

Patientsäkerhetsberättelse

För Vård- och omsorgsförvaltningen

År 2025



Datum: 260301

Ansvarig för innehållet:

Katarina Losell Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kristina Borén Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: 2026-63

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2025:	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
En god säkerhetskultur	122
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	Fel! Bokmärket är inte definierat. 3
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	144
Resultat av internkontroller 2025 samt egenkontroller	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	177
Tillförlitliga och säkra system och processer	2323
Säker vård här och nu	300
Stärka analys, lärande och utveckling	311
Öka riskmedvetenhet och beredskap	322
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026.....	344
Internkontrollplan för MAS 2026.....	344

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen.

Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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



Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskada, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår.

Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2025:

- **Lifecare-HSL**

Under 2025 har fortsatt arbete pågått med att säkra dokumentationen. Dokumentationsgruppen har tittat på att skapa mer hälsoplaner, användning av ICF och KVÅ-koder samt standardiserade vårdplaner. Riktad insats av dokumentationsprocessen har gjorts till sjuksköterskeorganisationen.

- **Förskrivning av inkontinenshjälpmedel**

Ingen riktad insats har gjorts under 2025 gällande förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

- **Läkemedelsautomater**

Ny plan för implementering gjord under 2025 med start januari 2026.

- **Palliativa registret**

Redovisning av kvalitetsindikatorerna har fortsatt varje tertial under 2025

- **Senior Alert**

Redovisning av antal riskbedömningar som görs och antal riskbedömningar med risk varje tertial har gjorts under 2025.

- **Läkemedelsgranskning**

Uppföljning av den genomförda läkemedelsgranskningen som gjordes av extern granskare under hösten 2024 är gjord.

- **Nattfasta och nutrition**

Fortsatt nattfastemätning gjord två gånger under 2025. Även testat vid båda tillfällen att göra det via larmsystemet på vård- och omsorgsboende och då fått ut data direkt i en Excel fil.

- **Avvikelseprocessen och säkerhetskultur**

Under 2025 har arbetet med att utveckla avvikelseprocessen och höja kompetensen kring förvaltningens systematiska kvalitetsarbete fortgått. Kvalitetsutvecklare och MAS har varit ute i olika grupper och utbildat i hur och varför avvikelser ska rapporteras.

- **Revidering av hemsjukvårdsavtalet**

Arbetet med revidering av hemsjukvårdsavtal har pausats under 2025. Översyn av läkarmedverkan och ekonomisk reglering ska ingå i uppdraget.

- **Följa följsamheten till basal hygien och klädregler**

Mätning av följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädregler har gjorts tre gånger under året.

- **Byte av kommunikationsverktyg med regionen**

Planerat byte av kommunikationsverktyg med regionen var satt till mars 2025 men regionen sköt upp införandet av sitt nya verksamhetssystem och därmed också kommunikationsverktyget. Bytet blev i november 2025 istället. Inför bytet gjordes stora utbildningsinsatser hos alla professioner som skulle arbeta i verktyget, utskrivningsprocessen.

- **SVOD – sammanhållen vård och omsorgsdokumentation**

Under hösten har omvärldsbevakning gjorts för att kunna kartlägga vad som behöver göras i Ronneby för att kunna tillämpa lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation.

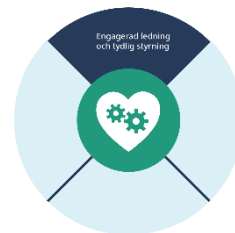
- **Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet**

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården har gällt 2020–2024. Socialstyrelsen har under 2025 tagit fram en ny handlingsplan som gäller 2025-2030.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Organisation och ansvar

Nämnd

Vårdgivare i Ronneby kommun är Vård- och omsorgsnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Verksamheten

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården enligt hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 särskilt ska:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara lättillgänglig
6. där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Vård- och omsorgsförvaltningen erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå till patienter som bor på:

- vård- och omsorgsboende
- ordinärt boende
- korttidsverksamhet
- växelvård
- dagverksamhet

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

MAS och MAR ska säkerställa att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boendeformer, dagverksamheter samt i ordinärt boende. I uppgifterna ingår att utarbeta säkra rutiner för verksamheten att följa.

MAS och MAR har på delegation av vårdgivaren ansvar för att fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till IVO (Inspektionen för vård- och omsorg). Lex Maria anmälan görs när en

patient som varit i kontakt med hälso- och sjukvården får en allvarlig vårdskada eller riskerat att få en allvarlig vårdskada som hade kunnat undvikas.

En medicinskt ansvarig sjuksköterska och en medicinskt ansvarig för rehabilitering ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 ansvara för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (PDL 2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - c) att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter samt omvårdnadspersonal som bistår en legitimerad personal. Alla arbetar utifrån gällande lagstiftning och arbetar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. De ska hålla sig uppdaterade gällande nya rutiner och författningar inom området och genomföra förekommande arbetsuppgifter utifrån ett patientsäkert förhållningssätt.

All hälso- och sjukvårdspersonal ingår i de team som arbetar nära patienten och har möjlighet att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Till dessa grupper finns också läkare knutna via särskilt avtal med den regionala primärvården. Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS/MAR och verksamhetschef.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar för vård- och omsorgsboende och det ordinära boendet. Arbetet sker i nära dialog med patientens läkare och övriga i teamet.

Läkaransvaret ligger oftast på vårdcentral och i vissa fall specialistsjukvård.

Sjuksköterskans uppdrag innefattar bland annat:

- preventivt arbete
- omvårdnad
- bedömning, undersökning och behandling
- läkemedelshantering
- förskrivning
- dokumentation
- samverkan och samordning

- planering och ledning
- undervisa och handleda
- delegera

Delar av detta arbete sköts via delegering/instruktion till omvårdnadspersonal.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och ordinerar träning av förmågor som behövs för att klara det dagliga livet. Förskrivning av hjälpmedel, aktivitetsträning och anpassningar i hemmiljön är exempel på rehabiliterande insatser som kan förebygga ohälsa och/eller öka förutsättningarna till ett mer självständigt liv.

Sjukgymnast/fysioterapeut

Sjukgymnasten/fysioterapeuten genomför motoriska funktionsbedömningar, ordinerar rehabiliterande träning och behandling samt förskriver hjälpmedel i syfte att förebygga ohälsa och/eller bibehålla, förbättra eller återfå fysiska funktioner som behövs i vardagen.

Enhetschef

Enhetschefen säkerställer att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av all hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatser. Enhetschefen ansvarar också för att analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ska liksom övriga ansvariga i verksamheten arbeta för en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/ordination/delegering av legitimerad personal. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

Vårdhygien och Smittskyddsenheten

Inom områdena vårdhygien och smittskydd har verksamheten tillgång till stöd av specialistutbildade sjuksköterskor och läkare inom Region Blekinge.

Hygiensjuksköterskorna är alltid behjälpliga med råd och stöd vid behov när det är till exempel smittor i verksamheterna. Hygienronder genomförs var tredje år på alla enheterna i verksamheterna. Under 2024-2025 har alla enheter haft en hygienrond, ny genomgång av alla enheterna startar 2027. En enhet som hade 2024 har önskat få tidigare och kommer att genomföras februari 2026.

Hjälpmedelscenter Blekinge

Hjälpmedelscenters (HMC) uppdrag är i första hand att tillhandahålla och hantera personligt förskrivna hjälpmedel till personer boende i Blekinge och drivs av Samverkansnämnden,

Region Blekinge. Hjälpmedelskonsulenter arbetar nära förskrivare med bland annat rådgivning, utprovningar och anpassningar samt driver upphandlingsarbetet medan hjälpmedelstekniker ansvarar för reparationer och anpassningar av förskrivna hjälpmedel som bara kan utföras av teknisk sakkunnig. Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt enhetschefer för rehabiliteringen deltar i Samverkansnämndens beredningsgrupp där dessa parter bidrar med särskild kompetens inom hjälpmedelsområdet och representerar respektive huvudman avseende kvalitetsfrågor och behovsnära beslut.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I det kommunala uppdraget avseende hälso- och sjukvård levereras vård upp till nivå av legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. I uppdraget att bedriva hälso- och sjukvård i kommunal regi förutsätts ett samarbete med andra vårdgivare för att vården runt patienten ska fungera optimalt. Närmaste samarbetspartners utgörs av vårdcentralerna men också Blekingesjukhuset, tandvården och psykiatrin.

Patientsäkerhetssamordnare (regionen), chefssjuksköterska (regionen) och medicinskt ansvarig sjuksköterska träffas och går igenom avvikelser som rör vårdövergångarna mellan kommun och region. Sammanställning är gjord och presenterad i Länsamverkansgruppen att åldras.

Samverkansstruktur Blekinge:

LSVO (ledningssamverkan vård och omsorg) utgör ledningsgrupp för samverkan Blekinge och beslutar om frågor rörande samverkan mellan olika aktörer inom socialtjänst, vård- och omsorg, hälso- och sjukvård samt skolan. LSVO jobbar på en strategisk nivå och det är kommunernas förvaltningschefer, regionens hälso- och sjukvårdsdirektör, hälso-och sjukvårdschefer samt beställarchef som deltar. Under 2025 ändrades strukturen för länsamverkansgrupperna, nedan två grupper bildades istället:

- **Länsamverkansgrupp Nära vård**

Länsamverkansgruppen består av verksamhetschefer från kommunernas socialtjänst, vård- och omsorg och hälso- och sjukvård. Region Blekinge representeras av verksamhetschefer från regionens primärvård, specialiserade vård samt psykiatri, inklusive barn- och ungdomspsykiatri och habilitering. Gruppen möts vid 8-10 tillfällen per år.

- **Länsamverkansgrupp Främja jämlik hälsa**

Länsamverkansgruppen består av verksamhetschefer från kommunernas individ – och familjeomsorg (IFO), funktionsstöd, hemtjänst samt elevhälsa/skola. Region Blekinge representeras av verksamhetschefer från regionens primärvård, första linjen och ungdomsmottagning samt från tandvården. Gruppen möts vid 8-10 tillfällen per år.

Lokal samverkan

Tidigare har Ronneby haft egen form av samverkan med vårdcentralerna genom s.k. terminsträffar på regelbunden basis sedan många år. Dessa har varit mycket givande med gott samarbete. Dessa träffar ersattes under 2024 av den lokala samverkansgruppen men både vårdcentralerna och kommunens hälso- och sjukvård saknar den tidigare samverkansformen. Samverkan har efter detta varit bristande och under 2025 har flera försök gjorts för att komma igång igen.

Inför och under sommaren och julhelgerna förekommer korta veckomöten där Blekingesjukhusets ordförande i daglig styrning tillsammans med en representant från respektive kommunen deltar. Där får varje verksamhet framföra hur det aktuella läget ser ut i respektive verksamhet vilket är mycket bra för att få kännedom om varandras verksamheter och hur det ser ut. Det skapar också förståelse för respektive verksamhet och en överblick över patientens färd genom vården.

Under 2025 har möten med vaccinationsstaben fortsatt inför, under och efter vaccinationsperioderna. Dessa möten har varit av stor vikt för den kommunala verksamheten.

Samverkan med regionens palliativa team är mycket värdefullt för kommunens hälso- och sjukvård och hemsjukvårdspatienterna. Regionens palliativa team stöttar både hemma hos patienterna och genom att erbjuda utbildningar till kommunens sjuksköterskor.

Regelbundna samverkansmöten med Mellanvården i Ronneby görs 2 gg/termin och där deltar avdelningschef och kontaktsjuksköterska från Mellanvården samt enhetschef för sjuksköterskor och en sjuksköterska från vård- och omsorg samt från Funktionsstöd.

Hjälpmiddelscenter och Vårdhygien är andra viktiga samverkanspartner med stor betydelse för den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien fungerar som rådgivare och erbjuder vid behov även information och utbildning direkt i verksamheterna. Hygienronderna genomförs av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Region Blekinge tillsammans med MAS på enheterna. Hjälpmiddelscenter bidrar genom sin breda medicinska och tekniska kompetens till en trygg, effektiv och jämlik hjälpmedelsförsörjning. Under 2025 uppgick ledtiden från det att förskrivaren beställt ett hjälpmedel till dess att hjälpmedlet levererats till patient till att 73,15 % av alla ordrar levererades inom fem arbetsdagar. Detta visar på en i huvudsak välfungerande leveransprocess, samtidigt som det utgör ett viktigt uppföljningsområde för fortsatt utveckling av en snabb och säker hjälpmedelshantering.

MA-nätverket (Blekinges sex MAS:ar och två MAR:ar) träffas minst 1gg/mån heldag för att samverka kring medicinska frågor, rutiner och riktlinjer. Nätverket har också regelbundna samverkansmöten med olika samarbetspartners som: patientnämnden, patientsäkerhetssamordnare på Regionen, ambulans, akutkliniken, barnkliniken, vårdcentraler, läkarbilen, hjälpmedelscenter, vårdhygien, smittskydd m.m.

Intern samverkan

Internt är våra samverkans forum ”teamträffar” och ”pro-team” viktiga för att säkerställa trygghet och säker vård.

Teamträffar är träffar på enheterna (både vård- och omsorgsboende och ordinärt boende) och där deltar enhetschef, undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och biståndshandläggare (ordinärt boende). Träffarna genomförs oftast varannan vecka och på agendan finns bl.a. avvikelshantering och kvalitetsregister.

Pro-team är en träff mellan legitimerad personal och biståndshandläggare som två gånger i veckan har korta avstämningar där genomgång av patienter som är inlagda på sjukhus är i fokus. Detta för att göra vårdövergångarna så säkra och snabba som möjligt.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att kritisk information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Information som används måste hanteras på ett säkert sätt och skyddas mot oavsiktlig spridning. En god informationssäkerhet ger förtroende för vårdgivaren och är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering.

Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån vårdgivarens behov och risker. Informationen ska vara tillgänglig när vi behöver den, vi ska kunna lita på att den är riktig och inte manipulerad och att endast behöriga personer får ta del av den.

Ronneby kommun har efter analys av säkerheten infört Geoblocking samt multifaktorautentisering. Geoblockering har gjort att det inte går att nå stora delar av vår IT-miljö från andra länder än Sverige. Det har gjort att vi blockerar runt 10 miljoner förfrågningar varje dag.

MFA -Multifaktorautentisering har gjort att säkerheten har höjts väsentligt då ett flertal system nu kräver både användarnamn+lösenord samt godkännande i en APP eller liknande.

Mikrosegmentering i nätverket gör att en angripare endast kan komma åt en enhet och att de inte kan hoppa vidare till andra enheter. Ronneby Kommun har en Security Operations Center (SOC) från och med i januari 2026. SOC är en centraliserad säkerhetsfunktion där analytiker och tekniska lösningar dygnet runt övervakar, upptäcker, undersöker och reagerar på cyberhot i realtid.

Två-faktorsinloggning används med SITHS-kort av all legitimerad personal för att logga in i Prator, Pascal, NPÖ och vissa kvalitetsregister. SITHS-kort uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering och står för Säker IT i Hälso- och Sjukvården.

Enligt patientdatalagen är vårdgivaren skyldig att säkerställa den inre sekretessen. Det innebär att endast personal som är inblandad i vården och behandlingen av patienten, eller av annat skäl behöver uppgifterna för att fullgöra sitt arbete inom hälso- och sjukvården, får ta del av uppgifter om patienten. Detta ska göras genom att behörigheterna för åtkomst till patientuppgifter begränsas till vad som behövs för att vård- och omsorgspersonal ska kunna

utföra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Den inre sekretessen ska därför upprätthållas genom tekniska lösningar för behörighetstilldelning och åtkomstkontroll. Detta styrs genom att exempelvis behörigheter till journalen tilldelas utifrån profession och enhet. Systematiska loggkörningar genomförs i hälso- och sjukvårdsjournalen och NPÖ (nationell patient översikt) varannan månad. Loggarna från journalerna granskas av verksamhetschef och returneras till MAS för arkivering. Även behörighet i våra olika system genomförs av systemförvaltare och lämnas till verksamhetschef ihop med loggarna från journalen. Verksamhetschef intygar att ingen olovlig läsning gjorts i journal och att det finns en pågående vårdrelation mellan patient och medarbetare.

Resultatet från NPÖ-loggarna redovisas för verksamheten och då utifrån om det fanns samtycke till att hämta information från annan vårdgivare.

Alla medarbetare informeras om loggkontroller vid anställning.

Även journalgranskning genomförs regelbundet utifrån bestämmelserna i patientdatalagen (SFS 2008:355). Patientdatalagen fastslår den legitimerades dokumentationsskyldighet samt reglerar vad en patientjournal ska innehålla.

Dokumentation av hälsotillstånd, vårdåtgärder och processer är en betydelsefull och stor del av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals arbete och fodrar kontinuerligt och systematiskt arbete för att upprätthålla en god kvalitet. Dokumentationen styrs upp genom systematiska kodsystém där bedömning av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa klassificeras med ICF-kodning och planering och åtgärder som vidtas klassificeras med KVÅ-koder.

Vårdgivaren använder sig av säker e-posthantering (krypterade mail) när kommunikation som är av känslig karaktär behöver ske, både internt och externt.

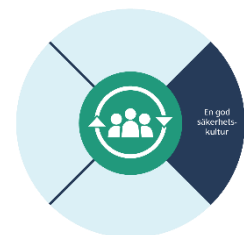
En god säkerhetskultur

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet blir alltmer integrerat med arbetsmiljöarbetet och forskning visar att de båda aspekterna av klimatet på arbetsplatsen hänger ihop och samspelar. Förutsättningen för en säker vård är att det finns en kultur som främjar säkerhet.

För att uppnå patientsäkerhet krävs en god arbetsmiljö som främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Det innebär bland annat att systematiskt identifiera, rapportera, åtgärda, återföra och utvärdera avvikelserna såväl som risker samt återföra resultatet till medarbetare för att förbättra och utveckla kvaliteten i vården.

Negativa händelser rapporteras i verksamhetssystemet för avvikelser och utreds i samverkan. För att en god säkerhetskultur ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker, genomförs regelbunden genomgång av rutin, process och arbetssätt samt utbildning i avvikelseprocessen.

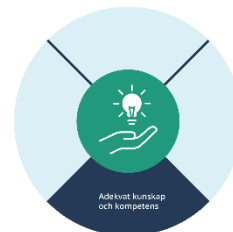
Fokus har varit övervägande mot rapporteringsskyldighet, definition av en avvikelse, analys och lärande. Planering för fortsatt arbete kring avvikelshanteringsprocessen fortgår och



kommer att gå in djupare på utredning, analys och att förvaltningen i högre grad ska bli en lärande organisation. Detta arbete kommer att fortsätta under 2026.

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.



Behovet av en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg är av stor vikt för välfärden i Sverige idag och framöver. Behovet av utbildade medarbetare växer liksom möjligheten till kompetensutveckling för redan anställda så att de har möjlighet att växa och utvecklas i sina yrkesroller. Samverkan i Vård- och omsorgscollege är formaliserad genom certifiering och de organisationer som deltar arbetar tillsammans för att skapa hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning i vård och omsorg.

Blekinge certifierades i mars 2024 och VO-college Blekinge är en partsgemensam organisation som samverkar mellan arbetslivet och utbildningssamordnare inom vård- och omsorg. Samverkande organisationer är: Region Blekinge och länets fem kommuner samt Arbetsförmedling, Blekinge Tekniska Högskola, Kommunal och Hermods.

Övergripande syfte är att trygga kompetensförsörjningen för yrken som vårdbiträde, undersköterskor, specialistundersköterskor och arbete inom området stöd till personer med funktionsnedsättning.

Under 2025 har en sjuksköterska läst in förskrivningsrätten för läkemedel.

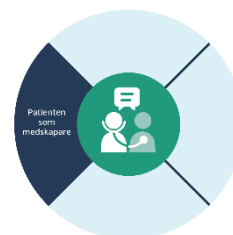
Under 2025 har en arbetsterapeut och en fysioterapeut slutfört VFU-handledarutbildningen. Verksamheten har nu totalt fyra utbildade handledare, vilket bidrar till ökad kvalitet och bättre förutsättningar att ta emot och stödja studenter under deras verksamhetsförlagda utbildning.

Läkemedelshanteringsutbildning ges alltid innan delegering kan utfärdas och det ges både skriftligt och muntligen. Läkemedelsgranskningarna av farmaceut blev också ett inlärningsstillfälle för enhetschef, sjuksköterska och undersköterska.

Både legitimerad personal och omvårdnadspersonal har gått HLR-utbildningar (hjärt-lungräddning) under 2025.

Patienten som medskapare

Denna grundläggande förutsättning blev ett prioriterat område när Verket för patienter gjordes. Denna förutsättning är tänkt att integreras i allt arbete hos vårdgivaren, allt vi gör ska vara för och med patienten.



I arbetet med ”Nära Vård” ska patienten vara delaktig som medskapare av sin individuella, personcentrerade vård. Patienten ska vara med i planeringen, till exempel vid SIP (samordnad individuell plan), av sin behandling, få lämna sina synpunkter och samtycka till undersökningar, bedömningar, behandlingar samt ta del av annan vårdgivare/huvudmans dokumentation. Verksamheterna ska ha patienten i fokus och arbeta utifrån patientens behov.

För att få ta del av annan vårdgivares dokumentation via nationell patientöversikt måste patienten samtycka till detta och det ska vara tydligt dokumenterat i journalen.

Sedan 240901 har vård- och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvård öppnat upp och producerar sin dokumentation i 1177-journalen. Syftet med 1177-journal är att stärka möjligheten för invånare i att medverka i beslut och uppföljning av den egna vården samt stödja engagemanget för den egna hälsan. Den kommunala hälso- och sjukvården finns tillgänglig för invånare i Ronneby kommun som har hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Patienten ska få information innan registrering i kvalitetsregister, exempelvis Senior Alert. Vid identifierade risker ska åtgärder och vårdplaner tas fram i samråd med patienten i ett led att göra patienten mer delaktig och motiverad i sin egen vård.

Skyddsåtgärder såsom larm, lås, hantering av sänggrindar, bälten m.m får endast användas om patienten givit sitt samtycke. Samtycket ska dokumenteras i patientjournalen. Beslut om skyddsåtgärder görs i tvärprofessionella team och det ska finnas tydliga riskanalyser och även ett fastställt uppföljningsdatum för åtgärden.

När en patients vård övergår från botande till lindrande (palliativ vård) ska ett brytpunktssamtal göras med patienten och om patienten ger sitt samtycke även närstående.

Patienten involveras alltid vid utredningen av avvikelser som bedöms som allvarlig vårdskada och/eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa avvikelser anmäls alltid till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Viktigt att även involvera närstående om patienten ger sitt samtycke till detta.

Patienter och deras närstående ska alltid informeras om hur de kan lämna klagomål och synpunkter på vården.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Intern kontroll beslutas av vård- och omsorgsnämnden och redovisas till vård- och omsorgsnämnden i början på året därefter.

Egenkontroller gör MAS och/eller MAR på indikationer från verksamheten eller enligt nationella direktiv och råd. Resultatet av egenkontroller och internkontroller redovisas för respektive verksamhetschef inom aktuellt verksamhetsområde.

Resultat av internkontroller 2025 samt egenkontroller

Redovisning hos vård- och omsorgsnämnden av internkontrollerna 2025 gjordes vid nämndsmötet 2026-01-28.

Nedan redovisas de internkontroller och egenkontroller som genomförts av MAS.

Säker läkemedelshantering och delegeringar

Kontroll utförs genom granskning av hälso- och sjukvårdsdokument kring läkemedelshantering hos patienten. Granskningen utgår från en matris där 1 innebär mycket liten risk för fel och 5 mycket stor risk för fel. Blir det 4:a eller 5:a är granskningen inte godkänd.

Under 2025 har granskning gjorts hos 25 patienter, 7 på vård- och omsorgsboende och 18 från ordinärt boende. 17 granskningar är godkända vilket är 68%, förra året var siffran 66% så en liten förbättring.

Slumpmässig kontroll gjord av antal delegeringar per sjuksköterska, 10 vår och 10 höst. Av de 20 st var det 17 som jobbar dagtid och tre stycken jobbar kväll/natt. Av de som jobbar dagtid var det mellan 11-65 stycken delegeringar/sjuksköterska och kväll/natt var det 20-29. Medelvärde för antal delegeringar/dagsjuksköterska blev 30,94 vilket är en liten förbättring jämfört med 2024 då det var 34,52. För nattsjuksköterskorna är det 24 som är medelvärdet 2025, för 2024 var det 34 så även här en förbättring.

Kontroll även gjord av uppföljning av delegeringar vilket visar att följsamheten till att sätta uppföljningsdatum brister.

Kontrollmomentet bedöms som väsentlig avvikelse och följer därmed med till 2026.

Avvikelser

Avvikelsehanteringen visar på brister genom att avvikelser inte är mottagna enligt rutin. Utredning och avslutande av avvikelse är inte heller gjort enligt rutin. Kontroll även gjord gällande om medutredare är tillagd i avvikelse och då även om återkoppling skett från medutredare.

Kontrollmomentet bedöms som väsentlig avvikelse och följer därmed med till 2026.

Egenkontroller

I nedan tabell redovisas egenkontroller som är gjorda av MAS/MAR under 2025.

Tabell 1: Egenkontroller 2025

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande under året. Sammanställning av avvikelser varje tertial som redovisas i nämnd.	Lifecare avvikelshantering
Läkemedelshantering	Vid iordningsställande av dosett samt kontroll av dispenserade dospåsar. Har patienten narkotika kontrollräknas det minst 1 gg/mån. Externa granskningar och oregelbundna stickprover	Kontroll och kontrollräkning av SSK. MAS gör oregelbundna stickprov och extern granskning.
Riskbedömningar gällande trycksår, fall, undernäring och munhälsa.	Löpande under året.	Senior alert
Nattfastemätningar	Två ggr/år	Mätningarna skickas till MAS för sammanställning.
Beteendeförändringar vid demens.	Löpande under året.	BPSD- registret
Basal hygien och klädregler (BHK) - mätningar	Varje tertial	Protokoll
Hygienronder	Var tredje år med Regionens hygiensjuksköterska	Protokoll
Loggkontroller	Varannan månad	Patientjournaler och NPÖ.
Journalgranskning	Görs varje månad samt vid utredningar	Patientjournaler
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Svenska palliativregistret
Delegeringar	Följs rutinen för delegering och antalet delegeringar/sjuksköterska följs varje tertial.	Delegeringsmodul Lifecare HSL
HSL-uppdrag	Förändring över tid av antal samt att det är hälso- och sjukvård som skrivs uppdrag på	Lifecare HSL.
Digital signering av HSL-uppdrag	Minst 2 gg/år	Lifecare HSL.
Uppföljning av utvalda KVÅ-koder bla läkemedelsgenomgångar och vaccinationer	Varje tertial	Lifecare HSL och Mitt Vaccin
Antal patienter med övertaget läkemedelsansvar	Varje tertial	Lifecare HSL

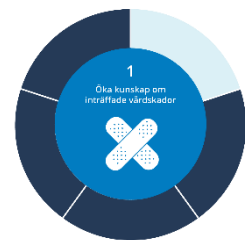
Under 2025 rapporterades totalt 18 avvikelser inom rehabiliteringsverksamheten. Flera avvikelser rörde brister i samverkan med annan huvudman samt kvalitetsbrister kopplade till

personalbrist. Trots ett stort antal utförda rehabiliteringsåtgärder är antalet avvikelser lågt, vilket innebär att underrapportering inte kan uteslutas.

En betydande del av de personalrelaterade avvikelserna uppstod under våren då fysioterapeuterna, på grund av personalbrist, inte kunde medverka vid över 80 teamträffar. Detta ledde till uteblivna åtgärder och minskad fysioterapeutisk kompetens i arbetet med Senior Alert, BPSD och fallrapportering. Den begränsade närvaron innebär en ökad risk för försämrad patientsäkerhet, särskilt kopplat till att förebyggande åtgärder inte har kunnat genomföras i planerad omfattning.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit som det avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



En central del i detta sammanhang är hanteringen av medicintekniska produkter. Dessa produkter är en integrerad del av den dagliga vården inom kommunal verksamhet och har stor betydelse för patienternas självständighet, trygghet och kvalitet i omvårdnaden. För att upprätthålla en hög patientsäkerhet krävs att medicintekniska produkter används, hanteras, kontrolleras och följs upp i enlighet med gällande regelverk och fastställda rutiner samt att medarbetarna har adekvat och uppdaterad kompetens.

Under 2025 har utredningar genomförts i grannkommunen där hanteringen av medicintekniska produkter granskats. Utredningarna har bland annat belyst behov av stärkt kunskap kring säkerhetsaspekter och tillämpligt regelverk. I den egna verksamheten har dialoger och enstaka avvikelssignaler uppmärksammat områden som överensstämmer med de iakttagelser som framkommit i dessa utredningar, bland annat vad gäller överblick över servicehistorik, bruksanvisningar och uppföljning, men även behov av stärkt kompetens vid manuella förflyttningar och förflyttningar med personlyft. Detta indikerar ett behov av fortsatt genomlysning och utveckling även inom den egna organisationen.

Avvikelseprocessen är ett prioriterat område i vår lokala handlingsplan för stärkt patientsäkerhet, främst utifrån analys och lärande av händelser, men hela processen ses som prioriterat i verksamheten.

Hos vårdgivaren hanteras avvikelser i verksamhetssystemet Lifecare. I systemet rapporteras avvikelser in som sedan tas emot av ansvarig chef inom 3 dagar. Utredning startas upp och vid behov kan legitimerad personal läggas till som medutredare. All dokumentation sker i avvikelserna. När utredningen är klar och åtgärder uppföljda kan avvikelserna avslutas.

Avvikelser ska lyftas på varje enhets team och utredas tillsammans.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser i förvaltningens enheter redovisas varje tertiäl till vård- och omsorgsnämnden och verksamhetscheferna. Under 2023 gjordes en revision av

avvikelsehanteringen av ett utomstående företag och utifrån det upprättades en åtgärdsplan som har följts upp under både 2024 och 2025.

- Varje tertiäl granskar och analyserar vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsgrupp (MAS, MAR, verksamhetschefer, IKT-strateg och kvalitets- och verksamhetsutvecklare) skillnader mellan enheter och verksamheters avvikelser. Det har inte blivit så strategiskt och lärande som tanken var utan omtag får göras under 2026. En bidragande orsak är att forumet för kvalitetsgruppen har varit bristande under 2025. Kvalitetsgruppen har förändrats och heter numer förlängd ledningsgrupp och där ingår - MAS, MAR, kvalitetsutvecklare, verksamhetsutvecklare, LOV-samordnare samt verksamhetschefer.
- Kvalitetsutvecklare och MAS utbildar förvaltningen i hantering av klagomål och synpunkter.
- Kvalitetsutvecklare och MAS utbildar cheferna i alla steg i processen från rapportering till avslut. Det är chefens ansvar för att deras medarbetare får utbildning och att avvikelseprocessen tas upp på APT minst en gång per år.
- Rutinen för avvikelshanteringen reviderades under 2024 och numera finns det ledtider för vad som är skäligt i de olika stegen i avvikelseprocessen.
- En åtgärd var att få till så privata utförare har samma förutsättningar att arbeta i avvikelssystemet på samma sätt som egen regin gör. Detta är klart och de privata utförarna rapporterar sina avvikelser i avvikelssystemet.

Tabell 2: Avvikelser per verksamhet 2022- 2025

Enhet	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3	Totalt 2025	Totalt 2024	Totalt 2023	Totalt 2022
Vård och omsorgsboende							
Läkemedel VoBo	49	49	40	138	249	226	198
Fall VoBo	271	261	340	872	1080	939	896
Hjälpmedel/ Medicinskteknisk produkt VoBo	8	8	10	26	49	33	0
HSL-insats	11	6	6	23	60	16	24
Samverkan annan huvudman VoBo	1	1	1	3	8	13	5
Trycksår VoBo	1		1	2	3	1	1
Informationsöverf	2		7	9	8	8	2
Hemtjänst							
Läkemedel htj	55	70	74	199	171	165	188
Fall htj	273	201	277	751	561	735	669
HSL-insats	30	14	19	63	76	33	19
Hjälpmedel/ Medicinskteknisk produkt htj	1	3	6	10	9	9	4
Samverkan med annan huvudman htj	2	7	3	12	5	9	9
Trycksår htj	1	3	1	5	1		
Informationsöverf	5	4	5	14	13	4	8
HSO och myndighet							
Läkemedel HSO+ Myndighet	5	2	11	18	14	14	16
Fall			1	1	2	2	
Samverkan med annan huvudman HSO+Myndighet	21	37	21	79	58	32	51
Hjälpmedel/ Medicinskteknisk produkt HSO+Myndighet			1	1	2	3	4
Trycksår HSO+Myndighet					1	1	
HSL-insats	8	3	7	18	28	4	
Informationsöverf	3	3	6	12	19	5	17

På vård- och omsorgsboende sågs en uppgång av avvikelser gällande läkemedel 2024 men dessa har minskat under 2025. Det som påverkat är troligtvis de läkemedelsgranskningar som genomförts på alla enheter. Hjälpmedels- och medicinsktekniska produkter avvikelser har minskat medan fallavvikelser ligger i princip oförändrat. HSL-insats har minskat från 60 stycken 2024 till 23 stycken 2025. Trycksår ligger lågt vilket ger misstanke om mörkertal. Har verksamheterna kunskap om vad ett trycksår är och att det ska rapporteras?

Läkemedelsavvikelser är oftast miss av doser, svinn av narkotika, otydliga ordinationer och signeringslistor bl.a. Vid granskning av avvikelser gällande HSL-insats så är de flesta läkemedelsavvikelser.

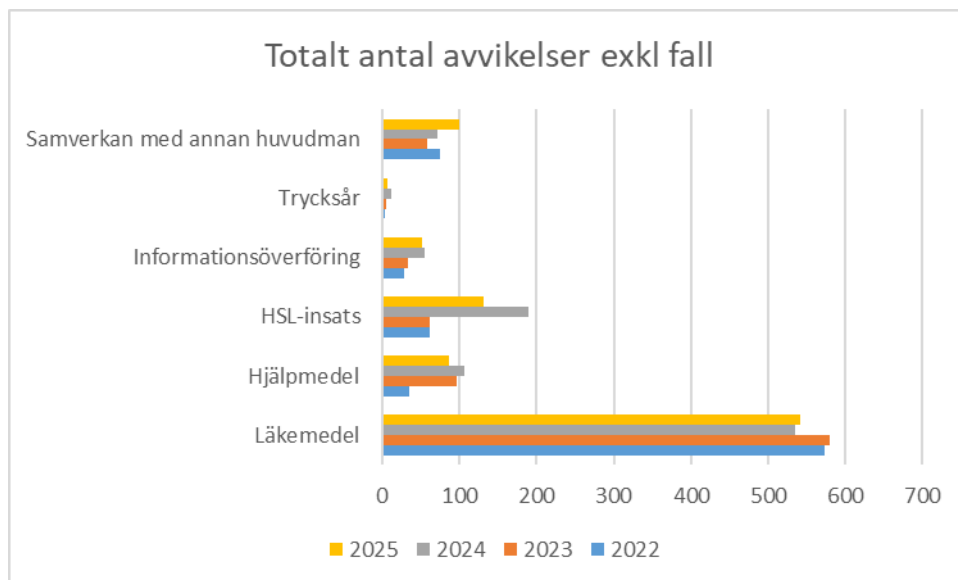
Övervägande fallavvikelser innebär ingen skada men 8 avvikelser är kategoriserade i systemet som fraktur, 47 stycken som sårskada och 84 stycken som nytillkommen smärta. Samverkan med annan huvudman är externa avvikelser och de flesta handlar om kommunikation och samverkan vid utskrivning från sjukhuset till vård- och omsorgsboendet.

Inom hemtjänsten ses en ökning igen av avvikelser gällande fall. Avvikelser gällande läkemedelshantering har en liten ökning sen ett par år tillbaka, gällande avvikelsetyperna trycksår och samverkan med annan huvudman ses också en ökning. Mörkertal och okunskap kring trycksår och rapportering troligtvis här också.

Fallavvikelser är övervägande utan skada men 8 stycken är kategoriserade i systemet som fraktur, 86 stycken som sårskada och 70 stycken som nytillkommen smärta. Betydligt fler fallavvikelser är kategoriserade än tidigare år.

Övervägande av avvikelserna som är rapporterade som HSL-insats är egentligen läkemedelsavvikelser och borde varit rapporterade under avvikelsetyp läkemedel. Ej signerade HSL-uppdrag, felaktiga HSL-uppdrag och uteblivna insatser är exempel på vad som också rapporteras under HSL-insats.

Stapelldiagram 1: Totalt antal avvikelser 2022-205 både egen regi och privat regi



Det är ingen avvikelsetyp som har en tydlig ökning för 2025 enligt ovan tabell som är totalt antal avvikelser i vård- och omsorgsförvaltningen (exkl fall).

Antalet rapporterade avvikelser kopplade till hjälpmedel är generellt lågt i förhållande till det stora antal medicintekniska produkter som används inom verksamheterna. Detta kan indikera att avvikelser inte alltid identifieras eller rapporteras. Vid granskning av de totalt 36 inkomna hjälpmedelsavvikelserna ses bl.a handhavande fel, felanvändning av ex larm och tryckavlastande madrasser, trasiga hjälpmedel, användning av ej besiktigade skenor till lyft.

För att ge en korrekt och samlad bild avseende säkerheten hos medicintekniska produkter är det av särskild betydelse att vårdgivare anmäler och rapporterar eventuella brister av de medicintekniska produkterna. Under 2025 har totalt 15 avvikelser och reklamationer avseende medicintekniska produkter rapporterats till Hjälpmedelcenter Blekinge (HMC). Tre av dessa har inneburit risk för eller lett till personskada. I samtliga fall har utredning visat att inga brister i hjälpmedlen varit av sådan art att anmälan till Läkemedelsverket varit aktuell.

Samverkan med annan huvudman ökar överlag och det är oftast vid vårdövergångarna, de s.k organisatoriska mellanrummen, som det brister. Nationellt ses att det är vid vårdövergångarna som våra patienter utsätts för störst risker. Vid all samverkan med övriga vårdgivare diskuteras detta och insatser görs för att säkerställa men det räcker inte till. Arbetsgrupper finns både regionalt och lokalt där vårdövergångar och samverkan mellan vårdgivare är huvudfokus.

Alla avvikelser som inkommer ”samverkan med annan huvudman” skickar MAS eller MAR vidare till berörd enhet. Alla dessa avvikelser diarieförs och avslutas inte förrän svar inkommit från berörd huvudman. Dokumentation sker i avvikelshanteringssystemet Lifecare direkt i avvikelserna.

Samverkan finns med Regionens patientsäkerhetsgrupp och patientnämnden för att analysera och göra gemensamma åtgärder kring de gemensamma avvikelserna. Regionens patientsäkerhetsgrupp samt en MAS-representant har kommit igång med regelbundna träffar för att diskutera patientsäkerhet i länet.

Under både 2024 och 2025 sammanställdes alla externa avvikelser som rör kommun-region. Varje MAS i länet gjorde en sammanställning av de avvikelser som var aktuella och den totala sammanställningen för alla kommuner presenterades för den lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet.

Fallavvikelser

Varje år behöver närmare 70 00 personer läggas in på sjukhus för vård på grund av en skada efter en fallolycka, merparten är över 65 år. Fall är en av de 10 vanligaste dödsorsakerna bland svenskar över 70 år. Närmare 1000 personer 65 år och äldre dör varje år på grund av fallolycka.

Med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras, fysisk träning är en åtgärd som kan minska risken för fall. Fallolyckor orsakar mycket lidande för den som faller, det kan vara fysisk skada som fraktur eller sår, lång rehabilitering men en viktig del är den rädsla för att falla igen som drabbar de flesta. Fallolyckor orsakar också stora kostnader för samhället.

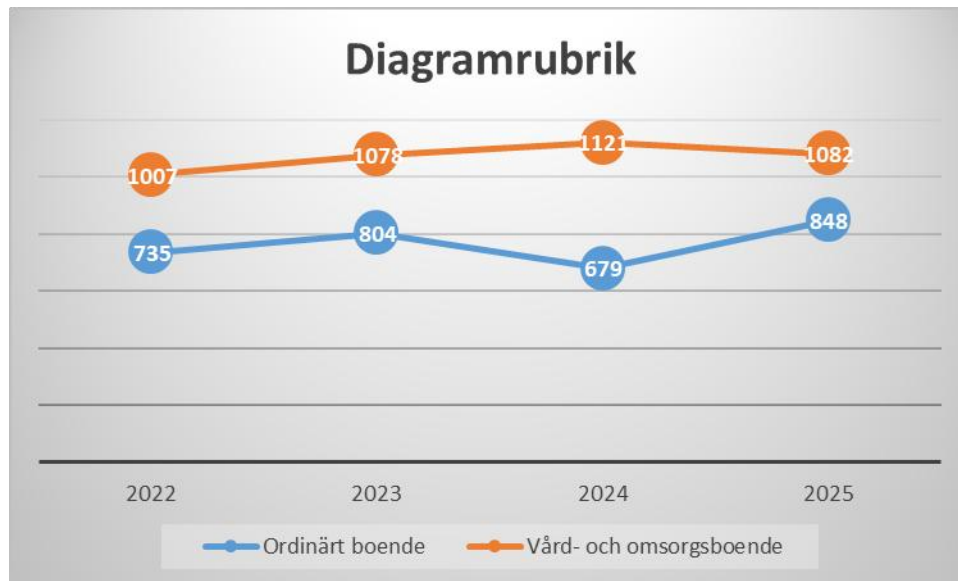
Risken för fall ökar med stigande ålder och skador av fall blir värre vilket skapar lidande för patienten och ofta ökad vårdtyngd för personalen och/eller närstående.

Stor vikt läggs vid att se vad bakomliggande orsaken till fallet är så rätt åtgärd sätts in. Här är Senior Alert ett viktigt verktyg för att förebygga risken för fallolyckor och kartläggning av bakomliggande orsaker. Översyn av den fysiska miljön är av stor vikt för att säkerställa så att fall förebyggs samt en översyn av styrka, hjälpmedel och läkemedel. Här är

fysioterapeuten/sjukgymnastens kompetens av största vikt för att säkerställa patientsäkerheten genom att stärka patientens fysiska styrka, balans och förmåga att förebygga fall.

Fysioterapeuten/sjukgymnasten tillsammans med arbetsterapeuten bedömer behovet av hjälpmedel och träning. Sjuksköterskan initierar läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare. Patienten själv och/eller tillsammans med närstående bidrar till att tryggheten säkerställs, att alla aspekter kommer med i kartläggningen och att åtgärderna blir adekvata och effektiva.

Linjediagram 1: Antal fall 2022-2025, både privat och egen regi



I ovan tabell framgår att fallen i vård- och omsorgsboende ökat sakta sedan 2022 men att en viss minskning ses för 2025. I ordinärt boende syns en nedgång av antalet fall under 2024 jämfört med föregående år, men 2025 har fallen återigen ökat. Sammantaget visar utfallet att fallolyckor fortsatt ligger på en oförändrat hög nivå över tid.

Denna utveckling indikerar att nuvarande arbetssätt behöver följas upp och utvecklas ytterligare.

Vidare finns det ett tydligt behov av att se över hela fallpreventionsprocessen på systemnivå för att identifiera förbättringsområden. Det är även viktigt att säkerställa hur omhändertagandet efter en inträffad fallhändelse fungerar, för att stärka både uppföljning och åtgärder.

Varje år genomför vård- och omsorgsförvaltningen en seniordag med samma koncept som tidigare med öppet hus utan inträde och föranmälan. På plats finns många interna som externa utställare och fokus för 2025 var: *Livskvalitet för dig som senior*. En av flera föreläsare var Ronny Schneider, fallpreventionsinstruktör Karlskrona judoklubb. Ronny är utbildad fallpreventionsinstruktör (träning i falltrygghet) och vet hur man ska förebygga fallolyckor och minska risken för skador vid fall.

Lex Maria

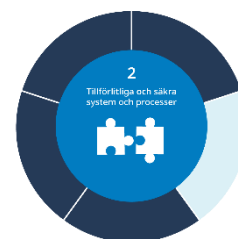
Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunna medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Vårdskada är enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunna undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa och/eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Bedöms händelsens ha medfört en allvarlig vårdskada eller risk för en allvarlig vårdskada ska händelsen anmälas (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg.

Under 2025 har två anmälningar gjorts till Inspektionen för vård- och omsorg. En gällde suicidförsök och en läkemedelsförväxling.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Att systematiskt arbeta med patientsäkerhet är en utmaning och där avvikelser har stor betydelse. Det finns verktyg som bidrar till ett systematiskt arbete och att förebygga risker. Några exempel är PPM-BHK: punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler, Senior Alert: riskbedömning av patient, Palliativa registret: registrering av vård i livets slut och dödsfall samt läkemedelsgenomgångar.



Läkemedelshantering

Både på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende där läkemedelshanteringen är övertagen finns digitala läkemedelsskåp vilket gör läkemedelshanteringen extra säker och spårbar framförallt om det saknas läkemedel. I alla lägenheter på vård- och omsorgsboende finns sen 2025 även ett mindre läkemedelsskåp där enbart kontrollläkemedel förvaras. Skåpen har precis som de större läkemedelsskåpen digitalt lås med spårbarhet.

När läkemedelshantering delegeras till icke legitimerad personal görs dels en digital läkemedelshanteringsutbildning från Socialstyrelsen ”Jobba säkert med läkemedel” och en fysisk utbildning med en sjuksköterska som går igenom alla viktiga moment i läkemedelshanteringen. Efter genomförd utbildning görs ett kunskapstest och en lämplighetsbedömning av ansvarig sjuksköterska om det är aktuellt med att ge delegering för läkemedel.

I alla verksamheterna är digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser infört sen 240201, tidigare har inte läkemedelshantering signerats digitalt utan det har varit fysiska signeringslistor. Kvar finns fysiska listor för kontrollläkemedel som det inte än finns systemstöd för i vårt verksamhetssystem men som leverantör arbetar med att få fram.

Läkemedelsavvikelser är många gånger uppgifter som utförs av reellt kompetent personal efter delegering av legitimerad sjuksköterska. Här ses ett behov av att följsamhet till rutiner och föreskrifter gällande delegeringsprocessen behöver ökas. Enligt extern granskare är vård-

och omsorgsförvaltningens rutiner kring delegeringsprocessen tydlig och säker samt följer föreskriften.

Enligt HSLF-FS 2017:37 ska läkemedelshanteringen regelbundet genomgå en extern kvalitetsgranskning, den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år. I Blekinge har MAS:arna en rutin för extern granskning av varandras läkemedelshantering genom kontroll av basförrådet för läkemedel och patienters läkemedelsskåp på vård- och omsorgsboende samt tillhörande dokument och rutiner. Vård- och omsorgsförvaltningen har även haft farmaceut som granskat alla enheter vid två tillfällen 2022/2023 och 2024.

Förebygga och förhindra smittspridning

PPM-BHK mätningar har genomförts tre gånger under 2025. Vi ser att antal observationer och följsamheten förändrats under året. Det kräver ständigt arbete med basal hygien för att få en följsamhet. Riskerna för patientsäkerhet och arbetsmiljön är stora när följsamheten inte finns.

Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete med utbildningsinsatser, regelbundna uppföljningar, dialog med enhetschefer och stöd från ledningen. Utbildningsmaterial finns som alla hygienombud och enhetschefer fått för att använda sig av på till exempel APT.

Målet är 85–90 % av total följsamhet till basal hygien. Vid senaste mätningen v 45-46 2025 sågs en bra ökning av observationer men följsamheten hade gått ner till 54%.

Basal hygien och korrekt användning och hantering av personlig skyddsutrustning är det effektivaste och viktigaste verktyget som finns för att förhindra smittspridning både mellan personal/patient, patient/patient och personal/personal. Både patientsäkerheten och arbetsmiljön ska vara trygg och säker.

Tabell 3: resultat 2024-2025 av mätning följsamhet till basal hygien och klädregler

PPM-BHK 2024-2025	ANTAL OBSERVATIONER TOTALT	ANTAL KORREKT FÖLJSAMHET	PROCENT
V. 11-12 2024	266	164	62%
V. 21-22 2024	280	220	78%
V. 45-46 2024	306	196	64%
V. 11-12 2025	288	200	69%
V. 21-22 2025	233	150	64%
V. 45-46 2025	353	191	54%

Vaccinering mot säsongsinfluensa, pneumokockinfektioner och covid-19 är också ett förebyggande arbete för att förhindra smitta mellan patient/patient, patient/personal, personal/patient och personal/personal och rör både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Under

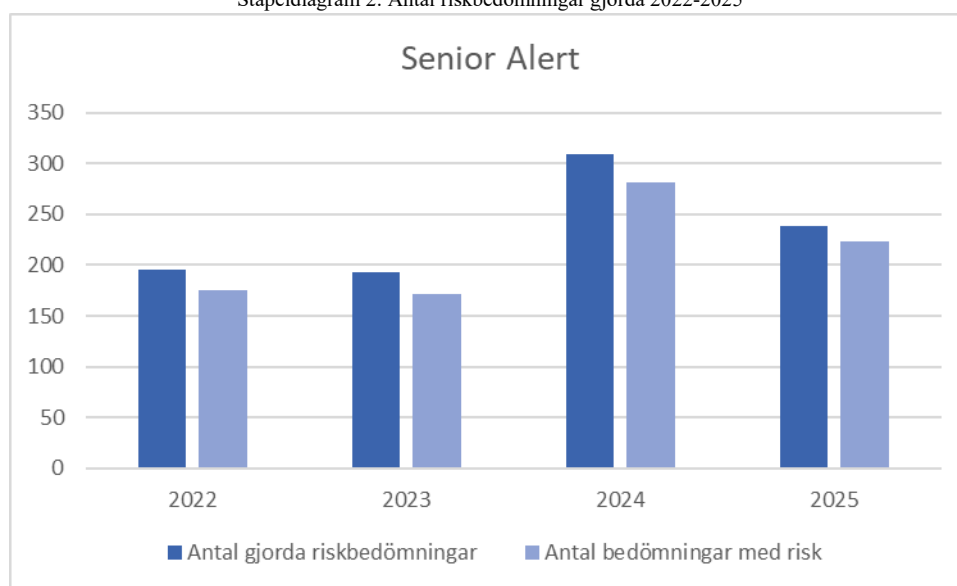
2025 har 346 vaccinationer gjorts på vård- och omsorgsboende och antal patienter i ordinärt boende med hemsjukvård och/eller hemtjänst som fått något av vaccinen är 527.

Vård- och omsorgsnämnden har hösten 2025 erbjudit alla medarbetare som jobbar med vård- och omsorg vaccination mot säsongsinfluensa via företagshälsovården. Medarbetare ska årligen erbjudas vaccination mot säsongsinfluensa.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att förebygga ohälsa inom områden fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Verktøget är till för att identifiera risker för patienten och sätta in åtgärder förebyggande. Genom bra teamsamverkan (alla professioner runt patienten) kan patientsäkerheten öka och det proaktiva, hälsofrämjande arbetet gå framåt. Nedan ses antal riskbedömningar gjorda 2022-2025 men inte något om kvalitén och effekterna av insatta åtgärder. Ökningen som sågs i antalet riskbedömningar 2024, 309 stycken, vände och 2025 har antalet minskat till 238 stycken. Antal riskbedömningar i ordinärt boende 2023 var endast fem och under 2024 har det ökat till 49 och 2025 har det minskat till 30 stycken.

Stapeldiagram 2: Antal riskbedömningar gjorda 2022-2025



Palliativa registret

I Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister, registreras vården i livets slut och dödsfall enligt elva indikatorer. Dessa är viktigt att följa för att kunna göra insatser för att förbättra vården i livets slut för patienterna och deras närstående. Alla dödsfall, oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats ska registreras.

Under 2025 har 89 dödsfall rapporterats av sjuksköterskorna till palliativ registret (se tabell nedan):

Tabell 4: Kvalitetsindikatorer Palliativregistret 2025

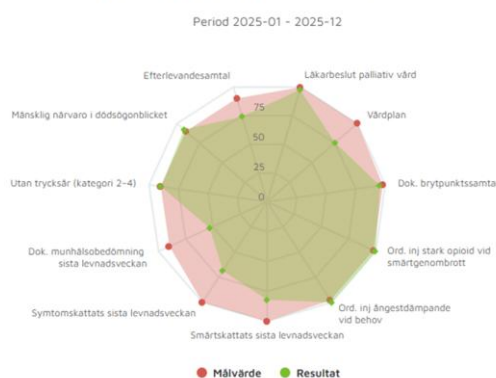
Kvalitetsindikator	Blekinge Riket					
	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall	Resultat	Resultat
Kvalitetsindikator hela 2025						
Läkarbeslut palliativ vård	97,8	100	87	89	93,2	91,7
Vårdplan	75,3	100	67	89	66,4	74
Dok. brytpunktssamtal	95,5	98	85	89	84,6	82,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	89	89	96,9	95,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	98	89	89	96,9	95,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	82	100	73	89	74,5	71,3
Symtomskattats sista levnadsveckan	68,5	100	61	89	58,6	56,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	52,8	90	47	89	62,5	64,2
Utan trycksår (kategori 2–4)	89,9	90	80	89	87,4	86,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	92,1	90	82	89	86,7	83,7
Efterlevandesamtal	74,2	90	66	89	67,6	79,2
Medelvärdet	84,37	95,81			79,57	80,05

I Ronneby är ”mänsklig närvaro i dödsögonblicket”, “ordination av inj. Ångestdämpande” och ”ordination inj. Stark opioid” över Socialstyrelsens målvärde. Övriga indikatorer ligger under målvärdet men resultatet för “dok. Munhälsobedömning” och “Symtomskattats sista levnadsveckan” ligger långt under målvärdet. Vid jämförelse i länet och riket så ses att Ronneby har fina resultat men behöver ändå förbättra sina siffror för att nå målvärdet på flera av indikatorerna. Data i palliativregistret används för att förbättra vårderna av palliativa patienter.

Under 2025, liksom tidigare år, har resultatet av dessa indikatorer lyfts under MAS-möten med sjuksköterskegruppen för att analysera och identifiera brister, vad kan göras för att nå målvärdet samt lyft fram det som är ett gott resultat.

Det övergripande resultatet ses nedan i spindeldiagram.

Spindeldiagram 1: Indikatorer för vård i livets slut
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



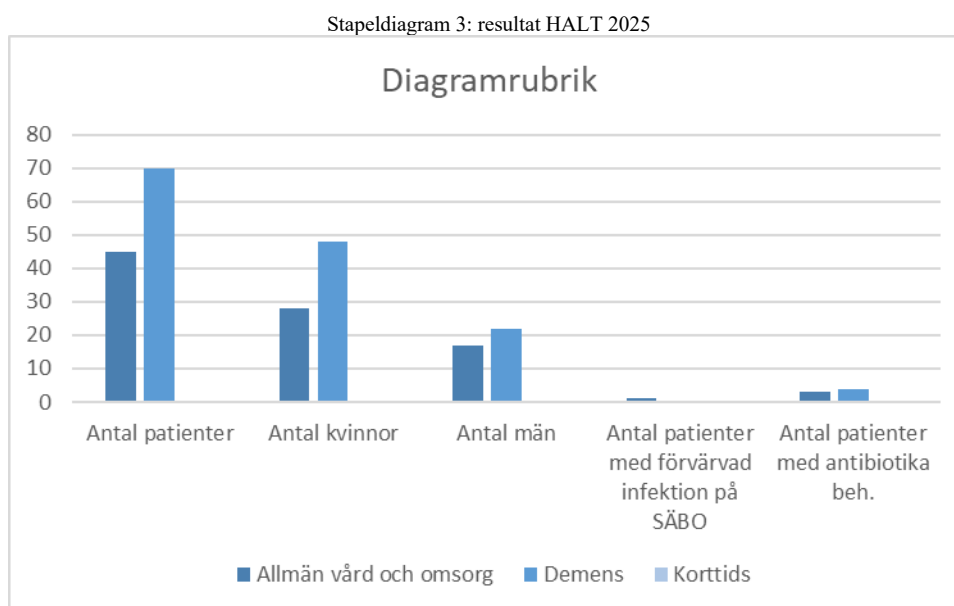
Svenska HALT

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos patienter och antibiotikaanvändning på enheter med inriktning allmän vård och omsorg, demens, korttids, psykiatri och LSS. Görs ej i ordinärt boende.

Mätningen är en stickprovsundersökning och genomförs en förutbestämmd dag under v 46-47. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella Strama.

Resultaten kan användas till att:

- Höja medvetenheten inom området
- Identifiera förbättringsområden
- Utveckla patientsäkerheten inom särskilt boende
- Prioritera för nationella och lokala insatser



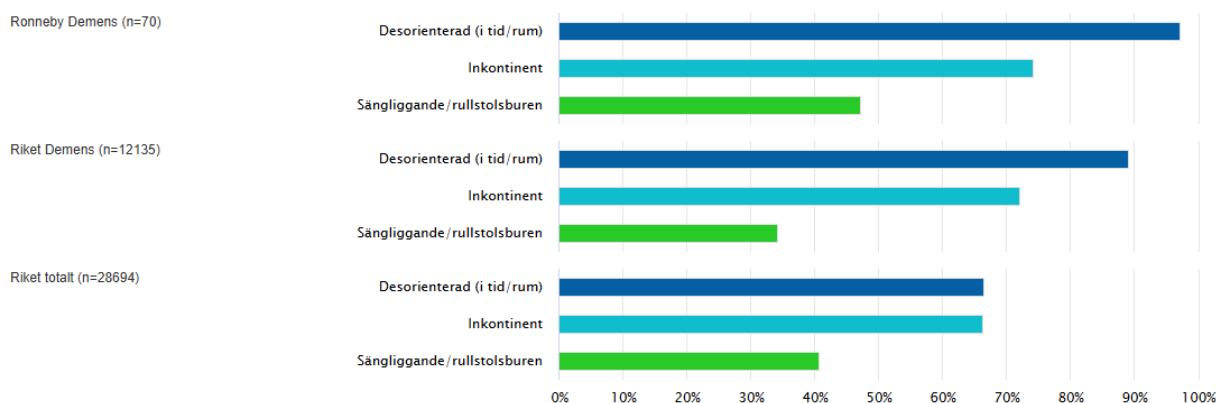
Ronnebys vård- och omsorgsboende är indelade i 20 enheter i kvalitetsregistret och av dom gjorde 13 enheter mätningen. 9 av 13 demensenheter, 4 av 6 enheter för allmän vård- och omsorg och ingen mätning gjordes på korttids.

Patienternas påverkan på vårdtyngden ses med indikatorerna: är patienten inkontinent, har patienten nedsatt rörlighet och/eller är patienten desorienterad:

Stapelldiagram 4-5: vårdtyngdsindikatorer 2025

Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

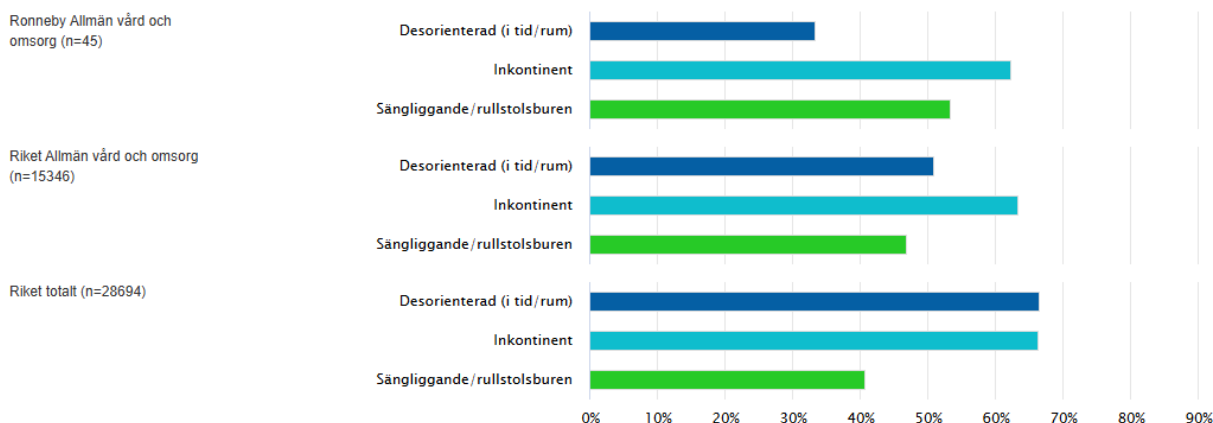
Kommun: Ronneby. Enhetstyp: Demens. Kön: Alla



Vårdtyngdsindikatorerna inom demens så ses att Ronneby har något högre på desorienterad och sängliggande/rullstolsbunden än riket, inkontinens är jämnt med riket.

Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Ronneby. Enhetstyp: Allmän vård och omsorg. Kön: Alla



Vårdtyngdsindikatorerna inom allmän vård och omsorg så ses att Ronneby har något lägre på desorienterad, övrigt är jämnt med riket.

BPSD

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) är också ett nationellt kvalitetsregister där syftet är att genom tvärprofessionellt samarbete utföra åtgärder/insatser för att minska beteendemässiga och psykiska symtom i syfte att minska lidande och öka livskvalité för patienterna. Vårdgivaren har certifierade utbildare som utbildar, samverkar och stöttar enheternas BPSD-administratörer. Goda resultat ses i hela verksamheten och under 2025 har 76 registreringar gjorts en ökning från 2024 då 65 registreringar gjordes.

Tabell 5: Antal BPSD-registreringar i Blekinge län 2025

	Antal	2025-01	2025-02	2025-03	2025-04	2025-05	2025-06	2025-07	2025-08	2025-09	2025-10	2025-11	2025-12
Antal	690	52	47	67	66	74	41	9	23	77	85	74	75
Karlshamn	109	15	9	4	19	14	1	0	1	15	19	7	5
Karlskrona	428	32	33	56	35	47	29	7	15	35	57	40	42
Olofström	28	0	0	0	2	3	0	0	0	13	4	3	3
Ronneby	76	4	5	5	3	5	10	2	1	7	3	16	15
Sölvesborg	49	1	0	2	7	5	1	0	6	7	2	8	10

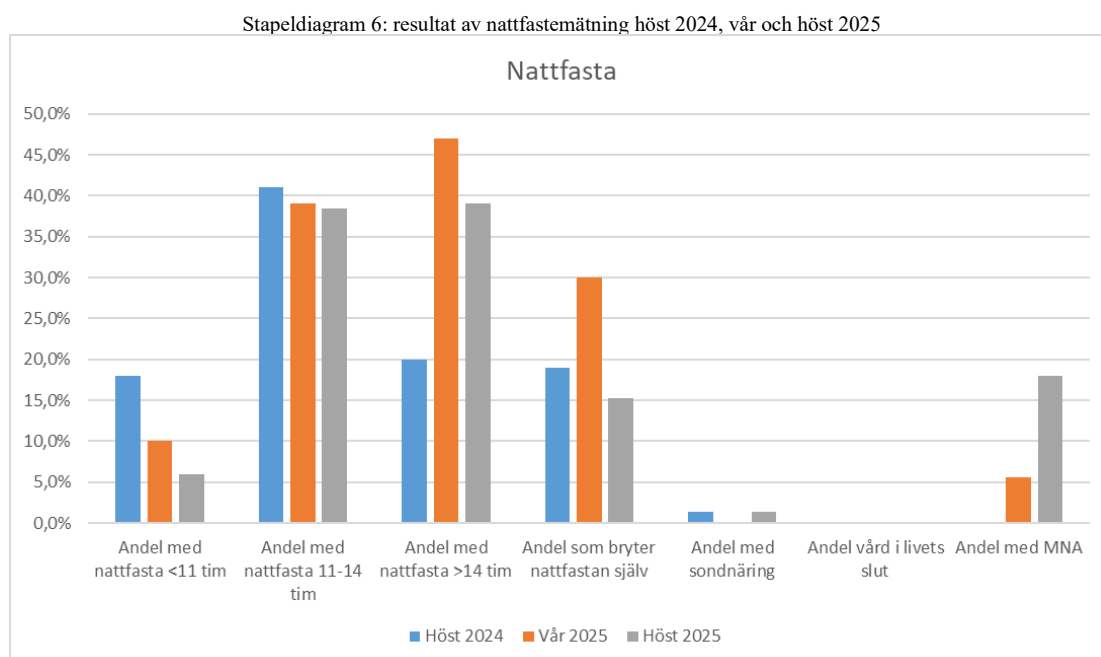
Nattfasta

Svårt sjuka och/eller äldre personer har svårt att äta tillräckligt med mat för att täcka energibehovet och där är det extra viktigt att maten fördelas på många måltider väl spridda under dagen. En bra fördelning är tre huvudmål – frukost, lunch och middag samt två till tre mindre mål. Tiderna för måltiderna har stor betydelse, måltiderna får inte komma för tätt. Nattfastan ska inte vara längre än högst tio–elva timmar. Orolig nattsömn kan många gånger bero på hunger.

Från och med hösten 2023 har mätning av nattfasta kommit igång igen och from 2024 har det gjorts mätning v 13 och v 46. Rutinen har reviderats och det har varit tre dygn som mätningen gjorts istället för en vecka på våren och ett dygn på hösten. Beslut togs även om att bara mäta på vård- och omsorgsboende.

Under 2025 har mätningen gjorts digitalt genom larmsystemet och data har kommit till MAS i en Excel fil. MAS sammanställer och presenterar resultatet.

Totalt antal patienter som fick en korrekt mätning vid senaste mätningen v 46 var 151 varav 25 bryter nattfastan själv eller har sondnäring. Resultatet presenteras i nedan diagram:

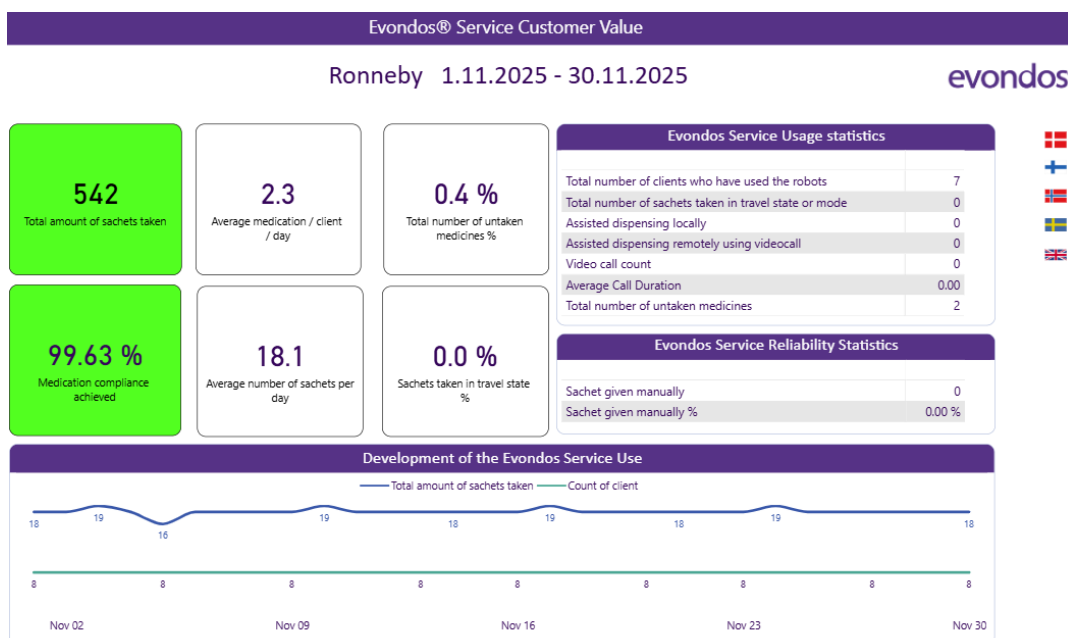


Läkemedelsautomater

Under 2024 påbörjades implementering av läkemedelsautomater. Detta för att stärka patientens självständighet genom att ta sina läkemedel själva samt säkerhet i att patienten får rätt läkemedel vid rätt tid till rätt person. Automaterna har testats i två geografiska områden hos patienter där hemsjukvården har övertaget läkemedelsansvar. Utbildningsinsatser har gjorts i de berörda hemtjänstgrupperna, ansvariga sjuksköterskor och It-team av representant från leverantören.

Under 2025 har ett omtag tagits och en plan för breddinföring har arbetats fram med start början av 2026.

Läkemedelshanteringen övervakas av vårdpersonal via ett distansvårdssystem i realtid, även närstående kan få tillgång. Vid missad dos larmar automaten till vårdpersonalen som åker till patienten för att åtgärda. Positiv respons har kommit och de flesta som testat har varit mycket nöjda.



Ovan finns statistik för november 2025 och följsamheten till tagna läkemedel i rätt tid är 99,63%

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.



Vart tredje år genomförs hygienronder inom vård- och omsorgsförvaltningen på respektive enhet. Det innebär att en hygiensjuksköterska från Regionen tillsammans med MAS gör enhetsbesök. Vårdhygien har ett standardiserat protokoll som används vid varje enhet och går igenom tillsammans med enhetschef och hygienombud

samt ev hälso- och sjukvårdspersonalen. I rondan ingår också att vårdhygien tittar på köket, tvättstugan, omklädningsrum, skölj, förråd m.m.

2024 hade alla vård- och omsorgsboende och hemtjänstenheter utom en hygienrond. Den enhet i hemtjänsten som inte hade samt HSO har fått hygienrond under våren 2025. Protokoll och ev rekommendationer från vårdhygien skickas efter rondan till MAS som förmedlar ut det till respektive enhet.

Ronderna uppskattas och enheterna får till sig tips och rekommendationer för att öka den hygieniska standarden, vilket minimerar risk för att patienten drabbas av en vårdrelaterad infektion likaså för personalen för att känna sig trygga och säkra kring författningar, rutiner m.m. Under hösten 2022 kom en ny författning om smittförebyggande åtgärder i verksamheterna (HSLF-FS 2022:44), denna föreskrift trädde i kraft 2022-11-01. Här kan hygienronderna användas till att se över så verksamheterna har koll på vad de kan göra för att förebygga och förhindra smittspridning.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har MAS och MAR regelbundna arbetsgruppsmöten kring dokumentation och delegering. Dessa områden kräver kontinuerlig uppdatering och rutiner behöver ses över och revideras. Under 2025 har det inte funnits förutsättningar för att arbeta i dessa grupper lika strukturerat som tidigare. Omtag får göras 2026.

Nationellt ses en generell ökning av säkerhetsmeddelanden kring medicintekniska produkter. En strukturerad uppföljning av hjälpmedelsordinationer, i kombination med ändamålsenliga system för dokumentation och uppföljning, är en central förutsättning för att säkerhetsmeddelanden snabbt och korrekt ska kunna omsättas i praktiken. Detta understryker behovet av fortsatt genomlysning och utveckling av organisationens arbetssätt kring medicintekniska produkter och tillhörande digitala lösningar.

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.

Målet för förvaltningen är att stärka analys, lärande och utveckling i alla verksamheter. Medarbetare och patienter ska göras delaktiga.



Avvikelse

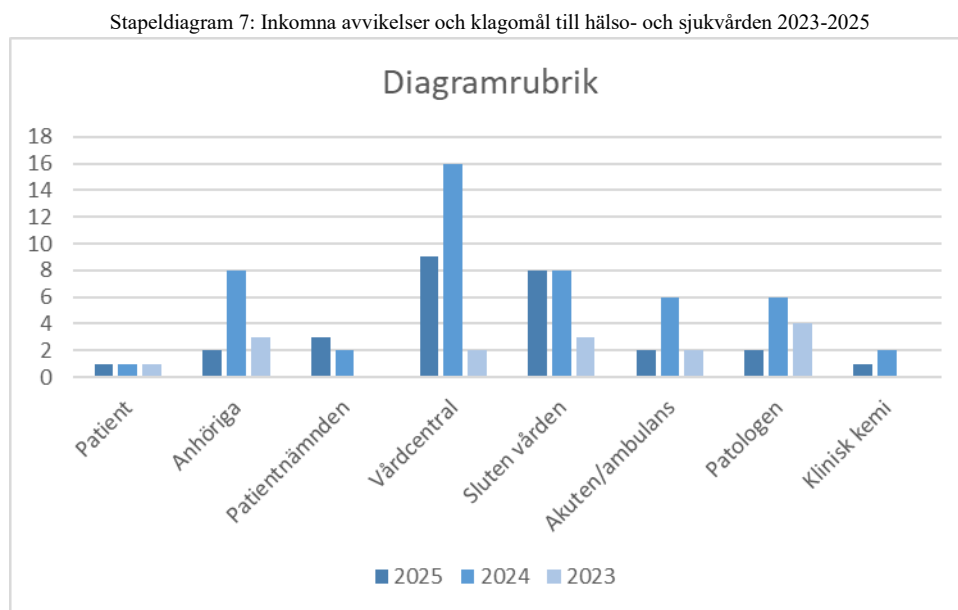
Stärkt analys och lärande blev ett prioriterat fokusområde när verktyget för stärkt patientsäkerhet gjordes. Arbetet med avvikelshantering är något som jobbas med fortlöpande och återkommande i hela förvaltningen. Utbildningsinsatser till alla medarbetare i vård- och omsorgsförvaltningen finns att tillgå hela tiden. Inriktningen är hur en avvikelse rapporteras, skyldigheten att göra det och rutinen till mottaga, utreda, åtgärda.

Förvaltningen behöver förbättra och stärka den analyserande och lärande delen i avvikelseprocessen.

Klagomål och synpunkter

Under 2025 har det inkommit totalt 28 externa avvikelser till hälso- och sjukvården, förra året var den siffran 49 totalt.

I tabell 9 ses var avvikelserna kommer ifrån:

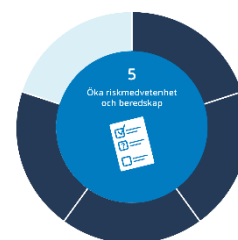


Alla klagomål och avvikelser som inkommer diarieförs och utreds enligt rutin. Vid utredning involveras berörda parter som får lämna sin syn på händelsen.

Verksamheterna ska analysera och lära även av klagomålen och synpunkterna på vården vilket kommer att ingå i den pågående översynen av avvikelseprocessen.

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.



Förvaltningen har och arbetar hela tiden med riskanalys och skapande av reservrutiner kopplade till beredskap om till exempel verksamhetssystem inte finns tillgängligt. Bland annat så säkerställer hälso- och sjukvården att åtgärdsplanering för patienterna alltid finns. Detta görs genom att åtgärderna "tankas" ner varje vecka.

Krisberedskap och KHOSS

Verksamheterna står nu inför förändringar i och med fokus i samhället på krisberedskap. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen har i uppdrag att stärka beredskap inom kommunal hälso-

och sjukvård och socialtjänst. Samverkansformer finns i länet och bland annat är ett fokus att höja beredskapsförmågan i länet gällande hälso- och sjukvård. En del har varit att se över beredskapen gällande läkemedel. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Läkemedelskommittén i Blekinge och Länsstyrelsen arbetar gemensamt med att stärka läkemedelstillgången.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026

- Genomföra kvalitetssäkring av arbetsprocesser kopplat till medicintekniska produkter i syfte att systematisera kompetensförsörjning, kontroll och säker hantering av medicintekniska produkter.
- Läkemedelsautomater - breddinförande i alla områden för att stärka patientens självständighet
- Läkemedelsgranskningar - alla enheter ska granskas av farmaceut gällande läkemedelshantering
- Förändrad delegeringsprocess – säkerställa adekvat kunskap och ökad kompetens i verksamheterna gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Palliativa registret – arbeta med de indikatorer som inte når målvärdet
- SVOD – fortsatt kartläggning för att kunna följa lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation
- LOS-överenskommelsen - sas upp i slutet av 2025 och ny överenskommelse behöver göras gällande lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Dokumentation - övergripande satsning på att förbättra och säkerställa dokumentationen
- Genomföra en systematisk genomlysning av fallpreventionsprocessen på systemnivå (riskbedömning, förebyggande åtgärder, dokumentation, teamarbete och uppföljning) samt säkerställa strukturerat omhändertagande och uppföljning efter inträffad fallhändelse.
- Nationell handlingsplan för patientsäkerhet 2025-2030 – översyn av vår lokala handlingsplan så den följer den nationella

Internkontrollplan för MAS 2026

Internkontrollplan för 2026 är beslutad vid vård- och omsorgsnämndens möte 2025-02-19. De kontrollmoment där det blev väsentlig avvikelse 2025 följer automatiskt med över till 2026.

Nedan kontrollmoment genererade väsentlig avvikelse 2025 och följer med till 2026:

- **Säker läkemedelshantering**

Kontroll utförs genom granskning av följsamheten till signering av momenten i läkemedelshantering i verksamhetssystemet samt de dokument som finns hos patienten (läkemedelslista, lista för kontrollläkemedel, tom signeringslista vid avbrott i systemet). Även delegeringar granskas. Granskningen av läkemedelshantering utgår från en matris där 1 innebär mycket liten risk för fel och 5 mycket stor risk för fel.

- **Avvikelse**

Avvikelsehanteringen granskas gällande följsamhet till rutin bl.a att ledtiderna för mottagande, start av utredning, tillägg av medutredare.



Källhänvisningar

1. Basal hygien SOSFS 2015:10
2. HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
3. HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
4. HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada
5. HSLF-FS 2017:67 Föreskrift om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
6. Start - Svenska palliativregistret
7. Senior alert - Senior alert
8. BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens
9. Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80
10. Hälso- och sjukvårdslag 2017:30
11. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LOS)
12. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Socialstyrelsen
13. Palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen.
14. Mittvaccin - Journal
15. Patientdatalagen (2008:355)
16. Patientsäkerhetslagen 2010:659
17. SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård