

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Bromölla kommun

År 2025



Datum: 2026-02-19

Ansvarig för innehållet: Nuray Iliev, MAS/Verksamhetsutvecklare

Diarienummer: 2026/60

Inledning

Gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

För första gången inom Stöd och omsorg upprättas år 2025 en gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. Syftet med en gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse är att ge möjlighet för en tydligare, samlad bild av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under året som gått – hur arbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen ska ligga till grund för planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år 2026. Enligt patientsäkerhetslagen (*PSL 2010:659*) 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. Enligt Socialtjänstlagen (*SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*) framgår att arbetet med att säkra verksamhetens kvalitet och systematisk utveckling ska dokumenteras i en kvalitetsberättelse. En sammanhållen patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse som omfattar både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom verksamheten Stöd och omsorg har därmed upprättats.

Patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten

Patientsäkerhetslagen (*PSL 2010:659*), definierar patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En allvarlig vårdskada innebär en vårdskada som inte är ringa eller som lätt till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse vilket ska vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som önskar ta del av. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (*SOSFS 2011:9*), beskriver god kvalitet som: att en verksamhet uppfyller de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter, vilket garanterar en rättssäker och individanpassad vård och omsorg.



Innehåll

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 2 |
| SAMMANFATTNING | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 5 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| Organisation och ansvar..... | 5 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 7 |
| Informationssäkerhet..... | 9 |
| En god säkerhetskultur..... | 10 |
| Adekvat kunskap och kompetens | 10 |
| Patienten/Medborgaren som medskapare..... | 12 |
| Patienters och brukare upplevelser av våra insatser | 12 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD..... | 14 |
| Sammanställning av uppföljningar inom kvalitet och patientsäkerhet 2025 | 14 |
| Analys av uppföljningar inom kvalitet och patientsäkerhet 2025 | 15 |
| Sammanställning av uppföljningar i kvalitetsregister 2025 | 20 |
| Analys av uppföljningar i kvalitetsregister 2025 | 21 |
| Sammanställning och uppföljning av kvalitets- och utvecklingsarbetet 2025..... | 24 |
| Analys av kvalitets- och utvecklingsarbetet 2025 | 24 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 26 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 27 |
| Välfärdsteknik i verksamheten..... | 27 |
| Säker vård här och nu..... | 28 |
| Riskhantering..... | 29 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 29 |
| Statistik av verksamhetens avvikelser..... | 29 |
| Klagomål och synpunkter | 32 |
| Patientnämnden..... | 32 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 33 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 34 |

SAMMANFATTNING



Under 2025 har Stöd och omsorg i Bromölla kommun arbetat med att skapa förutsättningar för en god och säker vård samt stöd och omsorg. Stöd och omsorg är en av kommunens stora verksamhetsgrenar med många enheter och mycket personal. I verksamheten ingår kommunens hälso- och sjukvård, vård och omsorg, individ- och familjeomsorg, socialpsykiatri samt omsorgsfunktionsnedsättning.

Under året har verksamheten arbetat aktivt med planeringen av nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025. Uppdateringen av socialtjänstlagen syftar till att skapa en mer tillgänglig, förebyggande och individanpassad socialtjänst. Även arbetet med att ställa om till Nära vård har utvecklats under året utifrån målbilden ”Möt personen där den är”. Att möta personen där den är, innebär att se till individens behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser, av vård och omsorg samt att främja personens delaktighet och medskapande. Förändringar i hälso- och sjukvårdsavtalet har påbörjats i syfte att tydliggöra och förbättra samverkan mellan region och kommunerna speciellt i arbetet med god och nära vård. Ett arbete med att upphandla ett nytt verksamhetssystem inom Stöd och omsorg har startat tillsammans med fem andra kommuner. Införandet beräknas ske 2028–2029. Satsningen är ett viktigt steg för att höja kvaliteten och skapa en mer sammanhållen och trygg vård och omsorg.

Ett förbättringsområde som startades under hösten är avvikelshanteringsprocessen för samtliga lagrum. Verksamheten arbetar med att hitta en struktur med tydlig roll och ansvarsfördelning för utredning av avvikelser så att hanteringen sker mer skyndsamt än idag. En utbildningsinsats vad gäller rapporteringsskyldighet, utredningsansvar samt Lex Sarah har genomförts för samtliga enhetschefer och utvalda stödfunktioner. Under 2026 kommer verksamheten utveckla förbättringsarbetet med systematisk kvalitetsuppföljning via analysdagar av avvikelser.

Stöd och omsorg har under 2025 startat upp arbete med att kartlägga vilka verktyg och förutsättningar verksamheterna behöver ha för att kunna bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Målet för verksamheten är att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas med samsyn, struktur och ett lärande organisation. Som ett led i att höja kompetensen och förståelse för det systematiska arbetet finns behov av att arbetet med ledningssystem kan fortsätta även under 2026.

Krisberedskap har varit ett fortsatt högaktuellt ämne bland annat utifrån krig och oro i omvärlden. Verksamheten har aktivt jobbat med frågor som rör den egna förmågan att tillgodose individernas grundläggande behov av vatten, värme, mat, kommunikation och medicin. Under året har ett arbete pågått med att verksamheterna skapat beredskaps- och kontinuitetsplaner.

|  Fokusområde 2026 |  Beskrivning |
|--|---|
| Förbättra avvikelshanteringen | Säkerställa att avvikelser rapporteras, analyseras och leder till konkreta förbättringsåtgärder. |
| Lärprocess & ny socialtjänstlag | Initiera lärande kring den nya lagen och utveckla en strukturerad implementeringsplan. |
| Utveckla kvalitets- och ledningssystemet | Förbättra funktionalitet och användarvänlighet för att stödja verksamhetens styrning och uppföljning. |
| Agera för säker vård (SKR) | Starta arbete med SKR:s verktyg för patientsäkerhet – skapa struktur för analys och åtgärder. |

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Verksamhetschef, funktionschefer och enhetschefer målsätter en god patientsäkerhet och kvalitet i verksamheten högt men det finns fortfarande behov av utveckling. Bland annat saknas en tydlig struktur och arbetssätt för övergripande systematiskt patientsäkerhetsarbete samt uppföljningsstöd till verksamhetens enhetschefer.

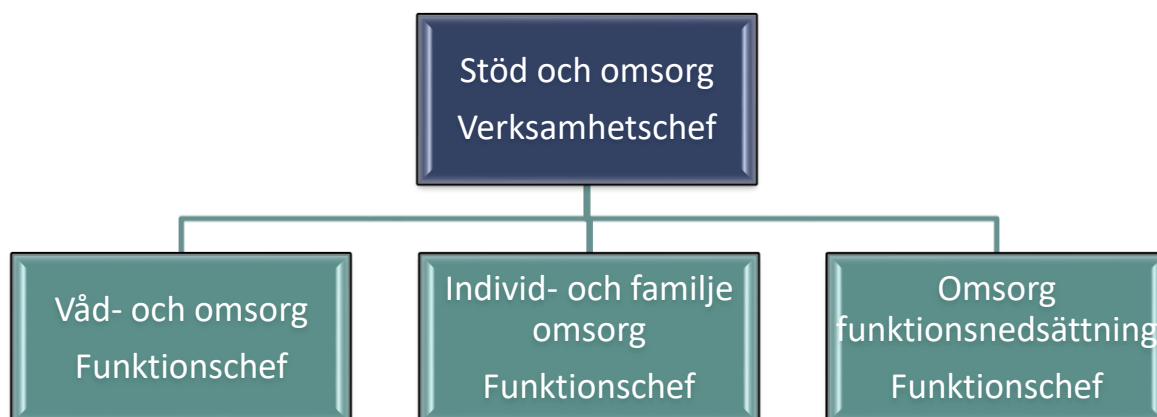


Övergripande mål och strategier

Lagar och föreskrifter styr verksamheterna inom Stöd och omsorgsarbete. Utöver dessa har kommunfullmäktige valt ut tre områden som ska prioriteras – Kompetens och arbete, Attraktiv och växande, Hållbart och innovativt. Stöd och omsorg har till uppdrag att bryta ner de politiska målen till prioriterade aktiviteter som verksamhetsområdena ansvarar för att arbeta med under året. Varje verksamhetsområde ska därefter bryta ner de prioriterade aktiviteterna och skapa en plan för att nå framgång avseende de prioriterade aktiviteterna och de övergripande målen.

Övergripande mål för Stöd och omsorgsverksamheten är att varje enskild individ ska känna sig trygg och säker i kontakt med den vård, stöd och omsorg som bedrivs i Bromölla kommuns regi. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg erbjuds och att verksamhetens kvalitet säkras. Kvalitetsarbetet ska ledas, planeras och följas upp med stöd av ledningssystemet och egenkontroller. Resultatet ska ligga till grund för nya förbättringsarbeten.

Organisation och ansvar



Kommunstyrelsen i Bromölla kommun

Kommunstyrelsen som ansvarig vårdgivare har det yttersta ansvaret för vården och omsorgen samt patientsäkerhetsarbetet. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet fastställs, följs upp och utvärderas kontinuerligt. Kommunstyrelsen i Bromölla kommun ansvarar för att verksamheten Stöd och omsorg är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas, samt ge förutsättningar för detta och för att det finns ett ledningssystem inom verksamheten. Ledningssystemet är styrande dokument som vårdgivaren har för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet.

Verksamhetschef enligt HSL

Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar för att:

- den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.
- vården är patientsäker och av god kvalitet.
- efterfölja de avsnitt i HSL och därpå följande förordningar och föreskrifter som anger verksamhetschefens ansvar enligt 29 § HSL.
- årligen kontrollera verksamhets övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har ett ansvar för att:

- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.
- patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för hälso- och sjukvård och rehabilitering.
- utreda inkomna rapporter om negativa händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Funktionschefer

Funktionschefer ansvarar för att:

- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet inom sitt verksamhetsområde.
- rutiner och riktlinjer som fastställts inom ledningssystemet för kvalitets och patientsäkerhet och som verksamheten är berörd av, följs och är väl kända.
- nya enhetschefer får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetssätt utifrån en hög patientsäkerhet.

Enhetschefer

Enhetschefer ansvarar för att:

- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet inom sin enhet.
- säkerställa att verksamhetens personal känner till och arbetar enligt processer och rutiner i ledningssystemet.
- patientsäkerhet, kvalitet och god vård och omsorg upprätthålls inom sitt eget verksamhetsområde.
- utreda inkomna synpunkter, klagomål, avvikelser och vårdskador i det egna verksamhetsområdet.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under eget yrkesansvar och ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utföras med god kvalitet och hög

patientsäkerhet och varje medarbetare har ett ansvar för att avvikelser och risker identifieras och rapporteras utifrån gällande rutiner i verksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara väl förtrogen med den lagstiftning som reglerar verksamheten samt med verksamhetens styrdokument och rutiner.

Vård och omsorgspersonal

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetssätt. Vård- och omsorgspersonal ska i detta syfte rapportera avvikelser och vårdskador samt fullgöra sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah (SOL/LSS) och Lex Maria (HSL).

Samtliga medarbetare inom Stöd och omsorg

Alla medarbetare ansvarar för att medverka till att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Samtliga ska arbeta enligt upprättade processer och rutiner samt återkoppla till enhetschef när dessa inte fungerar.

Stödfunktioner

Ansvarar för att stödja medarbetare och chefer och bidrar till strategiska beslut. Stödfunktioner ska bidra för att verksamheten fungerar effektivt med hög kvalitet och att den når sina mål.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Stöd och omsorg samverkar med flera olika vård- och omsorgs samt samhällsaktörer, från lokalt till nationellt, för att på så sätt uppnå goda förutsättningar för målgruppens hälsa och utveckling. Verksamheten ser samverkan som en framgångsfaktor och nödvändighet för att lösa komplexa problem och uppnå gemensamma verksamhetsmål. Genom att främja öppenhet och lärande i samverkan säkras verksamhetens kvalitet och skapas en säkrare vårdmiljö för både patienter och vårdpersonal.

Samverkan internt inom verksamheten

Regelbundna samverkansform har upprättats inom Stöd och omsorg i syfte att öka kvalitet och patientsäkerhet. Den interna samverkan sker dagligen mellan flera yrkesgrupper i syfte att tillgodose den enskilda individens behov. Utifrån utvärdering och dialoger framkommer att det finns behov av att förbättra den interna samverkan och teammötena. Det framkommer att alla yrkesprofessioner inte har möjlighet att närvara på teammötena på grund av tidspress eller bemanningsproblematik. Kvalitén och deltagande på teammötena ser olika ut i verksamheten vilket kan negativt påverka patientsäkerheten. När möten saknar tydlig struktur, gemensam närvaro eller systematik riskerar viktig information att missas, vilket kan leda till brister i planering, uppföljning och samordning kring den enskilda. Därför är det avgörande att den fastställda strukturen för teammöten följs konsekvent. Strukturen på teammötena kommer följas upp under 2026 genom att mäta följsamhet till struktur, närvaro och representation samt dokumentation och uppföljning.

Samverkansformer inom kommunal hälso- och sjukvård



|  Forum |  Syfte & Deltagare |
|--|---|
| Ledningsgrupp kommunal hälso- och sjukvård | Verksamhetschef vård och omsorg, enhetschefer och MAS har regelbundna möten för planering och utveckling av kommunal hälso- och sjukvård. |
| Ledningsteam på kommunens enheter | Intern samverkan mellan legitimerad personal och enhetschef för att säkerställa trygg och säker omvårdnad. |

| | |
|---|---|
| Teamträffar på kommunens enheter | Samverkan mellan legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal för att främja patientsäker omvårdnad. |
| ”Mina planer”-möten i kommunen | Dagliga möten mellan biståndshandläggare, legitimerad personal, samordnare och enhetschef för hemtjänsten. Planerar patienters hemgång från sjukhus. Sjuksköterska från Kry vårdcentral deltar två gånger per vecka. |
| Nytt samarbete för tryggare hemgång | Samverkan mellan biståndshandläggare och fysioterapeut. Samarbetar vid beslut om korttidsboende. Målet är att skapa lösningar i vardagen så att varje person kan leva i livet och inte i vården – med ökad livskvalitet och minskat behov av framtida insatser. Arbetsättet följer inriktningen för God och Nära vård och den kommande socialtjänstlagen, och fysioterapeuten ansvarar för uppföljning och utveckling av samarbetsformer för trygga övergångar mellan korttidsboende och ordinärt boende. |
| Förebyggande och sammanhållen vård- och omsorg | Enhetschefer inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, hemsjukvård, biståndshandläggare samt funktionschefer inom vård och omsorg och IFO har deltagit i arbetet. Målet är att ge brukaren en sammanhållen vård och omsorg, där alla delar tar gemensamt ansvar och ser helheten |

Samverkan externt utanför verksamheten

Utgångspunkten för den externa samverkan är hälso- och sjukvårdsavtalet vilket styr ansvarsfördelning och samverkansformer mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Målet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande samt obruten vårdkedja oavsett huvudman. Stöd och omsorg i Bromölla kommun ingår i samverkanstrukturen Nordöstra Skåne. I Skånes Nordöstra delregionen ingår Hässleholm och Kristianstad sjukhus samt regional och kommunal primärvård i kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge. Övergång från sjukhus till kommunal hälso- och sjukvård i hemmet ses som ett riskfyllt moment. Både kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst märker av att allt fler svårt sjuka patienter skrivs ut från slutenvård till hemmet. Patienter med avancerade medicinska behov och avancerade förskrivningar av hjälpmedel skrivs ut för snabbt och ibland med knapphändig planering och utbildning från regionens sida vilket påverkar patientsäkerheten negativt. Ett annat förbättringsområde är kommunens samverkan med vuxen- och barnpsykiatri. Olika initiativ för att förbättra samverkan har påbörjats under senaste åren men har ännu inte resulterat i något framgångsrikt arbetssätt.

Samverkansformer inom hälso- och sjukvård i Skåne

|  Samverkansform |  Beskrivning |
|--|---|
| Vårdsamverkan Skåne | Delregional samverkan mellan tjänstepersoner och förtroendevalda. Beslutar om uppdrag och projekt. |
| Lokal samverkan Bromölla | ASIH, psykiatri, Kry vårdcentral och kommunen samverkar kring HS-avtalet och Nära Vård. |
| Samverkan med vårdcentraler – läkarmedverkan | MAS, verksamhetschef vård och omsorg och enhetschefer träffas kring rutiner och vårdval i Region Skåne. |
| Kunskapsstyrning | Nationell modell för kunskapsbaserad vård. Bromölla kommun representeras av olika professioner. |
| Mobilt vårdteam vårdcentral | Samverkan med primärvård för vård i hemmet för de mest sjuka patienterna. |
| Mobilt vårdteam närsjukvård | Samverkan med regionen för trygg och tillgänglig hemsjukvård. |

| | |
|--|--|
| Läkarbil Skåne | Läkare stödjer sjuksköterskor under jourtid och kan initiera behandling i hemmet. |
| Samverkan ambulans | Samarbete mellan ambulans, räddningstjänst, vårdcentraler, sjukhus och kommun för trygg vård. |
| Samverkan ASIH | Regionens ASIH och kommuner samarbetar för jämlik palliativ vård. |
| Samverkan MAS/MAR nordost | Regelbundna möten för erfarenhetsutbyte och patientsäkerhetsplanering. |
| Skåneövergripande MAS/MAR nätverk | Samordnar kommunal vård kring patientsäkerhet, läkemedel, digitalisering och kompetensförsörjning. |
| Samverkan Vårdhygien/Smittskydd Skåne | Regelbundna träffar om riktlinjer för vårdhygien och smittskydd. |
| Samverkan vårdens övergångar (SSVÖ) | Samverkan kring SVU och SIP. Utvecklar och underhåller rutiner och stöddokument. |
| Samordnad individuell vårdplan (SIP) | Plan upprättas med patienten för samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. |
| Skånegemensam samverkansgrupp läkemedel | Samordnar trygg och effektiv läkemedelshantering. MAS och läkemedelschef samarbetar. |
| Skånegemensam medicinsk samverkan | Samarbete mellan läkare och MAS för medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. |
| Nödvändig tandvård | Avgiftsfri munhälsobedömning för patienter inom kommunal hälso- och sjukvård. |
| Samverkan Hjälpmedelscentralen (HÖS) | 11 kommuner samarbetar kring hjälpmedelshantering, inköp, service, utbildning och IT-stöd. |
| Samverkan avseende nytt verksamhetssystem, en gemensam satsning | Bromölla kommun tillsammans med fem andra kommuner startat arbetet med att upphandla ett nytt verksamhetssystem. Syftet är att skapa ett modernt och framtidssäkert system som stödjer digitalisering, säkerhet och nya lagkrav. Förstudien med behovs- och processkartläggning pågår och ligger till grund för kommande upphandling. Införandet beräknas ske 2028–2029. |

Informationssäkerhet

Det aktuella omvärldsläget och en förändrad hotbild har ökat riskmedvetenheten även inom verksamhetens informationssäkerhet. Systematiska förbättringar inom informationssäkerheten har stor betydelse för verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40 ska vårdgivaren genom ledningssystemet säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och endast användbara för den som är behörig. Vårdgivare ska även göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Genom loggkontroller följer verksamheten systematisk hur, när och vem som har tagit del av informationen. Enligt beslut från verksamhetschef Stöd och omsorg ska systematisk loggkontroll utföras för att granska att den enskildes integritet säkerställs och resultatet rapporteras in i ett granskningsprotokoll. Enligt rutin ska den systematiska stickprovskontrollen ske en gång i månaden och omfatta tio procent av medarbetarna vid varje tillfälle, samt på förekommen anledning. Vid uppföljning framkommer att under 2025 har inga loggkontroller utförts i verksamhetssystemet. Anledningen är organisatoriska och tekniska bekymmer med

att ta fram verksamhetslistor. Detta medför patientsäkerhetsrisker och risker för intrång i den enskildes integritet. Därmed konstateras att vårdgivaren inte kan säkerställa att känslig patientinformation skyddas på ett säkert sätt och att dokumenterade personuppgifter är åtkomliga och endast användbara för den som är behörig. Förutom loggkontroller i det egna verksamhetssystemet utförs loggkontroller i nationella patientöversikten (NPÖ) där legitimerad personal har läsbehörighet från andra vårdgivare. Loggkontroller i NPÖ har utförts enligt rutin månadsvis. Under 2025 har 4 misstänkta överträdelser rapporterats in inom hälso- och sjukvård. Vid vidare utredning och samtal med medarbetare har det funnits förklarliga skäl till aktuell logg och därmed har det inte funnits någon misstanke om obehörig åtkomst till dokumenterad information. Meddelande som innehåller patientuppgifter skickas via säker e-post (Sefos).

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

En hög patientsäkerhet och kvalitetsmedvetenhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i verksamheten. En öppen kommunikation gällande avvikelser och patientsäkerhet ses som en förutsättning för en god säkerhetskultur inom Stöd och omsorgsverksamhet i Bromölla kommun. Funktionschefer och enhetschefer arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vård och omsorg samt främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Det finns en variation mellan olika verksamheter gällande graden av god säkerhetskultur. Från medarbetarnas sida framkommer behov av att skapa mer tid för lärande och reflektion. Idag upplevs egenkontroll, riskanalyser och hantering av avvikelser som något som tar tid från verksamheten i stället för att vara en grund för att uppnå utveckling och kvalitet. Bedömningen är att det saknas en övergripande struktur och en röd tråd för kvalitetsarbetet. Ett sätt att öka patientsäkerheten och säkerhetskulturen i verksamheten är att påbörja den lokala handlingsplanen från SKR ”Agera för säker vård”. Analysen och handlingsplanen kan hjälpa verksamheten för att utveckla patientsäkerheten och göra det som integrerat och naturlig del i det dagliga arbetet. Arbetet med att påbörja verktyget planeras till hösten 2026.

Under 2024/2025 har ett arbete med att förenkla, förtydliga och kvalitetssäkra tillgången till rutiner, riktlinjer och processer i verksamhetens kvalitets- och ledningssystem (QPR) påbörjats men har ännu inte resulterat i något framgångsrikt arbetssätt. Uppföljning visar att rutiner och arbetssätt är svårhittade i ledningssystemet och att följsamheten till beslutade rutiner är bristfällig. Ett nytt arbete för att kvalitetssäkra informationen i ledningssystemet och för att göra det enklare för medarbetarna att komma åt rutiner och arbetssätt planeras under våren 2026.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Varje verksamhetsområde ansvarar för att för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. Men den snabba kunskapsutvecklingen, såsom den nya Socialtjänstlagen samt omställningen till Nära vård, ställer nya krav på bemanning och kompetens. Svårt sjuka patienter med stora medicinska och omvårdnadsbehov vårdas i större utsträckning i hemmet vilket leder till ökat behov av den medicinska kompetensen. Adekvat kunskap och kompetens behöver finnas med i alla led från omvårdnadspersonal och legitimerade till chefer, ledare och beslutsfattare. Behovet av en hållbar kompetensförsörjningen inom vård och omsorg är av stor vikt för välfärden i Sverige idag och framöver. Verksamheten Stöd och omsorg under året har satsat på att utvecklas som en



lärande organisation och erbjuder möjligheten till kompetensutveckling för redan anställda så att de har möjlighet att växa och utvecklas i sina yrkesroller. Bromölla kommun har samverkan med vård och omsorgcollege för att tillsammans skapa hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning i vård och omsorg. Under året 2025 utbildades ytterligare 12 handledare och totalt finns nu 45 handledare i kommunen. Ökningen har höjt kvaliteten i verksamheterna genom stärkt kompetens och enhetliga arbetssätt, vilket ger trygghet, minskar fel och ökar engagemanget. För att öka förståelsen för vård- och omsorgsycket och väcka intresse för framtida utbildning har Stöd och omsorg utbildat två vård- och omsorgsambassadörer. Det utbildades även två språkombud vilket gör att det för närvarande finns 16 certifierade språkombud inom omsorg funktionsnedsättning och vård och omsorg. Inom verksamheten har även en rutin tagits fram där arbetet med att vara en språkutvecklande verksamhet beskrivs. För att främja kompetensutveckling och höja kvalitén i alla verksamhetsområden använder sig Stöd och omsorg idag av kommunutbildningar. Portalen erbjuder ett brett utbud av kurser för både verksamhets- och personlig utveckling. Idag baseras kunskaphämtning i stor utsträckning på webbaserade utbildningar som professionerna genomför självständigt utan efterföljande uppföljning. Vid uppföljning framkommer att flera utbildningar behöver innehålla möjlighet att reflektera med andra efter webbaserad utbildning och kunna öva praktiskt. Det framkommer även att medarbetarna upplever vissa utbildningar för avancerade och för långa. Uppföljning återkopplas till leverantör som arbetar med att anpassa utbildningspaketen med nivåskillnaden.

Under året har även en utbildningssköterska anställts som ansvarar för att planera och genomföra utbildningar baserade på identifierade behov inom verksamheten. Utbildningarna riktar sig främst till personal inom vård och omsorg samt inom omsorg funktionsnedsättning. Utbildningarna omfattar både grundläggande utbildning och utbildning som stärker specifik kompetens.

Verksamheten arbetar med att ta fram en kompetensförsörjningsplan i förebyggande syfte relaterad till kompetensförsörjnings utmaningar i och med en åldrade befolkning och färre i arbetsför ålder. Planen utvecklas i tre olika steg: Mentii – medarbetarundersökning, HR dialogmaterial ” *Ett litet snack om en stor sak*” och SKR:s arbetsmodell ” *Använd kompetensen rätt*”.

Verksamhetsområdet omsorg funktionsnedsättning har under 2025 gått med i Sveriges kommuner och regioners (SKR) satsning på kompetenshöjning, Yrkesresan. Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap och består av flera kurser som riktar sig till både chefer och omsorgsmedarbetare. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Äldreomsorgen förväntas och planeras att gå in i Yrkesresan november 2026.

Under året startades även ett projekt i ett samarbete med Ung omsorg där syftet är att skapa generationsöverskridande möten för äldre på vård och omsorgsboende och ge ungdomar en möjlighet till en ingång på arbetsmarknaden och samtidigt öka intresset för vård och omsorgsyrkerna. Ung Omsorg har genomfört uppskattade aktiviteter på Brogården och Lagunen, vilket har ökat social samvaro och livskvalitet för äldre, samtidigt som ungdomarna upplevt arbetet som meningsfullt och några fick även sommarjobb inom äldreomsorgen. Projektet har stärkt intresset för vård- och omsorgsyriken genom insatser i skolor, vilket lett till fler ansökningar till utbildningar. Projektet ger stora vinster inför framtidens kompetensförsörjning och beslut finns att under 2026 permanent implementera och dessutom utöka samarbetet med Ung omsorg till samtliga vård och omsorgsboenden i Bromölla kommun.

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem som drabbar de flesta av oss någon gång i livet. Bromölla kommun har därför börjat satsa på utbildningsprogrammet Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA). Under 2025 har två nya MHFA-instruktörer utbildats, vilket innebär att Bromölla nu har totalt fyra instruktörer. Utbildningen är en viktig del i det breda arbetet med suicidprevention och deltagarna har kommit från olika yrkesgrupper såsom räddningstjänst, skolpersonal, måltidservice och sjuksköterskor.

Verksamheten arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete genom att involvera medarbetarna i förändringsprocessen.

Patienten/Medborgaren som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Patienterna har stor inverkan på den egna vården, omsorgen och rehabiliteringen. Insatserna som erbjuds anpassas utifrån individens behov och förutsättningar där även anhörigperspektivet är närvarande. Närstående erbjuds, efter inhämtat samtycke, delaktighet i samband med vård, stöd och omsorg. En åtgärd för att öka patienternas medverkan på individnivå är samordnad individuell vårdplan (SIP). Med hjälp av SIP planeras vården utifrån patientens behov. Det är en process som bidrar till ökat inflytande och delaktighet för den enskilde. Patienter erbjuds årligen en medicinsk vårdplanering som inkluderar läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska där närstående/anhöriga inbjuds att delta efter patientens samtycke.



Under året har Träffpunkten utvecklats till en öppen verksamhet utan behovsprövning, i enlighet med nya socialtjänstlagen. Detta har höjt tillgängligheten för invånarna och ökat invånarnas delaktighet. Fokus har legat på att skapa tidiga kontakter, stärka delaktighet och erbjuda meningsfull sysselsättning i en trygg miljö. Förändringen bidrar till ökad kvalitet och ligger i linje med socialtjänstens mål om tidigt stöd.

Café Smulan är en ny satsning som drivs i nära samarbete mellan vård och omsorg, omsorgsfunktionsnedsättning och måltidsservice på Drejarens mötesplats i Bromölla kommun. Genom detta samarbete har skapats en mötesplats som förenar människor och skapar värdefulla möten mellan seniorer och deltagare från daglig verksamhet. Deltagarna bidrar aktivt genom att baka kakor och andra godsaker som sedan säljs i caféet, vilket ger en meningsfull sysselsättning och skapar stolthet.

Utbytet har berikat båda grupper – seniorerna uppskattar den energi och kreativitet som deltagarna bidrar med, medan deltagarna får möjlighet att känna delaktighet och meningsfullhet i en social miljö. Den trevliga stämningen och den varma atmosfären har gjort Café Smulan till en uppskattad plats för gemenskap, där olika kompetenser och erfarenheter möts och skapar något positivt och hållbart för framtiden.

För att kunna involvera invånarna och göra de mer delaktiga i varje beslut infördes personligt ombud i Bromölla kommun under 2025. Ombudet fungerar som stöd i kontakten med myndigheter och vården samt hjälper vid ekonomiska problem, hemlöshet och olika typer av ansökningar. Alla möten sker under sekretess, inga journaler förs och tjänsten är kostnadsfri. Denna kompetens har länge saknats i kommunen och innebär en stor vinst. Det personliga ombudet samverkar, möter och slussar vidare invånare som behöver stöd. För kommunen är det också en kompletterande resurs att lotsa till. Dessutom har ombudet i uppdrag att identifiera systembrister som är viktiga för kvalitetssäkring och rättssäkerhet.

Under 2025 togs det ett omtag med bearbetning av struktur och information på våra webbsidor. Ett ständigt pågående arbete där informationen på webben ska följa intentionerna i den nya lagstiftningen av att socialtjänsten ska vara lätt tillgänglig. Verksamheten håller även på med att bygga upp E-tjänster som ska underlätta för medborgaren att komma i kontakt med socialtjänsten.

Patienters och brukare upplevelser av våra insatser

Hur patienter och brukare upplever våra insatser är viktig kvalitetsindikator för verksamheten Stöd och omsorg. Upplevelsen av insatser mäts i olika undersökningar och enkät.

Äldreomsorg - Vård och omsorgsboende (VoBo) och Hemtjänst.

Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”

Resultatet för 2025 visar högre svarsfrekvens jämfört med året innan. Årets resultat pekar på ökad delaktighet och inflytande över vardagen, ett steg mot mer personcentrerad omsorg. Bemötandet är en tydlig framgångsfaktor och måltidsmiljö samt socialt utbud har förbättrats, vilket ökar gemenskap och trivsel. Förbättrade områden under 2025 i VoBo är bland annat:

- Stärkt dialogen genom anhörigträffar
- Utökad vardagsrehabilitering
- Förbättrat samverkan mellan avdelningar
- Höjt måltidstrivsel och breddat aktivitetsutbudet

Hemtjänst enkät visar däremot en liten nedgång gällande trygghet i hemmet. Även förtroendet för personalen minskat något, vilket kan vara ett viktigt fokusområde framåt.

Omsorg funktionsnedsättning

Brukarundersökning socialtjänst utförarverksamhet funktionshinderområdet.

Brukarundersökningen 2025 besvarades av 96 personer (74,2 %) och resultaten pekar på flera återkommande utvecklingsområden inom omsorgen.

Kommunikation framstår som det mest centrala förbättringsområdet. Brukare uttrycker svårigheter att förstå personalens budskap och att skilja mellan behov och önskemål. Detta påverkar även förståelsen av genomförandeplaner, där flera uppger att de endast delvis eller inte alls förstår sin plan.

När det gäller trygghet visar resultaten fortsatt låga nivåer, särskilt kopplat till relationen mellan brukare och personal. Trygghetsupplevelsen har under flera år legat på en nivå som placerar verksamheten nationellt lågt, vilket indikerar ett strukturellt och långvarigt problem.

Inom området delaktighet, meningsfullhet och trivsel är sambanden tydliga. Trots pågående insatser finns en svagt nedåtgående trend i upplevelsen av trivsel och meningsfull sysselsättning. Den nya frågan om samtal kring möjligheten till lönearbete visar låga resultat, vilket väcker frågor om risk för inlåsnings effekt och behovet av att stärka arbetet med framtidsmöjligheter och självbestämmande.

Positiva resultat återfinns inom områden som berör psykosocialt stöd och relationer, där brukare rapporterar god upplevelse trots personalförändringar. Detta tyder på att det finns arbetssätt som kan lyftas och spridas inom organisationen.

Sammanfattningsvis visar resultaten på behov av förstärkt kommunikation, förbättrade strategier för att skapa trygghet samt stärkta strukturer för delaktighet och meningsfullhet.

Individ- och familjeomsorg

Brukarundersökning IFO.

2025 års brukarundersökning gick ut till 103 personer och 14 svarade vilket ger en svarsfrekvens på 13,59%. Undersökningarna inom individ och familjeomsorg är indelade i tre enkäter. En som riktar sig till Placerade barn och unga och två som öppna insatser inom social- och barn och ungdomsvård. Den senare är i sin tur delad i två, en riktad till ungdomar 13–20 och en till omsorgspersoner till unga 0–18 år.

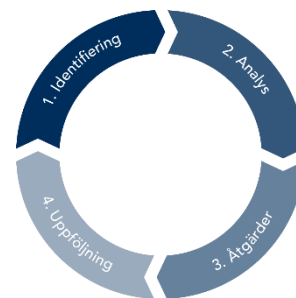
Även om svarsfrekvensen är låg, vilket innebär att enskilda positiva eller negativa svar kan få stor statistisk påverkan, visar analysen av enkäten riktad till familjehemmen att det finns ungdomar som upplever att de inte får det stöd i familjehemmet som de önskar. Det finns även ungdomar som inte vet vart de kan vända sig om något inte fungerar bra i familjehemmet.

En trend i svaren är att vissa ungdomar väljer att inte besvara frågor som rör stöd i praktiska frågor, exempelvis om de får stöd i kontakten med skola eller myndigheter.

Enkäterna riktade mot öppna insatser inom social barn- och ungdomsvård har för få svarande för att kunna dra några generella slutsatser. Verksamheten har fått medskick att de behöver se över hur de kan få fler svarande och därmed få statistiskt hållbara resultat att arbeta med.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete anges att vårdgivaren ska bedriva egenkontroll samt ha ett system för kvalitetssäkring och uppföljning. Egenkontroll skall utföras systematiskt för att följa upp och kontrollera verksamhetens resultat så att den bedrivs enligt fastställda processer och riktlinjer. Verksamheten Stöd och Omsorg bedriver olika typer av kontroller beroende på verksamhetens innehåll. Hur ofta de kontrollerna genomförs baseras på de identifierade risker inom verksamhetsområdet.



Sammanställning av uppföljningar inom kvalitet och patientsäkerhet 2025

| Område | Syfte/Mål | Genomförande och resultat 2025 | Bedömning | Planerade förbättringsåtgärder 2026 |
|---|--|--|--|--|
| Journalgranskning HSL | Säkerställa kvalitet och rättssäker dokumentation | Journalgranskning har genomförts i begränsad omfattning och inte enligt fastställd rutin | Målet bedöms inte vara uppfyllt på övergripande nivå | Utbildning i markörbaserad journalgranskning samt regelbunden granskning enligt rutin under ledning av MAS |
| Loggkontroller – verksamhetssystem | Säkerställa patientens integritet | Systematiska loggkontroller har inte genomförts i beslutad omfattning | Målet är inte uppfyllt | Rutin och arbetsätt för loggkontroller ses över. Verksamheterna ansvarar för genomförande och uppföljning |
| Loggkontroller – NPÖ | Förhindra obehörig åtkomst till personuppgifter | Loggkontroller har genomförts månadsvis enligt gällande rutin | Målet är väl uppfyllt | Fortsatt information och dialog kring vikten av samtycke vid informationsinhämtning |
| Egenkontroll – Checklista kvalitet och patientsäkerhet | Systematisk uppföljning av patientsäkerhetsarbetet | Samtliga verksamheter har genomfört egenkontroll enligt fastställd rutin | Målet är väl uppfyllt | Digitalisering av checklistan under 2026 samt fortsatt utveckling av QPR som ledningssystem |
| Medicintekniska produkter | Säker och korrekt användning av medicintekniska hjälpmedel | Inga tillbud har rapporterats till Läkemedelsverket | Målet är uppfyllt | Utveckling av riskanalyser och bedömningar för att möjliggöra rekonditionering och förlängd livslängd |

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------|--|
| Basala hygienrutiner (BHK) och HALT | Förebygga vårdrelaterade infektioner | PPM-mätningar och HALT-uppföljning har inte genomförts under året | Målet är inte uppfyllt | Observationer av basala hygienrutiner planeras vår och höst 2026 samt genomförande av HALT enligt rekommendation |
| Senior Alert – måltidsmätning | Förebygga undernäring | Måltidsmätningar har genomförts vår och höst på samtliga aktuella enheter | Målet är väl uppfyllt | Fortsatt genomförande på alla vård- och omsorgsboenden inklusive korttidsenhet |
| Extern läkemedels granskning | Säker läkemedelshantering | Endast delar av verksamheten har omfattats av extern granskning | Målet är delvis uppfyllt | Fortsatt införande av digitala läkemedelskåp samt ny extern granskning enligt avtal 2026 |
| Närförråd – läkemedel | Säker hantering av läkemedel i närförråd | Närförråd har granskats enligt gällande rutin | Målet är uppfyllt | Fortsatt kvalitetssäkring genom MAS och ansvarig sjuksköterska |

Analys av uppföljningar inom kvalitet och patientsäkerhet 2025

Journalgranskning HSL

Journalgranskning är ett led i kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. En dokumentationsgrupp bestående av MAS, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut träffas fyra gånger per år för journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal. I år har journalgranskning utförts enbart vid ett tillfälle under våren. Under journalgranskningen har fokus varit på vårdplaner och frastexter. Journalgranskningen visar på fortsatt behov av en ökad samsyn och kunskap gällande dokumentation i journal, både gällande vårdplaner och frastexter. Anledningen till att det inte har utförts flera granskningar under året är att dokumentationsgruppen har fått prioritera arbetet med införandet av ny HSL modul i verksamhetssystemet Treserva. Behovet av att jobba med förberedande processer och implementering av hälsoärende har visat sig vara större än förväntad. Den nya modulen inneburit ett helt nytt sätt att dokumentera på som följer Nationell informationsstruktur utifrån Socialstyrelsens rekommendationer. Initialt har detta medfört stora utmaningar, dels på grund av otillräcklig kunskap i strukturerad information med processer och otillräckliga utbildningssatsningar, dels bristfällig samverkan med leverantören. Mall för journalgranskning har reviderats och anpassats till nya modulen Hälsoärenden.

Nuvarande dokumentationssystem upplevs ge dåligt stöd för att leda användaren rätt och många legitimerade har svårt att förstå vad som ska dokumenteras, var och hur. Förutom att det upplevs svårt att dokumentera är det samtidigt svårt att inhämta information från journalen, vilket är en patientsäkerhetsrisk. Nuvarande HSL journal är även otillräckligt utifrån hälso- och sjukvårdsprocessen, vilket leder till andra system behöver kopplas in och användas. Dokumentationen och hanteringen av journalsystem i kombination med alla andra verksamhetssystem, upplevs tidskrävande och blir ett stressmoment i det dagliga arbetet. Gällande omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation och inhämtning av adekvat information utifrån HSL journalen konstateras stora brister. Hälso- och

sjukvårdsdokumentation och socialtjänsts dokumentation hanteras i separata verksamhetssystem vilket leder till ett stort problem. Det leder till fragmenterad information, svårigheter för personalen att få en helhetsbild, risker för patientsäkerheten och ökad tidsåtgång för vård och omsorg. Ovan beskrivna svårigheter kan vara en bidragande orsak till att bristerna i dokumentation kvarstår i verksamheten. För att säkerställa att patienten får en adekvat vård behöver verksamheten fortsätta med regelbunden journalgranskning och diskussion kring dokumentationen i patientjournalerna. Ett nytt arbetssätt med att utföra journalgranskning kommer att testas under hösten 2026. Det nya arbetssättet innebär att journalgranskning ska genomföras i två olika delar. Den ena delen kommer granska dokumentation i syfte att säkerställa att dokumentationen sker i den omfattning som lagen beskriver. Den andra delen är markörbaserad journalgranskning som syftar till att systematiskt identifiera och mäta förekomsten av vårdskador genom att söka efter specifika "markörer" i slumpmässigt utvalda patientjournaler. Under våren 2026 ska MAS genomföra utbildning i systematisk identifiering av vårdskador som är en utbildning inom ramen för patientsäkerhetsarbetet och erbjuds av Socialstyrelsen. Resultatet av journalgranskning av dokumentation och markörbaserad journalgranskning ska i första hand användas som underlag för egenkontroll och systematiskt förbättringsarbete vid den egna verksamheten och över tid bidra till en bild av patientsäkerheten och utvecklingen av kvalitén i verksamheten. Uppföljning av nytt arbetssätt sker i slutet av nästkommande år.

Loggkontroller verksamhetssystem

För att verksamheten ska säkerställa att inte medarbetarna missbrukar åtkomst till den enskildes personuppgifter ska loggkontroller genomföras regelbundet i verksamhetssystem Treserva, Alfa, Sensio, och SITHS. Loggkontroller i verksamhetssystemet ska enligt rutin utföras tre gånger per år gällande användare och en gång per månad gällande händelselogg. Loggkontroller gällande användare syftar till att säkra att användarkonton som inte längre ska vara aktiva i verksamhetssystemet stängs ner/ avaktiveras. Loggkontroller gällande händelselogg utförs för att granska att tillgång till journaluppgifter används enligt gällande författning och regelverk. Sensio och SITHS loggkontroller utförs en gång per kvartal. Under 2025 har systematiskt loggkontroll i verksamhetssystemet inte utförts i den utsträckningen i beslutad omfattning. Anledningen är organisatoriska och tekniska bekymmer med att ta fram verksamhetslistor. Detta medför patientsäkerhetsrisker och risker för intrång i den enskildes integritet. Därmed konstateras att vårdgivaren inte kan säkerställa att känslig patientinformation skyddas på ett säkert sätt och att dokumenterade personuppgifter är åtkomliga och endast användbara för den som är behörig. Loggkontrollerna i verksamhetssystemet har inte genomförts i enlighet med den beslutad omfattningen, vilket behöver åtgärdas för att säkerställa den enskildes integritet. Rutin och arbetssätt för uttag av loggkontroller behöver ses över då det vid uttag av loggkontroller enligt nuvarande rutin inte är möjligt att identifiera var personalen har sin grundanställning, vilket gör det svårt att avgöra vilken chef som ska ansvara för att granska loggkontrollen. Systemförvaltare för verksamhetssystem ska under början av 2026 se över rutin för utförande av loggkontroll, samt arbetssätt kring loggkontroller ute i verksamheterna. För att kvalitetssäkra den egna verksamheten behöver verksamheten själv utföra och granska loggkontroller. Ansvarig funktionschef ansvarar för att kontinuerligt följa upp att loggkontroller i det egna verksamhetsområdet utförs, dokumenteras samt att eventuella överträdelser utreds. Systemförvaltare ansvarar för att se över och färdigställa arbetet med ett nytt sätt för utförandet av loggkontroll i verksamhetssystemen och klargöra detta till och med februari 2026.

Loggkontroller nationell patientöversikt (NPÖ)

Nationell patientöversikt (NPÖ) ger legitimerad personal läsbehörighet från andra vårdgivare och loggkontroller utförs en gång per månad för att säkerställa tillvägagångssättet för uttag som

hämtas/tas fram från Ineras Säkerhetstjänst. Det som granskas är om det finns samtycke och aktuell vårdrelation registrerad i patientens journal. Loggkontroller i NPÖ har utförts enligt rutin månadsvis. Under 2025 har 4 misstänkta överträdelser rapporterats in inom hälso- och sjukvård. Vid vidare utredning och samtal med medarbetare har det funnits förklarliga skäl till aktuell logg och det inte funnits någon misstanke om obehörig åtkomst till dokumenterad information. Loggkontroll NPÖ ska även i fortsättningen kontrolleras av enhetschef HSL som pratar med berörd legitimerad personal vid överträdelse. Legitimerad personal ska följa upp de samtycken som patienten gett och som dokumenterats i verksamhetsjournalen. Nya medarbetare ska få information i samband med introduktion om att man inte får ta del av personuppgifter som inte behövs för att kunna utföra sitt uppdrag.

Egenkontroll/ checklista för kvalitet och patientsäkerhet

Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genomförs som en del i den kommungemensamma internkontroll som utförs årligen. Checklistan är en form av egenkontroll som respektive enhet fyller i och analyser utförs på ledningsnivå för att kvalitetssäkra verksamheten. Checklistan genomförs och analyseras i samverkan i teamet två gånger per år på enheten, därefter analyseras resultaten och åtgärdsplan tas fram på verksamhetsnivå samt i övergripande nivå inom Stöd och omsorg. Under 2024/2025 har översyn av verksamhetens egenkontroll samt nytt arbetssätt att dokumentera egenkontroller via kvalitets- och ledningssystem (QPR) påbörjats. Under året har verksamheterna utfört checklistan enligt rutin. Det som fortfarande framkommer är att upplägget i kvalitets- och ledningssystemet behöver bli mer strukturerat och användarvänligt för att användandet av QPR ska öka. Verksamheterna utför checklistan i samverkans forum för att på så vis kunna uppmärksamma områden inom verksamheten som behöver förbättras. För att kunna fånga upp olika förbättringsområden som finns på enhetsnivå inom en verksamhet så sammanställer ansvarig funktionschef resultat och analys för sin verksamhet för att i nästa steg göra en gemensam analys inom alla verksamheterna i Stöd och omsorg. Detta för att gemensamma kvalitetssatsningar ska kunna utföras över olika verksamhetsområden och verksamheterna ska kunna få bättre förutsättningar till att utföra kvalitetshöjningar i sina enskilda enheter och verksamheter. En grundläggande förutsättning för att arbeta med kvalitets- och patientsäkerheten är ett fortsatt arbete med egenkontroll. Under 2026 ska QPR fortsätta att utvecklas för att bli ett tydligt och användarvänligt kvalitets och ledningssystem som i en lärandeprocess utvecklar verksamheten. Kvalitetsgrupp har under året arbetat med att digitalisera och föra in egenkontroller i kvalitets och ledningssystem, arbetet kommer att fortsätta även under 2026. Ledningsgrupp inom Stöd och omsorg har fortsatt arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Medicinsktekniska produkter

Vårdgivaren ansvarar för att de medicintekniska produkter som köps in är säkra och funktionsdugliga. Det görs genom att produkterna kontrolleras genom exempelvis besiktning och kalibrering. Det ska göras på det sätt och med det intervall som leverantören föreskriver. Medicinsktekniska produkter i Bromölla kommun köps in via Hjälpmedelscentralen i Östra Skåne (HÖS) som är en gemensam hjälpmedelsförsörjning mellan 11 samverkande kommuner. HÖS äger bara nyinköpta hjälpmedel tills de köps av en kommun. Varje kommun äger sina individmärkta hjälpmedel tills de köps av någon annan kommun. Varje individmärkt hjälpmedel är spårbart i verksamhetssystemet. Det finns nya EU: förordningar kring medicinska regelverk (MDR) som ställer högre krav på spårbarhet och säkerhet, vilket påverkar hur länge hjälpmedel får användas. Verksamheten har inte haft något tillbud med medicinskteknisk produkt som lämnats in till Läkemedelsverket. Verksamheten har inte idag ett effektivt och fungerande sätt för att få en överblick över genomförda och planerade besiktningar av medicinsktekniska produkter. Idag saknas specifika egenkontroller och systematiska uppföljningar inom

område rehabilitering och hjälpmedel. Ett mål under 2026 är att skapa tydlig struktur och systematik gällande uppföljning inom området. Verksamheten behöver jobba vidare med riskanalyser och bedömningar kring hur hjälpmedels livslängd kan förlängas genom rekonditionering och underhåll. När tillverkarens livslängd nås behöver en bedömning göras. Vissa produkter måste bytas ut, medan andra kan få sin livslängd förlängd efter renovering. Hjälpmedelscentralen i Östra Skåne och samtliga 11 kommuner som förskriver hjälpmedlet ansvarar för att följa regelverket och ha rutiner för hantering av livslängd.

Basala hygienrutiner (BHK) och HALT

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) samt förebyggande av vårdrelaterade infektioner (HALT) är viktigt i ett förebyggande och kvalitetsarbete. Den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) upphörde inför 2024 men Bromölla kommun har ansett att dessa är värdefulla och tagit beslut om att fortsätta i egen regi. Kommunen har i år inte utfört PPM mätningen och inte deltagit i HALT mätningen. Detta beror på resursbrist då både PPM mätning och HALT kräver tid och engagemang från sjuksköterskor och hygienombud. Kommunens sjuksköterska med särskilt ansvar för BHK och HALT avslutat sin tjänst och det har inte utsetts någon ny. Det har saknats hygienombud ute på områdena. Även ny medicinsk ansvarig sjuksköterska har anställts som inte har haft tillräckligt god kontroll över detta. Med anledningen av detta har arbetet med BHK och HALT fallerat. Inom verksamheter där observationsstudier inte utförs ska enligt rutinegenkontroll gällande basal vårdhygien genomföras. Det som är positivt är att vård och omsorg har genomfört vårdhygienisk egenkontroll på varje enhet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Analysen visar att det finns förbättringsområden gällande basal vårdhygien och följsamhet till basala hygienrutiner. Observation av basala hygienrutiner kommer utföras 2 ggr under 2026, under vår/höst. Även HALT mätning ska utföras enligt rekommendation under hösten. Målet är att HALT-registrering ska ske på alla kommunens vård och omsorgsboende. Dessa är viktiga för att identifiera riskfaktorer och därmed utveckla patientsäkerheten inom vård och omsorgsboende. Information kring basala hygienrutiner ska informeras ut via mejl, veckobrev, arbetsplatsträffar och utbildning. All ny omvårdnadspersonal ska gå en webbutbildning i basal vårdhygien enligt checklista nyanställd personal. All anställd personal ska årligen genomföra webbutbildning för basal vårdhygien. MAS ska följa upp sammanställning av observationsmätningar samt HALT mätning.

Måltidsmätning

Måltidsmätningarna genomförs två gånger per år för att följa upp fasteperiodens längd och därigenom kvaliteten i nutritionsarbetet inom vård- och omsorgsboenden samt korttidsenhet. Metoden bygger på enkätundersökningar som utförs av kostombud i samråd med dietist, som därefter sammanställer resultaten och rapporterar till MAS. Enligt Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer bör nattfastan inte överstiga 11 timmar. Längre fasteperioder ökar risken för att patienterna inte får i sig tillräckligt med energi och näring, vilket kan leda till undernäring. Fasteperioden avser den längsta tiden mellan två måltider under dygnet.

Resultat av måltidsmätningar 2025

| Indikator | Våren 2025 | Hösten 2025 |
|---|-------------------|--------------------|
| Antal genomförda måltidsmätningar | 126 | 119 |
| Andel brukare som bröt nattfastan på egen hand | 24 % | 29 % |
| Andel brukare som deltog i mätningen | 76 % | 71 % |

| | | |
|--|------|------|
| Andel som erbjöds något att äta men tackade nej* | 33 % | 31 % |
| Andel med nattfasta under 11 timmar* | 29 % | 32 % |
| Andel som erbjöds sex eller fler måltider per dygn* | 71 % | 80 % |

* Avser andel av de brukare som deltog i mätningen.

Ett återkommande mönster är att vissa patienter tackar nej till erbjuden måltid, vilket kan bidra till längre fasteperioder trots att rutinerna följs.

Samlad bedömning - Måltidsmätningarna visar att en majoritet av brukarna erbjuds tillräckligt antal måltider, men att andelen med nattfasta under 11 timmar fortfarande är för låg. Resultaten pekar på behovet av fortsatt fokus på individanpassade insatser, särskilt för patienter som tackar nej till måltider.

Fortsatt arbete 2026

- Måltidsmätningar ska fortsätta genomföras två gånger per år.
- Resultaten ska fortsatt sammanställas av dietist och följas upp av MAS.
- Arbetet ska vara proaktivt med målet att minska fasteperioderna och stärka nutritionskvaliteten för alla patienter.

Extern läkemedelsgranskning

Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen utförs en gång per år. I granskningen deltar apotekare, MAS, OAS, omvårdnadspersonal samt enhetschef på enheten. Under 2025 har en del av kommunens enheter granskats inom vård och omsorg samt omsorgsfunktionsnedsättning men inte alla. Granskningen visar att läkemedelsskåpen används enbart till läkemedelshantering, vilket är jättespositivt. Det framkom att det fanns vissa brister gällande följsamhet till läkemedelsrutin, till exempel brister i att brytdatum saknas på förpackningar av vissa läkemedel. Extern läkemedelsgranskning kommer planeras enligt avtal även under 2026. Målet för i år är att granska samtliga enheter.

Närförråd läkemedelsgranskning

Det finns lokala närförråd med läkemedel på vård och omsorgsboende Lagunen, Brogården och Öllerbacka. Utsedd sjuksköterska är ansvarig för skötsel av närförråd enligt riktlinjerna för ordination utifrån generella direktiv till hemsjukvården. Det finns även viss mängd läkemedel från basläkemedelsförrådet i närförrådet. Kommunens närförråd kvalitetssäkras för att säkerställa att läkemedelsrutinen följs i de delar som rör närförrådet. Kvalitetssäkringen av närförrådet genomförs en gång per år av MAS tillsammans med ansvarig sjuksköterska för närförrådet. Kvalitetssäkringen som genomfördes under våren år 2025 visade att skötsel av närförråd sker enligt rutin.

Sammanställning av uppföljningar i kvalitetsregister 2025

| Område | Mål | Resultat | Analys av resultat | Åtgärd | Uppföljning av åtgärd | Omfattning | Källa |
|---------------------------|--|--|---|---|--------------------------------|--|--------------------|
| Senior Alert | Stödja vårdprevention | Täckningsgrad 84 % | Målet är delvis uppfyllt | Fortsatt registrering i Senior Alert samt kontinuerliga utbildningar för Senior Alert-ombud | Via Senior Alert-ombud | Enligt fastställd rutin | Senior Alert |
| Trycksår | Minska förekomst av trycksår | Utförd den 20 november | Målet är uppfyllt | Fortsatt deltagande i PPM-mätning trycksår | Via MAS | 1 gång per år | PPM-mätning |
| Palliativregistret | Säkerställa god vård i livets slutskede | Totalt 42 dödsfallsenkäter registrerad | Uppföljning sker via kvalitetsindikatorer | Fortsatt redovisning och analys av resultat i kvalitetsindikatorer | Via Palliativ ombud | Löpande | Palliativregistret |
| BPSD | Minska beteendemässiga och psykiska symtom genom samverkan | Totalt 133 registreringar genomförda | Målet är uppfyllt | Utbildningar för administratörer | Via två certifierade utbildare | Samtliga patienter där teamet bedömer behov av BPSD | BPSD-registret |
| RiksSår | Förbättra sårbehandling vid svårläkta sår | Registrering sker i kvalitetsregistret | Målet är uppfyllt | Fortsatt registrering i RiksSår samt analys av statistik från kvalitetsregistret | Via MAS | Patienter med sår som inte läkt eller förväntas läka inom 4–6 veckor | RiksSår |

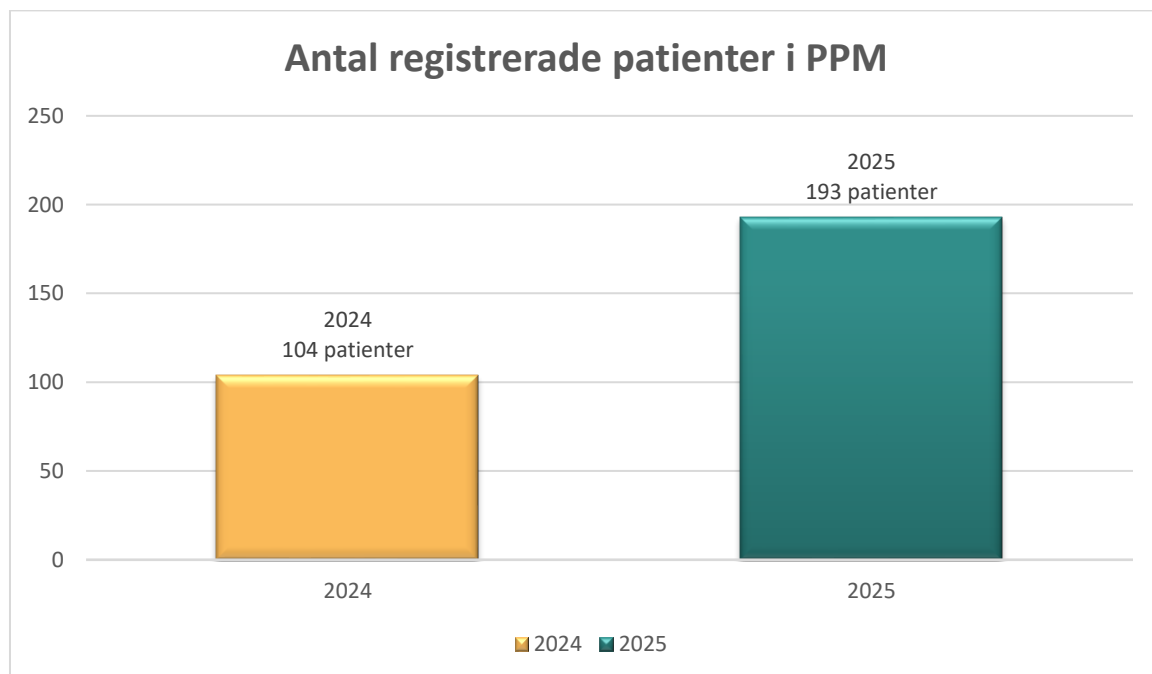
Analys av uppföljningar i kvalitetsregister 2025

Senior alert

Nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, vilket ses som en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Med hjälp av Senior alert riskbedöms personer för att inte drabbas och minska risken för trycksår, undernäring, fall, ohälsa i munnen och bläsdysfunktion. Bromölla kommun har för andra året i rad utsetts till Silverkommun i Senior alert. Tack vare medarbetare som jobbar aktivt på ett strukturerad arbetssätt med riskbedömningar och uppföljningar har kommunen nått en täckningsgrad på 84 procent för personer på särskilda boenden. Målet för 2026 är att komma upp till en täckningsgrad i 90% eller högre samt att bakomliggande orsaker och åtgärder sätts in till 75% eller mer. För att kunna uppnå målet ska åtgärder med att genomföra kontinuerliga utbildningar vidtas samt fortsätta arbetet med den uppbyggda strukturen på teamträffar.

Sammanställning av trycksår

Punktprevalensmätningen (PPM) avseende trycksår sker en gång om året. Syftet är att kartlägga risk för och förekomst av trycksår hos patienter och resultatet ska användas för förbättringsarbete beträffande riskbedömning, åtgärder och dokumentation. PPM-mätningen genomfördes den 20 november 2025. I 2025 års mätning observerades totalt 84 303 personer, varav 83 745 personer inom kommunal verksamhet och 558 personer inom regional verksamhet. För dessa 84 303 personer hade 27,1 % risk för trycksår. Mätningen visade att 4836 personer hade totalt 6249 trycksår. I Bromölla kommun observerades och registrerades totalt 193 personer, varav 43 hade risk för trycksår och 22 hade ett pågående trycksår. Av de pågående trycksåren var flesta i trycksårs kategori 3-4 vilket är positivt då kategori 1-2 är indikation för allvarlig vårdskada. Resultatet visar att antalet registreringar har ökat från 104 för 2024 upp till 193 för 2025.



Genom ett kontinuerligt och målmedvetet förebyggande arbete är målsättningen att skapa förutsättningar för att så få patienter som möjligt drabbas av trycksår i onödan. Statistiken från Senior Alert visar att verksamheten uppfyller målen för teambaserad utredning av orsaker, planering och genomförande av

åtgärder vid konstaterad risk, vilket innebär att arbetet med förebyggande trycksårsprofylax ger effekt. Verksamheten ska fortsätta att arbeta preventivt genom fortsatt deltagande i PPM trycksår för att kunna analysera och använda resultaten till fortsatta förbättringsarbeten gällande trycksår.

Palliativ register

Ett nationellt kvalitetsregister som används för att förbättra vården i livets slutskede oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Sjuksköterska registrerar hur patientens vård i livets slutskede varit. I Bromölla registrerades 42 dödsfallsenkäter under 2025.

| Kvalitetsindikator | Mål (%) | Bromölla 2024 | Bromölla 2025 | Skåne 2025 | Riket 2025 |
|--|---------|---------------|---------------|------------|------------|
| Dokumenterat brytpunktssamtal | 98 | ● 74,5 | ● 69,0 | ● 83,0 | ● 82,2 |
| Ordinerad injektion mot rosslig andning vid behov | 98 | ● 100,0 | ● 100,0 | ● 93,9 | ● 94,1 |
| Ordinerad injektion mot illamående vid behov | 98 | ● 98,1 | ● 97,6 | ● 91,7 | ● 91,7 |
| Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott | 98 | ● 100,0 | ● 100,0 | ● 95,6 | ● 95,9 |
| Ordinerad injektion mot oro/ångest vid behov | 98 | ● 98,0 | ● 100,0 | ● 95,2 | ● 95,5 |
| Smärtskattning sista levnadsveckan | 100 | ● 90,2 | ● 85,7 | ● 77,8 | ● 71,3 |
| Vårdplan i livets slutskede | 100 | ● 96,1 | ● 88,1 | ● 74,5 | ● 74,0 |
| Efterlevnadssamtal | 98 | ● 88,5 | ● 95,2 | ● 76,3 | ● 77,6 |
| Dokumenterad munhälsobedömning | 90 | ● 78,4 | ● 73,8 | ● 70,6 | ● 64,2 |
| Närvarande i samma rum i dödsögonblicket | 90 | ● 94,1 | ● 92,8 | ● 85,4 | ● 83,7 |

- ● **Grön** = Målvärde uppnått eller överträffat
- ● **Gul** = Nära målvärde (ca 85–97 %)
- ● **Röd** = Tydligt under målvärde (< 85 %)

Statistiken visar att 4 av 10 kvalitetsindikatorer når målvärdet. Två av indikatorerna har förbättrats jämfört med förra året medan fem indikatorer har försämrats. De kvalitetsindikatorer som visar på försämrade siffror är: brytpunktssamtal, ordinerad injektion vid illamående, smärtskattning, vårdplan samt munhälsobedömning. Bromölla kommun har bättre resultat än Skåne och i riket i 9 av 10 kvalitetsindikatorer. Fortsatt arbete med kompetensutveckling kring palliativ vård för legitimerad personal och omvårdnadspersonal planeras in under 2026. Kompetensutveckling ger förutsättningar inom verksamheterna att ge god omvårdnad vid livets slut. En utbildningsinsats riktad mot legitimerad personal är inplanerat under februari 2026. Sjuksköterskor med palliativ vård som ansvarsområde ska under året utbilda personal inom ordinärt boende samt vård och omsorgsboende i palliativ omvårdnad. För att säkerställa hög kvalitet på vården i livets slut fortsätter verksamheterna att arbeta med den nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP).

BPSD

Identifiering BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) vid demenssjukdom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Totalt har 133 registreringar gjorts under 2025. Jämfört med året innan är det 22 mindre registreringar. Under 2026 fortsätts med att regelbundet hålla utbildning för administratörer samt ha administratörsträff årligen för att ge samsyn och ökad kunskap i arbetssättet med BPSD-registret.

RiksSår

RiksSår är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår, det vill säga ett sår som inte läkt eller förväntas läka inom 4-6 veckor. Såret kan vara ett bensår, ett trycksår, fotsår hos patient med diabetes eller sår på annan kroppsdel. Genom att registrera i RiksSår effektiviseras omhändertagandet av patientens sår och verksamhetens hantering visas med statistik. Verksamheterna har arbetat förebyggande med sårvård och använt sig utav RiksSår. Genom en förtydligande rutin ska arbetet med detta ytterligare stärkas upp. Under 2026 utvecklas registreringar med RiksSår och analys av statistik från kvalitetsregistret. Alla sjuksköterskor ska genomföra RiksSårs digitala sårutbildning, som är en basutbildning för personal som träffar och behandlar patienter med svårläkta sår. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska gå utbildning RiksSårs registerutbildning för att kunna registrera i RiksSår.

Sammanställning och uppföljning av kvalitets- och utvecklingsarbetet 2025

| Område | Mål | Resultat | Analys av resultat | Åtgärd | Uppföljning av åtgärd | Omfattning | Källa |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| Analys av avvikelser | Systematisk uppföljning | År 2025 har inga övergripande analyser utförts | Mål inte uppfyllt | Ta fram rutin och arbetssätt för systematisk uppföljning av analyser på enhets- och verksamhetsnivå | Via MAS och funktionschefer | Varje tertial (3 ggr/år) | Internt underlag |
| Medarbetar kompetens | Kvalitets uppföljning | År 2025 har utbildningar utförts enligt årshjul | Mål uppfyllt | Utbildningssatsningar ska fortsatt genomföras inom verksamhetens identifierade områden | Via funktionschefer och MAS | Varje månad | Årshjul |
| Sammanställning HSL-åtgärder | Kvalitetssäkra vården och omsorgen | År 2025 har analyser till viss del utförts men inga åtgärdsplaner | Mål delvis uppfyllt | Utveckla mer statistiska analyser | Via funktionschefer och MAS | Var tredje månad | Egen kontroll |

Analys av kvalitets- och utvecklingsarbetet 2025

Analys av avvikelser

Analys av avvikelser är en systematisk process för att identifiera, utreda, åtgärda och följa upp, tillbud och risker för att lära av det som hänt, förhindra att det upprepas, och förbättra kvaliteten i verksamheten. Ett förbättringsområde som identifierades under året i kommunens kvalitetsutvecklingsarbete är att erfarenheterna av analyserade avvikelser bör användas i ett förebyggande syfte och att man bör utveckla ett systematiskt riskanalysarbete i verksamheterna. Inför 2026 är en ny rutin och arbetssätt framtagen kring systematisk kvalitetsuppföljning av samtliga avvikelser i Stöd och omsorg verksamheten som är även beslutad av vård och omsorgs utskottet. Sammanställningarna och analyserna ska bistå verksamheten att

uppmärksamma styrkor och förbättringar inom verksamheten, se vad som behöver åtgärdas, planera åtgärder och följa upp tidigare åtgärder. Arbetet syftar även till att skapa och sprida kunskap om det systematiska kvalitetsarbetet och vilka styrkor samt utmaningar varje verksamhet har.

Medarbetarkompetens

En övergripande insyn i vilka utbildningsbehov som förekommer i verksamheterna samt vilka utbildningssatsningar som genomförs är en grundförutsättning för att verksamheterna ska kunna hjälpa och stödja varandra i kompetensutvecklingen. Ett gemensamt utbildningsårshjul i kvalitets- och ledningssystem samt i kommunutbildningars lärportal har tagits fram för att genom dessa ge personal och verksamhet en tydlig inblick i vilka utbildningar som behövs är planerade och som ska genomföras under året. Via gemensamma utbildningsårshjul säkerställs förutsättningar för en kontinuerlig kompetensutveckling. Det finns även anställd utbildningssköterska i syfte att kompetenshöja omvårdnadspersonalen. Utbildningssatsningar inom verksamhetens identifierade områden kommer att ske på olika vis baserat på områdets karaktär och verksamhetens behov. Utbildningssjuksköterska ansvarar för att planera och genomföra utbildningar baserade på identifierade behov inom verksamheten. Utbildningarna omfattar både grundläggande utbildning och utbildning som stärker specifik kompetens. Arbetet med att utveckla den digitala lärportalen via kommunutbildningar behöver utvecklas under 2026.

Sammanställning HSL åtgärd

Stöd och omsorg har infört digital signering i alla verksamheter. För verksamheterna innebär det att alla HSL- åtgärder från legitimerad personal till omvårdnadspersonal läggs in i Alfa eCare Welfare Signering och all omvårdnadspersonal ska signera utförda HSL- åtgärder digitalt. HSL-åtgärder som kräver att det utförs av legitimerad personal fördelas inte. Statistik från Alfa eCare Welfare Signering visar att verksamheterna totalt har 663 185 HSL åtgärder från 250101–251231. Detta är ökning med 39 938 antal insatser sedan året innan. En tydlig märkning av insatser och det ökande behovet av hälso- och sjukvård i hemmet. Möjligheten att kunna få statistik över antalet fördelade HSL- åtgärder samt hur utförandet av dem sker underlättar för verksamheterna att kvalitetssäkra vården. Statistiken visar att det är ett stort antal HSL- åtgärder som fördelas ut till verksamheterna och att det är en stor andel som utförs enligt den tidsram som legitimerad personal angivit. Verksamheten ska fortsatt under 2026 utföra regelbundna statistikanalyser för att kvalitetssäkra att HSL-åtgärder utförs inom angiven tidsram samt kunna se förändringar och vid behov ändra arbetssätt i hanteringen av HSL- åtgärder.

Kvalitetsbladet – för helhet, delaktighet och utveckling

Under året har Stöd och omsorg infört *Kvalitetsbladet*, ett återkommande informationsblad som sprids till medarbetare, ledning, politiken och stödfunktioner. Syftet är att ge en tydlig helhetsbild av det kvalitets- och utvecklingsarbete som pågår och planeras, skapa transparens och öka delaktigheten. Innehållet har bland annat handlat om nya arbetssätt, utvecklad samverkan, införande av digitala lösningar, kompetensutveckling och förebyggande insatser. Kvalitetsbladet ska bidra till ett bredare perspektiv och visa hur olika delar av verksamheten hänger ihop så att verksamheten kan stärka känslan av att alla medarbetare tillsammans driver utvecklingen framåt.

Nya socialtjänstlagen och implementering

Nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025 syftar till att göra socialtjänsten mer förebyggande, lättillgänglig och kunskapsbaserad. Omställningen har inneburit att hela verksamheten har behövt anpassa sina arbetssätt, ett arbete som påbörjades redan innan den nya lagen trädde i kraft. Stöd och omsorg har valt att erbjuda insatser utan behovsprövning inom vård och omsorg, socialpsykiatri samt individ- och familjeomsorg. Varje insats har tydliga kriterier som måste uppfyllas för att den enskilde ska kunna få stöd

direkt. Om kriterierna inte uppfylls kan man fortfarande ansöka på vanligt sätt och få sina behov prövade. Denna flexibilitet gör det enklare för invånare att få rätt hjälp i rätt tid. Utifrån nya socialtjänstlagen erbjuder verksamheten sedan den 1 juli ett antal insatser utan behovsprövning, så kallade IUB. Möjligheten att kunna få ta del av insats utan behovsprövning innebär för den enskilde att man kan få tillgång till insatsen snabbare, då det inte behöver föregås av en utredning. Det är för tidigt att dra några slutsatser kring hur den enskilde upplever skillnad utifrån förebyggande och tillgänglighet men verksamheten ser en ökning av insatser utan behovsprövning (IUB). Detta bedöms som en stor kvalitetsökning för individer som är i behov av tidiga insatser. Verksamheten utvärderar kontinuerligt insatserna och dess innehåll för att nå bästa möjliga effekt. Utvärderingen ligger också till grund för att få en tydligare samverkan och samsyn kring vad IUB innebär i Bromölla.

Kvalitetsarbete Signs of Safety

Inom verksamheten med område individ- och familjeomsorgen har sedan hösten 2023 implementerats förhållningssättet Signs of Safety. Målet är att arbeta med nätverket och delaktighet, där familjen och barnen ska involveras i sina egna lösningar. Planering framåt är att verksamheten ska bygga upp en struktur för att förhållningssättet ska hållas levande i alla processer inom Individ- och familjeomsorgen. Utvecklingsamordnare på IFO har det övergripande ansvaret och kommer tillsammans med styr- och ombudsgrupp ansvara för att implementeringsplanen följs.

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 som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp av MAS. MAS använder sig av en händelseanalys för att få fram en helhetsbild av avvikelserna. Händelseanalysen genomförs genom att beskriva händelseförloppet, göra bedömning enligt riskmatris, undersöka konsekvenser, gå igenom aktuella rutiner samt beskriva bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen. Riskområden identifieras via de avvikelser som registreras inom verksamheten samt de som kommer från annan vårdgivare, men även via resultat från egenkontroller, kvalitetsregister och ppm-mätningar. Det är utifrån de resultat som framkommer som arbete med förbättringar planeras.

Patientsäkerhetsrisker i hemsjukvård finns oftast inom läkemedelsbehandling, nutrition och munhälsa, informationsöverföring, kommunikation, överflyttning mellan vårdenheter, bemanning och kompetens, följsamhet till hygienrutiner och klädregler samt användning av medicinsk teknik. Ett sätt att hitta tillbud, skador och vårdskador är att använda markörbaserad journalgranskning (MJG), som är en etablerad metod. För att upptäcka vårdskador i rimlig tid kommer kommunala hälso- och sjukvården införa MJG under 2026.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Det finns styrdokument och metodstöd för verksamhetens processer och de digitala system som används. Dock behöver kännedom och följsamhet till dem bli bättre i verksamheten. Bedömningen är att det saknas tydlig och enkel struktur för att förvara dessa styrdokument på ett lättillgängligt ställe. Idag förvaras rutiner och arbetsprocess på flera olika ställen. I QPR finns åtkomst till rutiner och processer som verksamheten behöver för att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Dessa dock upplevs inte tillgängliga av användarna och därför finns behov av att utveckla verksamhetens ledningssystem. Dokumentation och registrering i kvalitetsregister av riskbedömningar och vårdpreventiva åtgärder sker inte enligt riktlinjer. Registrering i nationellt kvalitetsregister fungerar bra men är fortfarande ett förbättringsområde för samtliga verksamheter. Hantering och förskrivning av personligt förskrivna hjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel fungerar bra och det finns tillförlitliga och säkra system för att hantera dessa.



Välfärdsteknik i verksamheten

Evondos läkemedelsautomat

Med hjälp av läkemedelsautomater säkras korrekt medicinering, vilket ökar självständighet och trygghet för individer i hemmet. I nuläget finns 38 läkemedelsautomater ute i kommunen, en ökning med 18 styck sedan året innan. Under året 2025 har Bromölla kommun haft ca 3297 tilldelade doser/per månad med hjälp av läkemedelsautomater där 99,88 % följsamhet uppnås, vilket är jättepositivt. Detta motsvarar 5,1 heltidstjänster. Målet är att fortsätta implementera automater ute i ordinärt boende och inom LSS, där även videoassisterat läge ska komma till användning.

Patientnära analyser

Patientnära analyser (PNA) är biomedicinska undersökningar som utförs direkt vid vårdplatsen av vårdpersonal, i stället för på ett centralt laboratorium, för att ge omedelbara svar och möjliggöra snabbare diagnos och behandling. Arbetet med PNA i kommunen påbörjades i april månad. Inköp och utbildning har då gjorts för tre olika maskiner som analyserar CRP (snabbsänka), Hb (blodvärde) och Lkc (leukocyter). Redan nu konstateras positiva effekter med att patienter får snabbare och mer korrekt bedömning av hälsotillstånd även jourtid, då analys utförs och kontakt tas med jourläkare där samtliga vitala parametrar och blodvärden kan rapporteras direkt. Det är dock svårt i dagsläget att få ut kvantitativa data av detta.

Digitala lås och skåp för trygghet och kvalitet

Under året har digitala lås införts inom Omsorg funktionsnedsättning (OF) och på Korsvångsgården för ökad säkerhet och smidigare arbetsgång. Låsen ger behörig personal snabb och säker åtkomst, samtidigt som all hantering loggas för spårbarhet. Digitala läkemedelsskåp används för säker medicinhantering där åtkomst styrs av delegering. Digitala värdeskåp används vid hantering av brukarens privata medel inom OF. Införandet har stärkt kvaliteten, ökat tillgängligheten och skapat en tryggare omsorg.

Planering och digitalt stöd med Alfa eCares mobila lösning

Alfa eCare används sedan tidigare inom hemtjänst och hemsjukvård. Under året har verktyget införts på vård- och omsorgsboendet Lagunen och testats inom Omsorg funktionsnedsättning. Piloterna har gett

viktiga lärdomar och gjort det möjligt att anpassa arbetssätt efter verksamhetens behov. Systemet ger personalen tillgång till planering och dokumentation direkt i mobilen, vilket ökar flexibiliteten och tryggheten. Detta lägger grunden för ett strukturerat breddinförande och bidrar till bättre planering, ökad struktur och högre kvalitet för brukarna.

Mina sidor - ett digitalt stöd för brukare och närstående

Under hösten har tjänsten *Mina sidor* testats inom hemtjänst i Näsrum och boendestöd, där Bromölla aktivt medverkat i utvecklingen tillsammans med Alfa eCare. Tjänsten ger brukare och närstående enkel tillgång till information som planerade insatser, genomförandeplan, journal samt kontaktuppgifter och bild på personal. Det finns även en anslagstavla för aktiviteter, matsedel och annan aktuell information. Innehållet kan anpassas individuellt per brukare eller per verksamhet. Eftersom tjänsten är efterfrågad och uppskattad planeras ett breddinförande, samtidigt som utvecklingen och lärandet fortsätter.

E- tjänster

För att göra stödet till kommuninvånarna mer lättillgängligt och kunna ge hjälp tidigt har arbetet med e-tjänster inom Stöd och omsorg pågått under året och kommer att fortsätta löpande under kommande år. De nya digitala tjänsterna gör det möjligt för kommuninvånare att ansöka om stöd eller lämna en anmälan om oro för ett barn direkt via nätet. Kontakten ska vara enkel och tillgänglig när som helst så att rätt hjälp ska kunna ges snabbt. E-tjänsterna gör vägen till stöd både smidigare och mer tillgänglig, samtidigt som tjänsterna kontinuerligt utvecklas för att möta nya behov.

Hälsoärende

Inom den kommunala primärvården har Hälsoärende, en uppgraderad version av patientjournal i journalsystemet Treserva har införts under året. Systemet samlar hela vårdprocessen – från första kontakt till avslut – och bygger på ett strukturerat flöde där patientens behov utreds enligt ICF och KVÅ. Hälsoärende ger personalen ett enhetligt arbetssätt med tydlig dokumentation och möjlighet att systematiskt följa upp vårdplaner. Det stärker både kvaliteten i vården och patientsäkerheten, samtidigt som arbetet blir mer överskådligt och effektivt

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. Det är svårt för verksamheterna att förutse variationer i vårdtyngd. I hemsjukvården och hemtjänsten varierar antalet patienter snabbt då enheterna tar emot alla som uppfyller kriterierna inom ett visst geografiskt område. Inom området omsorg funktionsnedsättning finns större behov av gruppboende platser. Flera delar inom Stöd och omsorg använder digitalt planeringsverktyg för en säker hantering av inplanerade besök hos patienter. Uppfattningen är att verksamheten kan och har rutiner för att situationsanpassa när variationer och störningar uppstår i närtid. Under året har verksamheten även visat förmåga att lätt kunna situation anpassa insatser när det gäller överläten hälso- och sjukvård som kräver en särskild kompetens. Verksamheten har på ett patientsäkert sätt öppnat upp 7 korttidsplatser för en annan vårdgivare där teamsanverkan i det dagliga arbetet runt om patienterna fungerat väl.

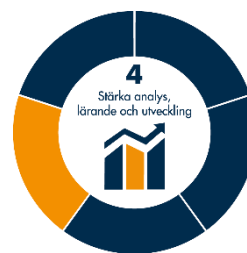


Riskhantering

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. Riskanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Riskanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder för individens säkerhet och trygghet, innan något har inträffat. Riskanalys i verksamheten genomförs inför sommarperiod, organisationsförändringar, kompetensbehov, nytt schema och så vidare.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom SOL, LSS och HSL. 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.



Statistik av verksamhetens avvikelser

Avvikelse registreras in i verksamhetssystemet och utreds enligt rutin av ansvarig enhetschef. Aktuella avvikelser analyseras i olika interna samverkans forum som teamträffar, i ledningsteam och ibland även på arbetsplatsträffar.

Lex Maria

Under året har två Lex Maria utredningar utförts, varav 1 lett till anmälning till IVO. Anmälningen har handlat om förväxling av individer och fördröjt medicinsk behandling. Anmälningen har avslutats från IVO med bedömningen att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Lex Sarah

Under året har 19 Lex Sarah utredningar gjorts varav 4 av de har anmälts vidare till IVO.

Medicinsktekniska produkter

Verksamheten har inte haft något tillbud med medicinskteknisk produkt som lämnats in till Läkemedelsverket.

Utskickade externa avvikelser

Under året har 15 avvikelser skickats till externa vårdgivare gällande bristfällig informationsöverföring och läkemedelshantering.

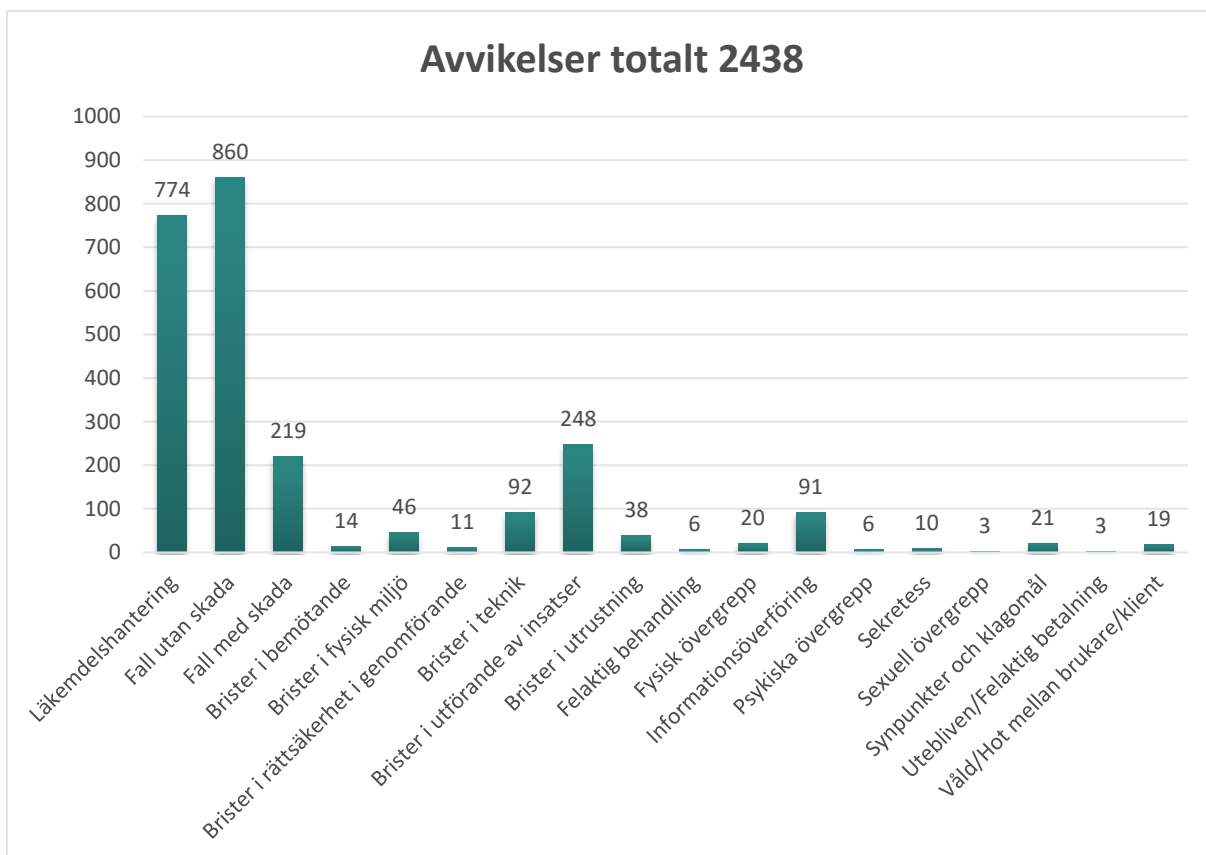
Inkomna externa avvikelser

Kommunen har mottagit och besvarat 19 avvikelser från externa vårdgivare. Dessa har handlat oftast om bristfällig eller ofullständig information i kartläggningen i Mina planer samt ändringar i planering kring hemgång.

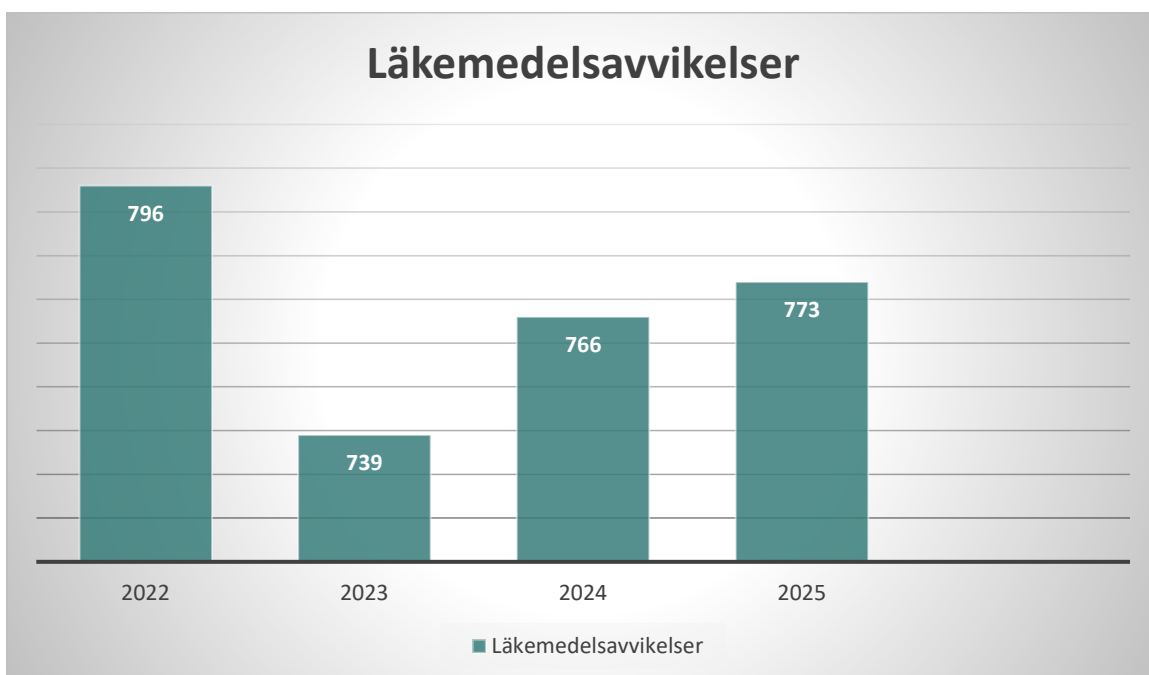
Avvikelsehantering i verksamhetssystemet

Avvikelsehanteringen inom kommunen innefattar flera olika avvikelseområden. Totalt har det rapporterats in 2438 avvikelser under perioden 1 januari – 31 december 2025, varav 38 st inom individ och familj

omsorg, 198 st inom HSL, 257 inom omsorg funktionsnedsättning och 1945 st inom äldreomsorg. Övervägande delen avvikelser gäller läkemedelshantering, fall och brister i utförande av insats. Rapportering ser ut enligt följande:



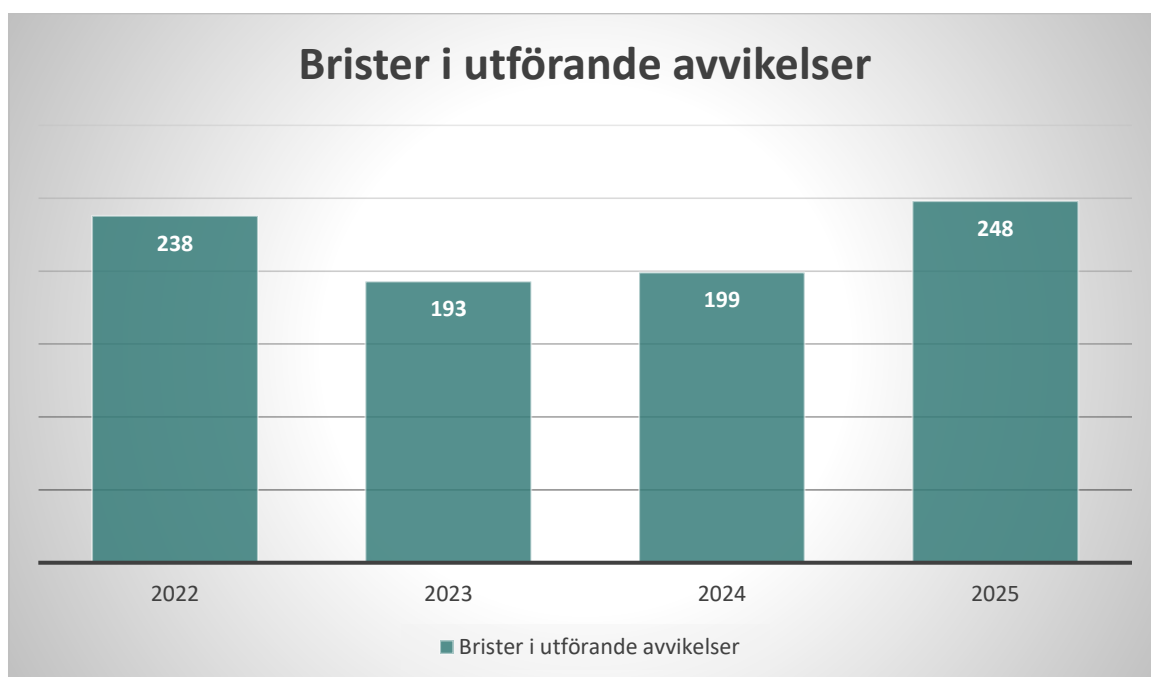
Avvikelser läkemedel



Avvikelser fall



Avvikelser brister i utförande av insats



Antalet Lex Maria och Lex Sarah utredningar är oförändrat under de senaste år. Antalet avvikelser till och från Region Skåne har ökat dubbelt jämfört med föregående år. Det ökade antalet tros inte bero på att fler händelser har inträffat än tidigare utan att fler avvikelser skrivits och delgivits, vilket är jättespositivt. Övervägande delen av inkomna avvikelser ser oförändrat ut. Det är fortfarande läkemedel, fall och brister i utförande som dominerar av inkomna avvikelser. Det konstateras även att avvikelserna inte utreds och avslutas i god tid. Läkemedelsavvikelser har ökat med 1 % (8 st), fallavvikelser ökat med 7 % (77 st) och

brister i utförande ökat med 19,7 % (49 st). Analys av läkemedelsavvikelserna indikerar på att den mest valda avvikelseaktiviteten är utebliven läkemedelsgivning. De flesta läkemedelsavvikelserna är registrerade inom äldreomsorg, men fördelningen mellan ordinärt boende och vård- och omsorgsboende indikerar ingen större skillnad. Verksamheten har arbetat med digital signering i flera år men ändå inte uppnår målet med minskade läkemedelsavvikelser. Flera åtgärder utöver digital signering behöver vidtas för att minska antalet läkemedelsavvikelser. Inför 2026 är ett av de strategiska målen att förbättra läkemedelshanteringen genom att säkra hela vårdkedjan, från förskrivning till signering. Den vanligaste orsaken till avvikelser, missad signering, måste åtgärdas genom förbättrad utbildning och systemstöd. En detaljerad handlingsplan med mål, aktiviteter, och uppföljning kommer tas fram. Analys av fallrapporter visar att 219 av fallavvikelserna är fall med skada och 860 st är fall utan skada. Merparten av fallavvikelser sker på vård och omsorgsboende. Fördelningen av avvikelser i brister i utförande av insats är: 177 icke utförda insatser inom äldreomsorg, 17 icke utförda insatser inom HSL och 56 icke utförda insatser inom funktionsnedsättning. Det saknas idag övergripande och kontinuerliga analyser av avvikelser på enhetsnivå samt verksamhetsnivå. Målet för 2026 är att jobba vidare med systematiska uppföljningar och analyser på verksamhetsnivå.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter utreds på samma sätt som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via möte, telefon, brev eller mail. Det finns även en allmän klagomål- och synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från Patientnämnden och IVO hanteras av verksamhetschef respektive MAS. Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna avvikelserna. Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

Statistik 2025

Under 2025 har kommunen inte mottagit ärende från IVO gällande klagomål mot kommunens hälso- och sjukvård. Totalt antal inkomna synpunkter/klagomål under året är 26, varav 21 registrerade i det egna verksamhetssystemet och 5 registrerade i kommunstyrelsens diarietjänst. Klagomål registrerade i det egna verksamhetssystemet handlar mest om synpunkter kring internt arbetssätt. Klagomål som inkommit via kommunstyrelsen handlar om synpunkter kring hemtjänst, ohållbar omsorg, ärendehantering, bemötande och måltidsdistribution.

Patientnämnden

Enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska det i varje region och kommun finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående.

Patientnämnden Skåne är en av Region Skånes förvaltningar. Den är fristående och skild från övrig verksamhet. Patientnämndens uppgift är att stödja och hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål i offentligt finansierad hälso- och sjukvård och viss tandvård. Patientnämnden kan även ge information om patienters rättigheter i vården. Inga klagomål från Patientnämnden inkommit under året gällande den kommunal hälso- och sjukvården.

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. Kommunal primärvård är en viktig samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden och säkerhet och gäller även under en krissituation.

Det finns behov av att bygga en ökad krisberedskap och robusthet för att stå emot eventuella hot mot vår säkerhet och självständighet tillsammans med andra vård och samhällsaktörer.

Bromölla kommun arbetar därför enskilt och i samverkan med Region Skåne och övriga Skånes kommuner för att skapa och säkra kritiska försörjningssystem. Detta inbegriper beredskap för exempelvis förbrukningsartiklar, skyddsutrustning, hjälpmedel, läkemedel, journalföring. Varje verksamhet har under året genomgått flera riktade utbildningsinsatser, i samarbete med chefer med särskilt ansvar, för att stärka krisberedskapen inom verksamheten. All personal och alla chefer inom stöd och omsorg har genomfört en webbaserad grundutbildning via MSB om krisberedskap. Verksamheterna har även arbetat med att upprätthålla och underhålla kontinuitetsplaner med syfte att reducera verksamhetens eventuella avbrotts-tid. De färdiga kontinuitetsplanerna har skickats till chefer med särskilt ansvar och sammanställts i ett gemensamt dokument som utgör underlag för det fortsatta arbetet med att stärka socialtjänstens krisberedskap.

Även om många åtgärder är vidtagna för att stärka riskmedvetenhet och beredskap för oväntade händelser finns det fortsatt utvecklingsbehov inom området. Bland annat finns behov av träning, simulering och ännu mer kompetensutveckling inom området. Under 2026/2027 ska övningsinsatser och övningar i samtliga enheter planeras och genomföras för att vara väl förberedda inför olika kriser.

Under året har kommunen börjat utveckla sitt brottsförebyggande arbete. Det är av största vikt att arbeta kommunövergripande för att få till det brottsförebyggande arbetet. I kommunens medborgarlöfte 2025 framgår att det under året skulle hållas riktade föräldramöten utifrån temat trygghet. Under hösten genomförde polisen tillsammans med SSPF-koordinator två föräldrakvällar med temat rekrytering av gängkriminalitet, grooming och våld i ungas relationer. Ungdomssekreterare har varit ute i alla årskurs 7 och föreläst om våld i ungas relationer. Representanter från lägesbildsgruppen EST (effektiv samordning för trygghet) har deltagit vid medborgardialog utifrån trygghet. Under året har arbetet i de olika grupperna även riktats mot att verka för att minska våld i nära relationer. Under ”En vecka fri från våld”, vecka 47, gjordes olika informationsanslag inom ämnet. En utmaning har varit att få till ett strukturellt, systematiskt och effektivt arbete med de brottsförebyggande frågorna. Strukturen över arbetet i de olika grupperna kommer att ses över under 2026 för att effektivisera arbetet och få till en tydligare röd tråd



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

| Område | Mål 2026 | Strategi | Utmaningar |
|---|---|--|---|
| Journalgranskning HSL | Genomföra journalgranskning i två delar: dokumentationskontroll och markörbaserad vårdskadeidentifiering. | Testa och implementera nytt arbetssätt under hösten 2026. Integrera journalgranskning i systematiskt förbättringsarbete. | Fragmenterad information mellan HSL- och socialtjänstjournaler. Tidskrävande och stressande dokumentation. |
| Loggkontroller verksamhetssystem | Säkerställa att loggkontroller genomförs enligt rutin och omfattning i samtliga enheter, Skydda patienters integritet och journaluppgifter. | Systemförvaltare ser över rutiner och arbetssätt, nytt arbetssätt färdigställs innan feb 2026. Funktionschefer följer kontinuerligt upp loggkontroller. | Tekniska och organisatoriska hinder för verksamhetslistor. Risk för intrång i patientinformation om kontroller inte utförs korrekt. |
| Ledningssystem QPR | Utveckla QPR till ett tydligt, användarvänligt och lärande kvalitets- och ledningssystem. | Digitalisera och dokumentera egenkontroller i QPR. Fortsatt arbete med kvalitets- och patientsäkerhetsgruppen. | Nuvarande QPR är inte tillräckligt strukturerat och användarvänligt. Kräver engagemang från alla verksamheter för gemensam analys och förbättringar. |
| Medicinsktekniska produkter | Skapa tydlig struktur och systematik för uppföljning av besiktning, underhåll och riskanalyser. Säkerställa spårbarhet och funktion enligt MDR och leverantörers rekommendationer. | Riskanalyser och bedömning av livslängd och rekonditionering av hjälpmedel. Samverkan med Hjälpmedelscentralen i Östra Skåne och övriga kommuner. | Brist på översikt över besiktningar. Ingen specifik egenkontroll och systematisk uppföljning inom rehabilitering och hjälpmedel. |
| BHK och HALT | BHK två gånger under 2026 HALT-mätning på alla vård- och omosrgsboende | Information via mejl, veckobrev, arbetsplatsträffar och utbildning | Resursbrist och personalomsättning. - Brist på hygienombud. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Måltidsmätning och nutritionsarbete</p> | <p>Genomföra måltidsmätningar två gånger per år.</p> <p>Säkerställa att nattfastan inte överstiger 11 timmar.</p> | <p>Kostombud i samråd med dietist genomför enkätundersökningar.</p> <p>Rapportering till MAS och analys av nutritionskvalitet.</p> | <p>Lång fasteperiod ökar risk för undernäring.</p> <p>Kräver engagemang från personal på vård- och omsorgsboenden för korrekt datainsamling.</p> |
| <p>Läkemedelsgranskning</p> | <p>Säkerställa korrekt läkemedelshantering och dokumentation.</p> <p>Identifiera risker för felmedicinering och patientsäkerhetsrisker.</p> | <p>Regelbundna läkemedelsgenomgångar på enhetsnivå och i samverkan med sjuksköterska och läkare.</p> <p>Rapportering och åtgärd av identifierade avvikelser.</p> <p>Använda resultat i systematiskt förbättringsarbete</p> | <p>Bristande följsamhet till rutiner.</p> <p>Risk för felmedicinering vid komplexa patientfall.</p> <p>Tidspress och resursbrist kan påverka kvaliteten på genomgångarna.</p> |