



LANDSKRONA
STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025

Omsorgsnämnden



Innehåll

Inledning.....	3
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
En god säkerhetskultur	4
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare.....	8
Agera för säker vård.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Säker vård här och nu.....	11
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden.....	13
Loggkontroller	14
Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS	14
Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS	14
Avvikelser för insatser SoL och LSS	16
Lex Sarah	17
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	18
Mål, strategier och utmaningar för 2026.....	18

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med berättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Den som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Under 2025 har Omsorgsförvaltningens uppdrag till största delen varit att företräda sjukvårdshuvudmannen förutom i de fall verksamheten är kvar i omsorgsförvaltningen. Granskningar och uppföljningar gällande hälso- och sjukvård 2025 visar inom läkemedelshanteringen på några identifierade förbättringsområden som lett till konkreta åtgärder och en handlingsplan som till största delen är genomförd vid höstens uppföljning. Detta visar på god följsamhet, ansvarstagande och ett långsiktigt förbättringsarbete inom verksamheterna.

Följsamheten till basala hygienrutiner ligger fortsatt över nationellt snitt, vilket är ett styrketecken även om variationer mellan mätningstillfällena förekommer.

Regelbundna punktprevalensmätningar och begärda handlingsplaner skapar goda förutsättningar för fortsatt förbättring och ökad kvalitet inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden.

Arbetet med trycksår präglas av tidig upptäckt och förebyggande insatser, då majoriteten av trycksåren är av kategori 1. Införandet av RiksSår och planerad utbildning för legitimerad personal under våren 2026 stärker ytterligare verksamheternas möjligheter till strukturerad sårbehandling, uppföljning och förbättrade patientresultat.

Uppföljningen av digitala akutblad visar att verksamheterna använder verktyget korrekt och bidrar till säkrare informationsöverföring, bättre samverkan mellan vårdgivare och ökad kontinuitet i vården. Det digitala akutbladet är ett viktigt stöd i den personcentrerade vården och bidrar till tryggare och mer sammanhållen vård för patienterna.

Under hösten har ett stort fokus skett inom avgiftshandläggning för att stärka rättssäkerheten. Samtliga avgiftshandläggare är nya inom sitt uppdrag där ledning och styrning för kompetenshöjning, tydliga rutiner, riktlinjer, processer och ett systematiskt kvalitetsarbete är avgörande. Ett pågående arbete som också är prioriterat under 2026.

Myndighetsenheten har under flera år haft samma egenkontroller och förbättrat sin verksamhet utifrån dessa. Under 2026 kommer egenkontrollerna samt arbetssätt att revideras för att fortsätta utveckla sin verksamhet. Arbetet med avvikelse gällande uppföljningar har förbättrats då det också är ett tydligt nämndsmål. Ett arbete som kommer fortsätta även under 2026 att bibehålla samt förbättra. Övriga avvikelser gäller informationsöverföring som åtgärdats under året. Ett arbete under 2026 är att automatisera vissa delar för att minimera handhavande fel.

Under våren 2025 höll MAS samt SAS två utbildningstillfällen för enhetschefer samt

kvalitetsstab. Syftet var att fördjupa kunskapen kring att arbeta systematiskt med avvikelser samt att fördjupa kunskapen med att arbeta i avvikelssystemet.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

En god säkerhetskultur

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Delmål och strategier 2026 års patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsberättelsen är en grund för fortsatt arbete där de medicinskt ansvariga delger organisationens behov. Utifrån detta krävs strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Tydliggöra och öka kunskapen i hälso- och sjukvårdsansvaret

- Fortsatt arbete med att följa upp verksamheterna.
- Fortsatt arbete med att skapa anvisningar.

Organisation och ansvar

- Sjukvårdshuvudmannens ansvar
- Förvaltningschefen
- Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan

- **HSL kvalitet** är möte mellan omsorgsförvaltningen och LOAB där enhetschefer för legitimerad personal, MAS, verksamhetschef HSL diskuterar verksamhetsfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- **Närsjukvårdsrådet** är underställd styrgruppen för hälso- och sjukvårdsavtalet. Representanter från såväl Landskrona stad som Svalövs kommun, hälsovalsenheter i dessa kommuner, Landskrona lasarett samt entreprenadverksamhet inriktning särskilt boende för äldre. Mobilt närsjukvårdsteam Landskrona, psykiatri och ambulansverksamheten ingår också. Under 2025 har omsorgsförvaltningen varit sammankallande.
- **Regelbundna avstämnings möten** med verksamhetschef HSL LOAB.
- **Samverkansmöte mellan hälsovalsenheterna och Landskrona stad** sker bland annat genom att företrädare från staden träffas för att gemensamt utveckla hälso- och sjukvården, MAS är sammankallande.
- **Regelbundna möten vårdhygien** där MAS deltar i ett forum för att diskutera frågor om aktuella vårdhygieniska frågor.
- **MAS/MAR nätverk nordväst** sker regelbundet mellan MAS och MAR i nordväst där vårdgivaren samverkar kring gemensamma frågor som är kopplat till t.ex. samarbete med regionen.
- **Vårdsamverkan medicinsk kvalitet** deltar MAS i regelbundna möten på Helsingborg lasarett. Gruppens syfte är att diskutera frågor som gäller gemensamma frågor mellan slutna vården och den kommunala primärvården.

Bolaget

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är en grundförutsättning för en trygg och säker vård- och omsorgsverksamhet. Genom att skydda patientuppgifter mot obehörig åtkomst, förlust och manipulation värnas den personliga integriteten och tilliten till verksamheten. Samtidigt säkerställs att nödvändiga system och information finns tillgängliga i rätt tid, vilket är avgörande för patientsäkerheten.

Informationssäkerhet är ett prioriterat område på både nationell och europeisk nivå. Enligt informationssäkerhetslagen (2018:1174) åligger en skyldigt att "bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete". Detta inkluderar säkerhetsåtgärder för att skydda informationstillgångar och att negativa konsekvenser av störningar i IT-system motverkas. Flertalet säkerhetskrav avseende skyddet av personuppgifter finns även i dataskyddsförordningen (GDPR) och i svensk lagstiftning såsom offentlighet- och sekretesslagen (OSL) (2009:400) och patientdatalagen (PDL) (2008:355). Under 2025 har regelverket skärpts, bland annat genom ny cybersäkerhetslagstiftning och uppdaterade föreskrifter. Detta ställer ökade krav på att samhällsviktiga verksamheter arbetar systematiskt och riskbaserat med skydd av information och informationssystem.

Omsorgsförvaltningen och Landskrona Omsorg AB har under 2025 bedrivit ett aktivt informationssäkerhetsarbete. Arbetet har bland annat innefattat framtagande av rutiner för personuppgiftshantering, genomförande av utbildningsinsatser, samt systematisk kravställning på informationssäkerhet vid upphandlingar. Syftet är att säkerställa att viktig information skyddas, oavsett om den hanteras i den egna verksamheten eller av externa leverantörer.

Informationssäkerhet omfattar även förberedelser för störningar i verksamhetskritiska informationssystem. Under året har nya kontinuitetsplaner tagits fram för de olika verksamheterna. Arbetet med kontinuitetsplaner skapar robusthet vid eventuell IT-störning eller likande. Inom delar av verksamheten hälso- och sjukvård utfördes en kontinuitetsövning där Att-göra-listan inte fanns tillgänglig. Övningen var ett bra tillfälle på att träna på en oförutsedd händelse och påvisade att reservplanen fungerade väl. Arbetet med kontinuitetsplaner behöver fortgå under 2026 för att minska negativ påverkan vid oförutsedda händelser.

Utöver detta har beredskapen för större krishändelser stärkts. I början av året togs en krisledningsplan fram för att stärka ledning och samverkan i samband med framtida kriser eller höjd beredskap. Beredskapsutrustning, såsom powerbanks, gasolkök, batteridrivna lampor och vattendunkar, har upphandlats till bostäder med särskild service och vård- och omsorgsboenden.

Flertalet informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter hanterades under det gångna året. Konsekvenserna av en incident i systemet för läkemedelsskåp minskades genom proaktiva åtgärder som vidtagits tidigare under året och medförde att läkemedel förblev tillgängliga under störningen. LOAB och förvaltningen inrapporterade sammanlagt 36 personuppgiftsincidenter 2025, vilket är en ökning på 360 procent jämfört med 2024. Detta speglar inte en faktisk ökning av antalet incidenter, utan handlar snarare om en positiv trend av ökad medvetenhet och rapporteringsbenägenhet.

Verksamheten har haft planerat driftstopp av verksamhetssystemet vilket ibland försvårar arbetet då driftstoppet inträffar när flest medarbetare är i tjänst. Även störningar i nätet har förekommit vilket påverkat användningen av läkemedelsautomat.

Arbetet med informationssäkerhet och beredskap fortsätter under 2026 med fokus på att vidmakthålla och vidareutveckla det systematiska arbetet, stärka kompetensen i verksamheterna och säkerställa att kritisk information hanteras på rätt.

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. Verksamheten har flertalet kompetenshöjande insatser för att säkerställa kompetensförsörjning och en patientsäker vård.

Sjukvårdshuvudmannen har ett lokalt avtal tillsammans med stadens hälsovalsenheter. I avtalet framgår att hälsovalsenheterna ska erbjuda utbildning till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa utbildningar har inte erbjudits under de senaste åren men under 2025 påbörjades det igen vilket är positivt för medarbetarnas kunskapsutveckling, patientsäkerheten och samarbetet med hälsovalsenheterna i staden. Utbildningarna planeras att fortgå under 2026.

Verksamheten har haft utbildning av sårsköterska i svårläkta sår. Syftet var att stärka kompetensen kring sårhantering och uppdatera medarbetarna med den senaste forskningen och metoderna för att minska lidande för patienterna. Flera medarbetare har dessutom deltagit i "Stoppa trycksår dagen". Utbildning inom svårläkta sår kommer att fortsätta under 2026 då verksamheten också påbörjar arbetet i kvalitetsregistret Rikssår.

De olika professionerna har också utfört utbildningar för att kunna bemöta patienten och skapa omvårdnadsåtgärder utifrån patientens förutsättningar. Ämnen för de olika utbildningarna har varit BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), lågaffektivt bemötande och validationsmetoden (En kommunikationsmetod som utgörs av ett stödjande förhållnings- och arbetssätt som kan användas för att förbättra välbefinnandet för personer med kognitiv svikt och BPSD-symtom).

Verksamheten har ett behov av fortsatt kompetensutveckling för medarbetarna. Det är nödvändigt för att fortsätta omställningen till Nära vård, där allt fler sjuka vårdas inom den kommunala primärvården, samt för att möta kraven på ett mer förebyggande arbetssätt.

Förflytningsutbildning

Förflytningsutbildning arrangeras i stor del av fysioterapeut från Rehabgruppen men har även arrangerats för personal inom Funktionsstöd av legitimerad rehabpersonal från Resursteamet. Förflytningsutbildningar arrangeras för att uppnå en god och säker vård gentemot kunderna samt en god arbetsmiljö för personalen. Siffrorna inom parentes avser 2024.

Förflytningsutbildning	Antal	Deltagare
Manuell förflyttningsteknik	11 (16)	42 (74)
Lyftlicens	19 (21)	93 (98)
Manuell förflyttningsteknik för sommarvikarier	16 (16)	91 (74)

Delegeringsutbildning

Under 2025 har utbildningssjuksköterskorna haft olika utbildningar för personalen, en förutsättning för en fungerande verksamhet är att personalen har den utbildning som krävs för att kunna utföra en god och säker vård. Siffrorna inom parentes avser 2024.

Delegeringsutbildning	Antal	Deltagare
Läkemedel bas med inhalation	19 (17)	176 (154)
Repetition läkemedel	22 (24)	197 (189)
Diabetes	27 (24)	197 (189)
Stomivård	11 (8)	58 (32)
Kateterspolning	10 (11)	28 (47)
Sårvård	9 (9)	44 (43)
Venprovtagning	4 (5)	9 (12)
Sondmatning	14 (10)	90 (42)
Subkutan injektion och dosettdelning	7 (7)	23 (12)
Epilepsi	1 (2)	15 (20)
Läkemedel bas för sommarvikarier	20 (15)	184 (169)

Antalet omtest för de som inte klarat kunskapstestet var 132 jämfört med tidigare år 103 . De som inte klarat testet har fått möjlighet att repetera tillsammans med handledningssköterskor eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska, vilket är en framgångsfaktor för att klara omtestet.

Målet för 2025 var att lägga in vissa utbildningar digitalt i Learnifier (digital utbildningsportal) så som repetition läkemedel, för att möjliggöra för personal som jobbar obekvämt tid att gå utbildning vid en passande tidpunkt. Verksamheten har avvaktat att lägga in repetitionsutbildningen i Learnifier då nya forskrifter gällande delegeringsprocessen börja gälla vid årsskiftet. Dock har en digital trycksårsutbildning riktad till omvårdnadspersonal lagts till i Learnifier under hösten 2025. Under 2026 kvarstår målet att skapa och lägga in fler digitala utbildningar i Learnifier, exempelvis en utbildning om diabetes.

Introduktion till nyanställda

Under våren 2025 initierades ett nytt arbetssätt med syfte att förbättra introduktionen för sommarvikarier. Samtliga verksamheter deltog i arbetet med att ta fram en tydlig och enhetlig introduktionsprocess för nyanställda, vilken inleddes med en gemensam introduktionsdag.

Syftet med introduktionen var att ge sommarvikarierna god kännedom om verksamhetens värdegrund samt grundläggande kunskap om arbetsuppgifternas innehåll och ansvar. Introduktionsdagen omfattade information om det dagliga arbetet, grunderna i ett gott bemötande, vikten av korrekt dokumentation samt ansvarsfördelning i arbetet. Vidare behandlades hantering av avvikelser samt information om Lex Maria och Lex Sarah.

Som en del av introduktionen genomfördes även en halv dags utbildning i basal och preventiv omvårdnad där deltagarna fick både teoretisk och praktisk träning, samt hjärt-lungräddning (HLR).

Utöver ovanstående genomförde sommarvikarierna digitala utbildningar inom områdena bemötande och vård av äldre samt säker läkemedelshantering. Introduktionen kompletterades sedan med fysiska utbildningar, bland annat i läkemedel bas och förflyttningsteknik.

Patienten som medskapare

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

Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomat ökar patientens självständighet och bidrar att patienten i hög grad får läkemedel på ordinerad tid. Många patienter uppskattar tryggheten med läkemedelsautomat. Verksamheten har under året gjort ett gott arbete med att öka användningen av antalet läkemedelsautomater i verksamheten. Fler patienter har fått testa på en läkemedelsautomat och läkemedelsautomat är förstahandsvalet då en patient har behov av överlämning av läkemedel. Medarbetare deltog vid Hälsans dag för att visa besökarna vad en läkemedelsautomat är och hur den kan användas. Under 2025 har 13 775 läkemedelsdoser tilldelats via läkemedelsautomat och följsamheten till att ta sina läkemedel på rätt tid ligger på 99,67%. Genom att de patienterna har hjälp med läkemedelsöverlämning via läkemedelsautomat, så kan hemtjänsten planera övriga besök utifrån patientens önskemål och verksamhetens behov.

Bemötandeplaner

För att skapa en trygg miljö för patienten samt ge möjlighet till patientens delaktighet så arbetar verksamheten med bemötandeplaner. Bemötandeplanen utgår från patientens individuella behov, förutsättningar och önskemål. Specialteamet stödjer verksamheten i vissa ärenden då det finns behov att ta fram bemötandeplaner.

Patientenkäter Hemrehab och Rehabgruppen

I samband med rehabiliteringsinsatser från Hemrehab så lämnas det alltid ut enkäter där patienter anonymt får svara på frågor kring bland annat delaktigheten i sin egen vård. Vid två tillfällen per år görs samma i samband med rehabiliteringsinsatser från Rehabgruppen. Samtliga enkätsvar tyder på att patienterna alltid eller oftast upplevt att hänsyn tagits till åsikter och önskemål i hur rehabiliteringen ska utföras. Samtliga enkätsvar tyder på en upplevd trygghet och förtroende i sin kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast eller rehabassistent

Diabetesvårdplan

Samtliga insulinbehandlade patienter ska ha en diabetesvårdplan. Diabetesvårdplanen ska vara upprättad tillsammans med diabetessköterskan inom den regionala hälso- och sjukvården, sjuksköterska i den kommunala verksamheten och utgå ifrån patientens individuella behov. Verksamheten har tillsammans med hälsovalsenheterna arbetat för att öka antalet aktuella diabetesvårdplaner hos patienter inskrivna i den kommunala primärvården. Resultatet för hur många individuella vårdplaner för patienter med insulinbehandlad diabetes har börjat följas regelbundet. Under hösten var det 65% av de patienter med insulinbehandlad diabetes som hade den individuella vårdplan. I december var det 70%.

Personcentrerat förhållningssätt

En del av omställningen till Nära vård är också att ha ett personcentrerat förhållningssätt. För att öka förståelsen för ett personcentrerat förhållningssätt så har legitimerad personal haft en föreläsning och aktivitet där omställningen till när vård diskuterades och arbetes med hur det kan stärkas och appliceras i vardagen. Omsorgsförvaltningen och LOAB har också tillsammans med hälsovalsenheterna i staden tagit fram en gemensam aktivitetsplan för omställningen till Nära vård. En gemensam aktivitetsplan bidrar till samsyn kring Nära vård och konkreta aktiviteter för att fortsätta omställningen tillsammans. Samordnad individuell plan (SIP) är en viktig del som används i verksamheten då patienter är i behov av att få sin vård samordnad. Genom att erbjuda patienten en SIP så kallas berörda professioner och

patientens mål sätts i fokus. Patienten och närstående om patienten önskar, bör i möjligaste mån delta vid SIP. En utmaning är att ha en hög personalkontinuitet. En god personalkontinuitet ökar möjligheten för att berörda professioner känner patienten väl och kan tillsammans med patienten göra en god och hållbar planering.

Ett mål för 2026 är att inkludera patient- och anhörigrepresentanter i arbetet med patientsäkerhet och utveckling. Syftet är att öka delaktigheten för patienter och anhöriga i det systematiska arbetet samt att stärka deras perspektiv inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Agera för säker vård

SveDem (svenska demens registret)

Under 2025 har Omsorgsförvaltningen ingått avtal med kvalitetsregistret Svedem, syftet med registret är att förbättra vården för personer med demenssjukdom i Sverige. Det görs genom att:

Säkra en tidig och korrekt demensutredning

Registret följer hur väl vården genomför utredningar enligt nationella riktlinjer.

Följa upp kvaliteten i behandling och omvårdnad

SveDem samlar data om läkemedelsbehandling, uppföljningar och stödinsatser.

Möjliggöra jämförelser mellan olika vårdenheter

Verksamheter kan se sina resultat och jämföra med nationella nivåer för att identifiera förbättringsområden.

Stödja forskning om demenssjukdomar

Genom att tillhandahålla strukturerade data bidrar registret till ökad kunskap om sjukdomsförlopp, vård och behandling.

Öka jämlikheten i vården

Genom nationell insamling av data arbetar SveDem för att alla patienter ska få likvärdig och högkvalitativ demensvård oavsett bostadsort.

MAS är kontaktperson för registret och verksamheterna är i uppstarten av att börja registrera i registret. Verksamheter som är Stjärnmärkta använder SveDem som ett verktyg för att följa sina förbättringar över tid.

Registreringen i SveDem visar om utbildningen lett till bättre rutiner och resultat.

RiksSår- Nationellt kvalitetsregister för svårläkta sår

Under 2025 har Omsorgsförvaltningen ingått avtal med RiksSår syftet med RiksSår är att förbättra vården för patienter med svårläkta sår genom att:

Öka kvaliteten och säkerheten i sårbehandling

Genom strukturerad insamling av data kan vårdenheter arbeta mer evidensbaserat och följa rekommenderade behandlingsrutiner.

Minska läkningstiden och förebygga onödigt lidande

Registret hjälper till att identifiera vilka behandlingsmetoder som ger bäst resultat för olika typer av sår.

Säkerställa likvärdig vård över hela landet

Genom nationella jämförelser kan verksamheter se skillnader i behandling och resultat – och förbättra arbetssätt för att uppnå mer jämlik vård.

Stödja forskning och förbättringsarbete

RiksSår utgör en viktig kunskapskälla för att utveckla nya metoder och strategier inom

sårbehandling.

Synliggöra resursbehov och kostnader

Registret kan hjälpa verksamheter att planera resurser mer effektivt och minska komplikationer som leder till högre vårdkostnader.

Verksamheterna planerar för att påbörja utbildning i RiksSår februari 2026.

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.

Samtliga medarbetare ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser/avvikelser. Mottagare av avvikelser är respektive chef och/eller legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras handledningssjuksköterskorna som utreder avvikelser vidare. Informationen om denna skyldighet ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande en gång per år.

Under 2025 har både allvarliga vårdskador och vissa vårdskador presenterats för grupper av medarbetare. Händelserna har ofta gjorts om till case där medarbetare tillsammans har arbetat fram förslag på bakomliggande orsaker och lämpliga åtgärder för att händelsen inte ska inträffa igen. Casen har varit uppskattade och ökat förståelsen för medarbetarna och arbetet med patientsäkerheten.

Det finns ett fortsatt behov av att säkerställa att alla chefer och legitimerade har kunskap om avvikelseprocessen och hur utredning av bakomliggande orsaker samt åtgärder tas fram. Detta eftersom bakomliggande orsaker avgör vilka åtgärder som vidtas. Det finns också enheter som behöver utveckla arbetssättet kring analyser av avvikelser på enhetsnivå för att enklare kunna identifiera mönster och trender på verksamhetsnivå.

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 bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Under 2025 har verksamheten arbetat med att utforma en ny struktur för teamarbete. Arbetet har dock inte fullt ut gett önskad effekt, vilket tyder på att förändringen inte enbart är en strukturell fråga utan även berör kultur, mandat, tydlighet i roller samt behovet av att stärka ansvarstagandet inför gemensamma genomgångar. En förbättrad teamprocess bidrar till ett mer personcentrerat och proaktivt förhållningssätt där varje deltagare bidrar med sina unika färdigheter och perspektiv, vilket gör det möjligt att uppnå gemensamt uppsatta mål.

Genom en arbetsgrupp och workshops med legitimerad personal, biståndshandläggare, samordnare samt chefer har processen för utskrivning från slutenvården förfinats och förbättrats för att kunna uppnå målvärdet för utskrivning. Arbetet har bland annat resulterat i ökad frekvens av pulsträffar där teamet varje vardag har korta avstämningar i syfte att främja samverkan och bidra till en smidig utskrivningsprocess från slutenvården. De ökade antalet pulsmöten upplevs positivt i verksamheten och är troligen en av de bidragande faktorerna till effektivare

hemtagning från slutenvården.

Nationell Patientöversikt (NPÖ) är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring. NPÖ gör det möjligt att genom direktåtkomst dela och ta del av journalhandlingar och andra patientuppgifter mellan olika vårdgivare utifrån gällande lagstiftning. Genom NPÖ kan vårdgivare dela och ta del av patientuppgifter på ett sätt som förbättrar vårdkvaliteten och underlättar informationsdelning. Vårdgivaren har sedan tidigare varit konsumenter av NPÖ, det vill säga tagit del av information från andra vårdgivare (efter samtycke från patienten) men numera producerar även vårdgivaren i NPÖ, att andra vårdgivare kan ta del av patientuppgifter dokumenterade i patientens journal i den kommunala primärvården.

Verksamheten har dokumentationsstödjare som löpande arbetar med förbättringar av journalsystemet och användningen av det. Dokumentationsstödjarna arbetar bland annat med att skapa frastexter och standardvårdplaner för att säkra vården för patienterna. Dokumentationsstödjarna har även utbildat kollegor i journalsystemet, utbildningarna har varit både i grupp och individuellt. Vid behov handleder även dokumentationsstödjarna sina kollegor.

Säker vård här och nu

Granskning av läkemedelshantering

Farmaceut från Apoteket har granskat läkemedelshanteringen på tre vård- och omsorgsboenden inom Landskrona Omsorgs AB. Vid granskningen noterades utvecklingsområden inom signeringslistor, kontroller av särskilda läkemedel samt avsaknad av riskbedömningar och termometrar i kylskåp för insulin.

Vid uppföljningen framkom att vissa åtgärder ännu återstod, för att säkerställa att åtgärderna genomförs har verksamhetschefen fått förlängd tid till hösten. Höstens uppföljning visar att handlingsplanen nu till större delen är genomförd.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Efter vårens hygienmätning där följsamheten till basala hygienrutiner förbättrades ses under hösten ett sämre resultat där verksamheten nu når 65% godkända mätningar jämfört med 69% vid vårens mätning. Fortsatt är det ett högre resultat i jämförelse med det nationella snittet på 56 procent. Inom Landskrona Omsorgs AB:s hemtjänst finns fortsatt behov av att stärka följsamheten till de basala hygienrutinerna, inom Vård-och Omsorgsboende har tre boenden behov av att stärka följsamheten till de basala hygienrutinerna.

Punktprevalensmätningar (PPM) kommer fortsatt att genomföras två gånger per år. Omsorgsförvaltningen har begärt in handlingsplaner för hemtjänsten samt för 3 Vård-och omsorgsboenden.

Trycksår förekomst och åtgärder

Under 2025 gjordes två trycksårsmätningar på vård-och omsorgsboende samt inom hemtjänsten. Mätningarna 2025 visar att de flesta rapporterade trycksår på vård- och omsorgsboenden samt inom hemtjänsten var av kategori 1, vilket ger möjlighet till tidiga och förebyggande insatser. Samtliga sår har uppstått inom den egna verksamheten. Handlingsplaner har begärts in efter höstens mätning, Vård-och omsorgsboende har sedan tidigare en handlingsplan som utvärderats tillsammans med MAS i december 2025. Handlingsplanen var vid uppföljningen till del genomförd.

Inom hemtjänsten visade vårens trycksårsmätning att 30 sår fanns hos 22 patienter, varav två hade uppstått i annan regi. Höstens mätning visar att antalet patienter med trycksår är 22 men antalet trycksår har minskat till 22. Omsorgsförvaltningen har begärt in en handlingsplan som ska inkomma senast den 26/02/28.

På vård- och omsorgsboende visade vårens mätning att det fanns 29 brukare med sammanlagt 36 trycksår, höstens mätning visar att det fanns 38 brukare med totalt 48 trycksår. I höstens mätning är Korttiden redovisad tillsammans med Vård- och omsorgsboenden vilket den inte var i våras men även utan Korttiden är det en ökning av antalet brukare och antalet trycksår.

Under 2025 har Omsorgsförvaltningen ingått avtal med Rikssår och LOAB planerar för utbildning av legitimerad personal i februari 2026. Genom att använda RiksSår får verksamheten verktyg för struktur i sårbehandling, tydliga rutiner, checklistor, registermallar och möjligheten att följa upp resultat. Det kan underlätta diagnostik, behandling och uppföljning.

Med RiksSår kan man identifiera riskfaktorer för dålig läkning, förbättra antibiotikaanvändning, smärtbehandling och förebygga komplikationer, vilket leder till ett bättre patientresultat.

Uppföljning av digitala akutblad

MAS genomförde under hösten 2025 en uppföljning av de digitala akutbladen, syftet med digitala akutblad är att

Säkerställa informationsöverföring vid akutbesök-

Akutbladet infördes för att ersätta den pappersbaserade blanketten ”Information vid akutbesök”. Det digitala akutbladet säkerställer att viktig information om patienten (kontaktuppgifter, bakgrund, vårdinsatser, medicinering med mera) överförs korrekt från kommunen till sjukhusets akutmottagning – och tillbaka efter besöket.

Undvika att information försvinner eller missas-

Med det gamla papperssystemet fanns risk för att blanketten tappades bort under vårdprocessen. Den digitala lösningen minskar den risken genom att dokumentationen lagras och är tillgänglig för alla relevanta vårdgivare.

Effektivisera och förenkla vårdsamverkan

Genom att akuta besök dokumenteras digitalt, och att samma information snabbt blir tillgänglig för kommun, vårdcentral och sjukhus, förbättras samordningen och vården kan ske smidigare.

Ge kontinuitet i vården och tydlighet för patientens vårdbehov

Akutbladet innehåller bakgrundsuppgifter som beskriver patientens normala vårdssituation – funktionsnivå, hjälpbehov, insatser från hemsjukvård eller LSS, läkemedel och ev. hjälpmedel. Det gör att akutmottagningen har bättre förutsättning att ge rätt vård utifrån patientens helhetsbild

Underlätta uppföljning efter akutbesök

Efter att akutmottagningen fyllt i sin del får kommun och vårdcentralen information om vad som har gjorts under besöket och vilka nya ordinationer eller rekommendationer som gäller fortsatt vård. Det stärker vårdkedjan mellan akutsjukvård och kommunal vård.

Det digitala akutbladet är en viktig del av den personcentrerade vården och vid uppföljningen av 177 digitala akutblad ses att verksamheterna fyller i de digitala akutbladen korrekt men att de inte alltid fylls i korrekt av den slutna vården eller akutmottagningen. Resultatet av mätningen har redogjorts för processledarna i Skånes kommuner nordväst.

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.

I samband med utredning av vårdskada och allvarlig/risk för allvarlig vårdskada så används en riskmatris enligt rutin för avvikelshantering. Riskmatrisen påvisar sannolikheten för upprepning samt allvarlighetsgraden. Riskmatrisen är ett bra stöd i bedömning av allvarlighetsgrad och behov av digniteten på åtgärd. Dock är matrisen endast ett stöd då det skulle kunna vara att det är låg sannolikhet för upprepning men en hög allvarlighetsgrad.

Verksamheten har inför förändringar i verksamheten, sårbara perioder eller tecken på risker arbetat med riskanalys utifrån patientsäkerhetsrisker. Arbetet har varit givande då involverade medarbetare ofta är delaktiga i riskanalysen och riskanalysen hjälper till att medvetandegöra och förebygga risker, både på verksamhets-, enhets- och individnivå. Riskhanteringen bidrar då till ett proaktivt arbetssätt som gynnar patientsäkerheten.

Stärka analys, lärande och utveckling

Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner

Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2025–2030. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Den ska också stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige. Under 2025 har MAS tillsammans med Verksamhetschef HSL LOAB arbetat med att ta fram indikatorer samt aktiviteter kopplat till den nya nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Avvikelser HSL/Vårdskador

Under 2025 har fem allvarliga vårdskador eller risk för allvarlig vårdskada utretts enligt lex Maria och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Analysen påvisar att det varit varierande involverade professioner i de allvarliga vårdskadorna/risk för allvarliga vårdskador. I de händelser där legitimerad personal varit involverade är bristande dokumentation, introduktion och uppföljning förekommande. I de händelser där baspersonal är involverade handlar det om bristande följsamhet till läkemedelsrutin och kommunikation mellan professionerna.

Verksamheten har arbetat med att involvera medarbetarna i utredningen och framtagande av åtgärder av de allvarliga vårdskadorna samt haft gemensamma reflektionsmöten om inträffade händelser. Att medvetandegöra medarbetarna om händelserna bidrar också till att medarbetarna är mer uppmärksamma och rapporterar inträffade vårdskador. Att en vårdskada sker är inte positivt, men att det uppmärksammas, rapporteras, utreds och åtgärder vidtag är positivt för patientsäkerheten.

Antalet HSL avvikelser/vårdskador hänvisas till det kommunalägda bolagets patientsäkerhetsberättelse.

Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden

Under 2025 har tre ärenden inkommit till patientnämnden från Landskrona. Ett ärende gällande bristande bedömning av sjuksköterska, MAS lämnade ett skriftligt yttrande till patientnämnden som sedan delgav det till anhöriga. Ärendet avslutades därefter. Två övriga ärenden som avslutats efter det att patientnämnden informerat om sitt uppdrag och sitt mandat.

Loggkontroller

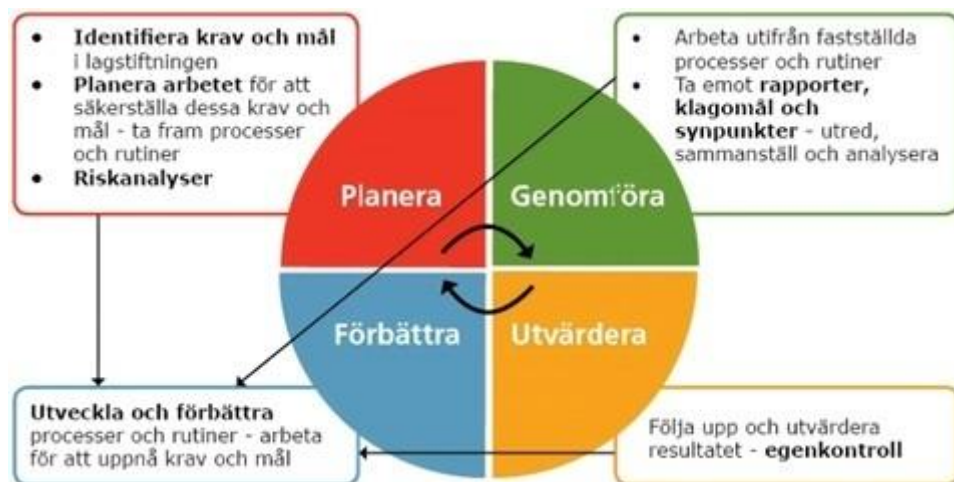
Inom enheten för stöd och hälsa och myndighetsenheten har loggkontroller genomförts under året, utan att några avvikelser har identifierats. Loggkontroller avseende avgiftshandläggning har genomförts inför kvartal 4, vilka inte heller påvisade något avvikande. Inom förvaltningsstaben har logggranskningar av SAS och MAS genomförts, utan att några avvikelser kunnat konstateras.

Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

Systematiskt kvalitetsarbete är en del av föreskriften, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskriften vägleder och reglerar systematiskt kvalitetsarbete inom Omsorgsförvaltningen och enheter som omfattas av socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Dokumentation och utvärdering av verksamhetens resultat är centrala inslag i föreskriften. Det krävs att ledningen regelbundet granskar och analyserar utfall och resultat, och att åtgärder vidtas för att kontinuerligt förbättra enheterna, enligt nedanstående förbättringshjul.



Källa: Förbättringshjul. SOSFS 2011:9 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av enhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i enheternas ledningssystem.

Omsorgsförvaltningen har tagit fram egenkontroller avseende myndighetshandläggning samt avgiftshandläggning från och med kvartal 4. Syftet med dessa är att enhetschefen på ett systematiskt sätt ska kunna se hur deras enheter arbetar med handläggning samt ta in åtgärder där det krävs. Alla områden har under

året fått in en bra systematik av sina egenkontroller.

Myndighetsenheten

Resultaten från enheternas egenkontroller visar på god kvalitet och väl fungerande dokumentation. Under 2025 har alla egenkontroller inom LSS genomförts utan anmärkning.

Inom SoL har några enstaka brister upptäckts. De gäller främst:

den enskildes delaktighet i utredningen

dokumentation av utskickade handlingar

motivering till varför en viss insats beviljats

Bristerna är på grund av misstag hos enskilda handläggare och inte på fel i hela verksamheten. Åtgärder har varit återkoppling till berörda handläggare och en ny egenkontroll efter två månader. Alla handläggare deltar också i extern utbildning om dokumentation enligt nya socialtjänstlagen som ska vara klar i januari 2026.

I egenkontrollerna såg man att språket i vissa SoL-utredningar är för svårt, använder många fackord. Framöver ska fokus ligga mer på hur svårigheter påverkar vardagen, inte på diagnoser. Under september månad har det hållit handledning om tydligare och mer begripligt språk.

Myndighetsenheten har haft dessa egenkontroller även föregående år och verksamheten håller nu en god kvalitet kopplat till dessa frågor. Under 2026 kommer frågorna och arbetssätt kopplat till egenkontroller förändras för att förbättra verksamheten ytterligare samt främja ett kollegialt lärande.

- Kvartal 1: Fullföljt sin egenkontroll
- Kvartal 2: Fullföljt sin egenkontroll
- Kvartal 3: Fullföljt sin egenkontroll
- Kvartal 4: Fullföljt sin egenkontroll

Avgiftshandläggning

Resultaten från enheternas egenkontroller visar en tydlig förbättring, avgiftshandläggarna har påbörjat egenkontroller från och med kvartal 4.

Egenkontrollerna gäller avgiftshandläggningen samt dokumentation.

Egenkontrollerna har genomförts tillsammans med ledning och avgiftshandläggare som en del i ett lärande och handledning.

Under hösten har handläggningen av avgiftshandläggarnas arbete genomlysts. En del av förbättringarna är spårbarheten i dokumentation. Egenkontrollerna visar efter genomlysningen en klar förbättring av dokumentation där det går att följa ärendet från notis från verkställighet till avgiftsbeslut.

Kvartal 4 Fullföljt sin egenkontroll

Analys

Egenkontrollerna visar att verksamheten håller god kvalitet och att dokumentationen fungerar väl inom myndighetsenheten. Myndighetsenheten har haft samma egenkontroller flera år i rad och visar nu en stabil och god kvalitet. Alla kvartal under 2025 har genomförts enligt plan. Under 2026 utvecklas arbetssättet vidare för att stärka kvalitet och kollegialt lärande.

Avgiftshandläggningen började med egenkontroller i kvartal 4. Dokumentationen har gett tydliga förbättringar under hösten, särskilt i spårbarhet och dokumentation, där ärenden nu går att följa från verkställighet till beslut. Egenkontrollerna kan revideras under 2026 då arbetet med avgiftshandläggnings riktlinjer, rutiner och processer arbetas fram under 2026.

Avvikelser för insatser SoL och LSS

Under året har 115 rapporter inkommit inom myndighetsenheten och avgiftshandläggningen. Fördelningen mellan avvikelserna syns i tabellen nedan, externa avvikelser och felrapporterade HSL avvikelser, redovisas inte i tabellen.

Avvikelseyp	Myndighetsenheten	Ekonomiavdelningen
Beviljad insats inte genomförd	2	0
Brist i dokumentation/informationsöverföring	30	0
Brist i genomförande av insats	2	0
Brist i fysisk miljö, omgivningar och organisation	1	0
Brist i handläggning - bristande uppföljning	17	0
Brist i handläggning - felaktigt beslutsfattande	10	2
Brist i handläggning - lång handläggningstid	6	0
Brist i handläggning - övrigt	36	5
Brist i informationssäkerhet/sekretess	4	0
Total	108	7

Inom Myndighetsenheten

Avvikelserna inom myndighetsenheten kan i huvudsak härledas till handhavandefel i verksamhetssystemet, introduktion av nya biståndshandläggare samt brister i överrapportering vid frånvaro. De åtgärder som vidtagits har främst bestått av förtydliganden i rutinhandboken samt individuellt riktad handledning av handläggare med utökat ansvar för introduktion och stöd till vikarier.

Bristerna i uppföljningsarbetet har successivt minskat under året, då detta utgjort ett uttalat nämndsmål för myndighetsenheten. Trots detta har vissa avvikelser förekommit avseende uppföljning, vilket har föranlett ytterligare förtydliganden av processerna kring uppföljning. Detta utvecklingsarbete planeras att fortsätta under 2026 genom införande av ett automatiserat system som signalerar när beslut närmar sig att löpa ut. Syftet är att möjliggöra ett mer proaktivt arbetssätt samt att minska verksamhetens sårbarhet vid personal frånvaro. En del av avvikelserna har även haft sin grund i bristande struktur vid överlämning mellan handläggare, särskilt i samband med sjukfrånvaro eller annan frånvaro, vilket har försvårat kollegors möjlighet att ta över ärenden på ett effektivt och rättssäkert sätt. I flertalet av avvikelserna framkommer att en av orsakerna var en hög arbetsbelastning. Därav att automatisera processer och säkerställa strukturer för att minska sårbarheten.

Inom avgiftshandläggningen

Samtliga avgiftshandläggare är nya i sin tjänst, vilket gör att avvikelserapporteringen blir extra betydelsefull och avgörande för att främja ett systematiskt arbete samt för att förbättra åtgärder. Under hösten har samtliga fått en avvikelseutbildning av SAS.

Avvikelser som blivit inrapporterade har främst handlat om felhantering i verksamhetssystemet eller felhantering av avgiftshandläggning. Åtgärderna som genomförts är kompetensutveckling, rättelse i verksamhetssystemet samt förtydligande av rutin för att säkerställa hanteringen av rättssäkerheten och hanteringen av verksamhetssystemet.

Analys

Avvikelserna inom avgiftshandläggningen och myndighetsenheten kan främst härledas till behovet av tydligare rutiner, brister i verksamhetssystemets funktionalitet samt avsaknad av tillräckliga kontrollmoment. Fel har uppstått i samband med handläggningar, hantering av notifieringar och avgiftsbeslut som fattats utan fullständigt beslutsunderlag, vilket medfört en risk för brister i rättssäkerheten.

Myndighetsenheten har under perioden genomfört betydande förbättringar avseende uppföljning av beslut, ett arbete som behöver bibehållas och vidareutvecklas under 2026. Händelserna visar att verksamheten är särskilt sårbar i de delar av handläggningen som inte är automatiserade i verksamhetssystemet utan är beroende av manuella moment.

För att minska risken för återkommande fel krävs tydligare processer och rutiner, förbättrad introduktion av ny personal samt regelbundna och systematiska kontroller, i synnerhet inom avgiftshandläggningen. En översyn pågår även av möjligheten att organisatoriskt flytta avgiftshandläggningen till myndighetsenheten i stället för att tillhöra ekonomiavdelningen. Myndighetsenheten har en mer utvecklad struktur för ledning och styrning gällande myndighetsutövning, vilket bedöms kunna stärka rättssäkerheten i avgiftshandläggningen.

Syftet med förändringen är att säkerställa ett tydligare samband med myndighetsutövningen samt att skapa tillgång till adekvat stöd från erfarna handläggare. Detta utvecklingsarbete behöver fortsätta under 2026.

Lex Sarah

Lex Sarah är en bestämmelse i socialtjänstlagen (SoL) som innebär att alla som arbetar inom socialtjänstens områden är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Syftet är att säkerställa att vård och omsorg bedrivs på ett säkert sätt för brukaren. Lex Sarah utgör en integrerad del av det systematiska kvalitetsarbetet, där enheterna strävar efter utveckling och korrigering av brister.

Föreskriften SOSFS 2011:5 innehåller bestämmelser om rapporteringsskyldigheten, anmälningsskyldigheten, samt skyldigheten att utreda och åtgärda missförhållanden och risker för missförhållanden. Denna reglering är central för att säkerställa hög kvalitet och trygghet i verksamheten.

Historik över antal Lex Sarah i Omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2022	19
2023	68
2024	87
2025	3

Under år 2025 inkom tre Lex Sarah-rapporter inom ekonomiavdelningen. Under tidigare år har Lex Sarah-rapporter redovisats samlat för hela omsorgsförvaltningen. Från och med 2025 redovisas Lex Sarah-rapporter mer uppdelat, där rapporter som avser verkställigheten inom Landskrona Omsorg samt enheter utan tillstånd redovisas i kvalitetsberättelsen för verkställighet.

Lex Sarah, avvikelsetyp	Ekonomiavdelningen
Brister i handläggning - felaktigt beslutsfattande	2
Brister i informationssäkerhet/sekretess	1
Total	3

Ovanstående tabell redovisar de olika typer av avvikelser som har rapporterats enligt Lex Sarah. Två av rapporterna avser brister i rättssäkerheten, där flera brukare inte erhållit nya avgiftsbeslut vid förändrade inkomstförhållanden och därmed inte haft möjlighet att tillvarata sin rätt att överklaga besluten. Den tredje Lex Sarah-rapporten avser en personuppgiftsincident som har berört flera brukare.

De åtgärder som vidtagits och planeras inriktas främst på kompetenshöjning inom dataskyddsområdet. Inom avgiftshandläggningen pågår även ett utvecklingsarbete som motsvarar hanteringen av övriga avvikelser, vilket innefattar en genomlysning av gällande riktlinjer, rutiner och processer. Vidare införs egenkontroller från och med första kvartalet 2025. Parallellt pågår en översyn av den organisatoriska tillhörigheten för avgiftshandläggarna, med inriktning mot en överföring till myndighetsenheten.

Statistik över bedömningsresultatet av Lex Sarah utredningar under år 2025.	Antal
Avvikelse	1
Påtaglig risk för missförhållande	0
Missförhållande	0
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	0
Allvarligt missförhållande	2
Ingen bedömning/ under utredning	0

I två rapporter som utretts tillsammans gällande brist i rättssäkerhet har lex Sarah bedöms som ett allvarligt missförhållande och därmed skickats till IVO. I lex Sarah rapport rörande personuppgiftsincident bedömdes ärendet som en avvikelse.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Mål, strategier och utmaningar för 2026

Gemensamma mål 2026	Strategi	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	Egenkontroll Hygienutbildning	Enheternas framtagna handlingsplaner	PPM-mätning 2 gånger/år
Antalet svårläkta sår i våra verksamheter ska minska	Egenkontroll Registrera i Rikssår	Enheternas framtagna handlingsplaner	Sårmetning 2 gånger per år

Verksamheterna ska registrera i SveDem			Stickkontroll i registret av MAS
Säkerställa rättsäkerheten vid avgiftshandläggning	Egenkontroller av handläggning Säkerställa rutiner och processer	Kompetenshöjning Avstämningsmöten med enhetschef, handläggare, systemutvecklare och SAS	Stickkontroller av handläggning av SAS