



Sunne  
kommun

Rapport

# Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård 2025



Diarienummer	KS/2026:3
Beslutad av	
Reviderad av	
Dokumentansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

## Innehåll

<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
Avvikelser .....	4
Vaccinationer .....	5
Dokumentation .....	5
Hygien .....	5
Bemanning .....	6
Krisberedskap .....	7
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>7</b>
Övergripande mål och strategier .....	8
Organisation och ansvar .....	11
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	12
Dokumentationssäkerhet .....	13
<b>En god säkerhetskultur .....</b>	<b>14</b>
Analys .....	15
Rekommendation .....	15
<b>Adekvat kunskap och kompetens .....</b>	<b>16</b>
<b>Patienten som medskapare .....</b>	<b>16</b>
<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>17</b>
<b>Öka kunskap om inträffade vårdskador .....</b>	<b>19</b>
Har vården varit säker .....	19
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer .....</b>	<b>20</b>
<b>Säker vård här och nu .....</b>	<b>20</b>
Är vården säker idag .....	20
Riskhantering .....	20
<b>Stärka analys, lärande och utveckling .....</b>	<b>21</b>
Avvikelser .....	22
Klagomål och synpunkter .....	22
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap .....</b>	<b>22</b>
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>23</b>
<b>Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet .....</b>	<b>24</b>

## Inledning

Skrivande medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) har endast arbetat i kommunen sista månaden av året 2025. Patientsäkerhetsberättelsen blir därför utifrån de förutsättningarna. Kommunen saknar fastställd handlingsplan gällande patientsäkerhet, det är den handlingsplanen som följs upp av den årliga patientsäkerhetsberättelsen, genom att handlingsplanen saknas är det svårt att följa upp på ett strukturerat sätt.

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

## Avvikelse

Sunne kommun införde ett nytt avvikelssystem under 2023. Införandet hade vissa problem och ett omtag för att få mer struktur har gjorts ett par gånger. När undertecknad tillträdde uppmärksammades att kommunen har över 1100 avvikelser som inte är hanterade eller slutförda. En avvikelse skall hanteras inom 14 dagar och slutföras inom 3 månader.

Genom att kommunen inte har hanterat avvikelser i rimlig tid så har vi heller inte arbetat med avvikelseprocessen. Det leder till att vi missar möjligheten till det lärande som en avvikelse ger, samt att arbeta med förbättringar för att minimera risker att avvikelsen händer igen. MAS har identifierat brister/risker med nuvarande rutiner där det finns en otydlig ansvarsfördelning mellan legitimerad personal och enhetschefer.

Dessa avvikelser har i nuläget resulterat i Lex Maria anmälningar till IVO. En anmälan är ett år gammal då den först nu omhändertogs i början på 2026.



Enligt nuvarande rutin skall legitimerad personal sköta HSL-avvikelser medan ansvarig enhetschef har en otydligare roll. Detta kan vara en stor anledning till att det finns ett så stort antal ohanterade avvikelser som nu kräver omedelbara åtgärder. Åtgärder som påbörjades i närtid när jag fick tillgång till systemet. Rutiner kommer under 2026 att uppdateras för att inte detta skall upprepas. I granskningen av det systematiska kvalitetsarbetet i äldreomsorgen av revisionsbyrån Azets Revision & Rådgivning, påtalas även där att kommunen enbart delvis har säkerställt detta.

### **Vaccinationer**

Under hösten genomfördes vaccinationer, där kommunen har samarbetat med regionen på ett föredömligt sätt. Vaccinationer som givits under hösten är säsongsbunden influensa, covid och pneumokockvaccin. Regionen har hållit i möte varje vecka där kommunens MAS:ar har fått information om vaccinet och möjlighet att ställa frågor. Kommunens sjuksköterskor har innan vaccineringen genomfört regionens digitala utbildning för att få aktuell kunskap om vaccinet och efter avslutad kurs har ett kunskapstest genomförts.

### **Dokumentation**

Vi har under året försökt att förfina dokumentationen bland annat kring hälsoplaner, brytpunktssamtal och läkarkontakter, detta med anledning av IVO:s kritik efter tillsyn på särskilda boenden för äldre. Dokumentationshandledning har erbjudits i grupp, individuellt och med ”drop in tillfällen”. Fokus har bland annat varit på att i större utsträckning upprätta hälsoplaner, uppföljningar och att skapa samsyn i dokumentationssätt. I flera avvikelser ser vi att bristande dokumentation är vanligt.

### **Hygien**

Hygienronder har genomförts och följts upp. Hygienuppföljningen registreras digitalt.

Efter ett målinriktat och strukturerat arbete så tilldelas rehabilitering och hjälpmedelsverksamheten smittskydds hygienpris 2025, med följande motivering:

”Rehabilitering och hjälpmedelsverksamheten i kommunen har präglats av ett aktivt hygienarbete där det finns ett stort engagemang både hos medarbetare och ledning.

Personalen har tillsammans med kommunens MAS gjort ett förbättringsarbete som bidragit till en god hygienisk standard där lokaler, utrustning och verksamhet utformats så att risken för infektioner och smittspridning minimerats. All personal på enheten har varit involverade i framtagande och införande av nya rutiner. Checklistor har utarbetats för att säkerställa följsamheten till rutinerna. Personalgruppen har utbildats i basala hygienrutiner genom utbildningsmaterial från Kompetenscentrum i Karlstad.

Ett lokalbyte inledde förbättringsarbetet vilket innebar inköp av rätt utrustning och införande av nya rutiner för rena och orena flöden av hjälpmedel. Inarbetade rutiner finns nu för bland annat rengöring, förvaring, transport och inlämning av hjälpmedel. Förbättringsarbetet har

även medfört ökat samarbete med andra verksamheter inom kommunen, där ett exempel är rengöring av droppställningar.

Samtliga hygienombud, hygienansvariga sjuksköterskor, chefer och MAS arbetar tillsammans med gemensamma mål för hygienarbetet i kommunen. För att tydliggöra detta har ett årshjul för vårdhygieniskt arbete implementerats. Medarbetare beskriver hur kulturen i arbetsgruppen ändrats på ett positivt sätt genom att alla arbetar mot samma mål och förstår vikten av att följa hygienrutiner.”

### **Bemanning**

För sjuksköterskor är det i nuläget en vakant tjänst från april, annonsering pågår men på rehabiliteringen är vi fullbemannade.

Primärvårdspersonalen har genomfört följande kompetensutveckling under 2025:

- Utbildning i förflyttningsteknik för instruktör (1 leg)
- 24 timmars positionering (1 at)
- Hjälpmedelskunskap, kontinuerligt (all rehabpersonal)
- Kognitiva sjukdomar – demens (minnesmott)
- SBAR (50 baspersonal)
- Förflytningsutbildning
- HLR
- Sårvård
- BPSD
- Psykiatrisk omvårdnad (18 leg)
- Handledarutbildning 7,5hp (1 Dsk)
- Journalföring (all leg)

### **Målnivåer för kommunal primärvård**

- 50% av de anställda sjuksköterskorna skall ha en specialistutbildning
- Handledarutbildning
- Specialistnivå på arbetsterapeuter
- Specialistnivå på sjukgymnaster uppnått

## Krisberedskap

Under 2025 genomförde vi kvalitetsuppföljning av vår läkemedelshantering. Apoteket, enhetschef primärvård deltog samt MAS. Inspektionen skedde på Frykängen, Salla, Selmagården SÄBO och Östra Ämtervik.

Vid uppföljningen framkom att vi behövde förtydliga rutiner gällande arbetssätt i våra läkemedelsrum samt en sammanfattande rutin gällande hela läkemedelskedjan från att läkemedlet hämtas på apotek tills läkemedlet kommer till vårdtagare. Rutinen slutfördes och skall implementeras i verksamheterna i början av 2026.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning med en tydlig styrning av den kommunala hälso- och sjukvården på alla nivåer. Patientsäkerhet skall vara en röd tråd genom hela ledningsstrukturen men en tydlig målbild och strukturerade processer för att arbeta med patientsäkerhet. Den röda tråden gällande patientsäkerhetsarbete är ett förbättringsområde som behöver arbetas med på alla nivåer i vård och omsorgen.

Det saknas ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet i kommunen, ett tydligt ledningssystem är väsentligt för att säkerställa att det finns förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheterna.



Rutiner finns för närvarande i ARRKIVET, där rutiner och riktlinjer skall samlas, personalen skall använda sig av detta för att finna rutiner. Granskningen visar att personalen inte alltid känner till eller använder sig av ARRKIVET. Utan använder andra lösningar. Den bilden delar MAS, det är svårt att finna aktuella rutiner, finns inget system för att få signaler om att en rutin gått ut. I ARRKIVET finns idag många inaktuella rutiner. Kommunen saknar en enhetlig mall för vilken struktur en styrande rutin ska ha. Det saknas en fastställd rutin för var legitimerad personal skall söka sin medicinska kunskap.

## Övergripande mål och strategier<sup>1</sup>

Kommunen följer följande parametrar:

### Hygienmätning

BHK Rapport - Kvartal 4 2025		
Antal registreringar senaste kvartalet:	145	
Antal registreringar totalt i år:	0	
Antal registreringar senaste 12 månaderna	502	
Antal registreringar totalt:	519	
<hr/>		
Statistik	Aktuellt kvartal	Totalt
BHK utan anmärkning	76,6%	73,2%
Handdesinfektion före	89,0%	88,4%
Handdesinfektion efter	95,6%	95,1%
Handskar	97,1%	97,1%
Förkläde/rock	90,2%	89,8%
Arbetsdräkt	97,2%	97,3%
Smycken/Bandage	91,7%	92,3%
Naglar	97,9%	98,1%
Hår	99,3%	99,2%

<sup>1</sup> PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

### **Säker läkemedelshantering**

I kommunen hade vi totalt 164 143 läkemedelsinsatser varav 589 där narkotika överlämnades.

Vi följer statistik på att läkemedel lämnas i rätt tid i kommunen och där finns det en variation på 97,3%- 66%. Vi har totalt 379 läkemedelsavvikelser, men här finns det ett mörkertal då vi har ett stort antal avvikelser i kommunen som inte är hanterade enligt rutin.

Med läkemedelsavvikelser menas här alla typer av fel i läkemedelshantering oavsett vilken personalkategori som varit inblandad eller om patienten själv är delaktig i felet. Detta kvartal är antalet registrerade läkemedelsavvikelser något fler än tidigare kvartal.

Vanligaste läkemedelsavvikelsen är, precis som i föregående kvartal, "Bortglömt", dvs att man först vid nästa dostillfälle upptäcker att föregående dos inte är given/tagen.

### **Undvika fall**

Enligt Socialstyrelsen är följande faktorer avgörande för risken att drabbas av en fallskada:

- Nedsatt balans och muskelstyrka
- Användning av läkemedel som påverkar uppmärksamhet, sömn och blodtryck
- Demens, nedsatt kognition
- Nedsatt syn, fel glasögon
- Tidigare fallhändelser och rädsla för att falla
- Dålig belysning, hala golv, olämpliga skor, olämpligt placerade möbler och mattor.

I kommunen fanns det 2025 totalt 1248 registrerade fallavvikelser. Det är en hög siffra och vi behöver arbeta mer förebyggande, gällande fall.

Ett fall är alltid ett enormt lidande för en person men även väldigt kostsamt för kommunen och övriga samhället. Som granskningen anger saknas det rutin på hur vi skall arbeta med riskanalyser och hur det skall dokumenteras. Teamkonferens är ett arbetssätt som har används för att arbeta förebyggande med fall. Skrivande MAS kan inte ange i hur ofta det arbetssättet har använts, men med den höga andelen med fallavvikelser behöver vi säkerhetsställa att vi arbetar mer förebyggande. Ett arbete kommer att påbörjas gällande fall.

### **MTP (medicinteknisk produkt)**

Fjärde kvartalet har 10 st avvikelser gällande medicintekniska produkter rapporterats. En av dessa var allvarlig och skickades till MAS. Det framkom att det utvecklats rök från en elkontakt där kommunens medicintekniska produkt var jordad och vårdtagaren bara hade ojordade

eluttag. För dessa händelser saknas det en rutin, vilket MAS har påtalat i central ledningsgrupp och informerat om att en rutin behöver tas fram.

Traditionellt sett så har det varit främst angeläget att rapportera fall och läkemedelsavvikelser, men det är av stor vikt att vi även analyserar övriga HSL-avvikelser såsom exempelvis brister i handhavandet av medicintekniska produkter.

### **Rätt HSL-insats i tid – felaktig/utebliven HSL-insats**

De avvikelser som rapporterats beror ofta på bristande planering eller omplanering. Inom hemtjänsten så har det även berört HSL-uppdrag som ej blivit utförda. I kommunen sker många omplaneringar med anledning av personalbrist.

### **Förebygga trycksår**

Trycksår skapar ett oerhört lidande för berörd vårdtagare och stora ekonomiska kostnader för både kommun och region. I kommunen arbetar vi för att identifiera vårdtagare som har risk för trycksår och snabbt sätta in förebyggande åtgärder. Endast 1 trycksår finns rapporterat som en avvikelse under 2025. Är det så att vi underrapporterar trycksår? Detta är något som vi behöver analysera och utreda under 2026.

### **Palliativa registret – munhälsobedömning**

#### **Haltmätningen**

Risikfaktorer i kommunen jämfört med riket:

	Sunne	Riket
Urinkateter	9,3%	10,1%
Kärlkateter	0	0,3%
Trycksår	3,7%	4,7%
Andra sår	16%	10,3%
Kir.ingrepp	2,5%	2%

MCSS Hemsjukvården läkemedel i rätt tid: 66%-97,3%

SÄBO: 71%-93,3%

Stöd boende: 62,3–98,5%

LSS: 73%-99,5%

Här behöver ett arbete påbörjas för att utreda anledningen till att vårdtagare inte får sina läkemedel i tid. Vi behöver också analysera varför det skiljer sig så åt i kommunen. Enhetscheferna har därför nu fått en ökad behörighet gällande MCSS för att kunna följa sin grupp och arbeta tillsammans med personalen med förbättringar.

### **Hälsoplaner**

Redan 2023 påbörjades arbetet med att säkerhetsställa att hälsoplaner finns. Från 2025 har vi ökat granskningen och av 50 granskade journaler i december fanns 44 hälsoplaner.

## **Organisation och ansvar<sup>2</sup>**

### **Vårdgivarens ansvar**

Vårdgivaren, kommunstyrelsen i Sunne kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategi för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

### **Verksamhetschefs ansvar**

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser vård av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att styra, följa upp och utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

### **Enhetschefs ansvar**

Enhetschefer ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso- och sjukvård.

Enhetschefer ansvarar också för att rutiner följs, avvikelser rapporteras samt att åtgärder initieras i samverkan med övriga yrkesfunktioner som till exempel sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### **MAS ansvar**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande. MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på patientsäker vård.

---

<sup>2</sup> PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vårdgivaren ansvarar för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas senast den 1 mars varje år. I Sunne kommun har MAS ansvar för att upprätta denna berättelse.

### **Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar**

Legitimerad personal (samt delegerad baspersonal) ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera till vårdgivaren risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är således fördelat mellan vårdgivaren, verksamhetschef, enhetschefer, hälso-och sjukvårdspersonal och MAS.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador<sup>3</sup>**

Samverkan i syfte att förebygga vårdskador sker inom följande områden:

- Länsgemensam överenskommelse gällande samverkan mellan region Värmland och Sunne kommun finns upprättad.
- Detta avtal reglerar hur vi ska samverka bland annat med gemensamma träffar och läkartillsyn med vårdcentralen i Sunne.
- Dessutom genomförs regelbundna avstämningar med samordningssjuksköterskan på vårdcentralen gällande patienter som ligger på länets sjukhus och planeras hem
- Lokal överenskommelse gällande samverkan med Minnesmottagningen är också upprättad.
- Detta avtal har sitt ursprung ur överenskommelsen ovan men gäller dock endast Minnesmottagningens verksamhet för personer med kognitiv svikt.
- Träffar med representanter från Torsby sjukhus och vårdcentralerna och kommunerna i norra Värmland s.k. NÄSAM-träffar
- Samverkansmöten med öppenvård psykiatri i norra Värmland
- Nätverk för samverkan mellan länets MAS:ar och Läkemedelscentrum på regionen
- Länsövergripande nätverk för länets MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland med representation från Värmlands kommuner och Region Värmland

---

<sup>3</sup> SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

- Nätverk för samverkan med Smittskydd Värmland. Samtliga kommuner i Värmland deltar med utsedda sjuksköterskor och MAS
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD och SveDem
- Lokal samverkan enligt länsgemensam överenskommelse gällande samverkan med ambulanssjukvården och kommunal primärvård
- Lokal samverkan med Apotek i Sunne
- Ett nytt samverkansforum har växt fram där enhetschefer för HSL-personal i de 4 kommunerna i norr (SuToHaMu) tidigare träffades, bjöds under 2024 även MAS:arna in i respektive kommun.

### **Sekretesshinder mellan olika lagrum**

Av tradition och okunskap, om möjligheterna i gällande lagstiftning, är det väldigt strängt uppdelad sekretess mellan lagrummen SoL och HSL i kommunen. Då våra vårdtagare oftast har både SoL- och HSL-insatser och varje människa är en helhet så ser jag att vi behöver använda de förutsättningar som finns för att dela viktig och relevant information inom kommunen. Syftet är att skapa förutsättningar för att ge god omvårdnad. Vet inte vårdpersonal vad vårdtagaren sammantaget har för sjukdomar så ser jag svårigheter med att ge den specifika omvårdnaden vårdtagaren har behov av. Det finns inga hinder för att dela dokumentation genom att ansluta kommunen enligt lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD), eller för att dela information genom att använda den sekretessbrytande reglering som finns i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400), (OSL). Exempelvis kan sekretessen brytas genom att vårdtagaren ger sitt samtycke till detta. Arbete med underlättande för informationsdelning behöver påbörjas skyndsamt under 2026.

MAS har därför upprättat och lämnat in ett förslag på en samtyckesblankett som kan användas inom Sunne kommun.

### **Dokumentationssäkerhet<sup>4</sup>**

Patientsäkerheten ska säkerställas med hjälp av de uppgifter som finns dokumenterade, därför är det av yttersta vikt att all dokumentation är kvalitetssäkrad. Med anledning av detta gör MAS en granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring i LifeCare, i samband med att avvikelser skrivits samt vid rutinmässiga loggkontroller. Granskningen har identifierat detta som ett förbättringsområde eftersom vi ser att vi saknar dokumentation.

---

<sup>4</sup> HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Rutiner finns för att systematiska stickprovskontroller av Life Care, Cosmic Link, nationell patientöversikt (NPÖ) och MCSS ska utföras 1ggr/månaden. Resultat av kontrollerna delges alltid, förutom användaren själv, ansvarig enhetschef som ansvarar för att vidta åtgärder vid misstänkta överträdelser. Årliga internrevisioner genomförs gällande innehållet i HSA.

Det har upprättades en ny tillitsdeklaration för HSA enligt de föreskrifter Inera har.

Inom detta område kommer det framöver ytterligare åtgärder för att säkerställa dokumentationssäkerheten ju mer våra olika verksamhetssystem interagerar med varandra. Viljeriktningen är att patienten ska kunna ta del av information om sin egen hälsostatus på en och samma plattform oavsett vårdgivare, detta ställer krav på oss som då blir producenter av vårt innehåll i våra system till andra plattformar. Just nu omvärldsbevakas detta och avlyssning sker vad detta kommer innebära för Sunne kommun och våra patienter. Vi har via avvikelser identifierat att vi behöver arbeta mer med vårt journalsystem Life Care, där vi ser att det finns ett utbildningsbehov, det är inte alltid helt tydligt vad som skall skrivas var.

## En god säkerhetskultur

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

MAS har sedan 2025-11-28 arbetat i Sunne kommun och noterade direkt, när jag fick tillgång och inloggning avvikelssystemet i Life Care, att det var orimligt många HSL-avvikelser. Det är helt orimligt och direkt patientsäkert att ha så många ohanterade avvikelser.

Genom att avvikelser inte är hanterade enligt rutin, där avvikelser skall hanteras inom 14 dagar och slutföras inom 3 månader, kan vi inte säkra vår process gällande avvikelser. Detta påpekar även revisionen att vi endast delvis uppfyller kraven på hur vi arbetar uppföljande och lärande av en avvikelse.

MAS ser att processen behöver ha följande struktur:

- Medarbetare har varit med om en situation som inte följde rutin och gör då en avvikelse i systemet.
- Avvikelsen kommer till närmaste chef som startar en utredning, kan vid behov koppla på en medutredare med sakkunskap.
- Händelsen utreds och kommer till beslut/ åtgärder och avslutas.
- Avvikelsen följs upp med berörda/informerar vårdtagare och anhörig.
- Återkoppling om avvikelsen på APT, samt lyfter i ledningsgrupp om fler enheter kan lära sig av händelsen.



- Skapa rutiner samt arbetssätt som skapar förutsättningar för att liknade händelser inte upprepas.

### **Analys**

Ett stort antal ohanterade avvikelser innebär att verksamheten saknar förutsättningar att:

- Identifiera och analysera risker.
- Vidta förebyggande åtgärder.
- Följa upp om vidtagna åtgärder har haft avsedd effekt.
- Medarbetare får information om inträffade avvikelser.
- Den statistik som redovisas till utskottet blir inte korrekt då det fattas ca 1000 avvikelser som inte är hanterade.
- Rutinen skapar en otydlighet mellan enhetschefen som har det övergripande ansvaret för enheten, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.
- Enhetschefen saknar förutsättningar att utreda HSL-avvikelser då hen inte har behörighet till journalsystemet.

Den samlade bilden tyder på att problemet inte enbart rör enskilda avvikelser utan är ett problem på systemnivå med exempelvis:

- Otydligt ansvar för utredning och uppföljning.
- Bristande förutsättningar för chefer och legitimerad personal att fullgöra sitt ansvar.
- Otillräcklig uppföljning och återkoppling i ledningssystemet.

Det tycks bara vara MAS som får det totala antalet ohanterade avvikelser. Detta är nu åtgärdat så närmaste chef får samma information som MAS. Sammantaget innebär dagsläget att avvikelshantering i inte fungerar som ett verktyg för lärande och förbättring.

### **Rekommendation**

- Situationen kräver omedelbara åtgärder på ledningsnivå. Jag anser att detta skall tydligt kommuniceras i ledningsgrupp med berörda chefer. En plan bör utarbetas hur detta skall åtgärdas och följa en tydlig tidsplan. MAS ska finnas med som stöd och följa upp att åtgärderna har önskad effekt.
- Det blir inte patientsäkert eller ändamålsenligt att enbart försöka att "beta av" befintliga avvikelser utan en samtidig systemförändring.
- Prioritering behöver ske utifrån risk för vårdskada.

- Under 2026 behöver förutsättningar för dialog runt avvikelser och uppföljning skapas. Vi måste ha en kultur där dessa frågor arbetas med dagligen. Gröna korset kan vara ett verktyg att utvärdera dagens arbete på och följa upp risker som vi har upptäckt under dagen.

## 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.

I syfte att kvalitetssäkra kompetensen på personal som delegerats överlämnade av läkemedel har vi reviderat upplägget för den praktiska delen av delegeringsutbildningen. Vi särskiljer nu mer medarbetare som ska arbeta inom särskilt boende och hemtjänst då arbetsättet ser olika ut för dem.



Vi har även lagt till arbetsmoment som benäddning till en delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift utifrån tidigare utredningar av inkomna avvikelser som sett att brister i detta utförande har lett till svåra vårdskador för våra patienter. Dessutom har utbildningsinsatser skett inom området: inkontinens, förflyttning och basala hygienrutiner och klädregler, BHK. Äldreomsorgslyftet erbjuds till medarbetare.

## 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 som ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.<sup>5</sup>

Ge exempel på **hur** patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

<sup>5</sup> PSL 2010:659 3 kap. 4 §

## Agera för säker vård<sup>6</sup>

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Revisionen påtalar att kommunen endast delvis uppfyller kraven på att vi har ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroller. MAS delar den uppfattningen.

- Hygienmätning
- Halt
- Trycksårsmätning
- Skörhetsbedömning

Vi behöver förbättra uppföljning och skapa tydliga mål. Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Detta behöver utvecklas i kommunen i enlighet vad revisionen beskriver.



---

<sup>6</sup> SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

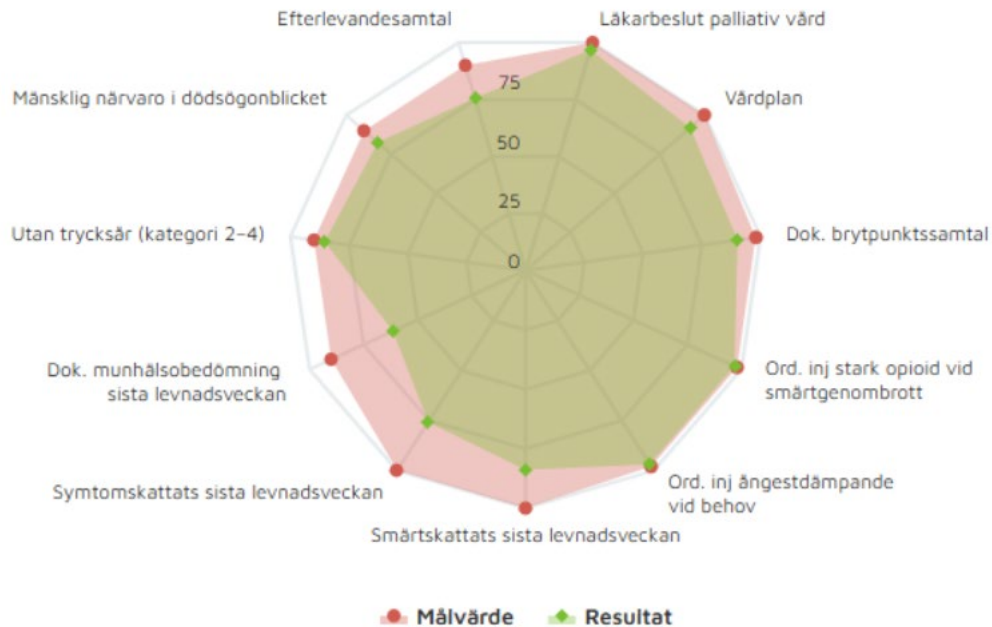
## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	96,8
Vårdplan	100,0	91,9
Dok. brytpunktssamtal	98,0	90,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	83,9
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	75,8
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	61,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	82,3
Efterlevandesamtal	90,0	75,8

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



D

### Öka kunskap om inträffade vårdskador<sup>7</sup>

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.

### Har vården varit säker

Jag har arbetat en kort tid i kommunen och ser att vår process runt avvikelser behöver stärkas och förtydligas.



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

## 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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Det är ett utvecklingsområde i kommunen. Vi behöver arbeta med processer i kommunen.

Ett utvecklingsområde är tydliga, lättillgängliga rutiner där vi arbetar systematiskt och enhetligt. Rutinerna skall stödja hela vårdkedjan.



## Säker vård här och nu

Hälsa- 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.

### Är vården säker idag

Vi har vissa delar på plats men vi behöver säkra att enhetliga rutiner finns, de skall vara kända, kvalitetssäkrade och förankrade i verksamheten. Det skall vara lätt att göra rätt!



### Riskhantering<sup>8</sup>

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. Av de avvikelser MAS har tittat på är det flera som kan hända igen, naturligtvis hade detta kunnat förebyggas om inte avvikelse skulden funnits, då hade vi kunnat upptäcka och arbeta med förbättringar.

Den samlade analysen är att vi inte arbetar på ett önskvärt sätt, då vi har ett väldigt stort antal ohanterade avvikelser i vårt avvikelssystem. Genom att de inte är hanterade är det svårt att följa upp dessa strukturerat. Enskilda avvikelser följs upp på APT. Önskat läge är att avvikelser följs upp strukturerat både i den övergripande ledningsgruppen, lokal ledningsgrupp och på enhetens APT för att säkra ett brett lärande inom hela kommunen. Riskanalys görs på vårdtagare där det finns behov. Införande av Gröna korset skulle ha effekt på

<sup>8</sup> SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

patientsäkerheten. Positivt är att medarbetarna är duktiga på att skriva avvikelser vilket är starten i patientsäkerhet.

## 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.



### Identifierade förbättringsområden i Sunne kommun är att:

- Öka kunskapen om lex Maria, lex Sara.
- Rutiner är uppdaterade och lätt att finna.
- Upprätta nödvändiga rutiner som saknas.
- Skapa mallar för hur en rutin skall formuleras.
- Kommunen behöver avveckla "ARRKIVET" och istället köpa ett ledningssystem som uppfyller kraven på ett ledningssystem och ett system för rutiner.
- Ledningssystemet ska vara informationssäkert utifrån: Konfidentialitet genom att endast behöriga personer har tillgång till informationen, Riktighet genom att information är korrekt, tillförlitlig och inte obehörigt ändrad, Tillgänglighet genom att information och system finns tillgängliga för rätt personer i rätt tid.
- Ledningssystemet ska också vara användarvänligt, sökvänligt och det skall finnas kontrollfunktioner där systemet larmar om när en rutin behöver uppdateras.
- Det bör vara tydligt uttalat vart vi söker medicinsk kunskap
- Vid ledningsgrupper finns patientsäkerheten med i alla frågor, som på ett strukturerat och ett lärande i alla led.
- Journalgranskningen behöver ökas för att identifiera förbättringsområden.
- Arbeta med kvalitet som följs upp mot tydliga kvalitetsmål.

### Avvikelser<sup>9</sup>

Det rapporteras många avvikelser i kommunen vilket är mycket positivt, problemet är att de inte hanteras i rimlig tid och därför inte kan följas upp strukturerat på APT.

Vi följer inte följande lagar fullt ut:

- HSL 2017:30 kap 5 och kap 3 Vården skall vara säker, av god kvalitet och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Samt PSL 2010 kap 1–3.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 Regler hur ledningssystem skall fungera med krav på rutiner att rapportera avvikelser (Detta finns i Sunne) Utreda orsaker, vilket görs men inte i rimlig tid, vidta åtgärder, inte i rimlig tid.
- Följa upp och förbättra vilket jag inte finner en dokumenterad strukturerad process för.

### Klagomål och synpunkter<sup>10</sup>

Under 2025 inkom 1 ärende från patientnämnden. Ärendet var allvarligt och ett arbete pågår för att utreda händelsen

## 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.

### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Fortsätta arbetet med avvikelshantering, där identifieras ett flertal förbättringsområden.

Sammanfattningsvis behöver ett ledningssystem på plats för att få struktur och rätt förutsättningar för personalen veta vilka mål vi arbetar med, rutiner, riktlinjer skall vara lätt att hitta. Av de avvikelser jag har hanterat nu så behöver vi arbeta med, dokumentation, uppdatera skapa relevanta rutiner och utbilda personal. Områden som är identifierade nu är diabetes, fall, stroke, läkemedel, basala hygienrutiner.



<sup>9</sup> PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

<sup>10</sup> SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

I syfte att öka riskmedvetenheten behöver patientsäkerheten återigen upp på agendan i större utsträckning: resultat behöver presenteras och diskuteras i flera forum till exempel i ledningsgrupp. Patientsäkerhetsanalysen saknas vilket leder till svårigheter att följa upp i patientsäkerhetsberättelsen då det saknas dokumentation och struktur. Det saknas även en koppling till kommunensmål det leder till att det är en utmaning att bedöma hur vi arbetar med kvalitet.

## **Mål, strategier och utmaningar för kommande år**

Socialtjänsten behöver under 2026 arbeta med följande mål för att nå högre kvalitet och ökad fokus på patientsäkerhet.

- Patienten som medskapare, skall vara central i Sunne kommun
- En tydlig agenda/hög kunskap gällande patientsäkerhet i alla ledningsgrupper och APT. En tydlig röd tråd gällande patientsäkerhet
- Det skall vara lätt att göra rätt!
- Socialtjänstens verksamhet skall arbeta mot enhetliga tydliga rutiner, likriktade arbetssätt med vårdtagaren i fokus.
- Skapa förutsättningar för att få tillgång till delad SoL- och HSL-dokumentation för att ge personalen förutsättningar till en tydlig bild om aktuellt hälsotillstånd.
- Öka kunskapen gällande säker dokumentation.
- Fokus på tydliga mål där vi följer på kvalitet, dessa mål skall vara väl kända hos personalen och en tydlig uppföljning där analys av resultatet är ett naturligt arbetssätt.
- Öka kunskapen hos den personal som arbetar närmast vårdtagen.
- Arbeta för en tydlig och enkel process gällande avvikelser. Lärandet skall vara centralt
- En handlingsplan gällande patientsäkerhet skall tas fram, gruppen som tar fram handlingsplanen skall bestå av chefer, medarbetare och MAS. Handlingsplanen skall vara väl känd i kommunen och skall följas upp årligen i patientsäkerhetsberättelsen.
- Basala hygienrutiner.
- Arbeta förebyggande med fall på ett strukturerat sätt.
- Kommunen bör inleda arbete för att arbeta efter enligt SIS äldre standard SS 872500:2015

## Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet

I slutet av 2025 beställde Sunne kommuns revisorer en granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, granskningen gjordes av Azets Revision & Rådgivning. Syftet med granskningen var att bedöma om kommunstyrelsen säkerhetsställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Azets samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerhetsställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Granskningen påtalar att det saknas ett tydligt dokumenterat ledningssystem för kvalitetsarbete. Det som i dagsläget benämns som ett ledningssystem fungerar som en sökmotor för dokument, snarare än ett strukturerat system som styr, följer upp och utvecklar kvaliteten i verksamheten. Ett tydligt ledningssystem är förutsättningen för att på ett systematiskt sätt skapa förutsättningar för att arbeta med kvalitetsarbete i verksamheterna.

- Azets Revision & Rådgivning påtalar vidare att det saknas tydliga rutiner för hur riskanalyser skall genomföras och dokumenteras i äldreomsorgen. Få riskanalyser genomförs.
- I kommunen är det få egenkontroller och orsaken till detta är enligt granskningen att det nedprioriteras på grund av hög arbetsbelastning. Granskningen visar även att hanteringen av avvikelser är ett förbättringsområde gällande uppföljning, lärande och återkoppling. MAS delar granskningens analys och har gjort samma identifiering av bristerna.