



**Falkenbergs
kommun**

Patientsäkerhetsberättelse för Falkenbergs kommun Socialnämnden År 2025



Datum: 15 januari 2026

Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lina Santesson och medicinskt ansvarig för rehabilitering, Eva Bjäräng

Diarienummer: SOC 2026/21

Innehåll

Innehåll.....	2
SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier för 2025.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	9
Händelser och vårdskador.....	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Säker vård här och nu.....	10
Riskhantering.....	11
1. Fokusområde Vårdprevention	11
2. Fokusområde Personalens kompetens	19
3. Fokusområde Informationsutbyte	22
4. Fokusområde Patientsäkerhetskultur	24
Övriga risker	26
Stärka analys, lärande och utveckling	28
Avvikelse	28
Klagomål och synpunkter	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30

SAMMANFATTNING

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

I Patientsäkerhetsberättelsen redogörs för patientsäkerhetsarbetet som skett under 2025. Det handlar om den hälso- och sjukvård som utförts av kommunens hemsjukvård samt av äldreomsorg, funktionsstöd/LSS och socialpsykiatri i både egen och privat regi. Viss del av underlaget har rapporterats in av områdeschefer för vård och omsorg, både för egen regi och för de entreprenörer kommunen har avtal med.

För att verksamheterna på ett tydligt och strukturerat sätt skulle arbeta med de brister och risker som upptäckts 2024, beslutades att handlingsplaner skulle tas fram av verksamheterna. MAS och MAR delade in riskerna i fyra fokusområden; vårdprevention, personalens kompetens, informationsutbyte och patientsäkerhetskultur. I handlingsplaner presenterade verksamheterna de åtgärder som tagits fram för att komma tillrätta med de brister och risker som upptäckts.



Viktiga åtgärder

Verksamheterna arbetade med åtgärder utifrån fokusområdena vårdprevention, personalens kompetens och informationsutbyte.

Bland annat fullföljdes ett utbyte av trycksårspåbyggande madrasser på Särskilt boende för äldre (SÄBO). Verksamhetssystemet för sårvård, OneWound, för att dokumentera och följa upp sår, uppdaterades. Trycksårsutbildningen uppdaterades. Måltidsutvecklare genomförde utbildning kring förebyggande undernäring i flera verksamheter. Användning av en checklista för att fånga patienter med fallrisk påbörjades vid inskrivning i hemsjukvård. En *Hand check-box*, som visar hur väl man desinfekterat händerna, började användas i verksamheterna vid utbildning i basal hygien.

Det är stor personalomsättning i verksamheterna. Det innebär att erfaren kompetens gått förlorad och behöver ersättas. Omsorgslyftet har fortsatt för omsorgspersonal som utbildar sig till bland annat undersköterska och specialistundersköterska. Förflytningsutbildning och delegeringsutbildningar pågick löpande. De flesta verksamheter uppgav att man fortsatt satsa på introduktionsutbildning för nyanställda. Den kommunala hemsjukvården utbildade sin personal i bland annat vård av psykisk ohälsa, depression och suicid hos äldre, samt yrsel- och handrehabilitering. De utökade även sin verksamhet med stödfunktioner såsom farmaceuter, undersköterskor och utbildningsteam. För att säkerställa kompetens och kontinuitet under sommaren arbetade verksamheterna i egen regi utifrån att 66 % av ordinarie personal skulle vara i tjänst. För att trygga vården vid livets slut påbörjades ett projekt om palliativ vård på två SÄBO under året. Projektet innebär också att säkerställa informationsöverföring mellan yrkesgrupperna.

Viktiga resultat

Andel patienter boende på SÄBO och som har trycksår har minskat sedan 2024. Uppföljning av förskrivna trycksårspåbyggande madrasser har skett endast för en fjärdedel av patienterna. Trots vidtagna åtgärder har nattfastan på SÄBO inte blivit bättre, vilket ger risk för både undernäring och svårläkta sår. Följsamhet till basala hygienrutiner har ökat. Det är 29 omsorgspersonal som har slutfört utbildning via Omsorgslyftet. Det saknades aktuell förflytningsutbildning hos nästan 40 % av

omsorgspersonalen. Den totala andelen signerade insatser var godkänd för narkotika, läkemedel och sjuksköterskeinsatser och har de senaste åren ökat för arbetsterapeut- och fysioterapeutinsatser men är ännu inte godkänt. Andelen genomförda och dokumenterade brytpunktsamtal var 100%. Däremot fanns brister i kommunikationen mellan sjuksköterska och omsorgspersonal kring brytpunktsamtal. Mätning av patientsäkerhetskulturen visade förbättringsbehov, bland annat ansåg legitimerad personal att förbättringar efter negativa händelser inte sker i tillräcklig grad. I samband med projektet *Rehabiliterande arbetssätt* togs beslut om att införa ett tidigt fallförebyggande arbete i samarbete mellan handläggare inom äldreomsorg, arbetsterapeut och fysioterapeut. Detta har ännu inte kommit igång.

Fokus för patientsäkerhetsarbetet inför 2026

Områden att fortsätta arbeta med

- Vårdprevention
- Personalens kompetens
- Informationsutbyte
- Patientsäkerhetskultur

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.



Övergripande mål och strategier för 2025

Socialnämnden i Falkenbergs kommun har under 2025 haft några mål med indikatorer samt inriktningar med övergripande aktiviteter som berör patientsäkerhet. Några av dessa var

- Brukarbedömning SÄBO – tillgång till sjuksköterska
- Utveckla och implementera förebyggande, främjande och rehabiliterande insatser
- Trygga kompetensförsörjningen

De övergripande aktiviteterna från socialnämnden har den kommunala hemsjukvården brutit ner till aktiviteter för sin verksamhet såsom exempelvis:

- Förbättra samarbetet mellan arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska i samband med inskrivning i hemsjukvården
- Förbättra dialog mellan legitimerad/HSL-ledning och enhetschefer inom såväl egenregi som med privata aktörer
- Säkerställa kassering av läkemedel
- Projekt rehabiliterande arbetssätt

Socialförvaltningens mål tillsammans med övriga kommuner och Region Halland

- Omställningen till God och Nära vård – Målbild Omtanke Halland

Utvalda fokusområden att förbättra under 2025

1. Vårdprevention

- Säkerställa det preventiva arbetet

2. Personalens kompetens

- Säkerställa kompetens hos personalen, till exempel introduktionsutbildning för nyanställda, dokumentationsutbildning och delegeringsutbildning.
- Säkerställa kompetens inom personförflyttning
- Säkerställa god språkkunskap i vårdsvenska

3. Informationsutbyte

- Säkerställa dokumentation av informationsutbyte
- Säkerställa adekvat vård och behandling genom ett patientsäkert informationsutbyte

4. Patientsäkerhetskultur

- Så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskada. För att nå det målet behövs en god säkerhetskultur.

Organisation och ansvar

Organisation

Socialförvaltningen i Falkenbergs kommun ansvarar för hälso- och sjukvård för personer i särskilda boendeformer enligt hälso- och sjukvårdslagen samt i ordinärt boende efter överenskommelse med Region Halland.

- 568 platser på SÄBO, varav 34 korttidsplatser.
- 155 platser i grupp och servicebostad inom funktionsstöd, varav 8 korttidsplatser
- 16 platser på servicebostad för socialpsykiatri
- 230 platser på daglig verksamhet (LSS beslut) och ca 65 personer på dagverksamhet inom äldreomsorg
- 1117 personer i ordinärt boende under hela året

Ansvar

Socialnämnden

Socialnämnden är vårdgivare och har som sådan ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.

Vårdgivaren ska till exempel ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens, se till att verksamheten har ett ledningssystem (det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet), se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler samt utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.

Förvaltningschef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen.

Verksamhetschef enligt kap. 4, 2§ Hälso- och sjukvårdslagen

Det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet vilar på Verksamhetschef enligt kap. 4, 2§ Hälso- och sjukvårdslagen, som ansvarar för organisation, planering, ledning och uppföljning av arbetet som utförs.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det sker bland annat genom att riktlinjer och anvisningar finns och är uppdaterade, att journaler förs i den omfattning som krävs, och att händelse som lett till, eller kunde ha lett till, allvarlig vårdskada anmäls till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS och MAR genomför också uppföljning av hälso- och sjukvård i alla verksamheter.

Enhetschef/verksamhetschef

Respektive enhets-/verksamhetschef i samtliga verksamheter ansvarar för att fastställda riktlinjer och anvisningar är kända och följs och att det systematiska kvalitetsarbetet däribland egenkontroller genomförs utifrån enhetens/verksamhetens bedömda risker och behov.

Legitimerad personal och vård och omsorgspersonal

Legitimerad personal samt vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering ansvarar för att ge en god och säker vård. Rapporteringsskyldigheten vid avvikande händelser gäller för samtlig personal.

Ansvarsområden för personal

Många omsorgsenheter har utsedda ombud för olika ansvarsområden inom exempelvis hygien, kost, dokumentation och språk. Bland hemsjukvårdens legitimerade personal har sjuksköterskorna ansvarsområden inom exempelvis palliativ vård, nutrition, smärta och sårvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom kommunen

Hemsjukvårdens chefer och enhetschefer som utför omsorg träffas regelbundet. Teamträffar genomförs enligt rutin, där legitimerad personal och omsorgspersonal på SÄBO och i hemtjänst träffas på respektive enhet. Även inom funktionsstöd träffas legitimerad personal och omsorgspersonal på gemensamma möten med fokus på patienten i centrum.

Samlokaliseringen av biståndsenheten och hemsjukvården sedan 2024 underlättar samarbete. Under året har samverkansmöten mellan enhetschefer på SÄBO och ansvariga sjuksköterskor startats upp.

Staben samverkar genom kvalitetsdialoger fyra gånger/år med hemtjänst, SÄBO och funktionsstöd i egen regi och genom samråd två till fyra gånger per år med hemtjänst och SÄBO i privat regi.

Regionövergripande samverkan

Det finns samverkan mellan kommunen och Region Halland för att förebygga vårdskador. Det sker dels genom den regionala samverkansstrukturen där samtliga kommuner och Region Halland är representerade. Samverkansstrukturen innehåller chefsgrupp Halland, Regional utvecklingsgrupp samt olika genomförandegrupper/beredningsgrupper. Det finns också en regionövergripande nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel, GNHH.

Vid sidan av den regionala samverkansstrukturen finns det arbetsgrupper och projekt med deltagare från såväl regionens som kommunernas verksamheter. Till exempel samverkar hemsjukvården, vårdcentralerna och vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i så kallade triadmöten, som genomförs fyra gånger per år.

För Hallands kommuner finns ett nätverk för medicinskt ansvariga (MAS och MAR) som samverkar med regionen i olika frågor om patientsäkerhet, till exempel vårdhygien och hjälpmedel.

Informationssäkerhet

Rutiner för informationssäkerhet

Alla verksamheter har rutiner för hur ny personal får kunskap om de verksamhetssystem som finns och hur personalen återkommande uppdateras. Det finns också rutiner för hur informationssäkerhetsincidenter ska hanteras.

Systematiska loggkontroller

Systematiska loggkontroller genomförs kontinuerligt fyra gånger per år enligt *Anvisning för loggkontroll*. Under 2025 rapporterades två medarbetare för olovlig åtkomst som resulterade i klargörande samtal med aktuella medarbetare. Påminnelse om vad olovlig åtkomst innebär går ut i MAS-MAR nyhetsbrev under början av 2026.

Säkerhetsrutiner vid driftsstopp

Det finns framtagna *Säkerhetsrutiner för socialförvaltningens IT-system* vid händelse av driftsstopp.

Åtkomst till internet

Det förekommer bristande internettäckning i några fastigheter, på vissa avdelningar samt i vissa områden i inlandet för ordinärt boende. Det innebär svårighet med åtkomst till mobila system såsom digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser i anslutning till att insatsen utförs, till exempel läkemedel. Risken med det är fördröjd dokumentation men också risk att insatser glöms bort att dokumenteras. Lokalsamordnare är informerade om bristerna.

Mobilabonnemangen i hemtjänsten har 2 gigabyte surf, vilket upplevs vara för lite.

Manuell planering av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Det saknas integration mellan förvaltningens planeringssystem Intraphone och hälso- och sjukvårdens signeringsverktyg Appva MCSS. Det innebär att planeringen av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser kopplat till vilken personal som har delegering, får göras manuellt. Detta försvårar planeringen och ökar risken att personal utan delegering för insatsen blir planerad att utföra den.

Skriftlig kommunikation komplicerad

Det saknas även integration mellan dokumentationssystemen för hälso- och sjukvården (Pulsen Combine) och omsorgen (Intraphone) gällande meddelandefunktioner. Det gör att kommunikationen mellan omsorgspersonal och legitimerad personal upplevs komplicerad och omständlig. Det innebär risk för uteblivna frågor och information.

En annan risk är att information från legitimerad personal inte dokumenteras. När omsorgspersonal får meddelande från legitimerad personal som går till grupp (till exempel hemtjänstgruppen) i

Intraphone, ska denna information dokumenteras av omsorgspersonal. Det uppstår dock oklarheter om vem det är som ska dokumentera eftersom meddelandet kommer till alla i gruppen och systemet anger inte om dokumentation är gjord.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är av yttersta vikt för att främja patientsäkerheten. I strävan att förbättra vårdkvaliteten och minimera risker är det avgörande att det skapas en miljö där alla medarbetare aktivt bidrar till att förebygga vårdskador.

Grunden för en god säkerhetskultur kommer från engagerad ledning och tydlig styrning, övergripande mål och strategier samt alla ledares och medarbetares ansvar att samarbeta mellan yrkesgrupper så att kunskaper och erfarenheter kan delges. Att involvera patienten som medskapare är också en viktig del av god säkerhetskultur.

Återkommande mätningar av patientsäkerhetskulturen kan ingå som en del i en strategi för att förbättra patientsäkerhetskulturen. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram stöd och verktyg både för att mäta och förbättra detta. En sådan mätning genomfördes under hösten 2025. Resultatet av mätningen redovisas under *Fokusområde Patientsäkerhetskultur*. Resultatet har förmedlats till respektive chefer att arbeta vidare med och kommer att följas upp.

För att förbättra medarbetarnas möjlighet att bidra till förbättringsarbetet har utbildningsfilmer spelats in kring hur avvikelserapportering fungerar samt legitimerad personals ansvar i utredning. Dessa har lagts in i årshjulet som stöd till chefer att visa på APT.



Adekvat kunskap och kompetens

Rekrytera och behålla personal

En av vården och omsorgens stora utmaning idag är att rekrytera och behålla både legitimerad personal och omsorgspersonal. Den demografiska utvecklingen framöver är en av anledningarna till detta och innebär en ökning av antal personer som är i behov av vård och omsorg samtidigt som antal personer i arbetsför ålder minskar. Dessutom vårdas allt fler svårt sjuka utanför sjukhus och mer avancerad vård förväntas framöver utföras i hemmet. Svårigheter att rekrytera personal med utbildning inom vård och omsorg ökar och innebär lägre kompetens hos den omsorgspersonal som möter brukarna. Det här är förenat med risker och något som verksamheterna själva uppmärksammat. Svårigheter att rekrytera utbildad personal innebär en ökning av arbetsgivarens ansvar kring planering, utbildning och kompetensutveckling.



Sjuksköterskeverksamheten har präglats av förändring men visar en tydlig stabilisering och minskad personalomsättning under årets andra hälft. Samtidigt har medelåldern sjunkit, vilket innebär att den samlade yrkeserfarenheten minskat. Det ställer ökade krav på handledning, mentorskap och närvarande ledarskap. Arbetet med att bygga upp en hållbar bemanning har fortsatt genom satsningar på stödfunktioner som farmaceuter, undersköterskor och utbildningsteam.

Det anses vara en stor risk att det finns brister i adekvat kunskap och kompetens. Verksamheternas beskrivning av hantering av kompetensbehov återfinns nedan under *Fokusområde Personalens kompetens*.

Patienten som medskapare

Att involvera patienter och närstående är en viktig del i arbetet för säker vård.

I det löpande vårdarbetet ges patienter och närstående möjlighet att beskriva sina behov eller problem, så att dessa kan beaktas och bidra till ökad patientsäkerhet för varje individ. Vid utskrivning från sjukhus görs en utskrivningsplanering tillsammans med patienten och närstående. Patienters och närståendes delaktighet ska dokumenteras i journal.



Samordnad individuell plan (SIP)

För att förbättra patientens delaktighet används mötesformen samordnad individuell planering (SIP) där både regionens och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal medverkar tillsammans med patienten och närstående. Vid ett SIP-möte tydliggörs plan och ansvar för fortsatt vård och behandling. SIP sker bland annat vid utskrivning från sjukhus eller vid inskrivning i hemsjukvård via remiss från vårdcentraler, men behovet av att genomföra SIP-möte kan uppkomma även vid andra tillfällen.

Synpunkter och klagomål

Patienter och deras närstående erbjuds också att medverka i arbetet med att höja patientsäkerheten genom att lämna synpunkter och klagomål. Patienter och närstående erbjuds alltid att lämna sin beskrivning och upplevelse av händelsen vid lex Maria-utredningar, då det finns risk för eller har inträffat en allvarlig vårdskada.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Händelser och vårdskador

Under året har två lex Maria-utredningar gjorts. Utredningarna visade att det inte förelåg vårdskada och att händelserna inte berodde på brist i vård eller behandling, därav skickades inga anmälningar till IVO om allvarlig vårdskada.

Den ena händelsen gällde en patient som skadades vid rullstolsförflyttning. Röntgen gjordes efter en vecka, varpå fraktur upptäcktes. Utredningar gjordes gällande omsorgspersonalens, sjuksköterskornas och läkarnas agerande från skadedatum till att röntgen genomfördes. Läkares

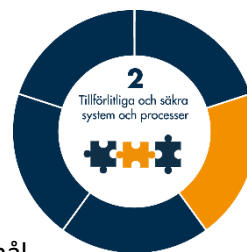
agerande utreddes av dennes vårdgivare. Utredningen visade att annat agerande av kommunens omsorgspersonal och sjuksköterskor, under denna tidsperiod, inte skulle minska eller förändra konsekvensen av skadan. Samma bedömning gjordes av läkares agerande. Patienten upplevde smärta och illabefinnande, vilket bedömdes som en vårdskada och har hanterats enligt sedvanligt förfarande.

Den andra händelsen gällde en brukare som hastigt försämrades på boendet, fördes akut till sjukhus och senare avled där. Utredningen visade att omsorgspersonalen och legitimerad personal har agerat korrekt. Situationen kunde inte förutses.

En lex Sarah-utredning gjordes gällande en brukare som föll i golvet vid en lyftförflyttning. Händelsen berodde på felhantering vid lyftet. Samtlig personal på boendet har påmints om vikten av säkerhetslyft vid alla förflyttningar och påminnelse har även gått ut i MAS-MAR nyhetsbrev.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2025 har det systematiska förbättringsarbetet fortsatt i förvaltningen med regelbundna kvalitetsdialoger i verksamheterna. På kvalitetsdialogerna har man utifrån bedömning av risker också tittat på lämpliga åtgärder samt viktiga egenkontroller för att följa riskerna. Detta arbetssätt innebär ett proaktivt säkerhetsarbete till skillnad från det reaktiva arbetet med att systematiskt analysera och använda inträffade avvikelser och upprättade klagomål i förbättringsarbetet. Arbetet med avvikelser och synpunkter är dock ett fortsatt viktigt arbete och bör utvecklas ytterligare inom förvaltningen.



Kvalitetsarbete sker även med privata utförare på samråd samt vid inhämtande av egenkontroller och handlingsplaner gällande förekommande risker och brister. Det systematiska kvalitetsarbetet stärks i, både egen och privat regi, genom detta sätt att arbeta.

Under året har flera processer och anvisningar reviderats såsom till exempel

- Prioriteringsordning för legitimerad personal
- Registrera och utreda avvikelser – filmer för omsorgspersonal och legitimerad personal
- Anvisning för delegering samt tillhörande rutiner
- Intraphone för legitimerad personal
- Hantering av narkotikaklassade läkemedel
- Ansvarsfördelning kring vården av patienter med andningshjälpmedel
- Grundutrustning

Säker vård här och nu

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



Riskhantering

Utifrån framtagna risker och deras allvarlighetsbedömning i det systematiska kvalitetsarbetet har MAS och MAR samlat de mest prioriterade i fyra fokusområden; vårdprevention, personalens kompetens, informationsutbyte och patientsäkerhetskultur. Verksamheterna, både i egen och privat regi, har under året arbetat vidare med de åtgärder de beskrev i handlingsplaner under 2024.

Nedan presenteras verksamheternas arbete med 2025 års fyra utvalda fokusområden; vårdprevention, personalens kompetens, informationsutbyte och patientsäkerhetskultur samt utifrån nämndens valda kvalitetsindikatorer. Åtgärderna är sammanfattade, utifrån verksamheternas handlingsplaner. Vissa risker följs sedan tidigare upp genom egenkontroller vars resultat redovisas under respektive område.

1. Fokusområde Vårdprevention

Risk för vårdskada på grund av att det preventiva arbetet gällande **trycksår, undernäring, fall och smitta** inte fungerar fullt ut.

Trycksår

Åtgärd:

För patienter på SÄBO bevakas risk för trycksår genom riskbedömning i Senior alert (ett nationellt kvalitetsregister och verktyg för att stödja vårdprevention), teamträffar samt regelbunden observation av hudkostym.

Teamträffar beskrivs av övriga verksamheter fånga upp behov av trycksårsförebyggande åtgärder. Flera privata hemtjänstutförare beskriver att de arbetar med regelbundna lägesändringar och observation av hudkostym. Några av dem arbetar också aktivt med riskbedömning i Senior Alert.

En film om trycksår har reviderats inom förvaltningen och lämnats ut till alla verksamheter under hösten. Den har börjat visas för nyanställd omsorgspersonal och på arbetsplatsträffar för övrig omsorgspersonal.

Den kommunala hemsjukvården gör årligen egenkontroll gällande de mer avancerade trycksårsförebyggande madrasser. Dessutom genomförs på SÄBO en punktprevalensmätning av andel patienter med trycksår.

Under året uppmärksammades en otydlighet kring vilken typ av madrass som ska finnas i sängarna på SÄBO. Det ska finnas en trycksårsförebyggande madrass, oavsett om patienten har bedömd risk för trycksår eller inte. På grund av otydligheten har dessa madrasser saknats hos ca 80 patienter. Madrasserna hos dessa byttes ut under slutet av året.

I kommunala hemsjukvården används arbetsverktyget OneWound, som innefattar sårvårdsråd från specialistutbildade sjuksköterskor samt en applikation för dokumentation och uppföljning av såren. Efter en tid då applikationen inte varit adekvat fungerande, har uppdateringar gjorts och verksamheten har återfått möjligheten att använda den.

Repetition av Senior alert för legitimerad personal är inlagt i årshjulet.

Resultat:

a) Egenkontroll trycksårspåbyggande madrasser

För patienter som har behov av mer avancerad trycksårspåbyggande madrass, förskriver ansvarig sjuksköterska en sådan. Alla förskrivna madrasser ska vara rätt inställda, aktuella och korrekt förskrivna gentemot patientens behov. En uppföljning ska göras årligen av sjuksköterska. Egenkontrollen är årligen återkommande och startade 2023.

Metod: Lista på vilka patienter som har förskrivna madrasser dras ut och lämnas till respektive områdesansvarig sjuksköterska att följa upp under november månad. När uppföljning för varje patient är genomförd återrapporteras det.

Resultat: Av 137 ordinerade madrasser följdes 33 upp, det vill säga 24%.

Analys: Alltför få av de tryckavlastande madrasserna har följts upp. Det kan bero på att sjuksköterskorna och deras chefer har dålig kännedom om rutinen samt att arbetsuppgiften har prioriterats lågt när det varit högt tryck i verksamheten.

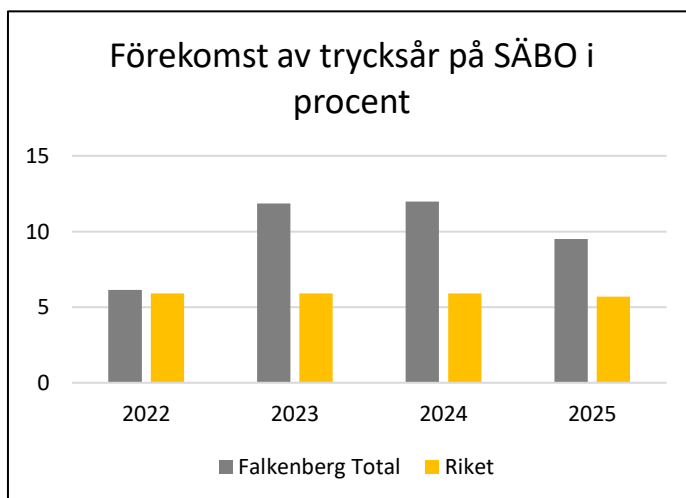
För att förbättra uppföljningen planeras bland annat;

- rutinen ska finnas med vid introduktion av nya sjuksköterskor
- alla sjuksköterskor ska framöver genomgå madrassförskrivningsutbildning
- cheferna påminns om sin skyldighet att säkerställa att uppföljning genomförs

b) Punktprevalensmätning (PPM) av andel patienter med trycksår (SÄBO)

Metod: Mätningen utförs genom Senior alerts årliga PPM hos patienter på SÄBO under en dag i november. Andelen framkommer genom antal patienter med trycksår utav det totala antalet registrerade patienter. Mätningen innefattar även andel patienter med bedömd risk för trycksår.

Resultat: Antal registrerade patienter i mätningen är 472. Andel patienter med trycksår på SÄBO var 9,5%, mot förra årets siffra på nästan 12%. Rikets resultat var 5,7%, och förra året 5,9%. Andel patienter med bedömd risk för trycksår var i Falkenberg 33% och för riket var siffran 27%. De flesta trycksår, 81%, är av *grad 1* (intakt hud med rodnad som inte bleknar vid tryck) av en 4-gradig skala, där *grad 4* är djup fullhudsskada. Förra årets siffra var 59%.



Analys: Resultatet visar att andel patienter *med trycksår* på SÄBO har minskat från förra året men är fortfarande för högt. Resultatet för andel patienter med trycksår är fortfarande sämre än rikets. Fler andel trycksår än i fjol var kategoriserade i den lägsta graden av trycksår, vilket är positivt, eftersom det då finns som bäst chanser till läkning. Att siffrorna gällande patienter med *bedömd risk för trycksår* också är sämre än rikets, visar på att personer boende på SÄBO i Falkenberg löper större risk att utveckla trycksår. Riskfaktorer för att utveckla trycksår är till exempel hög ålder, sjukdom, undernäring, nedsatt allmäntillstånd och nedsatt rörelse- och aktivitetsförmåga. Verksamheternas påbörjade arbete med att implementera och arbeta med de planerade åtgärderna kan vara anledning till det förbättrade resultatet.

MAS och MAR analys gällande prevention av trycksår:

Falkenberg har haft en anmärkningsvärd hög andel patienter med trycksår, vilket nu har börjat vända i rätt riktning. Detta sker trots att trycksårsfilmen skickats ut först under hösten och att några patienter på SÄBO haft en icke tillfredsställande trycksårsförebyggande madrass fram till senhösten 2025.

Resultatet är fortfarande bristande och arbetet med att aktivt förebygga trycksår behöver fortsätta.

Undernäring

Åtgärd:

För patienter på samtliga SÄBO bevakas risk för undernäring genom riskbedömning i Senior Alert och teamträffar.

Teamträffar beskrivs av övriga verksamheter fånga upp behov av att förebygga undernäring. I några av LOV-hemtjänstgrupperna används också Senior Alert.

SÄBO i egen regi har en arbetsmodell som belyser frågor om rummets, mötets, produktens, styrsystemets och atmosfärens/stämningens betydelse för måltiden (FAMM). Man har också infört ett tydligare arbete med måltidsordning. Det innebär bland annat att förbättra mellanmålen på sängkanten tidig morgon, sen kväll och natt.

SÄBO i privat regi beskriver olika åtgärder på olika boenden såsom; regelbundna viktkontroller, bättre måltidsmiljö, rekrytering av undersköterskor, minska nattfasta, palliativa ombud.

Under året har kommunens Måltidsutvecklare genomfört utbildningar kring förebyggande av undernäring och betydelsen av mellanmål i flera verksamheter, däribland hemtjänst i egen regi. En nygjord film om att förebygga undernäring har visats för all personal på särskilt boende.

Den kommunala hemsjukvården har lagt in repetition av Senior alert för legitimerad personal i årshjulet.

Resultat:

Egenkontroll av brukarnas nattfasta har genomförts på samtliga SÄBO under oktober månad.

Mål och metod: Mätning av nattfasta innebär att personalen genomför individuell mätning för patienter med risk för undernäring. Det som mäts är antal erbjudna måltider, antal faktiskt intagna måltider och hur lång tid det går mellan sista målet för dagen och det första nästkommande dag. Alla

patienter på SÄBO har bedömts för om de löper risk för undernäring och de som är bedömda att ha risk för undernäring medverkar i mätningen. Målet är <11 timmar mellan måltiderna från sista målet för dagen till första målet dagen efter. Mål för antal måltider är 6–8 måltider per dygn, vilket är Livsmedelsverkets rekommendation.

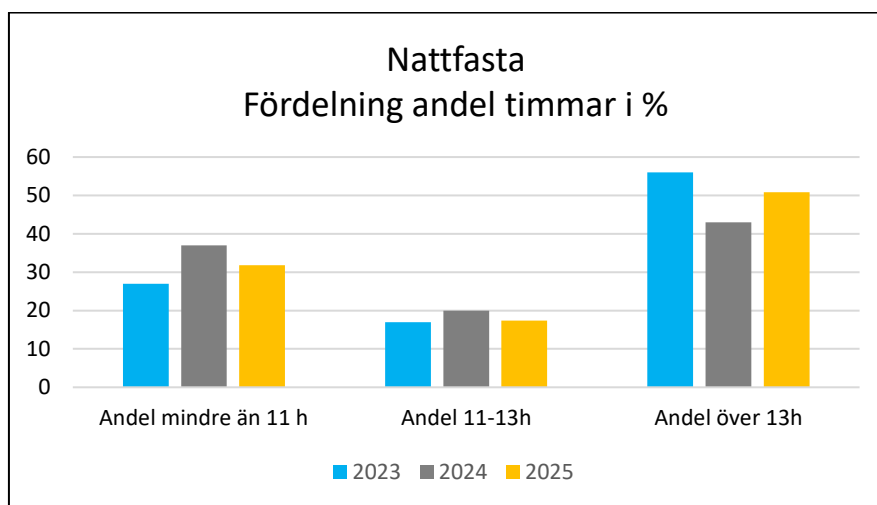
Resultat: Egenkontrollen av brukarnas nattfasta visar att 36% av patienterna var bedömda att ha risk för undernäring och deltog i mätningen, en ökning på 3% sedan 2024.

Medeltal för antal timmar nattfasta var 12,2 timmar. 32 % har en rekommenderad nattfasta på högst 11 timmar. 17 % har nattfasta på 11–13 timmar och 51 % har nattfasta på mer än 13 timmar. Faktiskt antal intagna måltider var 5,6 och antalet erbjudna var 6,4 st vilket ökat från förra årets 5,4 respektive 5,7.

Analys: Resultatet är marginellt sämre 2025 än föregående år (2024) för medeltalet för antal timmar nattfasta. Antal erbjudna och faktiskt intagna måltider har fortsatt öka något, vilket är positivt.

Alla enheter har i sin analys uppgett att man behöver titta på erbjudna måltider. Att man behöver arbeta för att erbjuda fler mellanmål under dygnet, framför allt förfrukost men även om möjligheten finns på sen kväll/natt. Livsmedelsverket rekommenderar 6–8 måltider per dygn, något som inte alla uppnår i sin verksamhet.

MAS och MAR kommentar: Det är oklart hur många av de med lång nattfasta som blivit erbjudna måltider för att bryta nattfastan, eftersom resultatet inte tar hänsyn till det.



MAS och MAR analys gällande prevention av undernäring:

Förbättringsarbetet för att förebygga undernäring inleddes 2024 och har pågått även under 2025. Det är fortfarande alltför många personer med risk för undernäring som har för lång nattfasta. Erbjudna och faktiska måltider per dygn behöver öka ytterligare för att fullgott näringsintag ska kunna uppnås.

Arbetet med att förebygga undernäring behöver fortsätta.

Fall

Åtgärd:

För patienter på SÄBO bevakas risk för fall genom riskbedömning i Senior alert och genom läkemedelsgenomgångar.

Att läkemedelsgenomgång ska genomföras finns reglerat i Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2027:37). Det innebär att för patienter som bor på SÄBO som är över 75 år och som har minst fem läkemedel, ska en läkemedelsgenomgång erbjudas minst en gång per år. Sjuksköterska i kommunen förbereder tillsammans med omsorgspersonalen och det är sedan läkare från vårdcentral som genomför läkemedelsgenomgången. Den kommunala hemsjukvården driver ett utvecklingsarbete i frågan med berörda vårdcentraler och sina egna sjuksköterskor.

Gällande fallförebyggande åtgärder beskrivs team-träffar av alla verksamheter som ett samverkansforum där man fångar upp dessa behov. Inom funktionsstöds verksamheter, där teamträffar inte sker lika frekvent, redogör verksamheten för att kontakt tas med arbetsterapeut och fysioterapeut vid uppkomna behov.

Hemtjänst i egen regi anger att dialog med bistånd är en åtgärd.

Den kommunala hemsjukvården har under året påbörjat revidering av en checklista som togs fram i projektet som pågick under 2024 "Rehabiliterande arbetssätt". Checklistan ska fånga de nyinskrivna patienter som har behov av fallförebyggande åtgärder.

I samband med projektet *Rehabiliterande arbetssätt* togs beslut om att införa ett tidigt fallförebyggande arbete i samarbete mellan handläggare inom äldreomsorg, arbetsterapeut och fysioterapeut. Detta har ännu inte startats upp.

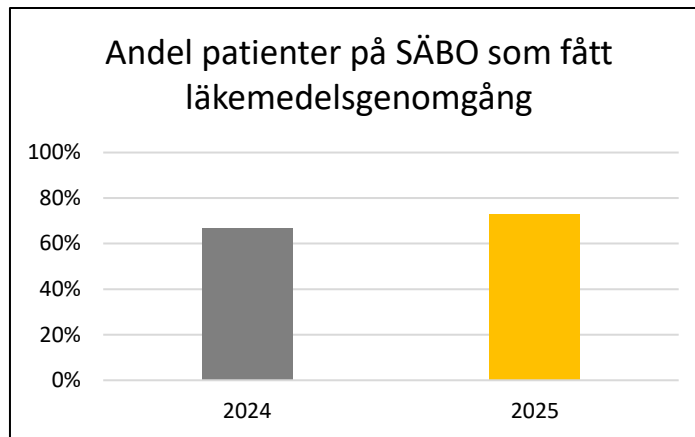
Resultat:

Egenkontroll av antal läkemedelsgenomgångar

Metod: Journalgranskning av sjuksköterskornas dokumentation av KVÅ-koden "Inhämtande av information vid läkemedelsgenomgång". Andelen patienter med denna KVÅ-kod ställs i förhållande till det totala antalet platser som finns på SÄBO. Genom denna metod framkommer dock inte hur stor andel av de som bor på SÄBO som har fler än fem läkemedel eller tackat nej till erbjudande om läkemedelsgenomgång. Inte heller hur många patienter som totalt befunnit sig på SÄBO.

Resultat: KVÅ-kod är registrerad för 390 patienter på kommunens 534 SÄBO-patienter, vilket ger 73%, en ökning från förra årets 67%. Ett ovisst antal patienter har inte fått någon läkemedelsgenomgång eftersom sjuksköterskor signalerat att patienternas läkare på vårdcentral avböjt eller inte visat intresse för att genomföra en sådan.

Analys: Det går inte utläsa i dokumentationen hur många som av de 534 patienterna som har mer än fem läkemedel eller hur många som tackat nej till erbjudande om läkemedelsgenomgång. Det man kan säga är att minst 73% har fått läkemedelsgenomgång. Det framgår inte heller om resultatet påverkats av att läkare haft svårt att genomföra insatsen.



MAS och MAR analys gällande fallprevention:

Andel patienter på SÄBO som får läkemedelsgenomgång behöver öka. Dialogen med vårdcentralerna behöver fortsätta. Det strukturerade arbetssättet kring fallförebyggande åtgärder av arbetsterapeut och fysioterapeut som inte riktigt tagit fart under 2025 behöver komma igång under 2026.

Det finns därmed mer att göra för att förebygga fall och risken behöver fortsätta arbetas med som fokusområde.

Smitta

Åtgärd:

Både inom egen och privat regi på SÄBO, i hemtjänst och funktionsstöd genomförs årlig genomgång med personalen av basala hygienregler, för att minska risken för smitta. En utbildningsfilm togs fram 2024 och har använts i flera verksamheter. Verksamheterna beskriver också satsning på introduktion av nyanställda samt stöttning till hygienombud. Några verksamheter har också anlitat regionens Vårdhygien för utbildning.

Samtliga verksamheter inom SÄBO, hemtjänst, funktionsstöd och hemsjukvård genomför egenkontroll av följsamhet till basala hygienregler.

Ett samarbete med Vårdhygien på Region Halland har lett till att Falkenberg satsat extra på arbetet med vårdhygien under 2025. Satsningen har inneburit exempelvis informationsträffar, utbildningstips till enhetschefer samt utlåning av Hand-check-lampa. Med lampan kan personalen själv se hur effektiv handdesinfektionsproceduren var.

För att förebygga legionella utförs regelbunden kontroll av att duschslangar hänger rätt, att vattnet har rätt temperatur samt genomspolning av kranar och duschar.

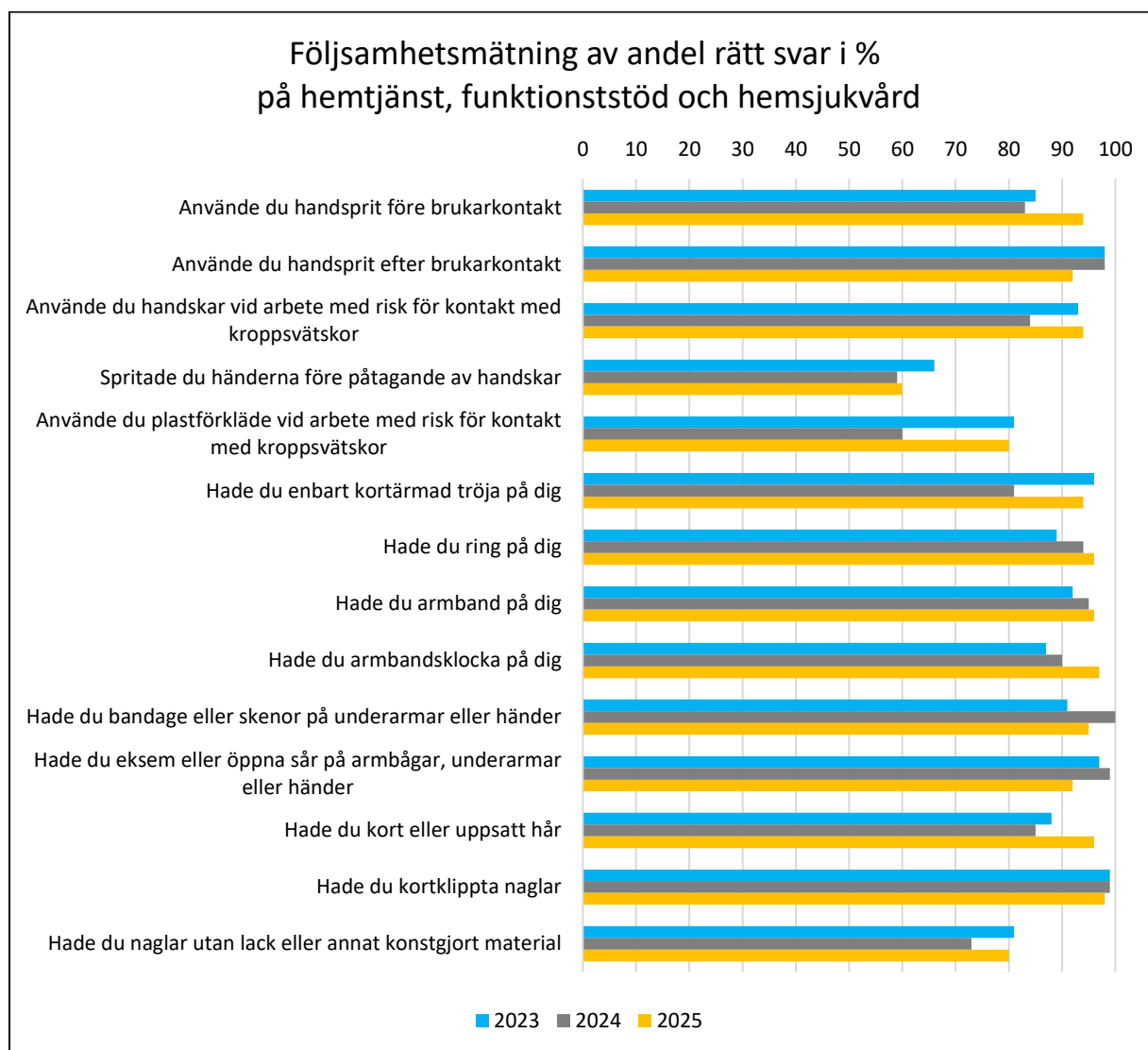
En ny egenkontroll infördes under 2025 i form av Region Hallands egenkontroll kring "vårdhygienisk standard". Denna egenkontroll inbegriper hygienarbetet på en mer strategisk nivå inom varje verksamhet. Egenkontrollen ska uppmärksamma cheferna på ansvaret för det vårdhygieniska arbetet.

Resultat:

- a) Följsamhetsmätning till basala hygienregler i hemtjänst, funktionsstöd och hemsjukvård.

Metod: För hemtjänst, funktionsstöd och hemsjukvård utförs mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler en gång per år. Mätningen genomförs genom självskattning under ett besök hos patient. För godkänt resultat krävs att minst 90 % av svaren visar följsamhet till gällande rutiner.

Resultat: Det totala resultatet för funktionsstöd, hemsjukvård och hemtjänst visar att godkänd följsamhet finns i över hälften av frågorna, se diagram nedan. Resultatet totalt har blivit bättre jämfört med 2023 och 2024. De med icke godkänd följsamhet är att *Sprita händer före påtagande av handskar* (60%) och *Använda plastförkläde vid arbete med risk för kontakt med kroppsvätskor* (80%).

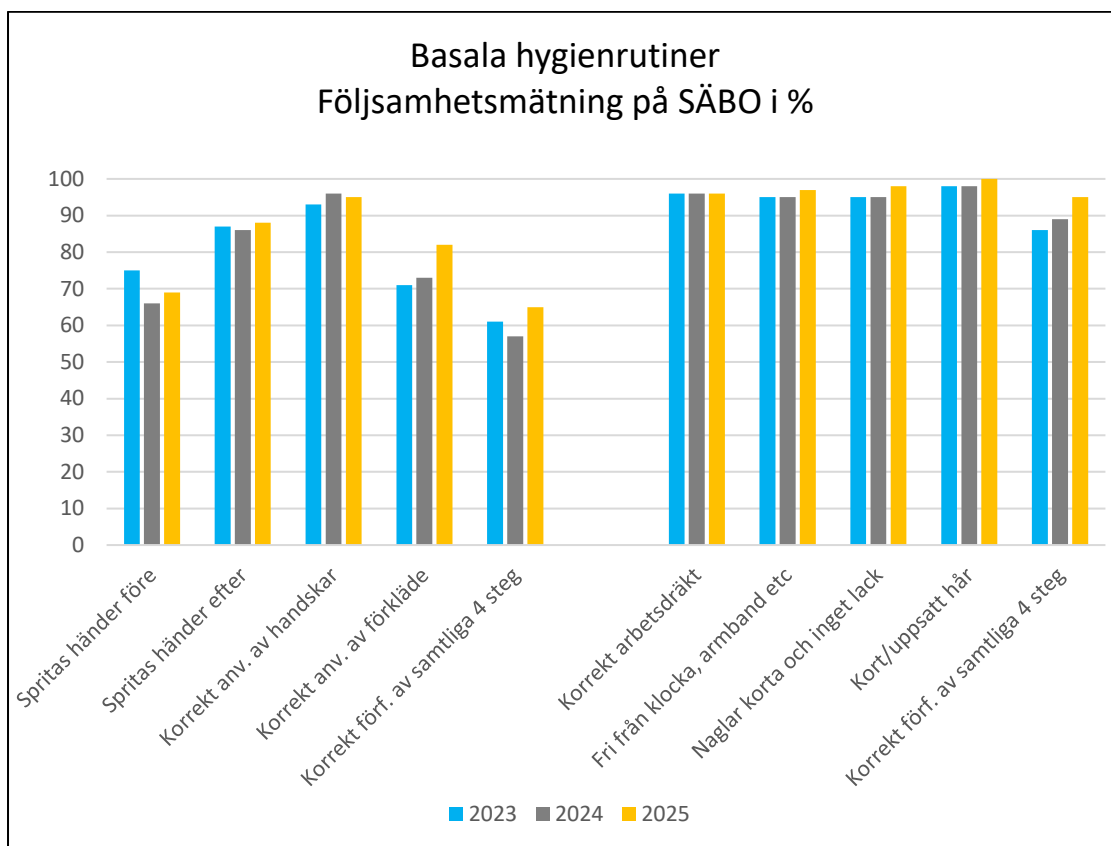


b) Följsamhetsmätning till basala hygienregler på SÄBO.

Metod: Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utförs på samtliga SÄBO två gånger per år. Mätning genomförs genom observationer. För godkänt resultat krävs att minst 80 % av svaren på varje fråga visar följsamhet till gällande rutiner.

Resultat: Det genomfördes 775 observationer totalt på SÄBO under 2025, mot förra årets 554 st. För basala hygienrutiner är resultatet förbättrat på 9 av 10 punkter. Även i år är

resultatet för lågt för "Sprita händerna före". Förra året var även "Korrekt användning av förkläde" för lågt, men har nu nått godkänd nivå. För klädregler är resultatet godkänt även detta år, och något högre än 2024.



Analys av båda egenkontrollerna: Resultatet visar förbättrade resultat inom SÄBO, enheterna når dock inte godkända nivåer på alla punkter. Den del som fortsatt brister är handdesinfektion före kontakt med patient. Det är positivt att antalet vårdssituationer som observerats har ökat. Hemtjänst, hemsjukvård och funktionsstöd har i flera delar blivit bättre än tidigare men behöver fortsatt förbättras i några andra. Det som brister är att använda handsprit före påtagande av handskar och att använda plastförkläde vid arbete med risk för kontakt med kroppsvätskor. Resultatet visar att de flesta verksamheter inte når godkända resultat. Därmed behöver förbättringsarbete fortsätta.

c) Vårdrelaterade infektioner (VRI) på SÄBO

Metod: Punktprevalensmätning genomfördes en dag i november av antal patienter på SÄBO med vårdrelaterad infektion och antibiotikabehandling. Resultatet sammanställs årligen av Folkhälsomyndigheten och är ett mått på hur väl vården kan förebygga vårdrelaterade infektioner. Detta kan göras genom att arbeta med riskfaktorerna, så som att minska urinkateteranvändandet och att minska risk för trycksår och smitta. Andra riskfaktorer för VRI är kognitiv svikt, inkontinens och minskad aktivitet, till exempel för rullstolsburna patienter.

Resultat: Antal registrerade patienter i mätningen är 289. Resultatet visar att 3% av patienterna hade en pågående infektion vid mättillfället. Det är sämre än förra året, då resultatet var 0,5%. Rikssnittet för 2025 är 1%.

Andel patienter med antibiotika är 3%, samma som för riket. Förra året var siffran för kommunen 1,2% och riket 2,7%.

Analys: Resultatet visar att andelen patienter med VRI har ökat och andelen patienter med antibiotikaanvändning har ökat. En viktig aspekt är att endast 289 av patienterna på SÄBO har registrerats, vilket inte ger ett representativt resultat. Inrapporteringen för VRI är komplicerad, vilket kan vara en anledning till det låga deltagandet. Tillvägagångssättet vid inrapporteringen kommer att ses över inför nästa års mätning.

För att undvika VRI behöver det förebyggande arbete fortsätta - med det vi kan påverka. Att minska risken för VRI är att arbeta med att minska riskfaktorerna genom vårdprevention.

MAS och MAR analys gällande prevention av smitta:

Resultatet visar att följsamhet till basala hygienrutiner har förbättrats något men är inte godkänt i alla delar. Åtgärdsarbetet pågår på flera håll och på flera olika sätt. Detta arbete har startats upp under 2024 och 2025 och behöver fortsätta för att ge önskad effekt.

Risken behöver fortsätta arbetas med som fokusområde.

MAS och MAR analys av fokusområde Vårdprevention:

Resultatet visar att antal trycksår och fall, antal personer som har för lång nattfasta är fortsatt högt. Även brister i följsamhet till basala hygienregler kvarstår.

Förbättringsarbete är inlett och pågår i alla delar men behöver fortsätta och i vissa delar utökas för att ge önskad effekt.

2. Fokusområde Personalens kompetens

Risk för vårdskada på grund av att det saknas adekvat kompetens i verksamheterna som bedriver hälso- och sjukvård samt omsorg.

- Säkerställa kompetens hos personalen, till exempel introduktionsutbildning för nyanställda, dokumentationsutbildning och delegeringsutbildning.
- Säkerställa kompetens inom personförflyttning
- Säkerställa god språkkunskap i vårdsvenska

Åtgärd:

Omsorgspersonal

På samtliga SÄBO finns rehabombud och språkombud/mentor. Rehabombuden bidrar till att stärka säkerheten kring hjälpmedel och förflyttning. Den statliga satsningen Omsorgslyftet pågår för omsorgspersonal där 70 personer deltar inom både privat och egen regi. Omsorgslyftet innefattar utbildningar till vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska samt svenskastudier kopplat till att få behörighet till vårdutbildningarna. Av dessa är det 13 personer som studerar till specialistundersköterska.

Tillfällen för förflyttningsutbildning ges kontinuerligt av kommunens hemsjukvård. Flera verksamheter, med låg andel utbildade, uppger att de planerar för att utbilda sin personal under 2026.

Verksamheterna i egen regi arbetar aktivt med den kompetenstrappa för omsorgspersonal inom SÄBO och hemtjänst som togs fram 2024. Det finns metodutvecklare som handleder utifrån olika kompetensområden.

Basutbildning i delegering ges till omsorgspersonalen när de utbildas inför ny delegering eller inför förnyelse av befintlig. Inför ny delegering, och sedan minst vart 3:e år, ska dessutom omsorgspersonal gå påbyggnadsutbildning för aktuella delegeringar. Under 2026 planeras ett utbildningsteam startas upp för sjuksköterskor på liknande sätt som arbetsterapeuter och fysioterapeuter idag utbildar.

Inom äldreomsorg beskriver verksamheter inom både egen och privat regi att man, utöver kompetensutveckling inom förebyggande vård, även kompetensutvecklat under året inom exempelvis palliativ vård, dokumentation och demenssjukdom. SÄBO i egen regi har påbörjat utbildning i lågaffektivt bemötande samt hot och våld och Dals Ängar har Silviahemscertifiering (för demensvård).

Den utbildning till omsorgspersonal gällande ”Rehabiliterande arbetssätt” som togs fram våren 2025 i samband med projektet med samma namn, har ännu inte börjat användas.

Legitimerad personal

Den kommunala hemsjukvården beskriver att de har återkommande workshops gällande dokumentation för all legitimerad personal. Under året som gått har ett område (Rehab) av fyra, genomfört denna dokumentationsgenomgång. Att inte sjuksköterskegrupperna haft workshops berodde på det ostabila bemanningsläget.

Det saknas kompetensutvecklingsplan för legitimerad personal.

Utbildningssatsningar har genomförts under 2025 inom exempelvis:

- Psykisk ohälsa, depression och suicid hos äldre
- Yrselrehabilitering
- Handrehabilitering
- Läkemedelshantering
- Funktionellt sittande
- Sårvård
- Demens
- Palliativ vård

Sommarbemanning

Liksom föregående sommar har Vård och omsorg Falkenberg (VOF) inom områdena funktionsstöd, SÄBO, hemtjänst och kommunal hemsjukvård, säkerställt kompetens och kontinuitet genom att ha kvar 66% av ordinarie personal i tjänst och använder sig av en gemensam introduktionsutbildning för sommarvikarier.

Resultat:

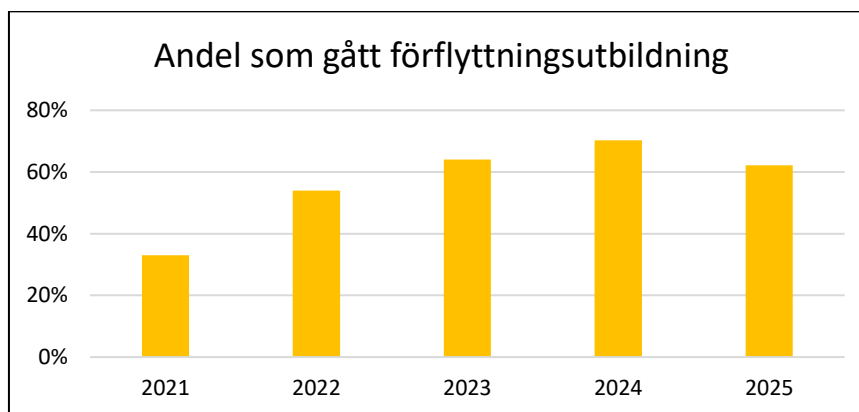
a) Omsorgslyftet

Under 2025 slutförde 29 personer omsorgslyftet. Utbildningen fortsätter 2026.

b) Egenkontroll gällande andel som gått förflyttningsutbildning

Metod: Egenkontroll gällande andel som gått förflyttningsutbildning genomförs årligen. Krav enligt riktlinje är att utbildning i förflyttningsteknik ska genomföras för samtlig omsorgspersonal vart 3e år.

Resultat: Andelen omsorgspersonal som gått utbildning i förflyttningsteknik (utifrån enhetschefernas redovisning) visar att 62 % gått utbildningen inom de tre senaste åren.



Analys: Det är nästan 40 % av personalen som saknar aktuell förflyttningsutbildning och som genomför riskfyllda förflyttningar med patienterna utan tillräcklig kompetens. Många verksamheter har hög andel utbildad personal. Det är några verksamheter som sticker ut i låg andel utbildade. Det gäller framför allt några enheter inom hemtjänst i egen regi, men också några områden inom funktionsstöd, ett av Humanas SÄBO samt ett par av SÄBO i egen regi. Registrering i kommunens personalsystem påbörjades 2024 och kommer hjälpa verksamheterna i egen regi att säkerställa förflyttningskompetens framöver.

MAS och MAR analys av fokusområde Personalens kompetens:

Ett flertal åtgärder har vidtagits och pågår för att öka kompetens för omsorgspersonal inom områden som bedömts som riskfyllda, till exempel introduktionsutbildning för nyanställda, dokumentationsutbildning, delegeringsutbildning, förflyttningsutbildning samt god språkkunskap i vårdsvenska. Det framkom att några omsorgsverksamheter saknade strukturerad plan för personalens kompetens i förflyttningsutbildning. Socialförvaltningen använder genom Omsorgslyftet möjligheten att höja kompetens och behålla personal, vilket är positivt.

Den kommunala hemsjukvården behöver inventera vilka behov av kompetens som finns och sedan säkerställa det. Behovet är särskilt stort när betydande del av erfaren kompetens gått förlorad på grund av personalomsättningen. Legitimerad personal har under året uppmanats att ta eget ansvar kring de utbildningar som ligger i årshjulet, istället för att de genomförts på gemensamt möte. Vi ser att det finns en risk att utbildningar inte genomförs i den utsträckning cheferna förväntar sig, eftersom vi också får till oss att personalen upplever sig ha tidsbrist. Numera kan utbildningar kopplas till den digitala personalakten för utbildning, vilket underlättar chefernas uppföljning av genomgångna utbildningar.

Det är stor personalomsättning i verksamheterna. Det innebär att erfaren kompetens gått förlorad och behöver ersättas.

Sammantaget så kvarstår utmaningar kring personalens kompetens och fokusområdet kvarstår.

3. Fokusområde Informationsutbyte

Risk för att dokumentation i journal av informationsutbyte, mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, är otydlig och bristande vilket kan medföra att patienten inte får adekvat vård och behandling.

IVO påpekade vid sin tillsyn 2022/2023 att det saknades dokumentation av brytpunktsamtal. Detta samtal genomförs av läkare med patient i samband med att en patient övergår i livets slut, gärna med sjuksköterska närvarande. IVO påpekade även att informationen om att ett brytpunktsamtal ägt rum inte fördes vidare till omsorgspersonal. Detta ska dokumenteras, både i sjuksköterskans journal samt i omsorgspersonalens journal.

Säkerställa dokumentation av informationsutbyte

Enligt gällande rutin ska legitimerad personal dokumentera sina åtgärder i journal. Åtgärderna ska dessutom registreras som KVÅ-åtgärder i journal för att kunna användas vid uppföljning av verksamhet och kvalitet.

Åtgärd:

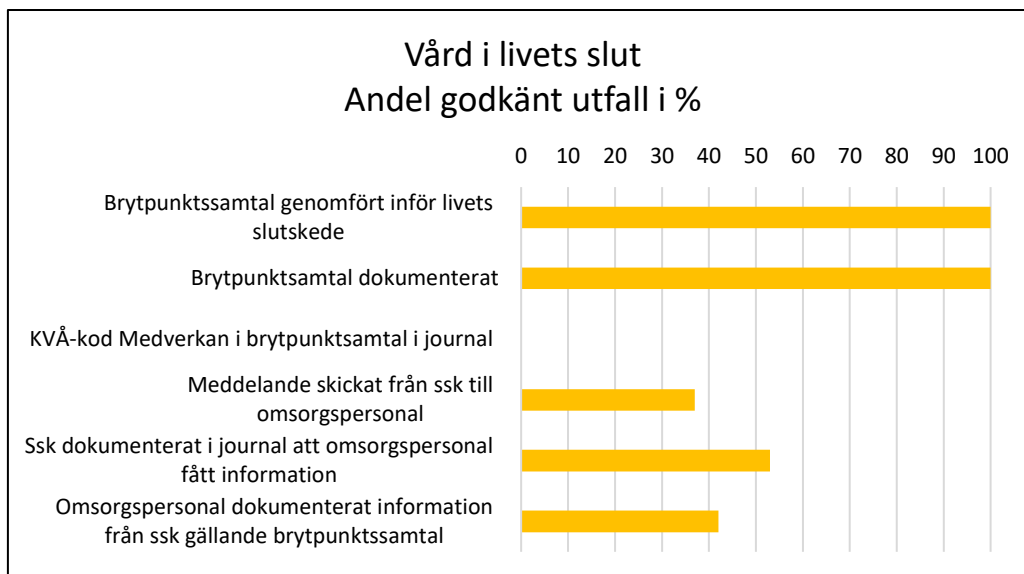
Resultatet av IVOs granskning är presenterad av hemsjukvårdens ledning till sjuksköterskorna. Under våren 2025 påbörjades ett pilotprojekt gällande palliativ vård i samarbete mellan kommunens hemsjukvård och omsorgspersonal på två särskilda boenden för äldre i kommunen. Bland annat identifierades behov av en checklista för sjuksköterskor för att säkerställa vissa moment vid vård i livets slut. En sådan checklista finns på plats sedan april.

Resultat:

Granskning av vård i livets slut

Metod: Ett slumpmässigt urval av 20 avlidna patienters journaler granskades liksom skickade meddelanden från sjuksköterska till omsorgspersonal. Granskningen gällde tiden 1 jan till 31 mars 2025. Det var 6 patienter i ordinärt boende och 14 på SÄBO.

Resultat: Andelen genomförda och dokumenterade brytpunktsamtal var 100%. Ingen av journalerna innehöll KVÅ-kod för detta. Dokumentation av informationsutbytet från sjuksköterska till omsorgspersonal gällande brytpunktsamtalet fanns vid 53%. Omsorgspersonalens dokumentation av detsamma fanns vid 42%. Ett skickat meddelande från sjuksköterska till omsorgspersonal fanns i 37% av ärendena.



Analys:

Det som fungerar mycket väl är att brytpunktssamtal genomförs och dokumenteras inför livets slut. Det som behöver förbättras är KVÅ-kodning av medverkan i brytpunktssamtal och dokumentation av informationsutbytet mellan sjuksköterska och omsorgspersonal gällande brytpunktssamtalet.

Frågan om KVÅ-kodning i journal förbättras automatiskt när kommunens hemsjukvård övergår till nytt journalsystem under 2026. Då blir KVÅ-kod tvingande och mer integrerat i dokumentationen.

Under våren 2025 påbörjades ett pilotprojekt gällande palliativ vård i samarbete mellan kommunens hemsjukvård och omsorgspersonal på två särskilda boenden för äldre i kommunen. Bland annat identifierades behov av en checklista för sjuksköterskor för att säkerställa vissa moment vid vård i livets slut. En sådan checklista finns på plats sedan april.

Kommunens verksamheter inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg använder olika journalsystem som inte är integrerade med varandra. Det innebär en utmaning gällande hantering av informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Bland annat är det oklart för mottagande omsorgspersonal vem som ansvarar för att dokumentera sådan inkommen information som gått till alla.

MAS och MAR analys av fokusområde Informationsutbyte:

Vid analys av informationsutbyte framkommer att det kvarstår svårigheter kring skriftligt informationsutbyte eftersom verksamhetssystemen inte stödjer ett ändamålsenligt utbyte av information.

Det finns fortfarande risk för brister i informationsutbytet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Befintlig rutin för informationsöverföring från legitimerad personal till omsorgspersonal behöver göras känd och följas. Analys behöver också göras kring befintliga verksamhetssystem och förbättringsområden om enkel kommunikation i dessa. Pilotprojektet som påbörjades våren 2025 kring ett strukturerat arbetssätt inom palliativ vård, som också innefattar säker informationsöverföring, behöver utvärderas.

För att skapa möjlighet att följa upp verksamhet och kvalitet enligt de rutiner som finns behöver KVÅ-koder användas strukturerat. När det nya journalsystemet införs under 2026 kommer KVÅ kodas automatiskt, vilket gör att problemet löser sig utan ytterligare åtgärder.

Fokusområdet behöver fortsätta arbetas med eftersom stora risker kvarstår.

4. Fokusområde Patientsäkerhetskultur

Risk för att patienter drabbas av vårdskada på grund av låg nivå av patientsäkerhetskultur i förvaltningens hälso- och sjukvård och omsorg.

En god patientsäkerhetskultur betyder att vi förhindrar att våra patienter drabbas av skador eller besvär som beror på brister i organisationen eller slarv gällande vården.

Åtgärd:

Vid nyanställning får personal genom introduktionen kännedom om arbetssätt och rutiner som gäller för att vård och omsorg samt hälso- och sjukvård ska vara säkert. I vilken grad som denna kunskap upprepas och fylls på varierar. Följsamheten kan också variera på grund av värdegrund och möjlighet till reflektion.

Teamsamarbete främjar säker vård och uppmuntras i verksamheterna. Det finns även framtagna rutiner för detta.

Mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs för att tydliggöra angelägna förbättringsområden och för att kunna jämföra förändringar i förhållningssätt och attityder som effekt av genomförda interventioner.

Resultat:

Mätning av patientsäkerhetskultur

Metod

En enkät till personal gällande nivå av patientsäkerhetskultur genomfördes under hösten 2025.

Enkäten skickades ut till samtliga enhetschefer för månadsanställd vård och omsorgspersonal samt legitimerad personal, att genomföras på arbetsplatsträff under oktober månad.

Enkäten bestod av 11 påståenden, se diagram nedan, där det gavs möjlighet att ange det alternativ på en 5-gradig skala som stämde bäst överens. Skalan sträckte sig från 1. *Stämmer mycket dåligt* till 5. *Stämmer mycket bra*. Svaren redovisas nedan i medeltal för varje fråga. Svar under 3,5 anses vara i behov av förbättring. Svar strax över 3,5 kan behöva följas upp.

Resultat

Svarsfrekvensen är 68 % av månadsanställd vård och omsorgspersonal (648 av 956) och 60 % av legitimerad personal (63 av 106).

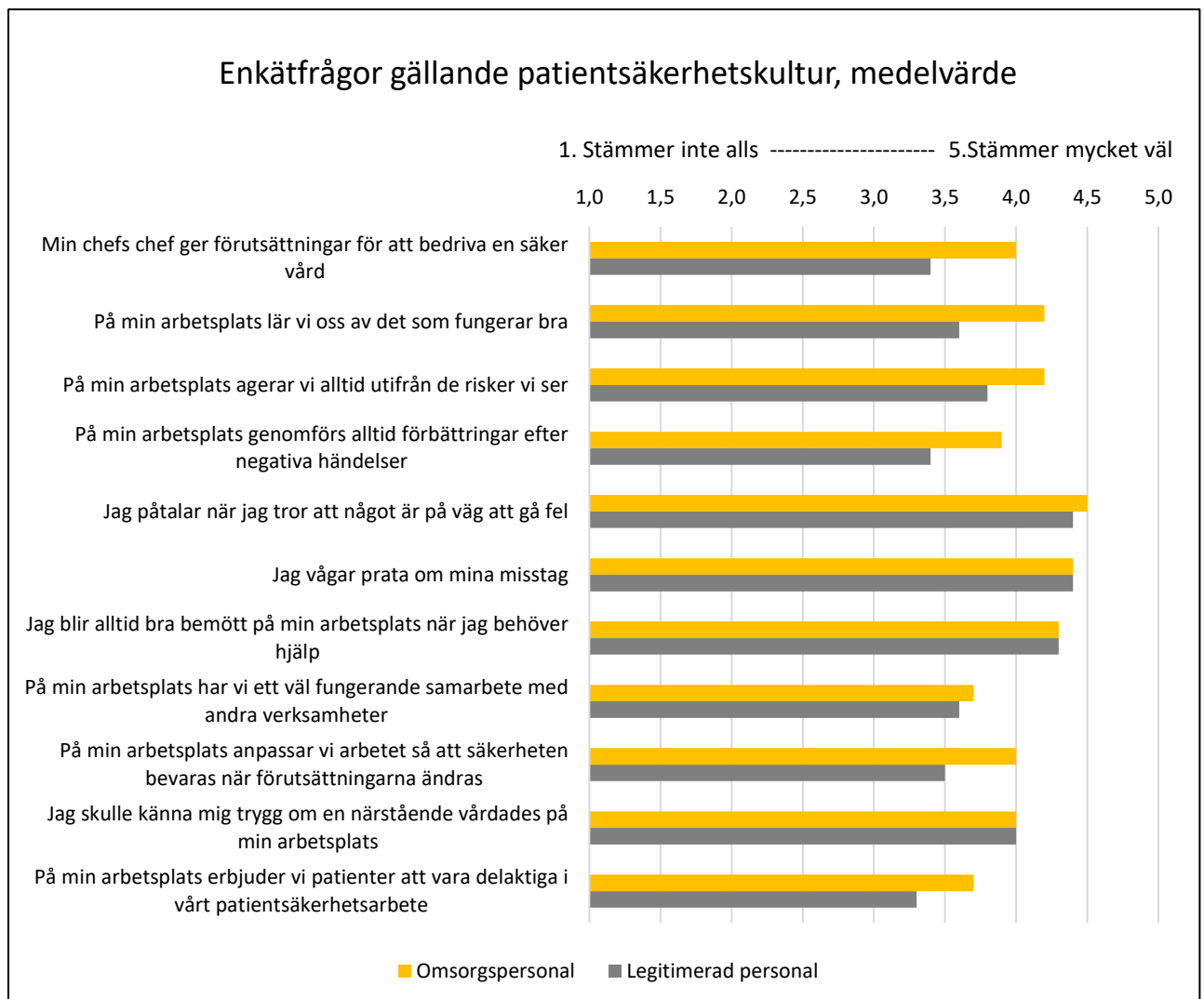
Se svar för respektive fråga i diagram nedan. Överlag har omsorgspersonalen högre medeltal på frågorna än legitimerad personal.

Omsorgspersonalens två frågor med lägst medeltal (3,7) handlar om

- samarbete med andra verksamheter
- patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet

För legitimerad personal är det lägst medeltal på tre frågor (3,4)

- gällande om chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård
- om förbättringar genomförs efter negativa händelse
- patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet



Analys

Patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet anges lägre av samtlig personal och behöver beaktas framöver. Samarbete med andra verksamheter sticker också ut som lägre för båda grupperna och belyser att detta kan förbättras.

MAS och MAR analys av fokusområde Patientsäkerhetskultur:

I jämförelse med Kungsbacka kommun som genomfört samma enkät visar resultatet i Falkenberg ett något högre medelvärde i de flesta frågor. Även där anges patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet lågt.

Den kommunala hemsjukvården i Falkenberg behöver arbeta med patientsäkerhetskulturen i flera frågor för att skapa förutsättningar för säker vård.

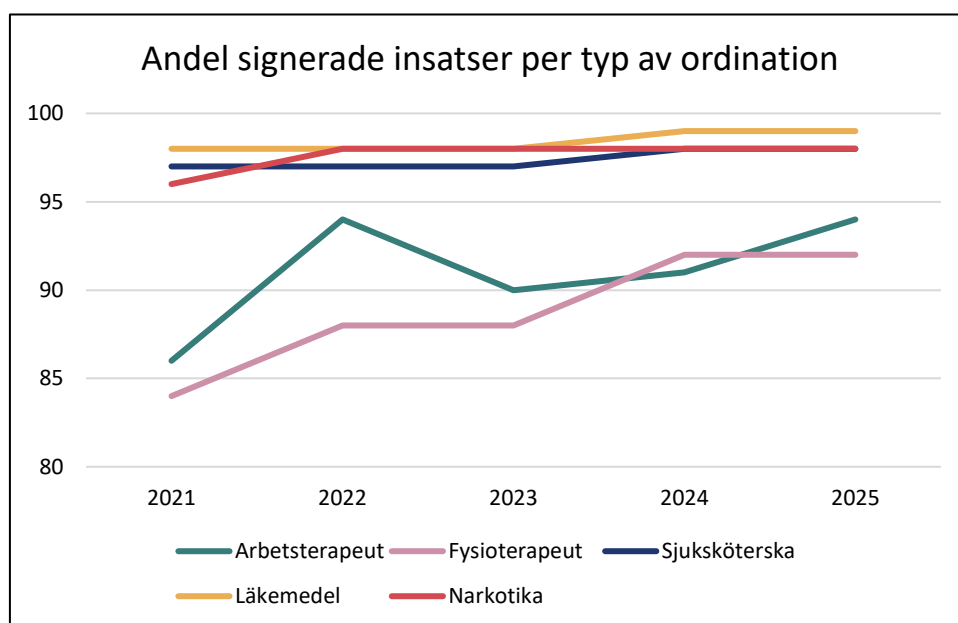
Övriga risker

Risk att patienten inte får den behandling som är ordinerad

Mål: Andelen signerade insatser i Appva (ordinerade av legitimerad personal) ska vara minst 97 % för varje typ av insats: arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, läkemedel, narkotika.

Egenkontroll: Andelen signerade hälso- och sjukvårdsinsatser mäts 1 gång per år på varje omsorgsenhet.

Resultat: Det övergripande resultatet för 2025 visade att andelen signerade insatser var tillräckligt hög för läkemedel (99 %), insatser från sjuksköterska (98 %) och narkotika (98 %). Arbetsterapeuternas insatser signerades till 94 % och fysioterapeuternas insatser till 92 %. Det totala antalet insatser var 2,4 miljoner, varav läkemedelsinsatser uppgick till ca 1,9 miljoner.



Analys av resultat: De flesta hälso- och sjukvårdsinsatser signerades i hög grad. Utav de insatser som ordinerades av arbetsterapeut och fysioterapeut var andelen signering fortfarande något låg, men arbetsterapeutinsatserna hade ökat från föregående år.

Åtgärder: Några enheter anger att de som åtgärd kommer påminna sin personal om vikten av att signera insatserna. Några anger att man behöver öka andelen delegerad personal i delegering från arbetsterapeut och fysioterapeut.

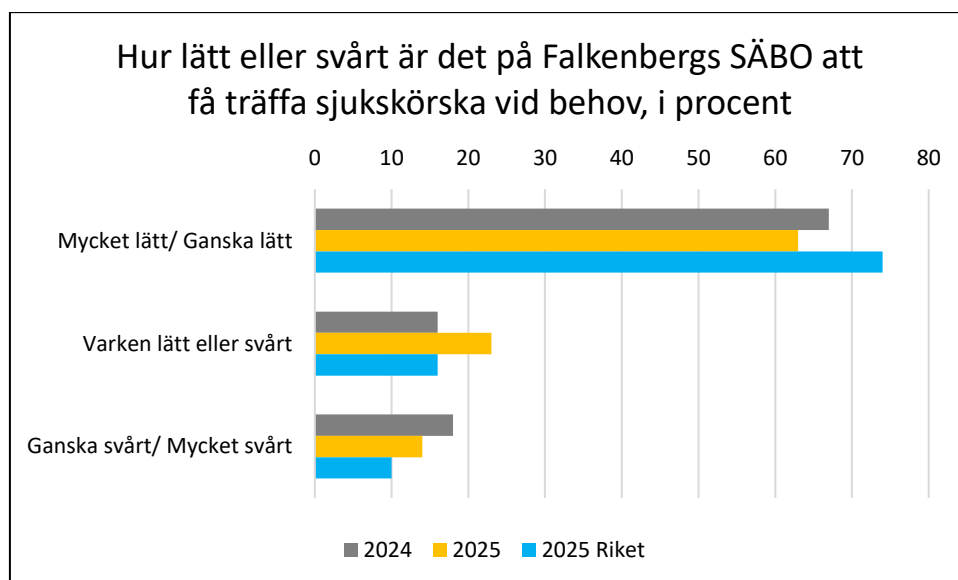
MAS och MAR analys av Risk att patienten inte får den behandling som är ordinerad

Resultatet är inte godkänt i alla delar och arbetet behöver fortsätta.

Risk att patienten upplever svårighet att träffa sjuksköterska

Egenkontroll: Brukarbedömning på SÄBO gällande tillgång till sjuksköterska enligt enkäten "Så tycker de äldre om äldreomsorgen".

Resultat: I Falkenberg var det 203 personer (45 %) på SÄBO som svarade på enkäten, många med hjälp av närstående. Av dessa 203 personer var det 63 % som ansåg det "Mycket lätt/Ganska lätt" att få träffa sjuksköterska vid behov medan 23 % tyckte att det var "Varken lätt eller svårt". Färre (14%) än förra året upplever svårighet att få träffa sjuksköterska vid behov.



Analys: På SÄBO träffar sjuksköterska patienter bland annat utifrån behov som omsorgspersonalen uppmärksammar eller vid uppföljning av redan insatta åtgärder.

Det är oklart om resultatet visar en faktisk risk för patienten. Upplevelsen är dock att 14 % anser det svårt/mycket svårt att få träffa sjuksköterska vid behov.

För patienter med kognitiv svikt kan närstående eventuellt uppfatta att sjuksköterska inte träffar patienten. Det skulle kunna bero på att patienten inte alltid kan förmedla besöken av sjuksköterska eller att närstående inte fått information från sjuksköterska.

Det är möjligt att en ökning av sjuksköterskors information till närstående skulle kunna förbättra upplevelsen av hur lätt det är att få träffa sjuksköterska. Detta skulle troligen även ge ökad känsla av delaktighet hos både patient och närstående.

Hemsjukvården har som fortsatt mål att skapa mer tid för legitimerad personal ute hos patient under 2026.

MAS och MAR analys av Risk att patienten upplever svårighet att träffa sjuksköterska

Den kommunala hemsjukvårdens arbete under 2026 bör kunna ge effekt.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

All vård- och omsorgspersonal samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada, alltså händelser som beror på brist i hälso- och sjukvård. Kunskapen om rapporteringsskyldigheten får personal vid introduktion och löpande genom information på arbetsplatsträffar.

Resultat: Under året rapporterades 3311 avvikelser som utreddes som brist i hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter, både inom kommunens hemsjukvård och på SÄBO, inom hemtjänst och funktionsstöd. År 2024 rapporterades 2505 sådana avvikande händelser.

De vanligast förekommande typerna av händelser inom hälso- och sjukvård:

- Läkemedelshändelse, se nedan.
- Brist i /utebliven dokumentation
- Brist i information, kommunikation, samverkan
- Brist i hälso- och sjukvård - ingår utebliven/felaktig åtgärd/behandling, utebliven signering,
- Brist i trygghet

Åtgärd: Varje enhets-/verksamhets-/områdeschef ansvarar för att analysera och sammanställa sina avvikelserapporter och dra lärdom av dessa.

Verksamheterna beskriver generellt att man arbetat med förbättringar utifrån avvikelserna på arbetsplatsträffar men också genom personlig återkoppling. Den kommunala hemsjukvården ser att brister i dokumentation och informationsöverföring minskat sedan införandet av ett utökat vårdplaneringsteam. En stor framgång för att minska brister är att arbeta i team, bland annat genom legitimerad personals närvaro ute på boenden och i hemtjänst och deras handledning av omsorgspersonal.

Läkemedelshändelser

Analys: Det var 2139 avvikelser gällande läkemedel under 2025. (2024; 1504 avvikelser.) Totalt överlämnades läkemedel vid ca 1,9 miljoner tillfällen. Varje avvikande händelse innebär en risk för felbehandling och vårdskada. När det gäller läkemedelshändelser var det vanligast med utebliven dos och utebliven signering. Som huvudorsak angavs att personal inte följde gällande rutiner.

Åtgärd: Farmaceuter har etablerats som ny stödfunktion inom den kommunala primärvården. Arbetet har inneburit strukturerade förbättringsarbete kring läkemedelshantering, stöd i

avvikelseanalys samt utbildning av legitimerad och delegerad personal. Detta har lett till ökad kvalitet, minskad risk för fel och en tydligare läkemedelsprocess.

Fallavvikelser

Analys: Totalt inträffade 3214 fall 2025. Vid ca 1/3 av dessa ådrog sig patienten någon form av konsekvens där smärta och sårskada var vanligast. De flesta skedde på SÄBO strax följt av hemtjänst. Det är vanligt att fall orsakas av att patienten missbedömer sina fysiska förmågor eller glömmer bort att använda sina hjälpmedel. En vanlig åtgärd vid fall är extra tillsyn. Insatser som det finns god evidens för, exempelvis omgivningsanpassning, bedömning av läkemedel och balans, styrke- och konditionsträning, borde kunna sättas in i större omfattning än idag.

Åtgärd: På SÄBO fortsätter det systematiska fallförebyggande arbetet med hjälp av det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Det innebär att legitimerad personal samverkar med omsorgspersonal och deras chef på teamträffar, för att hitta orsaker samt fallförebyggande åtgärder. Den kommunala hemsjukvårdens vårdplaneringsteam screenar sedan november nyinskrivna patienter med 3 frågor. Om de svarar ja på någon fråga så uppmärksammas områdesansvariga arbetsterapeuter och fysioterapeuter på att patienten har fallrisk som de kan arbeta vidare med.

Avvikelser till sjukhus och vårdcentraler

Ytterligare 121 avvikelser som kommunens personal uppmärksammat, har skett på sjukhus och vårdcentraler. Avvikelserna är skickade till berörda verksamheter för utredning. De handlar främst om brister i "information, kommunikation, samverkan" men också "läkemedelshantering". Det handlar bland annat om läkemedel som inte skickats med vid utskrivning samt felaktiga/uteblivna ordinationshandlingar från läkare.

Inkommande avvikelser från regionens verksamheter

Det har inkommit 15 avvikelser från sjukhus, vårdcentraler och ambulanssjukvården gällande kommunens hälso- och sjukvård. De flesta har handlat om brister gällande hemsjukvårdens utskrivningsplaneringar. De har i huvudsak handlat om brister i "information, kommunikation, samverkan".

Klagomål och synpunkter

Kommunen ger invånarna möjlighet att lämna synpunkter och klagomål, dels via digital blankett på hemsidan dels via pappersblankett. Blanketten ska finnas i den Hemdok-pärm som alla patienter har som är inskrivna i hemsjukvård och/eller har hemtjänst. Ibland inkommer också synpunkter via telefonsamtal direkt till cheferna. Synpunkter och klagomål kan också inkomma via Patientnämnden eller IVO. All personal som arbetar med hälso- och sjukvård ska informera patienter och närstående om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

Det inkom 20 synpunkter/klagomål på hälso- och sjukvård under året. Fyra av dem inkom via Patientnämnden.

Analys: De inkomna synpunkterna handlade om

- Bristande bemötande
- Felaktig, bristande omsorg/hälso- och sjukvård

- Bristande information/kommunikation
- Bristande tillgänglighet

Det fanns bland annat behov av tydligare information till närstående om läkares ställningstagande till att avstå eller utföra hjärt-lungräddning (HLR) eller beslut om att inte skicka in svårt sjuka patienter till sjukhus. I flera synpunkter visar sig bristande samarbete mellan olika aktörer i vården skapa en otrygg hälso- och sjukvård.

Åtgärd: Läkare och deras arbetsplatser (vårdcentral) kontaktades i förekommande fall för att samtala med och informera närstående om beslut som tagits. Informationsblankett är framtagen att överlämnas vid inskrivning i hemsjukvård. Samarbetet mellan kommun och region liksom mellan legitimerad personal och omsorgsverksamheternas chefer och personal fortsätter och behöver i vissa fall bli bättre.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Socialförvaltningen arbetar med att öka riskmedvetenheten och beredskapen inom hälso- och sjukvården. Funktionalitet upprätthållas även vid kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förutsättningar. Kommunens risk- och sårbarhetsanalys (RSA) finns framtagen, men behöver förtydligas avseende krav på tillgång till nödvändiga sjukvårdsprodukter*. Denna revidering planeras ske i samband med ny mandatperiod.



Arbetet med att identifiera socialförvaltningens kritiska områden i kontinuitetsplaneringen pågår.

Från och med 1 juli 2023 gäller dessutom ett förtydligande i Hälso- och sjukvårdslagen (5 kap. 2 §) som ställer krav på att vårdgivaren ska ha den beredskap som behövs för att kunna fullgöra sina skyldigheter även vid allvarliga händelser. Detta ska beaktas i förvaltningens pågående beredskapsarbete.

*Med sjukvårdsprodukter avses exempelvis läkemedel, medicintekniska produkter, livsmedel för speciella medicinska behov och personlig skyddsutrustning.

MAS och MAR analys av området Öka riskmedvetenhet och beredskap

Socialförvaltningens beredskap för allvarlig händelse gällande nödvändiga sjukvårdsprodukter är i vissa delar ännu inte löst och skulle kunna ställa till problem om sådan händelse uppstår.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För åren 2024 - 2025 togs fokusområden fram av MAS och MAR utifrån de risker som verksamheterna bedömt som allvarliga samt utifrån de brister i kvaliteten som påvisats genom utredning av inträffade vårdskador eller genom egenkontroller.

De åtgärder som verksamheterna presenterat i sina handlingsplaner för fokusområdena har i viss mån inte hunnit ge effekt ännu. För några fokusområden är åtgärderna otillräckliga och behöver arbetas vidare med för att öka patientsäkerheten.

Utifrån MAS och MAR analyser av fokusområdena beskrivna i kapitel Säker vård här och nu, har ledningen för hälso- och sjukvården bedömt att arbetet ska fortsätta under 2026 gällande följande fyra fokusområden:

- Vårdprevention
- Personalens kompetens
- Informationsutbyte
- Patientsäkerhetskultur