



Ljungby  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse för Ljungby kommun År 2025



2025-01-29  
Socialförvaltningen, Ljungby kommun

*Lena Jeppsson Råsbrant, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)*

## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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

Visionen: *God och säker vård – överallt och alltid*

Målet: *Ingen patient ska drabbas av en vårdskada*



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025-2030"

# INNEHÅLL

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Verksamhetsnivå .....	9
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
Säker vård här och nu .....	13
Riskhantering .....	13
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelse .....	15
Klagomål och synpunkter.....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	17
BILAGA 1. Resultatsredovisning av egen-kontroller utförda 2025.....	19

## SAMMANFATTNING

### Nära Vård omställningsprogram

I arbetet med Nära vård har vi en samverkan både med regionens primärvård och de privata vårdgivarna som har utvecklats under året. Ett nära samarbete mellan region och kommun ökar förståelsen för respektive organisations förutsättningar.

När det gäller samarbetet mot slutenvården ligger fokus på planering och kommunikation via LINK modulen för patientsäker hemgång från regionens slutenvård.

### Ledningssystem

Socialförvaltningen arbetar ständigt med att förbättra och förändra ledningssystemet.

Förvaltningen har arbetat med systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 bland annat genom olika egenkontroller i verksamheten. En brist är avsaknad av ett dokumenthanteringssystem som medför att socialförvaltningens samlade rutiner och riktlinjer, avtal och överenskommelser som rör hälso- och sjukvård är svåra att orientera sig i, dock arbetas det kontinuerligt med att förbättra och strukturera ledningssystemet. Detta kan medföra minskad effektivitet och minskad patientsäkerhet i processerna, något som blev tydligt med vårens utbrott av magsjuka inom äldreomsorgen då flera olika rutiner för samma sak förekom. Det

### Patientsäkerhet

Våren 2025 kom Socialstyrelsen med en uppdaterad version av den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Vårdteam, arbetssätt, metoder, verktyg, organisation, ledningssystem, ledarskap och patientsäkerhetskultur hänger ihop.

Under 2026 kommer deras verktyg för att identifiera brister i patientsäkerhetsarbetet att provas för att på ett strukturerat och tydligt sätt ta fram en handlingsplan och identifiera vilka kommande områden som har högst prioritet inom vår förvaltning.

Två utredningar enligt Lex Maria har genomförts under 2025, en gällande snabbt uppkommit trycksår som ledde till sepsis och för tidig död och en gällande motor till en taklyft som föll ned med risk för vårdskada.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

*Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.*

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

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

### Ledningssystem

Ledningssystemet är till för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten samt för att skapa struktur för verksamhetens ledning och styrning.

Socialförvaltningen fullgör sitt ansvar bland annat genom att det finns rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och för att vidta åtgärder till följd av dessa, samt att via MAS göra utredning och anmälan enligt lex Maria enligt HSLF-FS

2017:40 och HSLF-FS 2017:41.

Internkontroll genomförs genom riskanalyser, egenkontroller, avvikande händelser och synpunkter. Kontroller och beslutade åtgärder dokumenteras i socialnämndens internkontrollplan samt efter hand implementeras i verksamheten.

En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är samverkan med andra vårdgivare. Samverkan med Region Kronoberg regleras genom överenskommelserna:

- Hemsjukvård i Kronobergs län - överenskommelse mellan kommunerna och Region Kronoberg i Kronobergs län gällande insatser i somatisk hemsjukvård. Detta avtal är ännu inte förnyat utan det gamla är förlängt.
- Överenskommelse mellan Region Kronoberg och länets kommuner gällande rutin för in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Samverkansöverenskommelse psykiatri.
- Samverkan med primärvården, bland annat när det gäller läkarmedverkan på särskilda boende inom äldreomsorgen, regleras genom lokala avtal mellan kommunen och vårdcentralerna i Ljungby kommun.
- Nära vårdärende
  - Arbetsrutin för samverkan inom kommunal- och regional primärvård.
  - Ambulansavtal, infördes under våren 2024 i vår kommun.

Utöver de övergripande samverkansavtalen finns också avtal gällande mer avgränsade områden som till exempel trakeostomivård, respiratorvård.

## Organisation och ansvar

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

### Vårdgivaren/socialnämnden

Ansvarig vårdgivare, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål och följa upp kvalitetsredovisning.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt HSL 11 kap. 4 §, hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 6§ ska ansvara för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare bestämt
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- ändamålsenliga och behövliga väl fungerande direktiv, instruktioner, riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering upprättas, fastställs och följs upp.

### Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård

Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård ansvarar för att verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att ge vård med god kvalitet och minimera risken för misstag samt analysera och lära av inträffade avvikelser. Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten har ansvar för att återkoppla vidtagna åtgärder till förvaltningschef och MAS.

### **Sektionschef**

Sektionschef för hemsjukvård, äldreomsorg respektive omsorg om personer med funktionsnedsättning ansvarar för att systematiskt granska avvikelser och tillsammans med personalen föreslå och dokumentera förbättringsåtgärder. De ska också rapportera vårdskador och händelser som har eller skulle kunna ha medfört vårdskador.

Sektionschef ser till att åtgärder genomförs, följs upp och återkopplas till personal samt MAS och verksamhetschef.

Sektionschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som är fastställda är kända i verksamheten samt att personalen får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Sektionschefen medverkar även i olika nätverk och möten med regionala primärvården.

### **Farmaceut**

Farmaceut bistår sjuksköterskorna i verksamheten. Stödfunktionen farmaceut är behjälplig med att ansvara för läkemedelsförråd, hållbarheten på läkemedel, beställningar, leverenser, upprättar struktur för ordning, närvarar vid den externa läkemedelsgenomgången, tar fram statistik och hjälper dagligen sjuksköterskorna. Ingår även i läkemedelsgruppen inom sjuksköterskeorganisationen och har ett nära samarbete med MAS.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

- kvalitetsgrupper inom olika område där man delat in alla inom hemsjukvården för att följa uppföljning av mål och resultat
- framtagning, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder för risk- och avvikelshantering
- medverkar i olika professionsråd tillsammans med regionen och övriga kommuner.

### ***Samverkan för att förebygga vårdskador***

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

- Ett omfattande arbete med en risk-och konsekvensanalys genomfördes under tidig vår med anledning av hot om stängning av akutmottagningen på Ljungby lasarett.
- MAS har nära samarbete med Vårdhygien och Smittskydd i regionen bland annat genom regelbundna avstämningsmöten, utbildningar för hygienombuden, hygienronder och framförallt personlig kontakt vid misstänkt smitta.
- I "Nära vårdomställningen" arbetas med fokus på planering och kommunikation för patientsäker hemgång från slutenvården och där även kirurgavdelning på Ljungby lasarett infört vårdkoordinator under året. Vårdcentralen Sländan har vårdkoordinator, vilket ytterligare förbättrar planeringen och förebygger informationsmissar kring den enskilde, samt deltagar 1 gång /vecka på våra kommunala LINK-möten där planerade hemgångar förbereds för att göra övergången mera sömlös.
- Vi har samverkan med regionala och privata primärvården, bland annat när det gäller läkarmedverkan, ronder och fördjupade läkemedelsgenomgångar i team. Regelbundna samverkansmöten sker på olika chefsnivåer.

- SÄBO Åsikten har i samråd med ansvarig läkare och PAS (patientansvarig sjuksköterska) infört att omvårdnadspersonalen deltar i ronderna.
- Rondarbetet ihop med vårdcentralerna kommer utvecklas så att vårdcentralerna får tillgång till hemsjukvårdens rondtidböcker. Man utvecklar även arbetssättet så att rondtiden SÄBO även kan gälla patienter inom ordinärt boende inom fler geografiska områden.
- Kommunrehab har tillsammans med Ljungby lasarettet ett gemensamt hjälpmedelsförråd på lasarettet.
- Samverkansöverenskommelse finns mellan länets kommuner och Region Kronoberg kring personer med psykisk ohälsa.
- Strukturerna för samverkan på ledningsnivå mellan kommunerna i länet och Region Kronoberg inom hälso- och sjukvård och omsorg, är en god grund för patientsäkerhetsarbetet. Här ingår länets ledningsgrupp, MAS-nätverk och nätverk för kommunrehab.
- Samverkan sker med Allmänmedicinskt kunskapscentrum, AMK, som är ett gemensamt forum för hela länets primärvård. AMK är primärvårdens resurs för forskning, utbildning och kvalitetsutveckling, för att säkerställa att invånarna får en så ändamålsenlig, kvalitetssäker och effektiv vård som möjligt. MAS har regelbundna avstämningsmöten tillsammans med AMK och övriga kommuner i länet.
- Utöver de övergripande samverkansavtalen finns också avtal gällande mer avgränsade och specialiserade områden som till exempel trakeostomivård och respiratorvård.
- Vi utför även avtalsuppföljning enligt lagen om valfrihet (LOV) för Ljungbys hemtjänstutförare, både kommunens och privata utförare.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

#### **Loggkontroller Treserva och Cosmic**

Loggkontroller ska genomföras för att systematiskt och återkommande kontrollera vilken åtkomst till uppgifter om enskilda som har skett. Detta för att förebygga, konstatera och förhindra dataintrång samt obehörig åtkomst till uppgifter. Kontrollen ska säkra att datasystemen, Cosmic och Treserva som hanterar personuppgifter används i enlighet med gällande författning och de rutiner som beslutats av Ljungby kommun.

Fullständig granskning av loggkontroll mot verksamhetssystemen Cosmic och Treserva har gjorts i enlighet med rutinen. Rapport *Granskning av genomförda och registrerade loggkontroller i Treserva och Cosmic 2025* är inlämnad till Socialnämnden.

## En god säkerhetskultur

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



En medvetenhet i förvaltningen om att arbetet med patientsäkerhetskultur är viktig är en grundförutsättning för en god patientsäkerhet. Brister som identifieras utifrån avvikelser och lex Maria-anmälningar ligger till grund för förbättringsarbete.

MAS har haft flera informationstillfällen inom OF samt inom olika SÄBO kring vikten av att skriva avvikelser, synen på avvikelser och poängterat att det handlar om att granska händelsen och inte personen som är inblandad i händelsen. Detta arbete behöver vi fortsätta stärka upp och arbeta kontinuerligt med.

## 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.*



### Förvaltningsnivå

#### Kompetenskrav, utbildning, fortbildning och handledning

För att generellt öka kompetensen och för att åtgärda brister i kompetensen hos socialförvaltningens omvårdnadspersonal erbjuds utbildning till undersköterska via Äldreomsorgslyftet. Några undersköterskor går vidareutbildning till specialistundersköterska inom äldreomsorg/ demens/ psykiatri.

Förvaltningen kommer arbeta med kompetensförsörjningsplanen för att identifiera vilken kompetens verksamheten behöver framöver för att säkerställa att uppdragen utförs.

Inom Ljungby kommun är det socialförvaltningen som kommer att ha de största pensionsavgångarna under perioden 2024 – 2026, cirka 60 styck. Detta är särskilt tydligt inom verksamhetsområdena inom äldreomsorgen (ÄO) och omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF) och redan idag har socialförvaltningen vissa svårigheter med att hitta rätt kompetens. Vidare är det färre arbetssökande med rätt kompetens till vakanta tjänster. Detta bidrar till ökat behov av ekonomiskt tillskott för intern kompetensutveckling.

Man ser att förebyggande arbete med hälsa och arbetsmiljö på olika nivåer, är viktiga faktorer för att kunna bibehålla medarbetare.

För att kunna möta resursbristen inom välfärdssektorn behöver även möjligheten med nya digitala lösningar öka, vilket får till följd att den digitala kompetensen behöver öka i samma takt.

#### Kompetensportal (E-learning)

E-learning ska användas för att utbilda och fortbilda medarbetarna, men kan också användas som ett komplement till extern fortbildning/ utbildning. Vidareutveckling görs löpande av materialet i e-learningportalen Info-Caption.

## **Delegeringar**

Ett tydligt arbetssätt gällande delegeringar är grundläggande för en patientsäker vård. Detta behöver utvecklas vidare bland annat kopplat till ändrad författning om delegeringar som trädde i kraft 1 januari 2026. *HSLF-FS 2017:37 samt HSLF-FS 2025:61*

Det handlar om att hela förfarandet kring delegering ska ske patientsäkert i alla led och att teoretiska kunskaper ska kunna omsättas i den praktiska verkligheten. Det kan även vara en möjlighet för den delegerade att få lära nytt, utvecklas i sin yrkesroll och därmed öka sin kompetens.

## **Digitalisering, E-hälsa och välfärdsteknik**

Digitalisering, E-hälsa och välfärdsteknik innebär en möjlighet för att möta ökade samhällskrav och behov av effektivisering, men kan också bidra till mer självständighet för individen. Förvaltningen behöver dra nytta av digitaliseringens möjligheter för att bli effektivare, mer tillgänglig och erbjuda stöd för invånare och medarbetare.

## **Äldreomsorgslyftet**

Statliga stimulansmedel har använts till utbildning av personal genom bland annat undersköterskeutbildning och utbildning via e-learning baskunskaper.

# **Verksamhetsnivå**

## **Hemsjukvården**

Sårsköterskan har inom ramen för det pilotprojekt som startat mot flera SÄBO utbildat omsorgspersonalen inom förebyggande arbete för att minska antal trycksår.

## **Kommunrehab**

Bostadsanpassningshandläggarna deltog i flera utbildningar, bland annat via FKBO (Föreningen Kommunal Bostadsanpassning), Boverket och Synskadades riksförbund, samt engagerade sig i nätverk och styrelsearbete.

## **Utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal**

MAS har haft upprepade utbildningar kring avvikelser, läkemedelshantering, delegeringar, grundläggande basala hygienrutiner och klädregler, samt dokumentation på olika APT till verksamheter inom OF och SÄBO. Även haft utbildningsträff för personal inom OF kring Epilepsi som är vanligt förekommande, dess medicinska behandling och omvårdnadsåtgärder.

Tandhygienisten har haft uppsökande tandvård på SÄBO för omsorgstagarna och genomfört munhälsobedömningar.

En tvådagarsutbildning i manuell positionering genomfördes av KomunRehab tillsammans med andra kommuner.

## **Hygienombud**

Inom all verksamhet som bedriver vård-och omsorgsnära arbete, hemtjänst, SÄBO och OF, har vi nystartat arbetet med hygienombud. En första utbildning gavs i höstas av MAS och hygiensjuksköterskor från regionen och dessa utbildningar kommer fortsätta höst och vår kontinuerligt för att ständigt ha en levande dialog kring dessa grundläggande frågor.

## Inkontinensombud inom hemtjänsten

Inom hemtjänsten har man inrättat inkontinensombud som har deltagit i utbildning inom området. Övrig personal har därefter delgivits information under verksamhetsträffar där även sjuksköterska bidragit med sina kunskaper.

## Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



## Nationell patientenkät /Öppna jämförelser - Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, hemsjukvård och särskilt boende

Öppna jämförelser, ett verktyg för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Resultatet finns redovisat i socialnämndens internkontrollplan.

I enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 gällande hemtjänst, rapporteras det att enheterna har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Rehabilitering

Efter stängningen av ineliggande rehab noteras fler patienter som skulle behövt denna vårdnivå men som inte orkar ta sig till dagrehab i Växjö. För att tydliggöra förväntningarna på kommunrehab har information givits till patienter på korttidsenheterna.

## Fallförebyggande

Kommunrehab har tagit fram en fallförebyggande broschyr som delas ut vid trygghetslarmsinstallationer. Den presenteras även vid föreläsningar för pensionärsorganisationer. Föreläsning kring fallförebyggande åtgärder hölls för allmänheten under Ljungbydagarna. Kommunrehab erbjuder även gratis hembesök för fallriskbedömning, dock tackar endast ett fåtal ja.

## Demens

Demenssköterskan har hållit utbildningar till anhöriga.

## Anhörigträffar

SÄBO har under hösten åter startat upp anhörigträffar och ser den nära dialogen mellan omsorgstagare, närstående, personal och politiker som mycket positiv.

## Aktivitetsombud

SÄBO har inrättat aktivitetsombud för att ha stimulerande aktiviteter för de boende vilket gynnar den psykiska hälsan och de sociala behoven.

## Patient kontrakt – fokus på personcentrering

I omställningsarbetet till Nära vård med Region Kronoberg finns en arbetsprocess där patientkontraktets delar ska göra det personcentrerade förhållningsättet mer konkret.

Syftet är att utifrån patientens behov säkerställa att delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan uppnås. Det handlar om att göra det lätt för patienten att få rätt vård på rätt sätt. Patientkontraktet visar vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. Beslut har fattats om att vi ska spegla upp information till 1177 och till NPÖ, nationella patientöversikten, vilket kommer ske med början 1 mars 2026.

### **Fast vårdkontakt**

Förvaltningen arbetar med fast vårdkontakt vilket innebär att en person inom hemtjänsten har särskilt ansvar för den enskilde. Syftet är att den enskilde individen ska få ökad kontinuitet i kontaktarna med hemtjänsten, ökad trygghet och mer individanpassade och samordnade hemtjänstinsatser.

### **Välfärdsteknik**

Kommunikationshjälpmedlet KOMP med syfte att kunna utföra digitala hembesök har inte använts under året, däremot har ett pilotprojekt med digitala besök påbörjats från Salus Mea som kommer att pågå under våren i en hemtjänstgrupp.

Trygghetskamera (nattro) erbjuds som ett sätt att verkställa tillsyn på natten i hemtjänsten i ordinärt boende och i december hade 14 stycken dessa kameror.

Under 2025 har verksamheten fortsatt med Evondos läkemedelsrobot men också påbörjat arbetet mot en billigare variant. Roboten ökar självständigheten hos patienten, ger en säkrare medicingivning och minskar behovet av besök från hemtjänstpersonalen på fasta tider.

I november fanns det 26 läkemedelsrobotar ute i ordinära boenden, samma siffra som förra året och följsamheten med hjälp av roboten till läkemedelsordinationer var 99,8 %. Under december månad delades 2477 doser ut via läkemedelsroboten.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

*Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*

För att bedriva vård och omsorg krävs att man följer relevant lagstiftning för området som rör registrering och dokumentation enligt;

- SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.
- HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Patientdatalag (2008:355)
- Dataskyddsförordningen (GDPR)
- Förvaltningslag (2017:900)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Registrering och dokumentation av vård och omsorg är bland annat förutsättning för att kunna arbeta patientsäkert, men även för att göra systematiska förbättringsarbeten. Inom verksamhetssystemet Treserva skapar den legitimerade personalen inom hälso- och sjukvården vårdplaner med delegerade arbetsuppgifter till omsorgspersonal. Till detta knyts signeringslista samt omvårdandsrapport. Dock finns det arbetsuppgifter av mer enstaka karaktär som inte läggs på signeringslista till exempel tillfällig viktkontroll. Förvaltningen införde en uppdaterad modul för vårdplaner, Hälso-ärendet, i under våren som tydliggör flera av vårdplanens olika delar. Att identifiera behov, besluta om åtgärder och kunna följa upp dessa är viktigt. Vid genomgång av systemet och vid journalgranskning uppmärksammas att det ibland saknas dokumenterade uppföljningar eller utvärderande åtgärder då dessa dokumenteras i annat journalsystem. Överlag är det en brist att det är svårigheter att följa upp besluten då den legitimerade personalen arbetar i två helt separata system.

För utförda egenkontroller finns separata rapporter skrivna av MAS, med åtgärdsförslag som redovisas i Hypergene.

Resultatredovisning av egenkontroller utförda 2025 bifogas som bilaga 1.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.*



Vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört en vårdskada eller kunnat göra det. Det framgår av patientsäkerhetslagen (2010:659). Syftet med utredningen är att så långt som möjligt kartlägga händelseförloppet och orsakerna till det.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses enligt samma bestämmelse vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

När en händelse har inträffat som lett till vårdskada eller risk för vårdskada skrivs en avvikelserapport. Samtliga verksamheter följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker samt vidtar åtgärder. Sektionschef ansvarar för att utföra detta. Vid allvarligare händelser kontaktas MAS. Händelseanalyser genomförs av MAS, sektionschef och analysteam, som del i vårdskadeutredningar vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter.

## Lex Maria-anmälningar under året

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

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det förelegat risk för vårdskada. MAS ansvarar för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) vid allvarlig vårdskada.

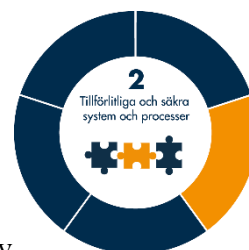
Två utredningar enligt Lex Maria har genomförts under 2025, en gällande snabbt uppkommit trycksår som ledde till sepsis och för tidig död och en gällande motor till en taklyft som föll ned med risk för vårdskada.

### Markörbaserad journalgranskning

MAS har gått utbildning i MJG- markörbaserad journalgranskning för den kommunala hemsjukvården. Detta är ett validerat sätt att skatta markörer för att i nästa steg analysera om de kan definieras som vårdskada men kräver ett analysteam för att fungera optimalt.

## 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.*



I verksamheterna finns teamträffar för att säkerställa att den enskildes behov blir granskade ur ett tvärprofessionellt perspektiv. En stående punkt på dessa teamträffar är bland annat att prata om avvikelser och dokumentation i Treserva och Cosmic.

Inom OF har man tidigare inte haft detta men man kommer införa det under 2026.

## Säker vård här och nu

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



### Riskhantering

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

Hälso- och sjukvårdspersonal ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

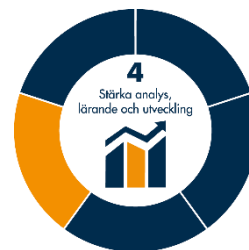
För varje sådan händelse ska hälso- och sjukvårdspersonalen uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Verksamheterna arbetar dagligen med riskbedömningar, det som brister är att riskbedömningarna inte alltid dokumenteras och återrapporteras till verksamhetschef/ledning.

Situationer uppstår snabbt då verksamheten behöver klara av att ställa om, det finns många faktorer som påverkar förutsättningarna. Det kan vara inre faktorer såsom bemanningsläget eller patienternas behov. En hög patientsäkerhet kräver anpassningar och samarbete. Sjuksköterska och omsorgspersonal behöver kommunicera och samarbeta i en högre grad för en god och säker vård. Chefer i hälso- och sjukvården har en central roll för att skapa förutsättningar för säkra arbetsätt. För att stärka samarbetet på verksamhetsnivå finns rutin för teamträffar.

När Region Kronoberg gör förändringar i sin verksamhet, ger det följd effekter i våra verksamheter inom kommunen, här saknas ofta en konsekvensanalys. Ett område som fortfarande påverkar verksamheten och individer negativt är beslutet att stänga slutenvård på rehabiliteringskliniken då individer tackar nej till dagvård men sedan förväntar sig samma åtgärder från kommunrehab.

# Stärka analys, lärande och utveckling

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



## Utvecklingsarbete

### Utbildning, fortbildning och handledning

I sjuksköterskeorganisationen finns professionsgrupper som är fastställda av länets ledningsgrupp inom demens, diabetes, dokumentation, inkontinens, nutrition, och palliativ vård som arbetar med kunskapsöverföring och verksamhetsutveckling inom respektive område. I professionsråden samarbetar man med alla övriga kommuner i länet samt regionen.

Inom hemsjukvården har alla sjuksköterskor engagerats i olika kvalitetsgrupper för att säkra upp kompetens och driva frågor inom sitt område.

För säkerställa kvalitén för studenter finns det i organisationen en huvudhandledare och ett antal handledare för studenterna.

### Utveckling inom hemsjukvården

Kvalitetsarbetet har förstärkts på flera områden till exempel inom delegeringar. Demensvården har fortsatt att utvecklas och gällande dokumentation var införandet av Hälsoärendet i Treserva ett omfattande projekt. Årets säsongsvaccinationer genomfördes effektivt i egen regi av en ny vaccinationsgrupp.

Ett betydande utvecklingsarbete gjordes inom läkemedelshantering efter narkotikasvinn som upptäckts tidigt under året. Åtgärderna ledde till att svinnet helt upphörde efter mars. Spårbara läkemedelsskåp installerades på samtliga SÄBO och rutiner för hantering och kontroll förstärktes.

På korttidsverksamheten Ljungberga har man utvecklat samarbetet med övriga verksamheter för en ökad samverkan med ökat fokus på teamarbete, för att stärka upp patientsäkerheten och samarbetet mellan professionerna.

Antal skörthetsskattningar uppgår till 447 patienter varav en klar majoritet 167 klassade som allvarlig skörhet. 382 stycken klassades som 5-7, på en 9-gradig skala. År 2024 var det 516 och år 2023 var det 178 då arbetet startade.

I öppna jämförelser 2025 finns fem nyckeltal/indikatorer som utgår från kvalitetsregistret senior alert, se tabell. Av dessa rapporterats att riskbedömningar utförs på undernäring och trycksår.

Namn på indikator/nyckeltal
Riskbedömning: Fall
Riskbedömning: Undernäring
Riskbedömning: Ohälsa i munnen
Riskbedömning: Trycksår
Riskbedömning: Blåsdysfunktion

## **KommunRehab**

Dokumentationsmodulen Hälsoärendet infördes i Treserva vilket var ett stort projekt.

Utmaningar uppstod även när hjälpmedlet Eva-Stöd drogs tillbaka nationellt, vilket lett till ett omfattande arbete med omprövningar i alla enskilda fall.

Hjälpmedelsabonnemanget (80 kr/månad) infördes, och 2 500 patienter informerades.

Upphandling av nytt journalsystemet tecknades med Myloc och implementeringen påbörjades direkt vilket kräver mycket tid och engagemang, driftsättning planeras till mars 2026.

## **Innovationspris**

Socialförvaltningen tilldelade sitt innovationspris 2025 till Kommunrehab för "Tidig upptäckt av förändrat hälsotillstånd genom automatiserad analys av trygghetslarm". Kommunrehab har utvecklat en digital lösning där kommunens robot automatiskt analyserar omsorgstagares larmfrekvens från de cirka 800 trygghetslarm som är installerade i kommunen. Genom att kombinera befintliga data med automatiserad analys skapar ett proaktivt arbetssätt som stärker kvaliteten i äldreomsorgen. Detta föranleder åtgärder i form av tidiga insatser som kan ge ökad trygghet för omsorgstagare och effektivare resursanvändning och ligger helt i linje med nya socialtjänstlagen där det förebyggande arbetet lyfts fram samt i arbetet med nära vård.

## **Larm och teknik**

Under våren uppdaterades mjukvaran för digitala nycklar, vilket löste flera tidigare problem och en ny nyckel testas inom KommunRehab.

Pilotprojektet med SOS Alarm kring automatisk avläsning av förändrade larmmönster har fortsatt under 2025.

Personal har deltagit i upphandling av nytt hjälpmedelssystem tillsammans med KommunRehab, som ska användas för både larmtillbehör och hjälpmedel.

Man fortsätter att bistå med sängbesiktningar i ordinärt boende.

## **Avvikelser**

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

Avvikelser i verksamheten skrivs och hanteras via systemet Treserva.

## **Avvikelser ställda till Hemsjukvården**

Under året har 1433 avvikelser ställts till hemsjukvården, av totalt 5726 registrerade, vilket är samma antal som föregående år.

De flesta, 918 stycken handlar om läkemedel och av dessa gäller en klar majoritet utebliven dos, 535 stycken.

Efter läkemedel kommer avvikelser gällande fall med 273 stycken.

Åtgärderna har varit: information/diskussion, rapportera vidare, samarbete/samverkan, undersöks/utreds mer och övrigt.

Antal skickade avvikelser till Region Kronoberg var 92 stycken under året och de flesta från kommunrehab handlar om brister i planeringen inför och vid hemgång.

Vi har även skickat två avvikelser till SOS alarm gällande 0 HLR (hjärt-och lungräddning.)

## Klagomål och synpunkter

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

All personal inom socialtjänsten ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från omsorgstagare, anhöriga, personal, andra intressenter inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Inkomna klagomål och synpunkter ska analyseras och åtgärder ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Under året 2025 inkom 33 synpunkter och klagomål fördelade över alla verksamheter inom förvaltningen, vilket är en minskning mot år 2024.

Klagomålen är indelade i kategorierna bemötande/kompetens, delaktighet/inflytande, synpunkter på anställda, arbetsmiljö, öppettider/tillgänglighet, service/tjänster och övrigt. De flesta klagomål kommer från anhöriga och personal med 40% i kategorin service och tjänster.

Under året har vi fått fem stycken klagomål från Patientnämnden som är en opartisk instans som finns mellan patient, region och kommun. Dessa gällde bristande omvårdnad, bemötande, medicinering, omläggning, samt läkemedelshantering vid ALS, vård i livets slut, trycksår och amputation.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

*Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.*



En stor del av hälso- och sjukvården bedrivs i det egna hemmet oavsett om det är i ordinärt boende, boende med särskild service eller särskilt boende och denna del kommer fortsatt öka. Detta ställer stora krav på kompetens, flexibilitet utifrån individuella förhållanden samtidigt som vården ska bedrivas patientsäkert.

Då vårdtiderna på sjukhus har blivit kortare, blir det allt fler patienter som skrivs ut till kommunal hälso- och sjukvård, vilket ställer krav på att kommunen ska kunna möta upp patienterna på ett patientsäkert sätt. Förskjutningen av vård gör att det finns ett behov att utöka resurserna, dvs kommunal hälso- och sjukvård behöver rekrytera ytterligare personal som har kompetens att utföra avancerad specialistvård för att utförandet ska vara patientsäkert. Även läkarstöd kommer behövas i större utsträckning framöver.

Förvaltningens hemtagningsteam har funnits för att skapa trygghet för den enskilde vid hemgång och verkställa hemtjänst i utredande syfte. Under 2026 kommer teamet att avvecklas och hemgångar kommer att tryggas upp i ordinarie hemtjänstgrupp.

Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst är samhällsviktiga verksamheter som behöver ha en beredskap för att kunna upprätthålla verksamheten vid kriser, höjd beredskap och ytterst krig. Vid en eventuell krissituation ska beredskap finnas så att ordinarie verksamhet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar tillfredsställande. Beredskap ska också finnas för att kunna möta nya målgrupper och behov som kan uppstå. Länets kommuner tillsammans med Länsstyrelsen har en arbetsgrupp under ledning av agHOSS-handläggaren där vår stabschef har ingått och där vi nu byter till att MAS ska ingå from 2026. Förvaltningen har arbetat fram en tidsplan för civilt försvar för perioden 2024–2030.

Under våren deltog ett stort antal ut beredskapsgruppen inklusive flera chefer på utbildning inom kontinuitetsplanering för sin verksamhet.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

*Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.*

### Mål för patientsäkerhetsarbetet 2026

Varje invånare i Ljungby kommun ska känna att trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individerna ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem och vi ska arbeta personcentrerat. På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvård ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

### Patientsäkerhet på strategisk nivå

Vi behöver arbeta strukturerat med patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer inom förvaltningen för att tydliggöra komplexiteten inom området, för att lyfta frågorna, samt ta fram en lokal handlingsplan vilket kan definiera fler områden att fortsätta arbeta med.

### Vårdhygien och BHK (basal hygienrutin och klädregler)

En del av patientsäkerhetsarbetet är arbetet med vårdhygieniska frågor. Vi startade i höstas med hygienombud på enheter som bedriver vård- och omsorg inom både hemtjänst, SÄBO och OF. Målet är att tillsammans med hygiensköterska från Region Kronoberg ha kontinuerliga träffar och utbildningar höst och vår för att få en regelbundenhet i dessa frågor. En engagerad ledning behövs för att uppnå målen med god vårdhygien och därför behövs utbildning för chefer. Vidare behöver vi arbeta vidare med checklistan för VEK, vårdhygienisk egenkontroll inom de områden där hälso- och sjukvård bedrivs. Detta är inlagt som internkontroll i slutet av året. I höstas genomfördes BHK-mätning med både självskattning och observationsmätning med hjälp av en QR kod. Detta kommer fortsätta med internkontroll i vår och där utmaningen är att få med all personal samt göra ännu fler observationsmätningar.

### Delegeringar

Under våren 2025 arbetades intensivt inom hemsjukvården med att förbättra förkunskapstest och utbildningen i Info-caption gällande delegeringar, samt omvärldsbevakning för att se vilka förändringar som kunde förbättra förfarandet. På grund av organisationsförändringar avstannade detta arbete. Vi ser nu att rutiner kring delegering behöver stärkas och förtydligas, ansvarsförhållanden behöver tydliggöras bland annat utifrån en utredning för kommande Lex Maria som uppdragat olika brister inom hanteringen.

### Kvalitetsregister

Genom att införa kvalitetsregister stärks det grundläggande omvårdnadsarbetet eftersom omvårdnadspersonalen får kunskap och verktyg för att kunna bedriva en mer strukturerad, kontinuerlig och kunskapsbaserad omvårdnad. Det bidrar till att dessa frågor ständigt arbetas med och blir en naturlig del av arbetssättet även för den legitimerade personalen.

Införa kvalitetsregistret BPSD där målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Införa kvalitetsregistret Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring eller ohälsa i munnen och/eller har problem med bläsdysfunktion. Senior alert har även en modul som årligen mäter vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilda boenden. Områdena hänger ihop och berör alla som möter de vi är till för inom hälso- och sjukvård.

### **Avvikelser**

Vi behöver en översyn av rutinen kring avvikelser, klargöra och förtydliga olika ansvarsroller, samt utbilda och höja kompetensen i hanterandet. Detta för att förbättra det systematiska arbetet med avvikelser, mer se det som ett lärande och ett kvalitetsarbete för att stärka patientsäkerheten.

### **Nära vård**

Omställningen till en mer nära vård är en strukturreform som berör hela hälso- och sjukvården och är en faktor som absolut påverkar den kommunala hälso- och sjukvården som är längst ut i händelsekedjan. Här kommer det gemensamma arbetet fortsätta på olika plan.

Samverkansavtalet med ambulans har fungerat bra.

Ett pilotprojekt planeras för en utökad samverkan med kommunens och regionens primärvård.

### **Aktiviteter för att uppnå mål:**

#### **Strategisk nivå**

- Ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet genom att använda det nya analysverktyget från Socialstyrelsen.
- Ta fram en Patientsäkerhetsstrategi.

#### **Vårdhygien och BHK**

- Utbildning för chefer i Vårdhygieniska frågor och ansvar.
- Sektionschefer där vård- och omsorg bedrivs ska fortsätta eller starta arbetet utifrån vårdhygiens checklista VEK, vårdhygienisk egenkontroll.

#### **Delegeringar**

- Förtydliga arbetsättet och ansvar kring delegeringar, bland annat tydliggöra sjuksköterskans, sektionschefens och omvårdnadspersonalens respektive roll.
- Förtydliga och förankra lokal rutin för delegering.
- Arbeta för att alla berörda yrkeskategorier har relevanta kunskaper inom läkemedelshantering.
- Skapa lokala rutiner gällande läkemedelshantering på SÄBO, OF och i hemtjänstens lokaler.

#### **Kvalitetsregister**

- Införa kvalitetsregistret BPSD.
- Införa kvalitetsregistret Senior alert.

#### **Avvikelser och klagomål**

- Förankra syfte med avvikelshantering och skapa arbetsätt som tydliggör det systematiska förbättringsarbetet.

- Tydliggöra ansvarsfördelningen i avvikelseprocessen.
- Säkerställa att det sker dokumentation av inkomna synpunkter och klagomål i verksamhetssystemen. Detta för att säkerställa patient och anhörigas delaktighet som en del av utvecklingsarbetet.

### Nära vård

- Fortsatt samverkan med Region Kronoberg i omställningsprogrammet till Nära vård.

### Övrigt

- Kartlägga HSLprocessen inom kommunal primärvård.
- Journalgranska utifrån metoden MJG, markörbaserad journalgranskning.

## BILAGA 1. RESULTATSREDOVISNING AV EGENKONTROLLER UTFÖRDA 2025



### Egenkontroll av läkemedelsdifferens narkotikaklassade läkemedel (februari)

Ljungby kommuns har en rutin avseende Läkemedelsdifferens för narkotika klassade läkemedel. Det är nolltolerans för läkemedelsdifferenser avseende narkotikaklassade läkemedel.

Kontrollräkning ska göras en gång/månad. Vid differens ska kontrollräkning utföras oftare.

Kontrollräkningen ska alltid införas i digital signering.

MAS utför egenkontroll för att kontrollera så att det inte finns läkemedels differenser.

Planering: Februari

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	✓ Klar	🟡 Mindre brist	Nämndsnivå

### Resultat

Mätning via antal avvikelser i Treserva är ej utförd. Däremot har vi arbetat intensivt med att minska tillgången på narkotikaklassade läkemedel samt rutinerna kring detta. Något som även påtalades vid den externa läkemedelsgenomgången i januari. Vi haft kännedom om 3 stora svinn av narkotika inom sjuksköterskeorganisationen och arbetat intensivt med att förbättra detta. Den 23 januari bestämdes en handlingsplan: - Alltid 2 ssk vid uttag, undantag nattssk,- Alltid räkna narkotika, aldrig signera ett uttag utan att räkna kvarvarande mängd - Skärpa upp så att rutinen kring att räkna varje månad görs iform av internkontroll genom att gå igenom att all narkotika är kontrollräknat i läkemedelsrummet på Ljungberga och övriga säbos läkemedelsförråd.

Vidare förseglar man internt oöppnade paket med röd tejp då de är obrutna för att underlätta räkningen.

MAS och farmaceut har skärpt upp arbetet för att minska mängden narkotikaklassade läkemedel som förvaras i läkemedelsskåp och i basförråd och uppdaterat rutinen för narkotikasvinn. Farmaceuten och läkemedelsgruppen har tillsammans med ansvarig ssk gått igenom alla läkemedelsförråd på SÄBO (ÄO) för att skärpa upp förvaring, hantering och praktiska rutiner kring detta, vilket gett resultat.

Nu förvaras mindre mängd patientbunden mängd narkotikaklassade läkemedel hos omsorgstagare och i förråden.

### Kommentar

Inväntar nya uppdatering av rutin Narkotikadifferens.

250702: Rutin Narkotikadifferens uppdaterad.

Grundläggande arbete inom sjuksköterskeorganisationen utförd, se text i resultat samt bifiler.

Mätning av mängd avvikelser via Treserva kommer utföras vid nästa internkontroll i okt.

### **Egenkontroll av läkemedelsdifferens narkotikaklassade läkemedel (oktober)**

Ljungby kommuns har en rutin avseende Läkemedelsdifferens för narkotika klassade läkemedel. Det är nolltolerans för läkemedelsdifferenser avseende narkotikaklassade läkemedel.

Kontrollräkning ska göras en gång/månad. Vid differens ska kontrollräkning utföras oftare.

Kontrollräkningen ska alltid införas i digital signering.

MAS utför egenkontroll för att kontrollera så att det inte finns läkemedels differenser.

Planering: Oktober

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	✓ Klar	⚠ Mindre brist	Nämnds nivå

### Resultat

Denna mätning visar på 234 skrivna avvikelser mot 209 föregående mätning.

Det är ingen stor skillnad i mängd mot förra mätningen som var den första, endast 25 fler.

En förklaring till ökningen av antalet kan vara att vi poängterat att avvikelser ska skrivas vid narkotikasvinn.

Vidare kan man i analysen fundera kring arbetet med avvikelser inom förvaltningen, exempelvis är flera oavslutade. En övergripande översyn kring detta arbete är påbörjat.

Från sjuksköterskeorganisationens sida har de arbetat med att minska mängden tillgänglig narkotika i omsorgstagarens läkemedelsskåp, ett arbete som fortlöper hela tiden. Sjuksköterskan ska bli utvärdera behandlingen kontinuerligt och överväga insättning i Apodos istället för att det finns tabletter bredvid dospåsarna, se föregående rapport.

Risk för narkotikasvinn kommer alltid att finnas då det är attraktiva läkemedel ur flera aspekter. Vår uppgift är att göra hanteringen så säker som möjligt, att säkerställa att omsorgstagaren får sina ordinerade läkemedel, samt att medvetet arbeta för att försvåra systematiska svinn av narkotikaklassade läkemedel.

### Kommentar

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.

### **Förekomst av undernäring (april)**

Mätning av dygnsfasta ska göras två gånger om året, april och oktober. Mätning av nattfasta görs under fem dagar av omvårdnadspersonal. Resultatet sammanställs av sektionschef som tillsammans med omvårdnadspersonal och sjuksköterska beslutar om eventuella åtgärder för att minska dygnsfasta. Vid fasta som överstiger 11 timmar ska sjuksköterska skapa vårdplan för nutrition som ska följas och åtgärder utvärderas.

Planering: April

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	✓ Klar	⚠ Mindre brist	Förvaltningsnivå

### Resultat

Inom ÄO har alla rapporterat förutom Haraberget som inte kunde få fram mätbara resultat, trots att de försökte två gånger, med utförlig informationsinsats däremellan.

Ljungberga har ett bättre resultat denna gång än tidigare.

Sammantaget ser man att majoritet av de boende har nattfasta minder än 11 h, vilket är glädjande. Där nattfastan är över 11 h har man vidtagit åtgärder i form av samarbete med sjuksköterskan, skrivit handlingsplaner, samt pratat om betydelsen av att minska nattfastan på APT.

Däremot är svarsfrekvensen betydligt sämre inom OF denna gång än förra. Inget boende inom OF har slutfört mätningen och endast 3 st av 15 st som uppger att de har påbörjat.

### Kommentar

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.

### Åtgärd

TF verksamhetschef inom OF tar upp deras låga engagemang på nästa APT.

### **Förekomst av undernäring (september)**

Mätning av dygnsfasta ska göras två gånger om året, april och september. Mätning av nattfasta görs under fem dagar av omvårdnadspersonal. Resultatet sammanställs av sektionschef som tillsammans med omvårdnadspersonal och sjuksköterska beslutar om eventuella åtgärder för att minska dygnsfasta.

Planering: September

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	✔ Klar	⦿ Mindre brist	Förvaltningsnivå

### Resultat

Alla enheter inom både OF och ÄO, förutom ett SÄBO inom ÄO, har utfört mätningen.

### Kommentar

Sammantaget ser man att majoritet av de boende har nattfasta minder än 11 h, vilket är glädjande. Där nattfastan är över 11 h har man vidtagit åtgärder i form av samarbete med sjuksköterskan, skrivit handlingsplaner, samt pratat om betydelsen av att minska nattfastan på APT.

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.

### **Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (oktober)**

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner.

Planering: Oktober

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	✔ Klar	⦿ Mindre brist	Förvaltningsnivå

### Resultat

Totalt inkom 424 svar, varav 114 observationsmätningar och 310 självskattningar och de flesta som svarade var undersköterskor.

Följsamhet till basala hygienrutiner visar att 98% använder handsprit efter omsorgsarbete, 92% före. 79% använder handsprit precis före handskar och 88% efter.

95% byter handskar mellan arbetsmoment.  
88% använder engångsplastförkläde vid kroppsnära arbete.

#### Klädregler

Följsamheten till klädreglerna visar att 99% har korrekt arbetskläder samt uppsatt hår eller skägg, 98% har korta naglar fria från olika typer av lack och 96% har underarmar fria från klockor och smycken.

#### Kommentar

Fantastiskt att så många, 424 svar, har klarat scanna QR koden och svarat på enkäten. Det betyder att väldigt många som arbetar dagligen med hälso- och sjukvård i nära omsorgsarbete har funderat över vad korrekta hygienrutiner och klädregler innebär.

Generellt visar resultaten att man är bra på:

- att använda handsprit efter omsorgsmoment

- följsamhet till klädreglerna

att man är mindre bra på:

- använda handsprit precis före handskar, 79%

- använda engångsplastförkläde vid kroppsnära arbete, 88%

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.

#### Trycksår

Syfte: Minska risken för trycksår/skada samt skapa en överblick om omfattning av detta inom äldreomsorgen och inom omsorgen om funktionshindrade. Trycksår är något som kan uppstå trots omvårdnad, men som också kan förebyggas med rätt åtgärder. En uppkommen tryckskada ger individen smärta, ökat omvårdnadsbehov, och kan leda till svårläkta sår och stort lidande, samt är en ökad kostnad för förvaltningen. Trycksår är också en indikator som är direkt korrelerad till graden av omvårdnad och därför en intressant faktor att följa.

Planering: November

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	 Klar	 Mindre brist	Förvaltningsnivå

#### Resultat

Resultaten är hämtade från kvalitetsregistret RiksSår och är första gången som de presenteras. I Ljungby kommun är man bra på att ställa diagnos på svårläkta sår samt bättre än genomsnittet på smärtlindring. Dock saknas generellt dokumentation av sekundär profylax.

Vid en summering av blå, gul och röd färg från cirkeldiagrammen blir siffrorna för SÄBO 53% hos Ljungby kommun och 65% för andra kommunala enheter.

För Ordinärt boende blir siffrorna 51% och 65 % för andra kommunala enheter.

Så här ligger Ljungby kommun bättre till.

#### Kommentar

Intressant att kunna följa siffror framöver då detta var första gången vi hämtade uppgifter till rapporten. Det trycksårspreventiva arbetet som är startat på tre SÄBO som pilotprojekt med bedömning enligt MNA instrumentet kommer fortsatt förbättra vården.

Införandet av Senior Alert under år 2026 kommer också göra att man arbetar systematiskt och strukturerat med det trycksårsförebyggande arbetet.

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.

### **Avtalsuppföljning av fördjupad läkemedelsgenomgång i team**

Säker läkemedelsanvändning förutsätter att patient och vårdgivare vet vilka läkemedel som är ordinerade och att dessa är ändamålsenliga. Att gå igenom och uppdatera av läkemedelslistan brukar benämnas "enkel läkemedelsgenomgång", vilket enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 ska erbjudas alla patienter som är 75 år eller äldre och är ordinerade minst 5 läkemedel, i samband med läkarbesök, inskrivning på sjukhus, i kommunal hemsjukvård mm. Vid upptäckt av eller misstankar om läkemedelsrelaterade problem, bör en enkel läkemedelsgenomgång följas av en "fördjupad läkemedelsgenomgång". I Region Kronoberg har dessa fördjupade läkemedelsgenomgångar sedan längre tid ofta gjorts i "teammodell" i kommunal hemsjukvård, i form av multidisciplinär rond utan patient närvarande.

Egenkontrollen utförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som undersöker om planerade fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts.

Planering: Juli

Ansvarig	Status	Bedömning	Initierad av
Jeppsson Råsbrant Lena	 Klar	 Mindre brist	Förvaltningsnivå

#### Resultat

Fördjupade läkemedelsgenomgångar är utfört framförallt på SÄBO (ÄO) men endast på ett ställe, i Lidhult/ Björkäng, då det gäller i ordinärt boende. Antlet var 42 st inom SÄBO och 6 st inom ordbo. Även vårt nyaste SÄBO Haraberget har utfört detta.

2 st boende har inte utfört det alls, detta pga sjuksköterska inom hemsjukvården avbokad.

#### Kommentar

Samtal med ssk från de två boende som inte haft någon kontroll, i det ena fallet kom datumet med för kort varsel så prover mm ej hanns med, i det andra fallet mer otydlig anledning, notera att detta boende avbokade även kontrollen i höstas. Jag poängterade till båda ssk att verkligen göra detta till hösten då det är aktuellt igen. Rekommenderar att göra en lista tidigt med tänkbara patienter så man är förberedd.

Samtal med vår farmaceut som kommer kontakta Läkemiddelsenheten, vi önskar få datumen direkt då de sänds till VC. Hon kan då även bevaka och uppmuntra till att det verkligen görs. Vi får ev revidera Rutinen kring detta samt belysa frågan på APT så detta uppmärksammas och att vi poängterar nyttan med det. Hon har något bra exempel på där detta verkligen hjälpt patienten. Samtalar även om behovet inom ordinärt boende. Jag kommer även informera sektionschef.

Det har upprättats en rapport som är publicerad i socialnämndens internkontrollplan 2025.