



**Torsås**  
kommun

**Patientsäkerhetsberättelse**  
**Socialnämnden, Torsås kommun**  
**År 2025**



<b>Innehåll</b>	
<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....	<b>5</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning	
Övergripande mål och strategier	
Organisation och ansvar	
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	<b>7</b>
<b>Informationssäkerhet</b> .....	<b>9</b>
Loggkontroll	
Tvåfaktorsautentisering	
<b>En god säkerhetskultur</b> .....	<b>9–11</b>
Beslutsstöd ViSam	
Adekvat kunskap och kompetens	
Kommunal hälso- och sjukvård	
Patient som medskapare	
Omställning till Nära vård	
Samordnad Individuell Planering (SIP)	
<b>Agera för säker vård</b> .....	<b>12–20</b>
Egenkontroller	
Intern kontroll av läkemedel	
Digital signering	
Lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus	
Palliativ registret	
Senior alert	
BPSD	
HALT	
Läkemedelsgenomgång	
Kvalitetsgranskning läkemedel	
Basala hygienrutiner	
Nattfastemätning	
Rikssår	
<b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b> .....	<b>20–21</b>
Inspektionen för vård och omsorg	
Lex Sarah	
Lex Maria	
<b>Säker vård här och nu</b> .....	<b>21</b>
Riskhantering	
Klagomål och synpunkter	
Patientnämnden	
<b>Stärka analys, lärande och utveckling</b> .....	<b>21–23</b>
Avvikelse	
Interna avvikelser	
Fallavvikelse	
Läkemedelsavvikelse	
Externa avvikelser	
KVÅ-åtgärder	
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b> .....	<b>24</b>
Samverkan	
<b>Mål, strategi och utmaningar 2026</b> .....	<b>25</b>

## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig 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.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården"

## SAMMANFATTNING

2025 har hälso- och sjukvårdsenheten i Torsås kommun bytt namn till kommunal primärvård. Syftet är främst att tydliggöra att vi bedriver vården tillsammans med regionens primärvård det vill säga att vi har ett gemensamt uppdrag. I övrigt har året präglats av ekonomiska begränsningar vilket har påverkat olika delar.

De mål som formulerades i patientsäkerhetsberättelsen inför 2025 var att samtliga enhetschefer skulle genomföra Socialstyrelsens digitala utbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet och detta har genomförts. En analys av patientsäkerheten har genomförts och en handlingsplan har skapats, se sid 10. Denna analys ska genomföras av verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt enhetschef inom den kommunala primärvården årligen i januari.

Ett av målen i omsorgen är att tiden för nattfastan ska vara under 11 timmar för samtliga omsorgstagare som bor i kommunens särskilda boende. Detta mål har inte uppnåtts under 2025 förutom på de LSS boende som ingick när mätning genomfördes. Mätningarna fortsätter enligt planering två gånger per år och vår förhoppning är att genom mätning kommer följsamheten och medvetandet kring vikten av att minska tiden för nattfasta öka.

Ett annat mål var fortsatt granskning av journaldokumentation med LifeCare HSL. Eftersom detta inte är ett arbete som är beroende av externa kontakter har detta genomförts i samverkan med superanvändare inom HSL en gång per månad. Återkoppling till övriga medarbetare sker numera skriftligt vilket är mindre tidskrävande. Fortsatt implementering av standardiserade vårdplaner har skett och superanvändarna har tagit ett stort ansvar att utbilda sina kollegor i syfte att kvalitetssäkra vården.

Resultat som samlats in från kvalitetsregister, avvikelser och egenkontroller under året visar på att verksamheterna har områden där det finns förbättringspotential men det finns också områden som visar på resultat där vi arbetat framåt och utvecklats. De kvalitetsregister som används i Torsås kommun är Senior Alert, BPSD samt Palliativ registret.

Vid den senaste sammanställningen av fallavvikelser kunde vi notera att antalet fall hade minskat från 387 (första halvåret) till 244 (andra halvåret). Arbetet med fallförebyggande åtgärder måste prioriteras och fortsätta.

Syftet med egenkontrollerna är att förebygga risker samt att systematiskt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller omständigheter som kräver förbättring. Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, det vill säga fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Därför är det av största vikt att vi fortsätter att utveckla kvaliteten i vår verksamhet genom att analysera egenkontroller och avvikelser.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

*För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.*

## Engagerad ledning och tydlig styrning

*En 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

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

Kommunens hälso- och sjukvård arbetar med Socialnämndens mål, beskrivet i Verksamhetsplanen. De prioriterade områden för hälso- och sjukvårdsenheten i Torsås kommun är att:

- utveckla samordning och samarbete inom och mellan vårdgivare internt och externt
- öka kontinuitet och arbeta relationsskapande
- vara samskapande tillsammans med patienter och närstående
- arbeta hälsofrämjande och förebyggande med mer tidiga insatser
- Öka användningen av digitala insatser där det är möjligt

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, prioriterade områden för Torsås kommun är att:

- stödja hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö
- stärka förutsättningarna för ledarskapet
- använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt
- stärka ett teambaserat arbetssätt och samverkan mellan huvudmän internt och externt

## Organisation och ansvar

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

Hög patientsäkerhet är beroende av en fungerande samverkan och teamarbete med engagemang från alla medarbetare inom förvaltningen.

## Vårdgivare

Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som till exempel hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighets- och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientlagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att tillse att gällande lagstiftning uppfylls (SOSFS 2011:9).

## **Socialnämnden**

Socialnämnden i Torsås kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter, samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

## **Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven, bland annat i hälso- och sjukvårdslagen, som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamheten ska ta fram, fastställa, dokumentera och följa upp rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

## **MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Funktionen är reglerad i lag och förordning (HSL (2017:30)11 kap. 4 § samt Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. §6). Ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355). Vidare ansvarar MAS för att riktlinjer och rutiner efterlevs i verksamheten samt att delegering sker på ett patientsäkert sätt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria.

## **SAS, socialt ansvarig socionom**

Ansvarar för att säkerställa god kvalitet och efterlevnad av lagar som socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rollen innebär att arbeta verksamhetsövergripande med kvalitetsledningsfrågor. Ansvarar för att bedöma, utreda, analysera och följa upp avvikelser inom ramen för lex Sarah. Socialt ansvarig socionom rapporterar till verksamhets- och socialchef i samband med genomförd lex Sarah utredning.

## **Enhetschef för hälso- och sjukvård**

Ansvarar för att verksamhetens riktlinjer och rutiner är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter samt har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Vidare har enhetschef det övergripande kvalitet- och säkerhetsansvaret samt ansvar för ekonomi/budget och arbetsmiljö inom sin verksamhet och ska arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

## **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Ansvarar för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet

att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vård-skador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vård-skada.

## Medarbetare inom omsorgen

Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när en delegerad arbetsuppgift utförs. De har därmed också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risk för vårdskada samt händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt följa rutiner och riktlinjer för att säkra en god vård.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården har lett till olika samverkansforum för att säkerställa patientsäkerhet till vårdens övergångar (2017:612). Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt läns gemensamt. Omställningen till nära vård, det vill säga arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande innebär också utökad och förbättrad samverkan mellan alla aktörer runt den enskilde.

<b>Samverkan mellan Kalmar läns kommuner och region Kalmar län</b>		
<b>Samverkansform</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Beskrivning/Källa</b>
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)	5 ggr/år	Genom Länsgemensam ledning sker en länsövergripande samverkan kring hälso-och sjukvårdsfrågor mellan länets tolv kommuner och Region Kalmar län. <a href="#">Länsgemensam ledning - Vårdgivare Region Kalmar län</a>
Samordnade gruppen äldre	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan.
Samordnade gruppen psykisk hälsa	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan.
Samverkansområdesgruppen Invånarmedverkan	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan.
Informationsöverföringsgruppen	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan.
Samverkansområdes-gruppen Länsgrupp Hab/Rehab	4 gånger/år	Ett gemensamt samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi inom kommunernas och regionens habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter.

		Via ovan länk kan man finna mer information om arbetet.
VC/MAS/MAS nätverk	1 gång/månad	VC/MAS/MAR, kommunal HSL, i samverkan med Region Kalmar län och Kommunförbundet i Kalmar län
Kommunernas hjälpmedelssamverkan (KHS)	8 ggr/år	12 kommuner samverkar genom gemensam nämnd
Analysgruppsmöte	4 ggr/år	Minnesanteckning
Avstämning kommuner i södra länsdelen	Varannan vecka	Minnesanteckning

### Samverkan mellan Torsås kommun och Region Kalmar län

Samverkansform	Omfattning	Beskrivning/källa
LINK möte med vårdsamordnare Torsås hälsocentral, biståndshandläggare och KPV enheten.	5 ggr/vecka (vardagar)	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samordnad Individuell plan (SIP)	Vid inskrivning i hemsjukvården samt vid behov	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samverkansmöte med Torsås HC och kommunal KPV	2 ggr/år	Minnesanteckning
Samverkansmöte med MAL och MAS	1 gång/månad	Informationen kommuniceras vidare till HSL
Demensteam	1 gång/varannan vecka	Minnesanteckning

### Intern samverkan

Samverkansform	Omfattning	Beskrivning/källa
Socialförvaltningens stab	1 gång/månad	Minnesanteckning
Omsorgens ledningsgrupp	En gång varannan vecka	Minnesanteckning
Teamträffar	Hemtjänst och SÄBO varannan vecka, varje vecka på korttid	Rutin Teamträffar
BPSD uppföljning i verksamheten	2 gånger/år. Februari och september	Minnesanteckning
Senior alert – uppföljning i verksamheten	2 gånger/år. Februari och september.	Minnesanteckning
Palliativ registret	2 gånger/år. Februari och september.	Resultatet sker i dialog på APT.
Samverkansmöte KPV och biståndshandläggare	1 gång/termin	Minnesanteckning

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhet handlar om att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Det handlar också om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att kunna följa hur, när och vem som tagit del av informationen.

## Loggkontroll

För att förhindra att obehörig personal har åtkomst till sekretesskyddade uppgifter är kommunen skyldig enligt *HSLF-FS 2016:40* att genomföra loggkontroll. Loggning i Cosmic sker dels genom systematiskt slumpvald metod, dels genom manuell granskning av legitimerade personal. Under de senaste två åren har detta inte genomförts, orsaken är en brist i övergången till ny systemförvaltare, vilket utgör en risk för bristande sekretess. Rutin för loggkontroll ses över och kommer att implementeras under 2026. Under 2025 har loggkontroll i APPVA MCSS implementeras. Detta sker månadsvis av MAS/systemförvaltare.

## Tvåfaktorsautentisering

Autentisering är en åtgärd som säkerställer att en användare är den som den utger sig för att vara. Det behövs en effektiv behörighetsstyrning som möjliggör att endast behöriga användare kommer åt dokumentation som de behöver ha tillgång till i sin roll. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder e-legitimationen SITHS, som är en säker tvåfaktorsautentisering, för att logga in i regionens journalsystem Cosmic, NPÖ samt LifeCare. För medarbetare inom omsorgen har Yubikey införts under 2025 och fortlöper 2026 för att säkerställa tvåfaktorsautentisering bland medarbetare vid inlogg i verksamhetssystemen.

## En god säkerhetskultur

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



En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- Ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador.
- Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet.
- Ett förhållningsätt där verksamheten inte skuldbelägger varandra.
- En organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser.
- En organisation där alla tar del av det som gått bra.

NSG (Nationella samverkansgrupper) har skapat ett verktyg för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet. Verktöget ska stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 – 2030, ”Agera för säker vård”. Arbetet att genomföra en analys av patientsäkerhetsarbetet samt fastställa en handlingsplan i Torsås kommun har genomförts i början av 2026, se nedan.

Fokusområde	Tema	Beskrivning av insatsen
Säker vård här och nu	Förmåga att förutse risker och förändringar i närtid	Utbildning i avvikelshantering på Infocaption samt diskutera case på APT
Stärka analys, lärande och utveckling	Lärande från analyser och det egna arbetet	Systematik i arbetet, följa PDSA-hjulet i utvecklingsarbetet
Stärka analys, lärande och utveckling	Analyser som möjliggör lärande	Tid för reflektion och analys på APT. Metodstöd (reflekterande lyssnade i grupp)
Stärka analys, lärande och utveckling	Analyser som möjliggör lärande	Kulturförflyttning med att öka förståelsen mellan professionerna. Behov av att skapa samsyn. Processororienterat arbetssätt är ett redskap och metod som stödjer förändringsarbetet.

Inom Socialförvaltningen används verksamhetssystemet DF Respons för avvikelserapportering. MAS ska tillsammans med verksamhetschef revidera Riktlinjen för avvikelshantering samt genomföra workshop för en bibehålla en god säkerhetskultur årligen. Ambitionen är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde hos all personal. Engagemanget kommer bland annat till uttryck genom att patientsäkerhetsrisker identifieras och påtalas, att avvikelser rapporteras, utreds och förbättringsåtgärder vidtas.

### Beslutsstöd ViSam

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård när den äldres hälsotillstånd hastigt försämrats. Checklisten ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst kan ske. Den kommunala primärvården i Torsås kommun arbetar efter Läns gemensam ledningsriktlinje. Syftet är att bedömningen blir strukturerad, patienten får vård på optimal vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare säkras.

### 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.*



### Kommunal Primärvård

Inom den kommunala Primärvården arbetar specialistsjuksköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, samtliga legitimerad personal. Inom teamet ingår även en undersköterska samt rehabassistent. De insatser som utförs i hemmet är hälso- och sjukvård och kan till exempel vara läkemedelshantering, såromläggningar, provtagningar, vård i livets slutskede, rehabilitering eller annan omvårdnad. Legitimerad personal arbetar tillsammans i team med hemtjänst, särskilda boenden för äldre och boende med särskild service enligt LSS. För

att säkra kvalitén i samarbetet och säkerställa att samtliga undersköterskor har rätt kunskap och kompetens sker systematiskt undervisning i metodrummet i Söderåkra.

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



## Omställning till Nära vård

En god och nära vård utgår från individens behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt som kan minska behov av mer omfattande insatser i ett längre perspektiv. Genom att rätt person får rätt insats kan såväl kvaliteten som effektiviteten öka. Utvecklingen av en Nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för den enskilde individen. Att gå från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare. Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.

## Förebyggande arbete

Rehabenheten har fortsatt det förebyggande arbetet genom att använda sig av bedömningsverktyget SPPB-s. Detta är ett standardiserat test som används inom hälso- och sjukvården för att bedöma fysisk funktion och rörlighet. Testet mäter objektivt balans, styrka i de nedre extremiteterna och gångförmåga. Patienten erbjuds träningsprogram efter kontakt med rehabenheten eller efter kontakt med biståndshandläggare. Efter ca 4 veckor görs en ny bedömning för att utvärdera behandlingen.

## Strukturerad uppföljning av hjälpmedel

Arbete har under årets initierats med att strukturerat uppföljningar av hjälpmedel. Syftet är att förhindra ej brukbara hjälpmedel med risk för skador. Tidigare har leverantörernas rekommendation varit den styrande men nu finns även en systematisk struktur i journalen.

## Samordnad Individuell Planering (SIP)

Genom samordnad individuell plan, SIP, formas en planering där omsorgstagare är i fokus. I detta möte kan omsorgstagare och närstående påverka hur insatser ska utföras samt lämna mål och önskemål kring vården. Uppföljning av omsorgstagarens insatser görs regelbundet tillsammans med närstående och omsorgstagare för att utvärdera kvaliteten och om vidare

insatser krävs. Målet för Torsås kommun är att en SIP genomförs före anslutning till kommunal primärvård. Enligt statistik från LifeCare HSL har det genomförts 71 SIP under 2025.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

### Egenkontroller

Syftet med egenkontrollerna är att förebygga risker realiserar samt att systematiskt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller omständigheter som kräver förbättring.

Identifiering	Omfattning	Källa	När
Intern kontroll av narkotiska läkemedel	1 gång/månad	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Appva.	Kontinuerligt
Digital signering, resultatuppföljning	1 gång/månad	Appva	Kontinuerligt
Lag om samverkan vid utskrivning	1 gång/månad	Region Kalmar län	Kontinuerligt
Loggkontroll AppvaMCSS	1 gång/månad	AppvaMCSS	Månadsvis
Avvikelser	1 gång/kvartal	DF Respons	Kvartalsvis till OLG
Avvikelser	1 gång/halvår	DF Respons	Halvårsvis till SN
BPSD	2 gånger/år	BPSD Registret/lokal riktlinje/process	Febr./september
Senior alert	2 gånger/år	Senior alert/lokal rutin	Februari/september
Svenska Palliativregistret	2 gånger/år	Svenska Palliativregistret	Februari/september
HALT	1 gång/år	Senior alert, Folkhälsomyndigheten	November
Läkemedelsgenomgång	1 gång/år	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	Kontinuerligt
Kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång/år	Apoteket AB	Mars/april
Basala hygienrutiner	1 gång/år	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen	Oktober
Nattfastemätning	2 gånger/år	Senior alert/lokal rutin	April / Oktober
Rikssår	1 gång/år	RiksSår	Januari

## Intern kontroll av läkemedel

Sjuksköterskan genomför enligt lokal rutin kontrollräkning en gång i månaden av narkotiska läkemedel. Syftet med kontrollräkningen är förutom att säkerställa en god patientsäkerhet att upptäcka svinn samt förebygga missbruk. Vårdgivaren är skyldig att genomföra egenkontroller enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Det finns en skriftlig rutin för hantering av narkotikaklassade läkemedel på Intranätet. Rutinen beskriver arbetsgången vid de tillfällen kontrollräkningen av narkotikaklassade preparat avviker. Under 2025 skrevs 35 avvikelser som gällde stöld/svinn av läkemedel. Kontroller görs även av MAS genom att granska kontrollräkningar i Appva. Kontroller i gemensamt förråd i Söderåkra genomförs var tredje månad enligt skriftlig rutin.

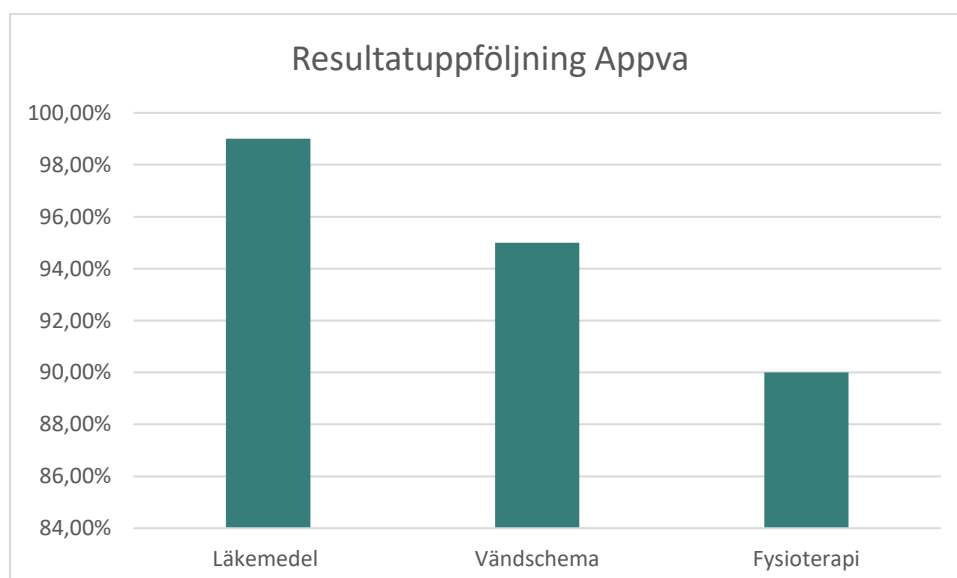
## Digital signering

Appva MCSS är ett system för digital signering. Omsorgspersonal ser HSL insatser med tillhörande instruktioner och signerar utförda HSL insatser, begär påfylld av originalförpackade läkemedel och förbrukningsvaror samt tar emot, ser och signerar sina delegeringar.

**Mål:** Andelen signerade insatser i Appva ska vara minst 97 % för varje typ av insats – läkemedel, vändschema och fysioterapi.

**Resultat:** Andel signerade insatser för läkemedel 2025 når upp till överenskommet målvärde, genomsnitt 99 %. Andel signerade insatser för vändschema är 95 % och fysioterapi är 90 %. Båda dessa värden når inte målvärdet, se tabell.

**Analys:** Det finns ingen tydlig orsak till att målvärdet för vändschema och fysioterapi inte har uppfyllts. Det framgår tydligt att insatsen läkemedel prioriteras, precis som tidigare år. Det krävs en kulturförflyttning mot en ökad personcentrerad vård för att kunna omsätta teoretisk kunskap i det patientnära arbetet. MAS genomför en månatlig sammanställning av resultatuppföljning och enhetschef ansvarar för att sprida denna uppföljning och att enheten ska arbeta aktivt för att förbättra resultatet. Insats för att öka följsamheten till HSL insatserna inom särskilt boende och LSS pågår med implementering av arbetsverktyget aktivitetsplaneringen. Detta verktyget kommer att ge stöd för medarbetarna i det dagliga arbetet.



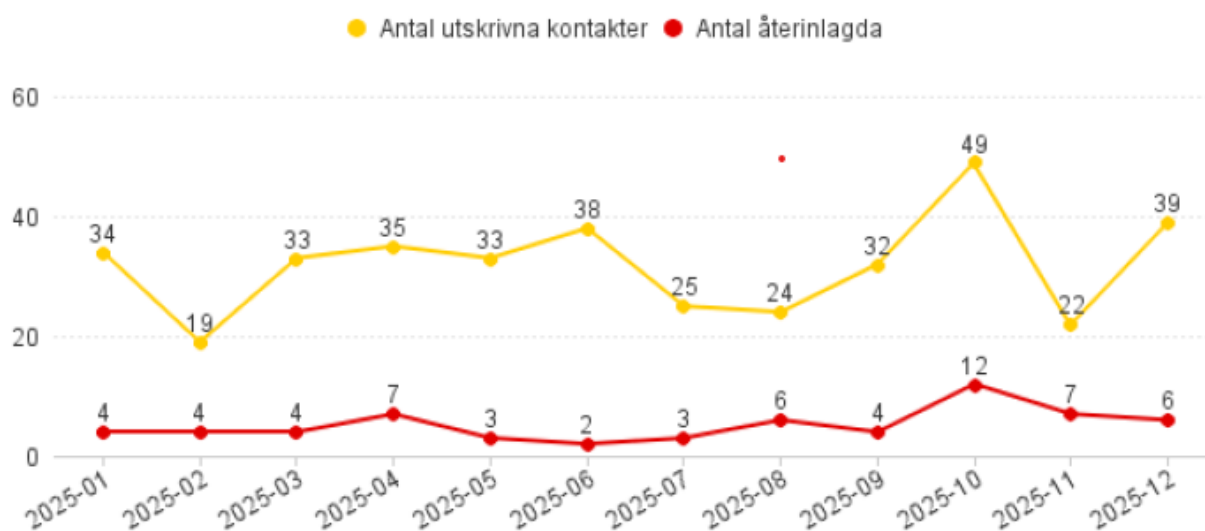
## Lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus

Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården (2017:612) samt överenskommelsen mellan Region och kommunerna i Kalmar län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har lett till olika samverkans forum för att säkerställa patientsäkerhet till vårdens övergångar. Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt länsgemensamt. Omställningen till nära vård, det vill säga arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande innebär också utökad och förbättrad samverkan mellan alla aktörer runt den enskilde. Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:27) ska information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten, om patienten lämnar samtycke. Varje månad skrivs en rapport med föregående månads utskrivningsklara dagar/antal kontakter, antal utskrivningsplaner samt antal SIP. Rapporten granskas och bedöms varje månad av MAS och enhetschef inom den kommunala primärvården för vidare information till den kliniska verksamheten.

År	Antal utskrivna senaste året	Antal återinlagda senaste året	Andel återinlagda senaste året
2025	383	62	16,2 %
2024	291	56	19,2 %

**Analys:** Den regionala överenskommelsen, som är 0,8 vård dygn, leder till snabbare utskrivning eftersom kraven på Kalmar läns kommuner är högre än vad kraven i Lagen om samverkan är (3 vård dygn). Torsås kommuns genomsnitt under 2025 var 0,14 vård dygn efter patienten blivit bedömd som utskrivningsklar. Analys av återinläggningar visar att återinläggningar till största delen beror på för kort vårdtid det vill säga patienten har inte varit färdigbehandlad inom slutenvården.

Antal återinlagda linkade akuta slutenvårdstillfällen per månad

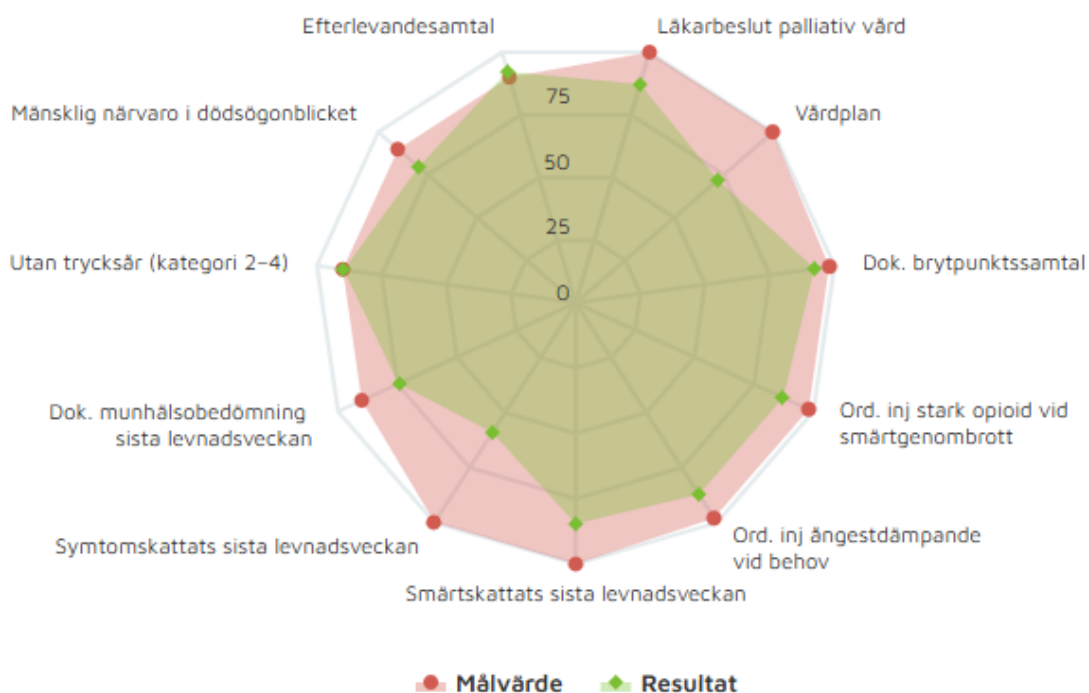


## Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Det sker en registrering vid varje dödsfall för patienter som är anslutna till den kommunala primärvården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet används sedan för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Täckningsgraden i Palliativregistret är fortsatt på 100 %. Syftet med att sträva efter en hög täckningsgrad är att fortsätta följa kvalitetsindikatorerna som ger en vägvisning över hur den Palliativa vården genomförs i kommunen. De indikatorer som vi valde ut inför 2025 var att vårdplan (68 %) och dokumentera brytpunktssamtal (90%) skulle öka, detta mål är uppnått. Målvärdet för smärtskattning under sista levnadsveckan är inte uppnått.

**Analys:** De två senaste åren har målsättningen varit att täckningsgraden ska vara 100 %. Detta mål är uppnått tack vare systematiskt uppföljningsarbete. Följande kvalitetsindikatorer har ökat under 2025: *vårdplan, dokumenterat brytpunktssamtal, smärtskattning under sista levnadsveckan, dokumenterad munhälsobedömning, utan trycksår samt efterlevandesamtal*, se spindeldiagram nedan.

Det finns ett antal indikatorer som har ett lägre värde 2025, detta behöver inte innebära att patienterna har fått en sämre vård, det handlar om samsyn vid registreringen av kvalitetsindikatorerna. För att få en rättvis bild av kvalitetsindikatorerna behövs en samstämmighet vid registreringen, det vill säga att alla gör lika. Indikatorn *Läkarbeslut palliativ vård*, är en av de som har minskat, det är ett mätvärde som indikerar andel med ett dokumenterat läkarbeslut att vården övergår till palliativ vård i livets slutskede. Övriga indikatorer som har minskat är ordination av läkemedel (se spindeldiagram). En annan indikator som minskat är symtomskattning sista levnadsveckan samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket.



## Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att stödja vårdprevention för att äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsfunktionen. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Under 2025 har arbetet på särskilt boende fortgått som förra året med samarbete mellan omsorgens medarbetare och sjuksköterska. Det genomförs riskbedömningar, orsaker identifieras och åtgärdsplan registreras. Andel riskbedömningar har ökat vilket har lett till att vi har blivit utsedda till Guldkommun, det vill säga att vi har en täckningsgrad som överstiger 90 %. Ledningsgruppen för kommunal primärvård hade för avsikt att planera en Senior Alert utbildning för undersköterskor på särskilt boende under hösten 2025 men detta har på grund av det ekonomiska läget ej kunnat genomföras. Kvalitetsregistret används inte i ordinärt boende men intentionen har varit att implementera det men i dagsläget finns ingen planering för detta. Satsningar genomförts att implementera Senior Alert på LSS men satsningen har varit bristfälligt så här långt.

**Analys:** Det behövs en kunskapshöjning på särskilt boende av kvalitetsregistret och en samsyn kring nyttan med Senior Alert. Arbetet med riskbedömningar har lett till att täckningsgraden har ökat vilket är positivt. Antalet unika personer som får en riskbedömning har ökat med 18 % jämfört med föregående år men problem kvarstår fortfarande med att inte orsakerna identifieras och åtgärderna blir kända för alla.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Torsås kommun	71	93% ↓ 100 av 107	80% ↓ 80 av 100	90% ↓ 90 av 100	75% ↓ 57 av 76	3 ↑ 3 personer	21 ↑ personer	2 ↓ 1 personer	32 ↑ personer
LSS enheter	2	100% ↑ 2 av 2	100% ↑ 2 av 2	50% ↑ 1 av 2	0% ↑ 0 av 0	0 ↑ 0 personer	0 ↑ personer	0 ↑ 0 personer	2 ↑ personer
Mariahemmet	56	93% ↑ 78 av 82	74% ↓ 58 av 78	88% ↓ 87 av 98	71% ↓ 37 av 52	2 ↑ 2 personer	16 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	21 ↑ personer
Sotgläntan	13	96% ↓ 22 av 23	100% ↑ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	83% ↑ 20 av 24	0 ↑ 0 personer	5 ↑ personer	2 ↑ 1 personer	9 ↑ personer

## BPSD

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. De kvalitetsindikatorer som vi följer är NPI poäng, läkemedel, teamarbete, smärtfrihet och syfte med åtgärder. Systematisk uppföljning genomförs två gånger/år; februari och september, tillsammans med BPSD utbildare och administratörer. Under 2025 genomfördes 73 registreringar i Torsås kommun, vilket är en ökning med 55 %.

**Analys:** BPSD har en fortsatt god kvalitet i det systematiska arbetssättet. Projektgruppen som består av MAS, enhetschef HSL samt två sjuksköterskor som arbetar med utbildning av BPSD administratörer har resultatuppföljning två gånger/år samt regelbundna avstämningar. En av enhetscheferna inom hemtjänst kommer från och med 2026 ingå i arbetsgruppen för att få med perspektivet från Socialtjänstlagen.

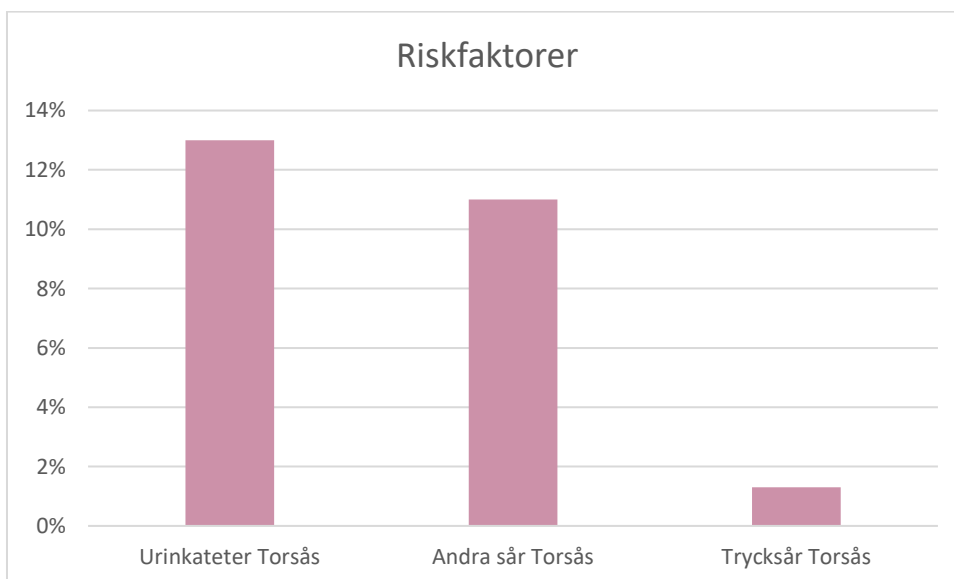
## HALT

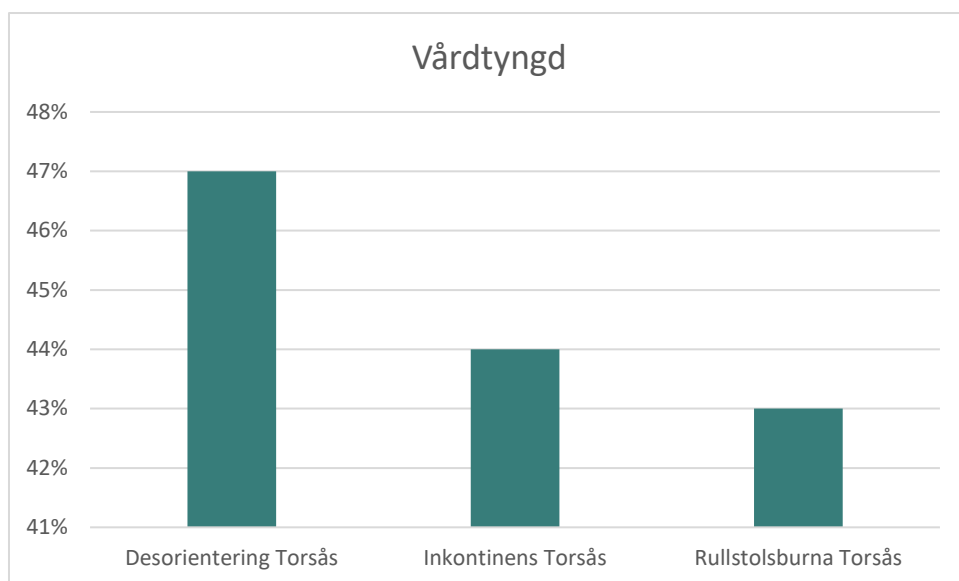
Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. HALT är ett verktyg för att samla data gällande förekomst av riskfaktorer samt vårdtyngd på särskilda boenden. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag. Vid årets mätning inkluderades sammanlagt 72 individer i Torsås kommun. Syftet är att utveckla patientsäkerhetsarbetet inom särskilda boende, höja medvetenheten, förebygga infektioner och identifiera förbättringsområden.

Riskfaktorer har stor betydelse för uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och användande av antibiotika. Om vårdtagaren dessutom har flera riskfaktorer samtidigt ökar risken avsevärt. De riskfaktorer som mäts under HALT är urinkateter, kärlkateter, trycksår, andra sår samt kirurgiskt ingrepp.

**Analys:** Årets mätning i Torsås kommun visar att urinkateter fortfarande är den vanligaste riskfaktorn. Nästa riskfaktor är ”andra sår”, i Torsås 11 %. Vid årets mätning registrerades endast ett trycksår. De övriga riskfaktorerna var ej aktuella i Torsås kommun.

Vårdtyngdens högsta siffra är desorientering 47 %, jämfört med de två senaste åren har detta värde minskat. Det är dock viktigt att komma ihåg att mätningen är ett trubbigt instrument och att slutsatserna bör hanteras varsamt. Vårdtyngden för inkontinens var 2023 64 % men därefter har det varit tämligen konstant på omkring 47 %. Vårdtyngden relaterat till rullstolsburna har ökat senaste åren, från 23 % och till årets värde, 43 %.





### Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att öka säkerheten och kvaliteten i läkemedelsbehandling till patienten.

Målet är en korrekt och aktuell läkemedelslista. Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat de två senaste åren och det har enligt KVÅ statistik genomförts 57 st.

### Kvalitetsgranskning läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling utförs enligt gällande föreskrift en gång per år.

Denna granskning görs av farmakikonsult från Apoteket AB. Efterföljande arbete sker kontinuerligt fram till sommaren och innehåller bland annat uppföljning av förbättringsförslag och åtgärder. På dessa uppföljningsmöten medverkar enhetschef, omsorgspersonal, sjuksköterska samt MAS. 2025 års läkemedelsgranskning genomfördes i mars, resultatet påvisade bland annat brister i följsamhet till korrekt kontroll mot läkemedelslistan, att utbyte enligt generisk substitution dokumenteras på signeringslistan i Appva, att datum alltid ska skrivas på läkemedel som får förkortad hållbarhet efter öppnande.

### Basala hygienrutiner

Att omsorgen och hälso- och sjukvårdens medarbetare tillämpar basala hygienrutiner är den mest grundläggande åtgärd för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Under årets hygienvecka genomfördes bland annat en självskattning av hygien. Resultatet påvisade god följsamhet gällande rena arbetskläder, arbeta i överdel med kort ärm, inga smycken eller nagellack. Självskattningen visade också en överanvändning av handskar vilket beror på en övertro på att händer med handskar är renare än händer som har tvättats med vatten, tvål och handsprit.

Under 2025 har varje kommun utsett en sjuksköterska som är kontaktperson för Vårdhygien i Region Kalmar län. Denna person är tänkt att fungera som en länk för utbildningar och information från Vårdhygien och som för ut kunskaper i sin organisation. Sedan tidigare erbjuder

Vårdhygien stöd med smittspårning, utredning och handlingsstöd vid utbrott av smittsamma sjukdomar och antibiotikaresistenta bakterier.

Under 2026 kommer Hygienronder att implementeras i Torsås kommun. Syftet med hygienronder är bland annat att säkerställa god hygienisk standard genom att bland annat identifiera brister, säkerställa följsamhet och kvalitetssäkring. För att hålla en god hygienstandard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att riskerna för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

**Analys:** Målet var att öka antalet självskattningar med 10 % men detta mål har inte uppnåtts. Antalet självskattningar var oförändrade jämfört med föregående år. Orsaksanalysen visar att åtgärden inte gav effekt eftersom självskattning inte prioriteras. Åtgärdsförslag diskuterades inför 2026 och vi kommer till nästa höst lämna ut självskattningsformulär i samband med APT i syfte att öka svarsfrekvensen och nå effektmålet på 10 %.

## Nattfastemätning

För personer med nedsatt aptit bör maten fördelas på flera måltider under dygnet, till exempel i tre huvudmål och två till tre mellanmål. Fördelning över dygnet bör anpassas individuellt, det bör finnas möjlighet till sena nattmål eller tidiga morgonmål beroende på patientens tillstånd och dygnsrytm. Nattfastan är antalet timmar mellan dygnets sista och nästa dygns första måltid. Om nattfastan blir för lång minskar möjligheten för personen att nå upp till sitt energi och näringsbehov. Enligt Livsmedelsverket bör nattfastan inte överstiga 11 timmar. Målet är att genomföra två mätningar av nattfastan årligen, detta mål har uppnåtts under 2025 på Mariahemmet, Solgläntan samt LSS boendet Bryggaren.

**Analys:** Under våren 2025 bildades en arbetsgrupp som träffades för att diskutera hur vi ska kunna nå målet under 11 timmar. Det framkom att många personer som bor på särskilt boende går till sängs tidigt, vilket påverkar möjligheterna till sent mellanmål. På vissa avdelningar saknas en naturlig samlingspunkt där de boende enkelt kan få en fika och mellanmål. Detta medför låg tillgängligheten till mellanmål för de boende och dessutom är bemanningen låg på kvällar och nätter, tiden för att erbjuda extra mål finns inte. Under senare delen av hösten 2026 har åtgärder sats in för att höja bemanningen på Mariahemmet delvis för att minska tiden för nattfastan. De två LSS boenden som ingick i mätningen når målet, vilket speglar att tid och möjlighet för personcentrerad vård finns.

Resultatet från den senaste mätningen som genomfördes oktober 2025.

Särskilt boende	Antal personer	Genomsnittlig nattfasta
Solgläntan	11	12 timmar 20 minuter
Mariahemmet	39	12 timmar
LSS	6	10 timmar 45 minuter

## Rikssår

Torsås kommun är ansluten till RiksSår, vilket är ett kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår. Genom att registrera i RiksSår effektiviseras omhändertagandet och vårdgivaren får data som kan utgöra en grund för kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete. 260101 fanns det 13 patienter med svårläkta sår i verksamheten. Medicinsk diagnos är en viktig kvalitetsindikator för

patientgruppen. I Torsås kommun hade 80 % av patienterna en fått en medicinsk sår diagnos, vilket kan jämföras med 75 % för kommuner i riket i stort.

Under 2025 genomförde Torsås kommun tillsammans med Torsås Hälsocentral två utbildningstillfällen där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från både kommun och region deltog. Utbildningen utgick från den gemensamma rutin som togs fram 2024, vilken följer det nationella Vårdförloppet Svårläkta sår. Syftet med utbildningen var att öka kunskapen och ytterligare stärka samarbetet mellan region och kommun för att tidigt identifiera patienter med svårläkt sår och erbjuda en adekvat behandling med målet kortare läkningstider och minskat lidande för patientgruppen.

### **Individuell inkontinensvård**

Under 2024 implementerades ett utvecklingsarbete kring inkontinensvård. Detta arbete har under 2025 utmynnat i ett arbetssätt som handlar om en individuell inkontinensvård genom en process där varje enskild individ får en individuell kontinensplan baserad på hans eller hennes unika möjligheter och behov. Det finns en standardiserad vårdplan för individuell inkontinensvård i LifeCare HSL för att stödja sjuksköterskan i detta arbete. Samverkan med Omsorgen är av stor vikt och av den anledningen har träffar med inkontinensombuden planerats två gånger/år.

### **Öka kunskap om inträffade vårdskador**

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

*Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts.*

*Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.*



### **Lex Sarah**

Under 2025 har det tillkommit en funktion i Torsås kommun, en socialt ansvarig samordnare som har huvudansvaret för utredning av lex Sarah. Vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kontaktas SAS för utredning. Rapportering och utredning av risk för missförhållande eller missförhållande sker i DF Respons. Efter utredning görs en bedömning tillsammans med verksamhetschef och förvaltningschef om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Internutredningen presenteras för socialnämnden, på socialförvaltningens ledningsgrupp samt på APT på berörda enheter för att alla berörda ska få kunskap om och vara delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kring patientsäkerhet.

Under 2025 har två händelser rapporterats enligt lex Sarah. En av dessa händelser bedömdes som allvarlig och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg. Lex Sarah kommer från och med 2026 att återrapporteras i kvalitetsberättelsen istället för i patientsäkerhetsberättelsen.

## Lex Maria

En utredning med efterföljande rapportering till IVO gjordes under 2025.

## 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

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

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

## Klagomål och synpunkter

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

Socialnämnden eftersträvar att det ska vara enkelt att lämna klagomål och synpunkter och att det ska kunna göras på flera olika sätt. Det går att lämna synpunkter via kommunens hemsida, mejl, e-tjänst och telefon. Klagomålet eller synpunkten kan lämnas anonymt. Muntliga klagomål och synpunkter ska dokumenteras av mottagaren samt diarieföras. 2025 har det inte inkommit klagomål eller synpunkter på den kommunala hälso- och sjukvården i Torsås kommun.

## Patientnämnden

Den enskilde eller anhöriga kan, förutom till kommunen, även vända sig till Patientnämnden i Region Kalmar län, med klagomål och synpunkter på vården. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans vars uppgift är att stödja och hjälpa patienter som har synpunkter på vården. 2025 har Torsås kommun inte varit inblandad i något ärende från patientnämnden.

## 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

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

Avvikelser i hälso- och sjukvården samt omsorgen kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet som inte leder till att patienter skadas, till händelser som medför en vårdskada. 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.

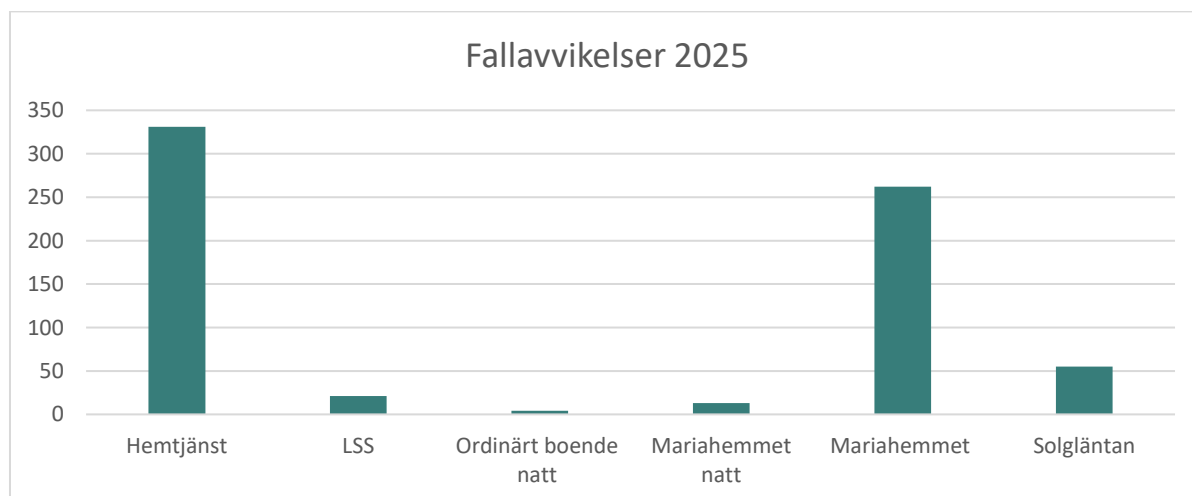
Avvikelser	Omfattning	Källa	När
Avvikelser internt	Halvårsvis samt regelbundet	DF Respons	Sammanställning halvårsvis till SN
Avvikelser internt	Kvartalsvis	DF Respons	Sammanställning kvartalsvis till OLG
Avvikelser externt	Regelbundet	Stella	Sammanställning i patientsäkerhetsberättelsen

### Interna avvikelser

För att höja kvalitet och patientsäkerhet kring hanteringen av avvikelser finns det, i kvalitetsledningssystemet för socialförvaltningen, riktlinje för hur avvikelser ska rapporteras, utredas och analyseras samt hur identifierade förbättringsförslag ska implementeras i verksamheten. Alla avvikelser sammanställs, analyseras och övergripande åtgärder diskuteras sedan redovisas på ledningens omsorgsgrupp, APT i verksamheten samt på AU och nämnd.

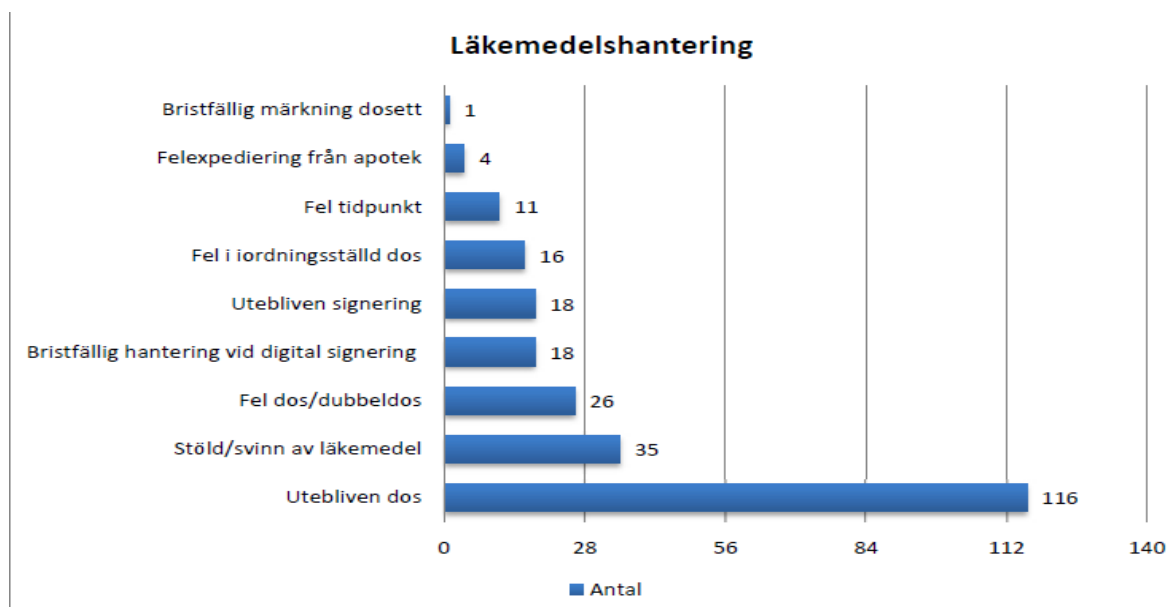
### Fallavvikelser.

Vid fall inom all verksamhet inom hälso- och sjukvården i kommunen ska det skrivas en fallavvikelse. Antal fallavvikelser 2025 var 686, jämfört med föregående år har antalet fall ökat med 15 %. Utredningen är inte slutförd för 46 av dessa avvikelser. Det förebyggande arbetet med Senior alert behöver utvecklas ytterligare och säkerställa att överenskomna åtgärder och handlingsplaner dokumenteras i genomförandeplan. Senior Alert är inte implementerat i ordinärt boende, inom hemtjänst har antalet fall ökat med 15 %. Arbeta proaktivt för att minska fall är av stor betydelse under kommande år.



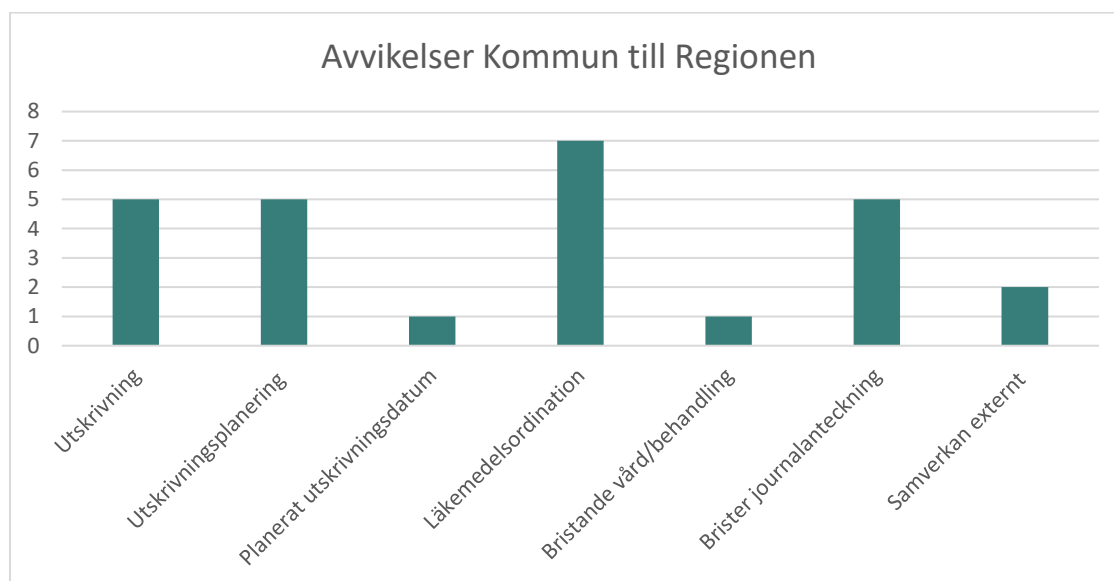
## Läkemedelsavvikelser

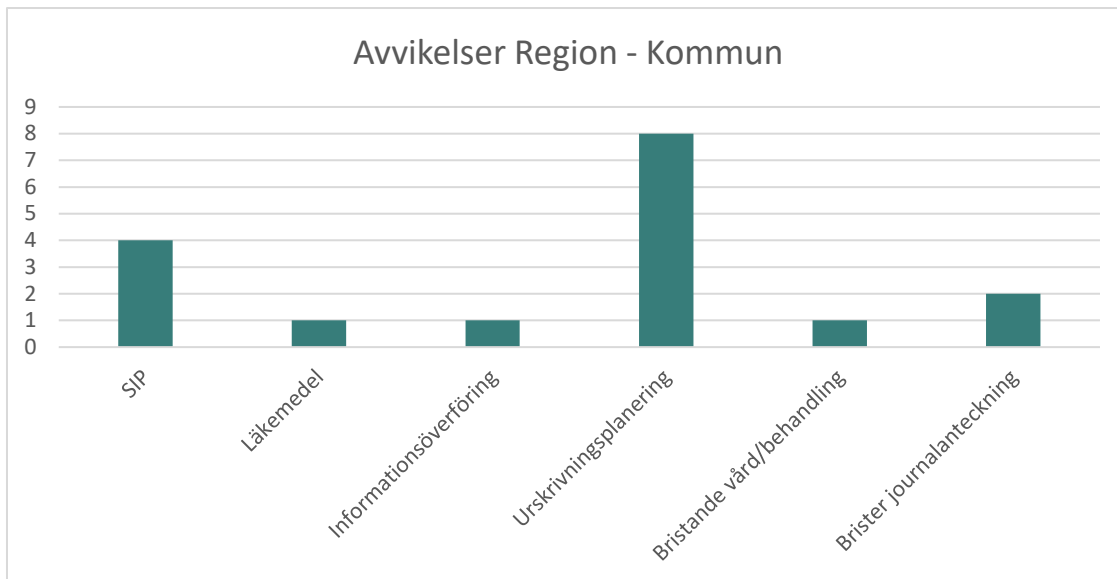
Under 2025 har 390 021 läkemedelsinsatser utförts i Socialförvaltningen en ökning med 37 %. 216 av dessa läkemedelsinsatser har rapporterats som en avvikelse, en minskning med 38 % jämfört med 2024. Utredningen är inte slutförd för 18 av dessa avvikelser. Årlig utbildning av omsorgspersonal genomförs samt uppföljning av avvikelser.



## Externa avvikelser

I systemet Stella rapporteras avvikelser som gäller vårdens övergångar mellan region och kommun. Antalet rapporterade avvikelser i Stella för Torsås kommun var totalt 42. Av dessa är 26 rapporterade av Torsås kommun och 17 av Region Kalmar län.





### KVÅ åtgärder

En KVÅ kod är en kod som används för statistisk beskrivning av vårdåtgärder inom hälso- och sjukvård. Syftet med KVÅ är att utgå från en gemensam terminologi och ett enhetligt sätt att beskriva vårdåtgärder som ges till en patient. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter de lämnar till Socialstyrelsen i dag med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Under 2025 har superanvändarna inom KPV tagit över rapporteringen av statistiken till Socialstyrelsen vilket gör att vi lättare kan följa statistiken över de vårdåtgärder vi utför inom den kommunala Primärvården.

### 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.



### Samverkan

En välfungerande samverkan, internt och externt, är en förutsättning för ett gott patientsäkerhetsarbete under förändrade och oväntade förhållanden. Socialförvaltningen har arbetat kontinuerligt med att stärka samverkan med Region Kalmar län och det finns flera olika forum som hanterar gemensamma kvalitet- och utvecklingsfrågor. I och med utvecklingen av Nära vård kommer samverkan att öka, inte minst vid hantering av komplexa ärenden. God teamsamverkan internt är en framgångsfaktor och fortsatt arbete för att stärka teamsamverkan pågår. Under året har omsorgen utvecklat det interna arbetssättet med teamsamverkan och börjat arbeta efter en ny modell med ”Håller plan”. Under 2025 har det genomförts ett pilotprojekt som kallas ”Omvårdnadsrund” på en avdelning på Mariahemmet i syfte att öka samverkan. Resultatet har gett gott resultat och kommer breddinföras under våren 2026.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2026

Utifrån genomförda egenkontroller, avvikelser och i samverkan med omsorgens enhetschefer har följande fokusområden med mål, planerade åtgärder och aktiviteter identifierats för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder och aktiviteter
Patientsäkerhet	Genomföra de insatser som framkommit i analysen: Utbildning i avvikelshantering. Tid avsatt på APT för tid och reflektion.	Genomföra insatser som framkommit efter analys av patientsäkerheten
Dokumentation	Öka antalet journaler som överensstämmer med krav från Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40).	Journalgranskning en gång/månad. Konsult från Tieto är inbokad heldag under våren 2026.
Säker läkemedelshantering	Läkemedelshantering ska överensstämma med krav från lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37).	Genomföra läkemedelsgranskning i mars 2026. Efterföljande uppföljning av åtgärder. Uppföljning avvikelser. Resultatuppföljning Appva. Undervisning i omsorgen.
BPSD	Öka antalet registrering på särskilt boende och inom ordinärt boende samt följa kvalitén.	Resultatuppföljning i februari och september.
Senior alert (särskilt boende)	Riskbedömningar ska genomföras varje halvår. Standardiserade vårdplaner ska skapas för varje individ som har lämnat samtycke till medverkan.	Resultatuppföljning i februari och september
Palliativ vård	Förbättra statistiken av kvalitetsindikatorer. Behålla täckningsgraden på Svenska Palliativregistret. Skapa en rutin och process för palliativ vård.	Säkerställa följsamhet kring registreringar i Svenska palliativregistret Kvartalsvis uppföljningar. Skriva en rutin samt process. Genomföra samverkansmöte.

	Öka samverkan med palliativa rådgivningsteamet i Kalmar län.	
Basala hygienrutiner	Genomföra hygienrond mars 2026 Öka antalet självskattningar med 10 % årligen.	Implementera hygienrond Genomföra hygienvecka hösten 2026
Metodrum	Återuppta utbildning i metodrum	Våren 2026: Vitala parametrar, SBAR, kateterspolning
Nattfastemätning	Minska nattfastan <11 timmar.	Genomföra nattfastemätning två gånger/år, mars och oktober.
Individuell inkontinensvård	Samtliga individer med inkontinens ska ha en vårdplan i LifeCare. Varje individ med inkontinens ska erhålla ett omvårdnadskort.	Fortsätta med träffar för ombud.