har två nya ledningsgrupper initierats under 2025. Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård består av medicinskt ansvariga och verksamhetschefer för hälso- och sjukvården. Motsvarande ledningsgrupp inom socialtjänst och lagen om stöd och service har skapats. Målet är att ledningsgruppen ska vara taktisk och bereda frågor till förvaltningsledningsgruppen (FLG) samt fördela arbete till operativ nivå.

Patientsäkerhetsarbetet följs upp kontinuerligt genom avvikelshantering, egenkontroller, riskanalyser och uppföljning av indikatorer. Resultaten analyseras på olika nivåer i organisationen och ligger till grund för beslut om förbättringsåtgärder.

Detta säkerställer att patientsäkerhetsarbetet är en integrerad del av verksamhetens styrning och utveckling.

Samverkan med region Kronoberg

Samverkan med Region Kronoberg sker bland annat genom ambulanssamverkan och arbetet med nära vård. Syftet är att minska risken för undvikbar slutenvård, stärka vård i hemmet och öka kontinuiteten för sköra äldre patienter. Arbetssätten följs upp genom gemensamma uppföljningar och analys av resultat.

En god säkerhetskultur

HSE-mätning (hållbart säkerhets engagemang) genomfördes senast 2024. Varje verksamhetsområde och enhet fick ta del av sitt eget resultat att arbeta vidare med. Området med lägst resultat för alla verksamhetsområden var: patienternas delaktighet i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Inom särskilt boende har arbetet med boenderåd utvecklats och ökat i antal. Antalet anhörigträffar har också utvecklats och tanken är att det under 2026 ska hållas minst två anhörigträffar/år på alla särskilda boenden.

Vad som framkommit i utredningar och analyser av avvikelser under året är att om avvikelser inte hanteras enligt rutin eller om återkoppling saknas till rapportör och medarbetare är det lätt att en underlåtenhet till att rapportera negativa händelser inträffar. Det har också framkommit att åtgärder som kopplas till avvikelser och uppföljning till dessa åtgärder behöver utvecklas.

Nästa HSE-mätning är planerad att genomföras 2026.

Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningssatsningar

Det finns olika utvecklingsmöjligheter, karriärvägar och specialiseringsområden inom omsorgsförvaltningen för medarbetare. Nyanställda medarbetare genomgår ett introduktionsprogram och det finns kompetensutvecklingsplaner framtagna utifrån anställningstid. Alla

undersköterskor och omsorgsassistenterna har möjlighet att bland annat bli handledare steg 1, steg 2 och steg 3. Inom äldreomsorgen kan en undersköterska dessutom utvecklas inom olika roller såsom aktivitetssamordnare, larmsamordnare, larmkoordinator, anhörigkonsulent, rehabassistent, demensundersköterska, specialistundersköterska och hälso- och sjukvårdsundersköterska. Inom omsorgsfunktionsnedsättning kan en omsorgsassistent utvecklas inom roller såsom språkombud, vård- och omsorgsambassadör, värdegrundscoach och stödpedagog. Möjligheterna medvetandegörs för medarbetare bland annat genom medarbetarsamtal och på APT. Förutom ovanstående finns möjlighet för vårdbiträden att utbildas till undersköterska genom äldreomsorgslyftet.

Under 2025 har satsningar genomförts för att stärka kompetensen hos undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Genom äldreomsorgslyftet har flera undersköterskor inom särskilt boende och hemtjänsten påbörjat eller genomfört specialistutbildningar. Några undersköterskor läser till demensundersköterska. Färdiga specialistundersköterskor kommer ha en viktig roll i att stärka samt handleda kollegor. Parallellt pågår ett utvecklingsarbete för att ta fram en utbildningsmodell för undersköterskor med rehabiliteringskompetens. Arbetet hanteras inom omsorgsförvaltningens ledningsgrupp för hälso- och sjukvård. Vidareutbildning av sjuksköterskor till distriktsköterskor pågår. Fyra sjuksköterskor tog sin examen som distriktsköterska första veckan i november. Fyra sjuksköterskor påbörjade sin utbildning i september och tar examen i november 2026. En arbetsterapeut och en fysioterapeut har under 2025 tagit sin magisterexamen i medicinsk vetenskap med huvudområde arbetsterapi samt fysioterapi med specialisering inom äldres hälsa.

Kompetensutveckling och upplägg inom funktionshinderområdet samordnas på övergripande nivå av två kvalitetsråd. Under hösten 2025 skedde en satsning på workshops för personalen i syfte att höja kompetensen inom tydliggörande pedagogik och alternativ kompletterande kommunikation samt att hitta ett utvecklat sätt för implementering av nya arbetssätt.

För att säkerställa språkkompetens inom äldreomsorgen och omsorgsfunktionsnedsättning erbjuder Växjö kommun språkutbildning under arbetstid. En modell för långsiktig kvalitetssäkring av språkstödet utvecklas, med en tidsplan som sträcker sig till årsskiftet 2026/2027. Under våren har planeringsarbetet genomförts, inklusive framtagande av uppdragsplan, identifiering av intressenter, resursallokering, fastställande av ekonomiska ramar, facklig samverkan och omvärldsbevakning. Under 2026 kommer en omvärldsbevakning att genomföras och kontakt med andra kommuner att tas.

Utbildningsportalen har under året uppdaterats för att öka dess tillgänglighet och användarvänlighet. Nu kan enhetschefen på ett enklare sätt kontrollera vilka utbildningar medarbetaren har genomfört under året.

Avdelningen för sjuksköterskor har efter två lex-Maria utredningar inlett ett samverkansuppdrag tillsammans med Palliativa teamet. En workshop hölls vid två tillfällen under våren gällande bland annat hur riskbedömningar av gemensamma patienter ska göras. Detta med syfte att upptäcka eventuella risker som kan komma att uppstå när en patient vårdas gemensamt av Palliativa teamet och Växjö kommun.

Kompetensplan för arbetsterapeut och fysioterapeut har under året tagits fram med syfte att

bidra med rätt kompetens inom de kommunala ansvarsområdenas olika uppdrag. Som en grund för att klara sitt uppdrag inom den kommunala primärvården finns det beskrivet, inom respektive profession, vilken utbildning alla ska ha gått samt när utbildning ska ha genomförts. Det finns också beskrivet inom vilka områden det behöver finnas extra kompetens och inom vilka områden specialist behövs.

Utifrån avvikelser och lex Maria anmälningar som utretts under året ser medicinskt ansvariga ett behov av att anställd personal får möjlighet till organiserad praktisk och teoretisk verksamhetsbedriven utbildning för att ytterligare kunna stärka sin kompetens.

Avdelningen för stöd och utveckling

Avdelningen för sjuksköterskor har en enhet för stöd- och utveckling där det finns fyra sjuksköterskor, två dietister och en undersköterska anställda. Enhetens uppdrag är att bedriva stöd-, utveckling- och kvalitetsarbete inom beslutade fokusområden i omsorgsförvaltningen, med utgångspunkt i respektive specialkompetens.

Palliativ vård

I området palliativ vård finns en specialistsjuksköterska inom vård av äldre anställd. Under hösten 2024 och våren 2025 har förbättringsarbete bedrivits på särskilt boende utifrån statistikunderlag i palliativregistret. Utvalda förbättringsområden har varit smärtskattning, dokumenterad munhalsobedömning och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Insatserna har gett tydligt statistiskt resultat

Resultat SÄBO före och efter utbildningsinsats:

Område	2024*	2025
Dokumenterat brytpunktssamtal	79,2%	78,5%
Ordinerad stark opioid vid smärtgenombrott	97,2%	96,8%
Ordinerad ångestdämpande vid behov	97,2%	96,8%
Smärtskattning sista levnadsveckan	66,7%	89,2%
Dokumenterad munhalsobedömning sista levnadsveckan	54,2%	75,3%
Avlidit utan trycksår (kategori 2–4)	87,5%	89,2%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	81,9%	90,3%
Vårdplan	76,4%	84,9%

Samma satsning har pågått i hemsjukvården under hösten 2025 och kommer att fortsätta pågå under 2026.

Sår

Enheten för stöd och utveckling har en anställd sjuksköterska som främst arbetar som rådgivande funktion för andra sjuksköterskor avseende sårbehandling. Under 2024 påvisades en ökning av trycksår i en punktprevalensmätning. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och

medicinskt ansvarig sjuksköterska överlämnade uppdraget att utreda orsaken till ökningen till sjuksköterska som arbetar mot området sår. Utredningen visar att ökningen av trycksår huvudsakligen kan kopplas till bristande riskbedömningar, otillräcklig nutritionsbedömning samt varierande kompetensnivåer inom personalgruppen. Riskbedömningar genomförs oregelbundet och dokumenteras inte enhetligt, vilket fördröjer preventiva åtgärder såsom lägesändringar och tryckavlastning. Nutritionsbedömningar utförs inte konsekvent trots hög förekomst av undernärringsrisk på grund av patientgruppens höga ålder, multisjuklighet och kognitiva svikt som bidrar till en ökad risk för trycksår. Åtgärder som kommer vidtas är bland annat inköp av nya madrasser på särskilt boende, utbildning till vårdpersonal samt kontinuerlig mätning av sår och trycksår på enheterna. Ett nytt arbetssätt för arbetet med riskbedömningar har också sedan tidigare införts under året. Genom att sjuksköterska nu har en arbetsledande funktion i arbetet med riskbedömningar är förhoppningen att antalet utförda riskbedömningar med åtgärder ska öka och antalet vårdskador minska.

Undersköterska inriktning sårbehandling

På bemanningsenheten finns en undersköterska som arbetar med utbildning i trycksårsprevention, fuktskador (relaterat till inkontinens) och ytliga hudskador. Utbildningens syfte är framför allt att uppmärksamma omsorgspersonal på tidiga tecken på huden som kan förebygga skada.

Demens

Arbetet med att implementera BPSD på samtliga särskilda boenden har fortsatt under 2025. Personer med kognitiv sjukdom har långvariga och föränderliga behov som kräver god samverkan mellan flera professioner. När helhetsperspektivet brister ökar risken för BPSD-symtom, vilket påverkar både patientsäkerhet, patientens välbefinnande och arbetsmiljön. BPSD-registrets arbetsmetod används för att säkerställa ett strukturerat, tvärprofessionellt och personcentrerat arbetssätt. Målet är att minska och förebygga BPSD-symtom samt öka välbefinnandet hos personer med kognitiv sjukdom genom att implementera och upprätthålla BPSD-registrets arbetsmetod. Arbetssättet ska vara levande över tid och bygga på regelbunden utbildning, tydliga rutiner och systematisk uppföljning.

Nio av tretton särskilda boenden har nu påbörjat arbetet med BPSD-registrets arbetsmetod, med variation i omfattning och kontinuitet (våren 2026 kommer alla särskilda boenden ha påbörjat arbetet). Uppföljningar visar att de enheter som fått både utbildning och praktiskt stöd har bättre följsamhet och ser effekter som minskade BPSD-symtom. Implementeringen går framåt, även om säsongsvariationer och behov av fortsatt förtydligande av rutiner och roller kvarstår. Sammantaget bedöms arbetssättet bidra positivt till patientsäkerhet och kvalitet i vården för personer med kognitiva sjukdomar.

Patienten som medskapare

Alternativ kompletterande kommunikation (AKK) inom omsorg- funktionsnedsättning

Att få vara delaktig trots en bristande förmåga att uttrycka sig, utgör ett viktigt fokusområde

inom omsorg funktionsnedsättning. Alternativ kompletterande kommunikation (AKK) är ett viktigt verktyg att använda då verbal kommunikation inte är möjlig. Ett kvalitetsråd inom omsorg funktionsnedsättning har valt att arbeta med just AKK. Pedagogiska lösningar och AKK är viktigt för att kunna kommunicera i situationer som annars riskerar att leda till utmanande beteende. Ett mål är att förebygga utmanande beteende och ta bort begränsningsåtgärder. Det är ännu för tidigt att uttala sig om vilka effekter som kvalitetsrådet arbete har lett till men arbetet och utvärdering kommer fortsätta under 2026.

Närståendekät i palliativregistret

Under 2025 har 38 enkäter skickats ut av 186 möjliga. Av 38 enkäter har fyra blivit besvarade. Möjliga orsaker till det låga antalet är det funnits en okunskap och osäkerhet kring när enkäten ska lämnas ut och av vem. Palliativsjuksköterskorna har lyft frågan kring närståendekäten på enhetsträffar inom särskilt boende och har också pågående träffar med ordinärt boende. Palliativsjuksköterska kommer under 2026 följa arbetet med närståendekäten varje månad och stödja de enheter som har få utskick. En kontakt är också tagen med Lessebo kommun som har ett högt resultat på närståendekäten.

Resultatet av de fyra enkäter som besvarades visade att nöjdheten med vården, erbjudet stöd och tillgänglighet till vårdpersonal i akuta situationer var högt. Det som upplevts som mindre bra var erbjudande om närståendepenning och tillgänglighet till läkare. Således upplevdes vården som kommunen styr över som god, men det går inte att dra några slutsatser av resultatet i dagsläget.

Fem prioriterade fokusområden för en säkrare vård

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Synpunkter som inkommit via patientnämnden

Omsorgsförvaltningen har tagit emot fyra ärenden från patientnämnden under 2025.

Ett ärende har handlat om bristande kommunikation och information där patienten av olika skäl upplevt sig inte ha fått den information som behövts utifrån aktuell situation avseende kostnader för läkemedel. Vid granskning av händelsen noterades inga risker för patientens säkerhet och vårdpersonalen hade agerat utifrån praxis.

En närstående har inkommit med en synpunkt avseende att det blivit överblivna läkemedel i originalförpackning i samband med att patienten övergått till dispensering i dospåsar. Vid granskning av händelsen noterades inga risker för patientens säkerhet och vårdpersonalen hade agerat utifrån praxis. Närstående inkom samtidigt med synpunkt på hantering av önskemål av olika undersökningar. Vid granskning av ärendet uppmärksammades det att delar av synpunkten inte framkommit till vårdpersonal tidigare men att läkare gjort en bedömning av behov av undersökningar.

En närstående har inkommit med synpunkter gällande beslut om palliativ vård och bedömning av behov av korttidsplats. Vid granskning framkom det att samtliga beslut tagits i samråd med patienten och utifrån dennes önskemål om vård och trygghet. Information till närstående har skett utifrån patientens önskemål.

En närstående har inkommit med synpunkter på vården i samband med att en patient blev akut sjuk och avled. Vid granskning av händelsen är bedömningen att legitimerad personal har gjort adekvata och korrekta bedömningar utifrån situationen. Närstående fick en detaljerad återkoppling av händelseförloppet och erbjudande om samtal med MAS och verksamhetschef för hälso- och sjukvården avseende händelsen.

Den sammantagna bedömningen är att inget av inkomna patientnämndsärenden till omsorgsförvaltningen har påvisat risker eller brister i patientsäkerheten. Den främsta gemensamma faktorn är brister i kommunikation och information med inslag av olika förväntningar på vårdpersonalen eller vården.

Lex Maria - fel läkemedel i PCA-pump

En patient vårdskadades på grund av att fel läkemedelskassett kopplades till patientens egenstyrda läkemedelspump (PCA, patientkontrollerad analgesi). Det fanns flera bakomliggande orsaker men de främsta var utlämnande av fel läkemedel från region Kronoberg och en felaktig avläsning av läkemedelsinformation i FASS. Felbehandlingen pågick under en längre tid på grund av att det finns bristande rutiner för den dagliga avläsningen av PCA-pumpen. I analysen framkommer

det också att hälso- och sjukvårdsledningen har bristande insyn och kontroll över vilka avancerade insatser som hanteras i hemsjukvården. Det bidrar till att kommunen som vårdgivare har svårt att säkra, underhålla och utveckla den kompetens som krävs.

Åtgärderna syftar till att patientsäkra vården genom att göra riskanalyser och arbeta med kompetensförsäkring både genom att underhålla och utveckla sjuksköterskornas kompetens. Åtgärderna ska även säkerställa att rutiner verksamhetsanpassas och ökad samverkan med region Kronoberg genom gemensamma processer för gemensamma patienter med avancerade insatser. En liknande händelse inträffade 2024 där en patient vårdskadades på ett liknande sätt inom region Kronoberg (gemensam patient med hemsjukvården).

De båda händelserna har lett till en ökad samverkan och riskmedvetenhet mellan verksamhetschef för hälso- och sjukvård, MAS och ledningen för Palliativa teamet. Vårdgivarna har gemensamt bjudit in till lärandetillfällen för ökad riskmedvetenhet hos sjuksköterskor och läkare.

Vårdskadan har lett till att vårdgivarna observerat att rutiner behöver bli tydliga och en gemensam process skapas. För att skapa ett gemensamt arbetssätt och identifiera fler risker eller gap i arbetssätten runt våra gemensamma patienter har beslut fattats om ett gemensamt projektdirektiv. Palliativa teamet och verksamhetschef/MAS i Växjö kommun ska behålla ägandet för projektets genomförande, men representanter från länets kommunala vårdgivare bjuds in för att delta. Syftet med projektet är att genomföra en kartläggning av nuvarande arbetssätt och rutiner, för att identifiera styrkor och förbättringsområden. Kartläggningen ska ligga till grund för utveckling av en läns-gemensam samverkan med enhetliga och kvalitetssäkrade arbetssätt där patientens behov av specialiserad palliativ vård står i centrum. Det huvudsakliga målet är att vården ska vara säker, personcentrerad och av god kvalitet.

Lex Maria - för hög dos insulin

Undersköterska med delegation från sjuksköterska att ge insulinbehandling läser inte läkemedelslistan när hen ska ge insulin till en patient. Undersköterskan tittar i signerings-appen (Appva) och misstolkar insulinets styrka som en ordination. Patienten får en för hög dos med insulin. Undersköterskan kommer efter att hon lämnat patientens bostad på sitt misstag och vidtar adekvata åtgärder därefter. Patienten kom inte till skada men behövde övervakas på sjukhus i ett dygn utan komplikationer. Händelsen bedömdes ha hög risk för att patienten kunde komma till skada och anmäldes därför som lex Maria. Den främsta bakomliggande orsaken är bristande följsamhet till läkemedelsrutinen att alltid läsa på läkemedelslistan. Det är delvis ett individuellt misstag, men för att minska risken för att händelsen ska återupprepas uppdaterades rutiner för signering av läkemedel, delegeringsrutinen och kunskapsstestet för insulindelegering.

Lex Maria - bristande kommunikation om patient

En äldre patient med kognitiv sjukdom som bodde på särskilt boende blev akut sjuk efter en helg och avled av sekundärinfektion efter att ha varit sjuk i Covid 19. Inga felhändelser i förloppet bedöms ha orsakat en vårdskada men samtidigt har brister konstaterats utifrån händelseförloppet som gör att om bristerna inte åtgärdas finns risk för att allvarliga vårdskador skulle kunna inträffa.

Sjuksköterskor och undersköterskor har haft kontakt vid flera tillfällen under aktuell helg, men utredningen påvisade brister i kommunikationen både från sändare och mottagare.

Det beslutade kommunikationssättet SBAR användes inte och var inte heller känt i den utsträckning som krävs för säker överföring av information kring patienters hälsotillstånd.

För att stärka patientsäkerheten krävs:

- att patienten får en likvärdig och strukturerad bedömning. Detta kräver en utbildning i telefonrådgivning samt införandet av bedömningsstöd för sjuksköterskor.
- att vård- och omsorgspersonal läser och skriver enligt beslutad rutin i dokumentationssystemen.
- att vård- och omsorgspersonal har fullgoda kunskaper i svenska språket
- att enhetschef regelbundet genomför loggkontroller för att kontrollera följsamhet i dokumentationen
- att de medicintekniska produkter som finns är tillgängliga och fungerar.

Åtgärder är påbörjade men har inte kunnat utvärderas eftersom utredningen blev klar under slutet av 2025.

Anmälningar till läkemedelsverket

Under 2025 har två anmälningar till läkemedelsverket gjorts kopplat till medicintekniska produkter:

- Mobil hygienstol som välte i ett duschutrymme. Svar från leverantör och läkemedelsverket är att det troligen berodde på yttre omständigheter och utredningen avslutas.
- Uppresningsstöd monterad vid en säng för att underlätta förflyttningar där en person klämde sin arm i samband med uppresning. Utredning pågår.

Andra negativa händelser att dra lärdom av

MAS och SAS fick i uppdrag att granska en hemtjänstenhet inom omsorgsförvaltningen. Granskningen genomfördes efter att statistik på aggregerad nivå visade en överrepresentation av vårdskador på den här hemtjänstenheten. Vid granskning av de rapporterna så kunde MAS konstatera att flera händelser var felklassificerade som vårdskador, men det fanns signaler från medarbetare att det fanns flera saker som inte fungerade optimalt på enheten. Därför initierades en omfattande granskning av verksamheten där syftet var att analysera nuläget och eventuella risker för patientsäkerheten. När utredningen var klar konstaterade MAS att det under tid funnits allvarliga risker för patientsäkerheten i verksamheten. Efter anmälan till IVO och därefter konsultation med handläggare från IVO så bedömdes situationen inte gå under lagstiftningen för lex Maria utan bland annat hälso- och sjukvårdslagen samt ansvaret för kvalitetsledning med mera.

För att stärka patientsäkerheten krävs:

- Tydligare ledning och ansvarsfördelning
- Utbildning i avvikelshantering med efterföljande systematiskt arbete
- Förbättrad kommunikation, informationsöverföring och samverkan mellan yrkesgrupper
- Långsiktig plan för bemanning och kompetensutveckling

- Stärkt introduktion för nyanställda
- Följsamhet till föreskrifter och lokala rutiner för delegering

Åtgärder är påbörjade men har inte kunnat utvärderas eftersom utredningen blev klar under slutet av 2025.

I samband med vistelse på korttidsplats har brister i skötsel av en patients perifera venkateter lett till att patienten drabbades av ökad smärta och en vårdrelaterad infektion. Inspektion av insticksställe och byte av venkateter har inte gjorts enligt gällande nationella riktlinjer på grund av att sjuksköterskorna inte varit uppdaterade i gällande riktlinjer. Bakomliggande orsaker är enligt sjuksköterskegruppen själva relaterat till lång- och korttidsfrånvaro i kombination med hög arbetsbelastning.

Åtgärder till händelsen är en tydligare koppling mellan lokala rutiner för dokumentation och signering av skötsel av infarter och nationella riktlinjer. Riskbedömning både för patientsäkerhet och arbetsmiljö har gjorts på enheten under året med tillhörande åtgärdsplaner. Samtliga åtgärder avseende patientsäkerheten har säkerställts av enhetschefen och återkopplats till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

En patient som är ansluten till privat hemsjukvårdsutförare fick vänta onödigt länge på behandling av ett avancerat sår vid två tillfällen när vårdpersonal larmade omsorgsförvaltningens kvälls- och nattsjuksköterskor. Patienten behandlades med ett förband kopplat till en pump som ger undertryck i såret. Undertrycket kunde inte upprätthållas varav förbandet larmade. Enligt tillverkaren kan förbandet sitta upp till fyra dygn utan undertryck men att det ska bytas så snart det är möjligt. Uppringda sjuksköterskor har bedömt att förbandet inte behövs bytas under kväll och natt men på grund av patientens sköra hud försämrades såret relaterat till avbrott i behandlingen och patienten blev således vårdskadad. Bakomliggande orsaker var dels att det inte framgick i journalen att patienten hade särskilda risker som krävde snabbare åtgärd, dels att sjuksköterskorna på kväll och natt ville hushålla med sina tidsresurser för insatser av mer akut karaktär. Åtgärder kopplat till händelsen är att sjuksköterskor i mån av tid ska prioritera att utföra sårbehandling kvällar och nätter. Privat vårdgivare fick i uppdrag att säkerställa att vårdplaner är tydliga så vårdövertagandet mellan vårdgivarna kan ske på ett säkert sätt.

Sammanställning och analys av avvikelser

Under 2025 har MAS och MAR initierat en sammanställning och analys av avvikelser inom omsorgsförvaltningen på aggregerad nivå. Sammanställningen görs en gång i kvartalet med tillhörande analys.

De två vanligaste avvikelserna är relaterade till läkemedel och fallolyckor, därför görs en fördjupad sammanställning av de två kategorierna. I den fördjupade sammanställningen tittar MAS/MAR på klassificering av allvarlighetsgrad, angivna bakomliggande orsaker och typ av händelse. Alla fallavvikelser som lett till fraktur har journalgranskats.

Analys av inkomna avvikelser

Den vanligaste angivna orsaken till rapporterade avvikelser är bristande följsamhet till läkemedelsrutiner, därefter kommer bristande information och kommunikation. Den vanligaste

bakomliggande orsaken är ”ingen känd eller annan orsak”, särskilt inom hemtjänsten där det står för 50% av alla registrerade läkemedelsavvikelser.

Av samtliga inrapporterade avvikelser under 2025 är cirka 5 % kategoriserade som vårdskador. Avvikelser som klassificerats som vårdskador har granskats och MAS/MAR har kunnat identifiera en kunskapsbrist i verksamheten avseende vad en vårdskada är. I den satsning som genomförts för att förbättra avvikelshantering har det ingått att öka kunskapen hos medarbetare och enhetschefer kring vad en vårdskada är. Information har också getts om vilka skyldigheter som finns hos verksamheten kring att informera patienten att den drabbats av en vårdskada och att patienten kan ha rätt till ersättning. Medicinskt ansvarig har sett en ökning av antalet anmälda ärenden till kommunens patientförsäkring under året vilket tyder på att kunskapen har spritt sig i verksamheten. Ett fortsatt förbättringsområde för 2026 är att öka kunskaperna kring vad som är en vårdskada eller inte för att kunna få mer tillförlitlig statistik i avvikelssystemet.

Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård

Rapporterade avvikelser	Kvartal 1 (januari-mars)	Kvartal 2 (april-juni)	Kvartal 3 (juli-september)	Kvartal 4 (oktober-december)
Hemtjänst	668	700	675	745
Särskilt boende	414	564	570	669
Korttidsplats	116	106	79	149
Omsorg-funktion	157	119	104	184
Avdelning för ssk	82	70	134	86
Kommunrehab	11	22	14	14
Totalt	1 495	1 581	1 576	1 847

Rapporterade läkemedelsavvikelser

Läkemedel	Kvartal 1 (januari-mars)	Kvartal 2 (april-juni)	Kvartal 3 (juli-september)	Kvartal 4 (oktober-december)
Hemtjänst	170	195	200	222
Särskilt boende	131	174	162	153
Korttidsplats	37	47	34	55
Omsorg-funktion	57	42	32	78
Avdelning för ssk	38	33	52	41
Totalt	457	491	480	549

Analys av läkemedelsavvikelser

Majoriteten av alla rapporterade läkemedelsavvikelser är klassificerade som risk för vårdskada, det vill säga att patienten inte bedömts kommit till skada. Den vanligaste angivna bakomliggande orsaken till läkemedelsavvikelserna är bristande följsamhet till rutin.

Det är vanligast förekommande att läkemedelsdoser uteblir eller att fel dos administreras. Det är

fem gånger vanligare med utebliven dos än felaktig dos. De flesta av patienterna som har hjälp med sina läkemedel har dosdispensering. Därav är den vanligaste händelsen att det är en glömd dos med läkemedel som är förpackad i dospåse. Utav alla läkemedelsdoser som dagligen administreras till omsorgsförvaltningens patienter är det en låg andel som blir missade.

Det finns vissa läkemedel som av olika anledningar inte kan iordningställas via dosdispensering eller i dosett. Då behöver läkemedlet tas ur originalförpackningen. I förhållande till hur få läkemedel som måste tas ur originalförpackning så är det en högre andel avvikelser kopplade till originalförpackningar. Riskerna kan kopplas samman med att när läkemedel ges ur originalförpackning måste delegerad personal själv ta läkemedlet ur originalförpackningen samt kontrollera läkemedelslistan så att rätt styrka och dos ges. Dessa kontroller ska göras oavsett om läkemedel ges från apodos, dosett eller originalförpackning, men sannolikheten för felaktig administrering blir högre vid originalförpackning. Ett mål i förvaltningen har varit att öka antalet läkemedelsautomater i verksamheten. Analysen av läkemedelsavvikelser visar att antalet avvikelser gällande läkemedelsautomater är få och i de fall de förekommer är kopplade till tekniskt fel på automaten alternativt felaktigt handhavande.

Avdelning för sjuksköterskor måste säkerställa att det endast är läkemedel som inte får iordningställas på annat sätt som tas ur originalförpackningar. Granskningar av avvikelser har påvisat att sjuksköterskor ibland inte iordningställer exempelvis kortare behandlingar i dosett utan ber delegerade undersköterskor att ge läkemedlet från originalförpackningar. En närmre analys av bakomliggande orsaker och åtgärdsplan behöver göras under 2026.

Rapporterade fallavvikelser

Fall	Kvartal 1 (januari-mars)	Kvartal 2 (april-juni)	Kvartal 3 (juli-september)	Kvartal 4 (oktober-december)
Hemtjänst	447	457	415	460
Särskilt boende	207	295	302	369
Korttidsplats	57	48	35	74
Omsorg-funktion	70	50	45	63
Avdelning för ssk	0	0	0	1
Kommunrehab	0	0	1	1
Totalt	802	850	798	968

Analys av fallavvikelser

Alla fallavvikelser som lett till fraktur granskas närmre genom journalgranskning. Journalen granskas för att se om adekvata förebyggande insatser funnits för att förhindra fallolyckan eller inte.

Patienter med allra högst risk för fraktur i samband med fallolycka är kvinnor över 80 år som bor i ordinärt boende. Fall som lett till fraktur har skett i äldreomsorgen och i högre utsträckning i ordinärt boende än på särskilt boende. Fallen sker i majoriteten av händelseförloppen i samband med förflyttning till eller från stol/säng och det är vanligare att det händer på morgonen eller

sent på kvällen/natten än mitt på dagen. Det framgår att hela teamet ofta har varit involverat och gjort en bedömning av patienternas behov och insatta åtgärder finns. I enstaka fall handlar det om att patienten inte vill ha erbjuden hjälp eller inte använder sig av de hjälpmedel hen fått förskrivet. Legitimerad personal behöver dock generellt bli bättre på att dokumentera sina riskbedömningar. Det saknas i majoriteten av journalerna som granskats i samband med analysen av fallavvikelserna.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsledningssystem

Omsorgsförvaltningens ledningssystem är uppdelat på olika sätt. Målet är att de olika delarna ska stödja arbetet centralt såväl som lokalt på varje enhet. Omsorgsförvaltningen har en egen kvalitetsmodell som övergripande beskriver hur arbetet är upplagt. Under 2026 kommer omsorgsförvaltningen att utöka arbetet i Stratsys och gå in i det IT-stöd som är avsett för att stödja verksamheter i de krav som återfinns i SOSFS 2011:9. Bakgrunden till det beslutet är att omsorgsförvaltningen avser att samla ihop sitt kvalitetsledningsarbete i större utsträckning.

Styrning och ledning

Verksamhetsstyrningen bygger på kommunens politiska styrning utifrån övergripande mål och uppdrag som fördelas från omsorgsnämnden. Utöver politiska mål sätter förvaltningsledningen sina egna mål i internbudgeten. Arbetet dokumenteras och följs i verksamhetssystemet Stratsys. Utöver politiska och interna mål för verksamhetsstyrning så ligger även förvaltningens uppföljningsarbete i olika delar till grund för vad som prioriteras av förvaltningsledningen.

Process- och arbetssätt

Förvaltningens huvudprocess är att stödja individen och främja ett tryggt och självständigt liv. Under huvudprocessen finns flera processer för att uppnå det. Omsorgsförvaltningen behöver under 2026 påbörja ett arbete med att skapa hälso- och sjukvårdsprocesser utifrån befintliga rutiner. Medarbetare upplever att det är svårt att hitta rätt bland omsorgsförvaltningens rutiner för hälso- och sjukvård vilket är en brist. Att processbasera arbetssätt och koppla rutiner till processerna är ett sätt att tydliggöra och förenkla för de som ska utföra arbetet.

Lagar och föreskrifter

I respektive ansvarsområde har medicinskt ansvariga och verksamhetschefer för hälso- och sjukvården särskilt ansvar för att säkerställa att styrande lagar inom hälso- och sjukvården följs. Under 2025 har hälso- och sjukvårdsledningen särskilt arbetat med att stärka upp den information som lämnas till patienter som drabbats av vårdskada oavsett allvarlighetsgrad. Den nya ledningsstrukturen har också ökat samarbetet mellan verksamhetschefer och medicinskt ansvariga. Både patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete har fått kortare beslutsvägar. Under 2026 behöver samarbete/kommunikation mellan ledningsgruppen för socialtjänsten och ledningsgrupp för hälso- och sjukvården stärkas.

Uppföljning och mätning

En mätplan tas årligen fram som godkänns av omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. Mätningarna består av bland annat journalgranskningar, egenkontroller och punktprevalensmätningar inom hälso- och sjukvården. I dagsläget dokumenteras och utförs mätningarna på olika ställen. Målet är att använda Stratsys som plattform för verksamhetsuppföljningen i framtiden.

Avvikelse- och förbättringshantering

Det finns tydliga rutiner för hur avvikelser ska rapporteras, utredas och åtgärdas. Under 2025 har det uppmärksammats att enhetschefer önskar ett utökat stöd i hanteringen av avvikelser i verksamheten. Behovet finns framför allt i analys- och dokumentationsarbetet men även inom åtgärdsplanering och uppföljning. Medicinskt ansvariga har tagit fram stödmaterial till enhetschefer att använda under 2025 och under 2026 ska en utbildning i risk- och händelseanalys tas fram för enhetschefer. Avvikelser, klagomål/synpunkter och rapporterade brister kommer kunna integreras i Stratsys framöver. Målsättningen med det är att underlätta analysarbetet på aggregerad och lokal nivå. Förhoppningen är att i ett tidigare skede kunna uppmärksamma och stödja verksamheter som har behov av det.

Riskhantering

Under 2025 har riskanalyser gjorts dels vid uppmärksammade brister på lokal nivå, dels vid förändringar i verksamhetens förutsättningar. Vilket bland annat kan handla om förändringar i bemanning, vid planerad eller oplanerad frånvaro av personal. Målet är att upprätthålla hög patient-säkerhet även vid lägre bemanning. Riskanalyser har också genomförts i verksamheter där någon uppmärksammat brister på lokal nivå. Riskanalyser som utförs mynnar alltid ut i en handlingsplan som följs upp och utvärderas.

Ett särskilt riskområde är den specialiserade palliativa vården som bedrivs i hemmet. Efter en lex Maria anmälan av omsorgsförvaltningen 2025 och en av onkologkliniken region Kronoberg 2024 (gemensam patient som drabbats vid båda tillfällena) så har åtgärder vidtagits. Vid specialiserade palliativa vårdbehov i hemsjukvården ska en riskanalys alltid utföras från och med 2026. Riskområden som ska beröras är de särskilda riskområden som beskrivs i den nationella riskanalysmallen för hälso- och sjukvård. Utöver de områdena kommer även den psykiska arbetsmiljön ingå i riskanalysen.

Kompetens och delaktighet

Omsorgsförvaltningen har introduktionsprogram för alla nyanställda. Det finns en plan för årlig genomgång av särskilda områden. Det omsorgsförvaltningen behöver arbeta vidare med kommande år är att bedöma vilka kompetensutvecklingsområden som bör ingå i en kompetensutvecklingsplan.

Omsorgsförvaltningen behöver också stärka sitt patientsäkerhetsarbete med ökad delaktighet av patient- och närståendeperspektiv.

Säker vård här och nu

Utbildning och introduktion

Nyanställd personal får en systematisk introduktion till arbetet där checklistor används. Tillsammans går chef och medarbetare igenom checklistan för att se till att introduktionen blir fullgod. All personal får introduktion och breddvidgång i arbetet, hur lång tid som breddvidgången varar varierar beroende på tidigare erfarenhet och individ.

Interna utbildningar finns inom en rad områden såsom exempelvis BPSD, förflyttningsteknik, basala hygienrutiner och anmälningskyldighet. Det saknas dock i dagsläget praktisk och/eller teoretisk ledd utbildning i egen regi inom exempelvis läkemedelshantering, delegering och olika praktiska vårdmoment. Under 2026 kommer arbetet inledas med att starta upp ett metodrum på korttidsboendet Evelid för att utöka möjligheterna till praktisk träning i olika hälso- och sjukvårdsmoment både för legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Vårdhygien

Den årliga punktprevalensmätningen av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Självskattning inom området omsorgsfunktionsnedsättning testades då möjligheterna till observation av kollegor är mindre. De medarbetare som har besvarat självskattningen har till viss del beskrivit vad som är orsakerna till bristande följsamhet. Resultatet på självskattningen vad gäller följsamheten är dock betydligt högre inom LSS än vad det är inom ordinärt boende och särskilt boende där observationer har gjorts. Möjliga orsaker kan vara att förutsättningarna ser annorlunda ut inom LSS-verksamheten än inom äldreomsorgen. Samtidigt medför självskattningen att ett större underlag samlas in och att enhetscheferna själva kan använda självskattningen som ett redskap under hela året och inte bara vid den årliga mätningen. Ett beslut är taget inför 2026 där självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler ska göras inom samtliga verksamhetsområden.

Likt föregående år är följsamhet god till klädregler och desinficera händerna efter omsorgsnära arbete. Förbättringsområden är att använda förkläde vid rätt tillfälle och på rätt sätt samt att desinficera händerna före omsorgsnära arbete.

Ledarskapet är av stor betydelse för hygienarbetet och arbetet behöver genomsyra hela organisationen. En framgångsfaktor är att hygienfrågan omhändertas på en hög nivå i kommunens organisation och att ansvaret för hygienarbetet tydligt organiseras. Kunskap om basal hygien och smittförebyggande arbete skulle ge chefer, oavsett deras utbildningsbakgrund, bättre förutsättningar för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamhetens smittförebyggande arbete. Resultatet tyder dock på att alla chefer inte har den kunskapen fullt ut. Det finns fortsatt behov av att erbjuda chefer kompetensutveckling inom ämnet basal hygien och smittförebyggande arbete. Medicinskt ansvariga har därav lämnat ett organisationsförslag på hur det vårdhygieniska och smittförebyggande arbete kan bedrivas till omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. I början av 2026 fattade ledningsgruppen beslut om att hygienorganisationen ska byggas på föreslaget sätt och planering av implementeringen påbörjas under kvartal 2 2026.

Vårdhygien hos region Kronoberg har kommit med erbjudande om att utbilda enhetschefer inom samtliga verksamhetsområden inom vilket ansvar enhetschef har och arbetet med det vårdhygieniska och smittförebyggande arbetet.

Nytt arbetssätt riskbedömningar och skörhetsskattning (CFS = Clinical frailty scale)

Alla patienter 65 år och äldre som har hemsjukvård, oavsett omfattning av insatser i hemmet, ska erbjudas skörhetsskattning. Sjuksköterskan har huvudansvar för att skörhetsskattning utförs. Patienter som har insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut men inte av sjuksköterska ska skörhetsskattning erbjudas av arbetsterapeut eller fysioterapeut. Om patienten faller ut som skör (CFS 4 eller mer) bedömer ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal om patienten kan/ska vända sig till sin vårdcentral vid behov av stöd eller om hemsjukvården ska erbjuda riskbedömning.

Om patienten inte kan/ska vända sig till sin vårdcentral så ansvarar legitimerad personal för att erbjuda en riskbedömning med validerade riskbedömningsinstrument för:

- Bedömning av undernäring
- Bedömning av risk för trycksår
- Bedömning av risk för fall
- Bedömning av risk för ohälsa i munnen

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelsehantering

Ett område från förra årets handlingsplan var kopplat till avvikelsehantering med en bakgrund om att omsorgsförvaltningen behöver arbeta med vårdskador/risk för vårdskador och medicintekniska produkter i flera olika led. På aggregerad nivå behöver arbetet med avvikelsehanteringen ske systematiskt, analyseras och återförs till verksamheten så att inträffade händelser ska ge lärdom åt fler. För att avvikelsestatistiken ska kunna användas krävs det att avvikelser rapporteras på rätt sätt i avvikelssystemet.

Utifrån detta har följande ändringar/förtydliganden gjorts i avvikelssystemet:

- Rapportmallen för vårdskador är omgjord för att förenkla för rapportören.
- Avvikelse typerna är ändrade för att hitta tydligare områden.
- Vid inledd utredning ska en klassificering av allvarlighetsgraden göras.
- Riskmatris är införd för att kunna se allvarlighetsgrad och risk för upprepning.
- Statistikvärdena är ändrade för att lättare kunna följa förlopp i statistiken.

Det har tagits fram manualer och checklistor för att förenkla arbetet i avvikelssystemet men också för att alla enheter ska kunna söka fram statistik för sin enhet och arbeta med avvikelser på ett systematiskt sätt.

Under 2026 kommer arbetet med avvikelsehanteringen att fortsätta att utvecklas genom

ytterligare förtydligande i avvikelssystemet men också genom utbildning i risk- och händelseanalys för enhetschefer.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Krisberedskap

Vid en eventuell krissituation ska beredskap finnas så att ordinarie verksamhet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar tillfredsställande. Beredskap ska också finnas för att kunna möta nya målgrupper och behov som kan uppstå.

Kontinuitetsplanering

Under året 2025 har en rad olika aktiviteter inom omsorgsförvaltningen men även i samarbete med andra förvaltningar och aktörer skett. Kartläggningar och planer har tagits fram eller vidareutvecklats under året för att stärka kontinuitetsarbetet inom omsorgsförvaltningen. Dessa planer och kartläggningar har bland annat arbetats fram i den arbetsgrupp (OMS Krisberedskapsgrupp) vars upprättande beslutades år 2023 av omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. Omsorgsförvaltningen har inom ramen för kontinuitetsarbetet genomfört sex tester av reservkraft på särskilda boenden för att säkerställa att användningen av reservkraften fungerar som den ska om behovet någon gång skulle uppstå. Arbetet med testerna kommer att fortsätta under året 2026. Planen är att reservkraften på samtliga särskilda boenden ska testas.

Omsorgsförvaltningen har även under året genomfört ett flertal övningar i verksamheten. Dels under beredskapsveckan v.39 men även under den koncerngemensamma övningen storskalig mottagning där ett 60-tal medarbetare från omsorgsförvaltningen deltog i övningen. Syftet med övningen var att öva på omsorgsförvaltningens delar i den koncerngemensamma planen för storskalig mottagning. Omsorgsförvaltningens uppgifter i den koncerngemensamma planen är att på kort varsel sätta ihop en mottagarorganisation för omsorgstagare som evakuerats från ett särskilt boende i en närliggande kommun. Mottagarorganisationen under övningen bestod av 30 st undersköterskor och 11 st sjuksköterskor från omsorgsförvaltningen som på kort varsel ställde i ordning en mottagarplats på Araby park arena (cirka 80 stycken tillfälliga vårdplatser). Därefter testades mottagarorganisationens organisation och förmåga att bedriva hälso- och sjukvård på plats genom att 70 stycken figuranter bestående av gymnasielever fick spela omsorgstagare som hade evakuerats från en närliggande kommun. Syftet med övningen uppnåddes och övningen genomfördes med ett gott resultat. De lärdomar som drogs från övningen fångades upp av utvärderingen och kommer ligga till grund för vissa justeringar som ska göras i den koncerngemensamma planen för storskalig mottagning.

En förvaltningsspecifik utbildning- och övningsplan har under 2025 arbetats fram och fastställts av ledningsgruppen. Denna plan syftar till att alla medarbetare inom verksamheten ska öva befintliga kontinuitetsplaner och fördjupa sina kunskaper inom krisberedskap. Under 2026 kommer denna plan implementeras och följas. Arbetet och samverkan med privata aktörer har fortsatt under 2025 för att skapa en bättre förståelse för varandras roller, resurser och även stärka den gemensamma beredskapen för våra omsorgstagare. Denna samverkan kommer att fortsätta och utvecklas under 2026. Omsorgsförvaltningen har under året även arbetat med implementeringen av

EU-direktivet NIS2 (cybersäkerhetslagen) inom ramen för informationssäkerhetsarbetet. Arbetet med NIS2 kommer att fortsätta under 2026.

Riskbedömningar och analyser under året

Inför semesterperioder både sommar och jul- och nyårs ledigheter genomfördes riskbedömningar för både avdelning för sjuksköterskor och kommunrehab. För kommunrehab stärktes bemanningen upp jämfört med föregående år inför jul- och nyårs ledigheten på grund av många röda dagar i följd. Bemanning av arbetsterapeut, fysioterapeut och hjälpmedelstekniker sattes även in annandagen främst för att planera och ta hem patienter från slutenvården.

Handlingsplan för patientsäkerhet 2026

Handlingsplanen utgår från samma områden som 2025 då det finns behov av en långsiktig satsning som kommer pågå under de närmsta åren där samma mål föreligger. Inom de olika områdena kommer det kopplas olika aktiviteter under året för att sträva mot att nå de uppsatta målen.

Vårdhygien

Bakgrund:

Den årliga punktprevalensmätningen av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt självskattning inom området omsorg funktionsnedsättning visar fortsatt på en nedåtgående trend.

Ledarskapet är av stor betydelse för hygienarbetet och arbetet behöver genomsyra hela organisationen. Kunskap om basal hygien och smittförebyggande arbete skulle ge chefer, oavsett deras utbildningsbakgrund, bättre förutsättningar för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamhetens smittförebyggande arbete. Medicinskt ansvariga har under 2025 lämnat ett organisationsförslag på hur det vårdhygieniska och smittförebyggande arbete kan bedrivas till omsorgsförvaltningens ledningsgrupp och arbetet kommer att fortgå under 2026 beroende på vilket inriktningsbeslut som tas.

Mål: Förebygga och förhindra smittspridning och infektioner genom att följa SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal vårdhygien i vård och omsorg.

Avvikelser

Bakgrund:

Omsorgsförvaltningen behöver arbeta med vårdskador/risk för vårdskador och medicintekniska produkter i flera olika led. Avvikelsehanteringen ska ske systematiskt, analyseras och återföras till verksamheten så att inträffade händelser ska ge lärdom åt fler. För att avvikelsestatistiken ska kunna användas krävs det att avvikelser rapporteras på rätt sätt i avvikelssystemet. Utifrån detta har följande ändringar/förtydliganden gjorts i avvikelssystemet under 2025:

- Rapportmallen för vårdskador är omgjord för att förenkla för rapportören.

- Avvikelse typerna är ändrade för att hitta tydligare områden.
- Vid inledd utredning ska en klassificering av allvarlighetsgraden göras.
- Riskmatris är införd för att kunna se allvarlighetsgrad och risk för upprepning.
- Statistikvärden är ändrade för att lättare kunna följa förlopp i statistiken.

Under 2026 kommer arbetet med avvikelshantering att fortsätta att utvecklas genom ytterligare förtydligande i avvikelssystemet men också genom utbildning i risk- och händelseanalys för enhetschefer.

Mål: Säkerställa att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete efterlevs. Öka kunskapen om vilka risker som finns i verksamheten genom rapporterade händelser. Avvikelser ska vara en källa till förebyggande åtgärder och förbättringar i verksamheten.

Riskbedömningar

Bakgrund: Ett nytt arbetssätt implementerades under 2025 för legitimerad personal som innebär att alla patienter 65 år och äldre som har hemsjukvård, ska erbjudas att skörhetskattas. Om patienten faller ut som skör (CFS 4 eller mer) bedömer ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal om patienten kan/ska vända sig till sin vårdcentral vid behov av stöd eller om hemsjukvården ska erbjuda riskbedömning.

Om patienten inte kan/ska vända sig till sin vårdcentral så ansvarar legitimerad personal för att erbjuda en riskbedömning med validerade riskbedömningsinstrument inom de fyra olika områdena: undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen

Under 2026 kommer en uppföljning av arbetssättet genomföras genom journalgranskning och verksamhetsnära uppföljning. Området kommer också ingå i en egenkontroll samt följas i den interna kontrollplanen.

Mål: I enlighet med patientdatalagen (2008:355) måste den som utför hälso- och sjukvård föra patientjournal. Syftet med att föra journal är bidra till en god och säker vård av patienten. Målsättningen är således att riskbedömningar, åtgärder och uppföljning till dessa ska journalföras.

Nutrition

Bakgrund: I föregående års handlingsplan var en aktivitet att säkerställa att nutritionsrutinen som är framtagen i omsorgsförvaltningen är känd och efterlevs. Detta arbete kvarstår fortfarande och för 2026 är detta uppdrag tilldelat dietister som arbetar inom stöd- och utvecklingsenheten på avdelning för sjuksköterskor.

Mål: Säkerställa att HSLF-FS 2022:49 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring efterlevs genom att implementera befintlig nutritionsrutin.