

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen

### År 2025



Datum: 2026-03-01

Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvariga

Diarienummer: HVO 2026-208

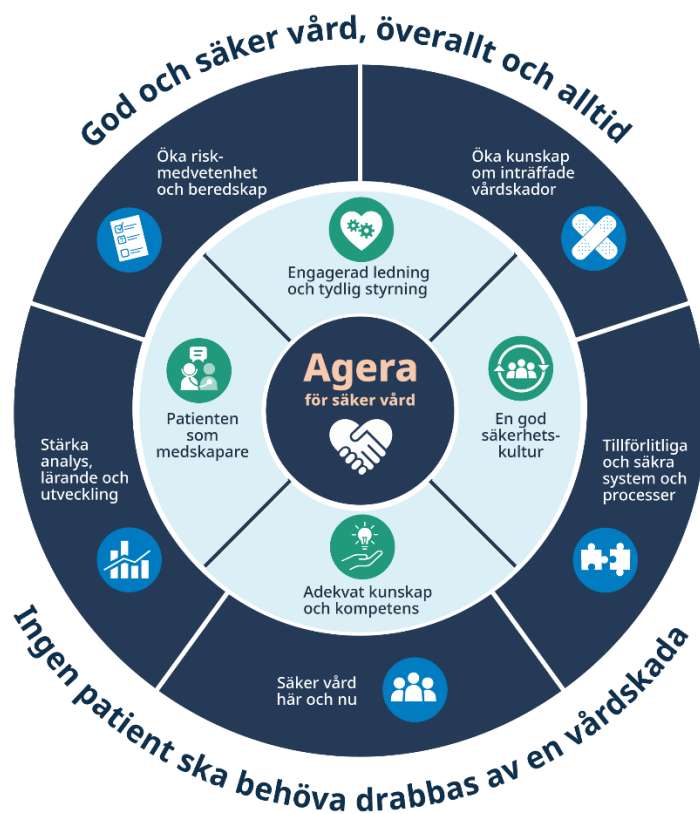
## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

# Innehåll

Inledning .....	2
SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Regional samverkan .....	8
Förvaltningsövergripande samverkan .....	12
Samverkan inom HVOF .....	13
Informationssäkerhet .....	14
En god säkerhetskultur .....	15
Tvärprofessionellt arbete .....	16
Adekvat kunskap och kompetens .....	16
Kompetens och kompetensutveckling .....	17
Uppdragsutbildningar .....	17
Handledning .....	18
VFU – Verksamhetsförlagd utbildning .....	18
Säker bemanning .....	19
Kompetensmodell sjuksköterskor .....	19
Kompetensmodell arbetsterapeuter och fysioterapeuter .....	20
Språkutvecklande insatser .....	20
Patienten som medskapare .....	20
Medskapande på gruppnivå .....	21
Medskapande på individnivå .....	21
Anhörigstöd .....	22
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	23

Egenkontroller .....	23
Senior Alert.....	23
Svenska Palliativregistret .....	25
Journalgranskning enligt Nationell vårdplan för palliativ vård .....	26
RiksSår.....	27
Punktprevalensmätning (PPM) .....	29
Registrering i BPSD-registret .....	31
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	33
Utredning av kvalitetsavvikelser.....	33
Anmälningar enligt Lex Maria till IVO under 2025.....	33
Internutredningar under 2025 .....	34
Externa avvikelser 2025.....	35
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	36
Säker vård här och nu .....	40
Riskhantering.....	40
Stärka analys, lärande och utveckling .....	41
Kollegial journalgranskning .....	41
Händelseanalys.....	41
Avvikelser .....	42
Läkemedelsavvikelser.....	43
Fallrapporter.....	44
Klagomål och synpunkter .....	44
Lärande efter internutredningar och lex Maria .....	45
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	45
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	47

## SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen redovisar Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens systematiska arbete under 2025 för att förebygga vårdskador och stärka kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården. Berättelsen utgår från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och vilar på fyra grundläggande förutsättningar; engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens samt patienten som medskapare.

Förvaltningen har en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet med fastställda roller och ansvar från nämnd till verksamhetsnivå. Samverkan är central och sker på lokal, delregional och regional nivå, särskilt i vårdens övergångar mellan kommun och region. Under året har samverkan fortlöpt och till viss del utvecklats inom områden såsom nära vård, palliativ vård, läkemedel, rehabilitering, demensvård och samverkan vid utskrivning (SVU).

Informationssäkerhet uppmärksammas som ett riskområde. Kompetenshöjande insatser har genomförts, men analyser visar fortsatt brister i det systematiska informations- och cybersäkerhetsarbetet, bland annat avseende riskanalyser och tydligt ägarskap för information och system. Säkerhetskultur lyfts och diskuteras i kvalitetsråd, teamträffar och genom reflektion, så som med After Action Review (AAR). Fokus behöver fortsatt flyttas från reaktiva åtgärder till mer förebyggande dialoger. Det tvärprofessionella arbetet lyfts som en tydlig framgångsfaktor, även om utmaningar kvarstår kring struktur, närvaro och kontinuitet i teamen.

Förvaltningen har satsat brett på kompetensutveckling, bland annat genom Kompetenscentrums aktiviteter, handledning, uppdragsutbildningar, verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och införande av kompetensmodeller. Behovet av extern bemanning har minskat, vilket har stärkt kontinuitet och patientsäkerhet, men det kvarstår svårigheter att rekrytera vissa professioner, särskilt arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Patientens och anhörigas delaktighet har under året stärkts genom dialoger om egenvårdsbedömningar samt fortsatt fokus på rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerad vård. Anhörigstöd beskrivs som en viktig faktor för trygg och säker vård.

Egenkontroll har genomförts med stöd av nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, Svenska Palliativregistret, RiksSår och BPSD-registret. Resultaten visar både positiva förflyttningar och kvarstående förbättringsområden, särskilt vad gäller uppföljning och dokumentation. Journalgranskning enligt Nationell vårdplan för palliativ vård pekar på behov av att stärka helhetsperspektivet och personcentreringen i dokumentationen.

Under 2025 rapporterades omkring 5 000 HSL-avvikelser, vilket bedöms vara en stabil nivå i relation till det mycket stora antalet utförda vårdinsatser. Läkemedel, fall och brister i kommunikation är fortsatt de vanligaste riskområdena. Lex Maria-ärenden och internutredningar har utretts och rapporterna används aktivt i lärande- och förbättringsarbete.

Sammanfattningsvis visar patientsäkerhetsarbetet under 2025 på ett brett och strukturerat utvecklingsarbete. Samtidigt identifieras tydliga förbättringsområden framåt, särskilt inom informationssäkerhet, kompetensförsörjning, dokumentationskvalitet, säkerhetskultur och vårdens övergångar.

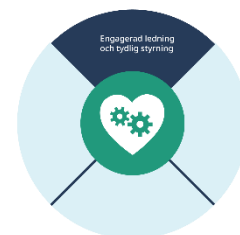
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver en sådan verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav genom att sätta egna mål.

Hälsa- vård och omsorgsnämnden (HVON) tar fram prioriteringar baserade på Kommunfullmäktigemålen. För 2025 nämns exempelvis att stärka chefers förutsättningar, tillhandahålla en god kompetensförsörjning och erbjuda god och likvärdig service. Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen (HVOF) upprättar utifrån det en förvaltningsplan. Respektive avdelning tar fram motsvarande kvalitetsplan, för att prioritera och följa aktiviteter i verksamheten vad gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete. Förvaltningen har också samlat delar av det systematiska kvalitetsarbetet i en handbok, så att chefer och andra stödfunktioner lättare ska kunna tillämpa arbetssätten för att säkerställa en trygg, säker och personcentrerad vård och omsorg.

I förvaltningsplanen är utveckling inom digitalisering ett uttalat viktigt område och ska verka som drivkraft och metod för verksamhetsutveckling. Planering och aktiviteter för att skjuta upp behov, nyttja resurser effektivt och stärka konkurrenskraft, ska bidra till förvaltningens långsiktiga vision om hälsa och trygghet för självständighet livet ut.

Under året har nämnden och förvaltningen särskilt bevakat förändringarna i Socialtjänstlagen (SoL 2025:400) som nu trätt i kraft. Tillämpningen av nya SoL ska ske inkluderat i de förbättringsarbeten och aktiviteter som planeras och genomförs. Fokus är förebyggande arbete, tillgänglighet och kunskapsbaserade insatser för att uppnå ökad kvalitet. Liksom övriga verksamhetsområden i staden, ska arbetet genomsyras av de fyra vägledande principerna för mänskliga rättigheter.

Enligt Socialstyrelsens beskrivning av patientsäkerhetsarbete, ska vårdgivaren på ett systematiskt sätt arbeta för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. I forskning om patientsäkerhet betonas vikten av att uppmärksamma de arbetssätt och processer som hindrar eller begränsar risker och oönskade händelser. Medicinskt ansvariga följer det fortsatta utvecklingsarbetet inom patientsäkerhetsområdet genom bland annat kunskapsplattformar hos Socialstyrelsen med tillhörande organ, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genom rapporter från exempelvis Vård- och omsorgsanalys.

Mätning med verktyget KUBEN ger verksamhetsansvariga indikationer på prioriteringar och förbättringsområden. Analyser blir underlag för avdelningarnas olika direktiv, exempelvis att öka den patientnära tiden för legitimerade medarbetare, att utveckla mer ändamålsenliga arbetssätt och att se över olika verksamheters uppdrag i förhållande till utmaningar inom kompetensförsörjning, demografi och nära vård-utvecklingen. Det är sällan kortsiktiga åtgärder eller snabba förändringar, arbetet sker löpande och följs upp regelbundet.

### **Organisation och ansvar**

**Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden:** har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet. Nämnden ska planera och utveckla verksamheten, omvärldsbevaka och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete samt årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget. Mer ingående information om roller och ansvarsfördelning i patientsäkerhetsarbetet redovisas i Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

**Förvaltningsdirektör:** har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med nämnden och informera om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

**Avdelningschef:** har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning. Avdelningschefen ansvarar för att hälso- och sjukvård bedrivs enligt en god och säker vård. Detta utifrån Hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30) 4 kap. 2 §, vilket innebär att vara verksamhetschef samt att följa de föreskrifter som finns på området.

**Enhetschef:** ansvarar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policies och processer. Enhetschefen ska också inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

**Sektionschef:** har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Sektionschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare. Sektionschefen skapar förutsättningar för medarbetarna genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling, handledning, rekrytering och tvärprofessionell samverkan.

**Medicinskt ansvariga:** Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. MAS och MAR ska också bedöma vilka övergripande riktlinjer som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål. Tillsammans med verksamheterna identifieras framgångsfaktorer och processer som främjar en god patientsäkerhet. Utifrån resultat av risk- och händelseanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser ska MAS och MAR tillsammans med verksamheterna, föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS och MAR ska, om allvarlig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

**Hälso- och sjukvårdsstrategier:** Uppdraget innebär att processleda och stödja i hälso- och sjukvårdsstrategiska frågor i HVOF. Uppdraget för Hälso- och sjukvårdsstrategier är till stor del att leda och koordinera implementering av God och nära vård samt utvecklingen av Hälso- och

sjukvårdsavtalet. En huvudsaklig del i uppdraget är att vara sammankallande eller delaktiga i de olika samverkansgrupperna som finns lokalt, delregionalt och centralt. Uppdraget innebär också att utveckla samt belysa den alltmer avancerade kommunala hälso- och sjukvården och samverka med såväl myndigheter som med andra vårdgivare. Hälso- och sjukvårdsstrategerna är en viktig sammanhållande länk mellan Medicinskt ansvariga, Kvalitetsutvecklare HSL, verksamheterna och förvaltningsledning.

**Kvalitetsutvecklare:** Funktionen finns i samtliga verksamhetsavdelningar inom förvaltningen och kan vara riktade mot HSL eller SoL. Utifrån de olika verksamheternas uppdrag i avdelningarna, skiljer sig arbetsuppgifterna något. Övergripande målsättningar för uppdraget är dock att säkra kvaliteten utifrån ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att säkerställa att verksamheterna arbetar aktivt med kvalitetsregister samt att vara ett nära stöd i vidareutvecklingen av det tvärprofessionella teamet. Kvalitetsutvecklarna kan leda och/eller delta i framtagande/revidering/implementering av verksamhetsnära rutiner och arbetsprocesser, samt delta i genomförandet av beslutade åtgärdsplaner och uppföljningar. Utbildning och handledning ingår i uppdraget utifrån de framtagna mål och strategier som framkommer i årshjul och ledningssystem.

I enheten för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling finns en kvalitetsutvecklare med särskilt ansvar för Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), för studenter inom legitimationsyrkena. Fokus i uppdraget är bland annat stärkt handledarkompetens och god lärandemiljö.

**Säkerhets- och beredskapssamordnare:** Uppdraget innebär att utveckla, leda och stödja arbetet inom säkerhets- och beredskapsfrågor. Huvudfokus är att säkerställa trygg och säker vård även vid oönskade händelser och störningar. Säkerhetssamordnarna arbetar också med att stärka säkerhetskulturen i förvaltningen och stöttar verksamheterna i att öka sin beredskapsförmåga i det dagliga arbetet.

**Informationssäkerhetssamordnare:** Uppdraget innebär att samordna, stödja och följa upp det interna informationssäkerhetsarbetet inom förvaltningen. Rollen är strategisk och verksamhetsövergripande med målet att säkerställa att informationssäkerheten är integrerad i förvaltningens processer och utveckling. Informationssäkerhetssamordnaren leder arbetet med att genomföra informationsklassificeringar och riskanalyser samt stöttar i framtagandet av styrande dokument, både kommungemensamma och förvaltningsspecifika.

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

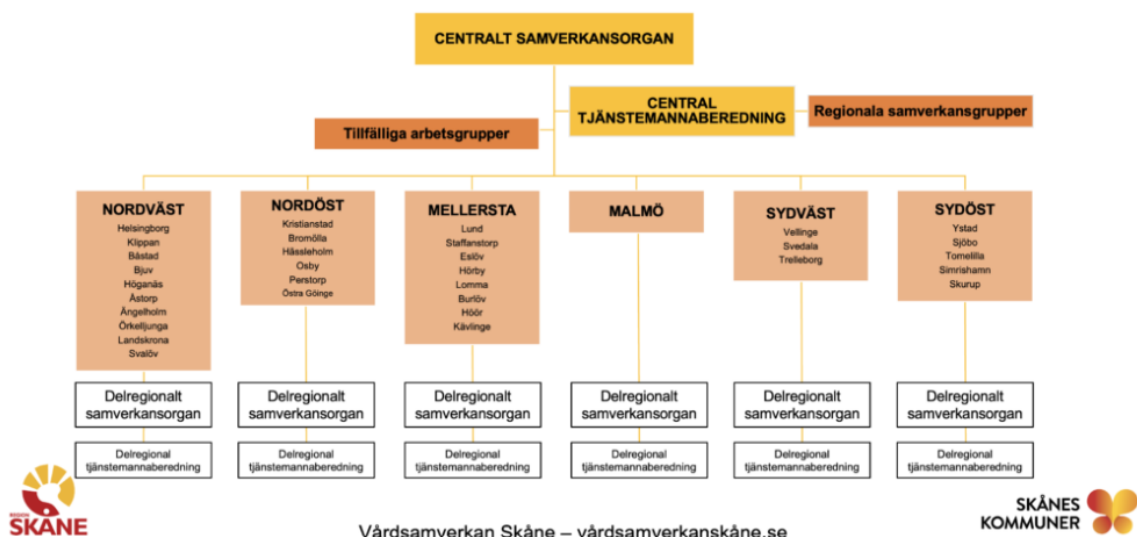
Nedan beskrivs övergripande processer och områden där samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vid vårdens övergångar mellan region, primärvård och kommun.

### **Regional samverkan**

Bilden beskriver den samverkansstruktur som råder i Skåne. Exempel på nätverk och samverkansgrupper ses nedan.



# Struktur för Vårdsamverkan Skåne



**Skånes kommuner, områdesnätverk Kommunal hälso- och sjukvård:** lyfter kommunala patientsäkerhetsfrågor i Skåne. Syftet är att hitta gemensamma strategier för att främja en god, säker och likvärdig vård i hela regionen tillsammans med Skånes 33 kommuner. Genom Central tjänstemannaberedning samverkas frågorna med socialchefer och Region Skåne. Läkarestöd, egenvård, delegering och medicinska respektive rehabiliterande insatser är exempel på ämnen som varit aktuella under året. Under 2025 har områdesnätverket bytt namn från Områdesnätverk Medicinskt Ansvariga till Områdesnätverk kommunal hälso- och sjukvård, för att följa den nationella strukturen för sakområdesnätverk hos SKR. Inför 2026 har Central tjänstemannaberedning bland annat tagit beslut om att det ska tas fram en handlingsplan för Skåneövergripande implementering av Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård (PSVF), vilket skapar en tydligare vägledning för verksamheterna inom området.

**Dialog med Vårdhygien:** Sedan 2020 har Vårdhygien Skåne tillsammans med Smittskydd Skåne hållit regelbundna avstämningar med MAS och MAR i de skånska kommunerna. Syftet är att ha kontinuerligt informationsutbyte inom olika frågor som rör aktuell smittspridning av virus och multiresistenta bakterier, riktlinjer avseende basal hygien och övriga frågor relaterade till ämnesområdet. Vårdhygien är också behjälpliga med utökade hygienronder och handledning, när exempelvis en smittspridning uppstått i någon av förvaltningens verksamheter.

**MAR-nätverk Skånes Kommuner:** Ett forum för Skånes och Blekinges samtliga MAR att samlas och stötta varandra i uppdrag och ärenden. Under året har fortsatta dialoger skett angående bland annat hemsjukvårdsuppdraget och tröskelprincipen. Även utbud och handhavande av hjälpmedel diskuteras för en mer jämlik hjälpmedelsförsörjning i de skånska kommunerna. Här inkluderas även säkerhetsmeddelanden från hjälpmedelsleverantörer, så att kommunerna kan få stöd i informationsspridning och uppföljning. Nätverket har också gjort ett skriftligt inspel till Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en nationell strategi för rehabilitering och hjälpmedel. I början av juni lade regeringen fram en lagrådsremiss, bland annat med förslaget att lagstadga MAR i alla kommuner. Beslut från regeringen väntas komma under första delen av 2026.

**Skånegemensam samverkansgrupp läkemedel:** ansvarar för att samordna och utveckla en trygg, säker och effektiv läkemedelsanvändning och hantering i Skåne. Samverkansgruppen utgör ett stöd i utveckling inom området och bevakar att skånegemensamma riktlinjer/rutiner och andra styrdokument är uppdaterade och relevanta. Samverkansgruppen syftar till att stödja patientsäkerhet och effektiv resursanvändning, med hänsyn till pågående omställning till Nära vård. Kommunerna företräds av MAS från respektive delregion. Region Skåne företräds av läkemedelschef samt representanter från Regionala enheten för läkemedel.

**Regionala ViSamnätverket:** består av representanter från delregionerna och deras kommuner och har till uppgift att stödja ett enhetligt, kvalitetssäkrat och långsiktigt hållbart arbetssätt inom ViSam. Nätverkets uppdrag omfattar bland annat att skapa forum för samverkan och erfarenhetsutbyte kring utbildning, implementering och arbetssätt samt att identifiera hinder som påverkar användningen av ViSamverktyg och metoder. En central del av uppdraget är också att säkerställa återväxt av instruktörer och att bidra till att instruktörer får återkommande kunskapspåfyllning för att upprätthålla och utveckla kompetensen. Under året har nätverket påbörjat ett arbete med att undersöka möjligheten att ta fram en gemensam digital utbildning för samtliga skånska kommuner. En betydelsefull utveckling är att nätverket numera har representation i den skånegemensamma samverkansgruppen *Vårdens övergångar*. Detta stärker kopplingen mellan kommunerna och regionen i arbetet med ViSam och skapar bättre förutsättningar för samordning och gemensamma lösningar.

**Processledare Nära vård:** Sedan hösten 2022 finns i varje delregion regionala och kommunala processledare för Nära vård, vars uppgift är att hålla samman omställningen till Nära vård i delregionen. Processledarna ska stödja och hålla samman de delregionala samverkansytorna i genomförandet av de aktiviteter som är framtagna i den skånegemensamma tids- och aktivitetsplan som finns beslutad.

Utöver samverkan i hela regionen, har Malmö en delregional vårdssamverkan med de lokala aktörerna för Region Skåne. Nedan organisationsskiss visar strukturen. Exempel på nätverk och arbetsgrupper ses nedan, där representation från förvaltningen finns i merparten av dem.

## Vårdssamverkan Malmö 2.0



**Samverkansforum Nära vård:** Fokus ligger på att kvalitetssäkra processer i vårdkedjan för att den växande kommunala hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas säkert och nära. Ett antal styrdokument bearbetas inom samverkan, exempelvis samverkan med Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH), samverkan kring förväntat dödsfall i hemmet samt behandlingsbegränsningar.

Exempel på aktiviteter inom samverkan:

**Styrgrupp Mobilt team närsjukvård (MTN):** Enheten för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling har varit delaktiga i planeringen och utformningen sedan start hösten 2024. Under 2025 har fortsatt utvecklingsarbete skett med bland annat utökat läkarstöd.

**Läkarstöd korttidsverksamhet:** Geriatriken har anpassat sitt läkarstöd till primärvårdsnivå på korttidsverksamheten KRA. Representanter från förvaltningen har deltagit i arbetsgruppen Förstärkt samverkan Malmö stad och Geriatriken. Under 2026 kommer KRA:s läkarstöd att flyttas från Geriatriken till vårdcentral.

**Mobila team:** Teambaserad vårdform ska erbjudas alla patienter både i ordinärt boende och särskilt boende via regionens primärvård. HVOF har fortsatt deltagande i samverkan kring frågor som uppkommer i samband med detta arbetssätt.

**Förstärkt samverkan kontaktvårdcentral:** I samverkan med den regionala primärvården har särskilda vårdcentraler utsetts till att vara kontaktvårdcentraler. Fortsatt gäller det fria vårdvalet för patienter, men de utsedda vårdcentralerna har ett närmare samarbete med kommunen och ger möjlighet till tät läkarkontakt för att bistå den kommunala primärvården. Arbetet utvärderades genom enkät i slutet av 2025 och resultat kommer under 2026.

**SUS sjukhus hemma (SSH), Malmö:** av SSH:s patienter är det ett litet antal patienter som har direkt anknytning till den kommunala hälso- och sjukvården. Förtroendeförskrivning av hjälpmedel fungerar väl, det vill säga att fysioterapeut och arbetsterapeut från regionen kan påbörja en hjälpmedelsförskrivning som sedan tas över av motsvarande profession i hemsjukvården.

**Teamsamverkan vid demenssjukdom:** Fyra vårdcentraler har deltagit i projektet ”teamsamverkan vid nydiagnostiserad demens/kognitiv sjukdom”. Detta arbete följer den nationella demensstrategin. Flera hundra patienter i Malmö per år nydiagnostiseras med demenssjukdom på vårdcentralerna och Minnesmottagningen. Det finns därför en god grund till samverkan med regionen och från februari 2026 skalas projektet upp till samtliga vårdcentraler. Personer som nydiagnostiserats med en kognitiv sjukdom i samband med besök på vårdcentral erbjuds informationsmöte av konsultativ demenssköterska från förvaltningen. I uppföljande enkäter till patienter och anhöriga som hittills deltagit, uttrycks bland annat en ökad trygghet och kunskap.

**FINGER-modellen:** är en evidensbaserad livsstilsmodell som används för att förebygga kognitiv svikt och demens. Den bygger på en studie som har visat att en kombination av livsstilsförändringar kan förbättra hjärnhälsan. De personer som diagnostiseras med så kallad ”tidig kognitiv svikt” erbjuds möjlighet att delta i ett 10-veckorsprogram med föreläsningar och aktiviteter enligt FINGER-modellen.

**Hospiteringsprojekt:** Genom hospitering ökar vi förståelse för andras verksamheter och höjer kompetensen inom våra egna verksamheter. Under våren 2025 förändrades arbetssättet från att medarbetarna hospiterade hos varandra i ett strukturerat utbyte, till att det nu är möjligt att välja

hospiteringsplats mer fritt efter önskemål. Kontaktpersoner finns i Malmö stad, den regionala primärvården och SUS sedan ett par år. Syftet har varit att öka förståelsen för varandras uppdrag på de olika vårdnivåerna, dock med fokus på patientens resa i stadens olika organisationer.

**Delregional samverkansgrupp rehabilitering Malmö:** Både lokalt i Malmö stad och i motsvarande samverkan regionalt, har forumen belyst behovet av tydliga samarbeten för att patienten ska få rehabilitering på rätt nivå hos rätt vårdgivare. Nätverk med kommunens respektive regionens arbetsterapeuter har fortsatt under året, med syfte att dela erfarenheter med varandra och öka förståelse kring olika arbetsuppgifter inom respektive verksamhetsområde. Nu har även fysioterapeuternas nätverk kommit igång med god uppslutning.

**Nätverk Samverkan vid utskrivning (SVU):** syftar till att SVU-processen ska följa Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612), samt verka för god samverkan och ökad kvalitet i SVU processen. I nätverket följs statistik på in- och utskrivning, och representanterna från de olika verksamheterna delar med sig av erfarenheter och utmaningar från sin respektive del i processen. En dialog har pågått gällande social svikt och hur detta påverkar planering och utskrivning. Nytt för 2025 är att patienter som endast har larm och serviceinsatser inte ska ingå i SVU-processen. Efter utvärdering kommer detta nu eventuellt bli ett arbetssätt som ska tillämpas i hela Skåne.

**Cities for better health:** Malmö stad är anslutna till CBH, Cities for Better Health. Det är en kunskapsallians med andra städer, Malmö Universitet, Novo Nordisk och Region Skåne. Aktuell forskning visar på en ökning av diabetes typ-2 i samhället men att det skiljer sig mellan stadsdelarna i Malmö, sjukdomen är vanligare i fattigare områden än i mer välbärgade. Förekomsten av typ 2-diabetes i Malmö skiljer sig inte från andra städer i Sverige, men är något lägre än genomsnittet i Skåne.

**Palliativt forum:** är en samverkansgrupp med representanter från FSF och HVOF, samt ASIH och Mobilt Team Närsjukvård (MTN). Syftet med samverkan är att dela med sig av vad som är aktuellt inom området, samt lösa eventuella frågetecken avseende ansvarsfördelning och informationsöverföring. I HVOF finns palliativa nätverk inom ordinärt och särskilt boende med representation i forumet. Så kallade hörnstensföreläsningar, öppna för samtliga medarbetare, har genomförts. Ämnena för 2025 var ”Musik och kommunikation” samt ”Våga gå bredvid – existentiell hälsa”.

#### **Förvaltningsövergripande samverkan**

Samverkan med FSF och Arbetsmarknads- och Socialtjänstförvaltningen (ASF) sker i olika forum. Cheferna för hälso- och sjukvårdsverksamheter på avdelnings- och enhetsnivå träffas regelbundet. Medicinskt ansvariga i HVOF och FSF samt Hälso- och sjukvårdssamordnare i ASF har ett gemensamt nätverk där förvaltningsövergripande beslut fattas. Det förekommer i vissa fall ett delat patientansvar vilket kräver god kommunikation och följsamhet till uppsatta rutiner och riktlinjer.

**Verksamhetssystemet Procapita HSL:** används av legitimerade medarbetare i HVOF och FSF för journalföring. En förvaltningsövergripande grupp med systemförvaltare, chefer, medarbetare och medicinskt ansvariga ses månadsvis för att driva kvalitets- och utvecklingsarbetet framåt inom dokumentationsområdet. Systemförvaltarna är placerade i FSF men arbetar övergripande. Under senare halvan av 2025 har flera olika systemleverantörer lämnat in svar på frågeställningar i en RFI (Request for Information) som en del inför kommande upphandlingsprocess. Dialoger med intressanta leverantörer fortlöper.

**Hjälpmedelscentrum:** är en verksamhet som rent organisatoriskt tillhör FSF men som servar samtliga verksamheter i Malmö stad som handhar hjälpmedel. Under året har flertalet insatser genomförts för att underlätta transporter, administration av och tillgång till hjälpmedel. En styrgrupp för hjälpmedelsfrågor har underlättat samverkansarbetet mellan förvaltningarna. Verksamhetscheferna har nu bättre insikt i hur hjälpmedelshanteringen exempelvis påverkar förskrivarnas arbetsprocesser och även enheternas budget. I HVOF har en nogsam granskning genomförts för att identifiera hjälpmedel som kostar förvaltningen i hyra, men som av någon anledning inte har avregistrerats och heller inte återlämnats från patienter till hjälpmedelscentrum. I takt med att verksamheterna blir bättre på att kontrollera och se till att hjälpmedel som inte används returneras, har dock Hjälpmedelscentrum justerat sina hyror för att kunna hantera sin verksamhet. Det finns önskemål från verksamheterna att utreda befintligt sortiment, riktlinjer och hjälpmedelsabonnemang. Liknande utredningar och dialoger sker i andra kommuner. Patienternas komplexa behov och förvaltningarnas stadigt ökande hjälpmedelsbudget kräver att kontinuerlig översyn av beslutsprocesser och arbetssätt görs.

**ViSam utbildarnätverk:** ViSam är ett beslutstöd som ska användas av sjuksköterskor som bedömningsunderlag vid förändrat hälsotillstånd. Sedan flera år finns ett lokalt nätverk med ViSam-instruktörer som planerar digital utbildning och genomför ViSam-verkstäder för sjuksköterskor i HVOF och FSF. Under året har en uppdaterad version av den digitala utbildningen börjat användas och under 2026 planeras även materialet till den fysiska utbildningen att utvecklas.

**Tjänsteköp av HSL-insatser:** Under 2024 påbörjade FSF köp av utförande av SoL-insatser på personer som tillhör FSF. För dessa patienter med behov av hälso- och sjukvård upprättades under hösten 2024 en överenskommelse gällande köp även av hälso- och sjukvårdsinsatser. Under 2025 har samtliga patienter överrapporterats och samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser gällande dessa brukare utförs nu av HVOF. Medicinskt ansvariga i HVOF utreder eventuella avvikelser men FSF:s nämnd har fortsatt hälso- och sjukvårdsansvaret. Ett stort arbete har pågått under året avseende att HVOF också skulle ta över verksamheten för personlig assistans. Dock beslutades det under senhösten att FSF skulle behålla verksamheten i sin helhet, då det bland annat ansågs vara riskfyllt ur patientsäkerhetsperspektiv vad gäller kompetens och bemanning.

### **Samverkan inom HVOF**

Avdelningarna i HVOF har arbetat både med övergripande samverkansprocesser och mer verksamhetsnära kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom respektive avdelning. Förvaltningsövergripande arbete, enligt nedan, har implementerats i olika takt inom avdelningar utifrån förutsättningar och prioriteringar.

**Kompetenscentrum:** Strategiska utvecklingsavdelningen erbjuder bland annat utbildningar inom hälso- och sjukvård till medarbetare och chefer i hela förvaltningen. Läs mer om Kompetenscentrums arbete i avsnittet "Adekvat kunskap och kompetens", sid 16. Utbildarna tillhandahåller både fysiska utbildningstillfällen och tillser att digitalt material hålls uppdaterat. Utvecklingssekreterare samverkar med chefer i verksamheterna för att ge stöd och handledning i att ta tillvara medarbetarnas kompetens.

**Forskning och utveckling (FoU):** I Strategiska utvecklingsavdelningen finns FoU med uppdrag att stödja förvaltningens kvalitets-, utvecklings- och forskningsarbete samt att samverka med andra huvudmän, FoU-enheter och lärosäten. Under 2025 har FoU exempelvis handlett medarbetare som genomfört kunskapsfördjupning (FoU-trainees) inom för verksamheten angelägna områden, men även

bidragit med råd och vetenskapligt stöd i form av FoU-verkstad till medarbetare som arbetat med kvalitetsarbete och utvecklingsarbete inom förvaltningen.

**Systemgrupp Medication Care Support System (MCSS):** MCSS är ett system som används för digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser. För att säkerställa att hantering och utveckling av systemet sker på ett sådant sätt att det följer gällande lagstiftning samt bidrar till en god och säker vård, finns en systemgrupp bestående av systemförvaltare och representanter från medicinskt ansvariga och verksamheten. Under 2025 har arbete pågått för att förbereda implementering av systemet i avdelningen för hälsa och förebyggande som planeras ske 2026. Därefter är systemet fullt implementerat i förvaltningens alla berörda verksamheter.

**Övriga nätverk, t.ex. sår, nutrition, palliativ vård, diabetes:** Där det finns nationella eller förvaltningsövergripande nätverk inom specialistområden, finns det i regel även lokala utskott. Varje nätverk har tagit fram rutiner och arbetsprocesser, för att kunna vara ett stöd till kollegor ute i verksamheterna i form av handledning i både patientnära situationer och tillhandahålla allmän rådgivning. Där det finns kvalitetsregister som stöd i området, används detta helt eller delvis.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

En viktig aktivitet inom informationssäkerhetsarbete är att utbilda och höja kompetens hos medarbetare och chefer. Utbildningsinsatser är en färskvara, särskilt inom områden som informationssäkerhet och dataskydd där hotbild och regelverk ständigt utvecklas. I dagsläget har 868 medarbetare genomfört den digitala utbildningen i MalmöLär, vilket är ett viktigt steg för att öka kunskapen i organisationen. Samtidigt kvarstår utmaningar, särskilt kopplat till organisationens storlek och komplexa beslutsvägar, vilket kan försvåra såväl genomförande som uppföljning av utbildningsinsatser på bred front.

Inom förvaltningen har det funnits en fond för välfärdsutveckling som ger medarbetare möjlighet att initiera och driva utvecklings- och innovationsarbete i den dagliga verksamheten. Syftet med fonden var att främja nya arbetssätt, stärka kvaliteten och bidra till ökad livskvalitet för de som tar emot insatser. Det har uppmärksammats att det inom vissa projekt som finansierats av fonden kan förekomma brister kopplade till informationssäkerhet. I några fall tycks information inte ha klassificerats före inköp, vilket inneburit att krav på informationssäkerhet inte alltid ställts på leverantörer. Detta kan innebära att säkerhetsnivån i vissa lösningar inte är kontrollerad.

Cybersäkerhetskollen, som riktar sig till samhällsviktiga verksamheter, visar att nivån på det systematiska informationssäkerhetsarbetet (eller som det numera benämns cybersäkerhetsarbetet) fortfarande är låg. MSB:s nationella analys för 2025 pekar särskilt på bristande ledningsengagemang och understryker att cybersäkerhetsnivån behöver stärkas betydligt snabbare än idag – något som även märks i den egna verksamheten. Resultaten från cybersäkerhetskollen visar att det finns flera centrala förbättringsområden inom informationssäkerhetsarbetet. Flera av de granskade delområdena signalerar behov av insatser. Detta gäller särskilt:

- Analys och hantering av informationssäkerhetsrisker
- Incident- och kontinuitetshantering
- Inventering, undersökningar och omvärldsbevakning

- Uppföljning och utvärdering
- Upphandling

Avsaknaden av strukturerat arbete inom dessa områden innebär att verksamheten behöver stärka sitt systematiska cybersäkerhetsarbete för att uppnå en tillräcklig och robust nivå av informationssäkerhet. Riskhantering bedrivs främst utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, men det saknas ett samlat, övergripande grepp om verksamhetens risker och ett tydligt riskägarskap.

Kommande lagstiftning inom informationssäkerhetsområdet ställer skärpta krav på systematiskt informationssäkerhetsarbete, men det återstår arbete innan full regelefterlevnad kan säkerställas. I nuläget saknas också formellt utsedda informations- och systemägare.

Antalet inrapporterade personuppgiftsincidenter har ökat till 36 under 2025, vilket kan ses som en positiv trend i form av förbättrad rapporteringskultur jämfört med tidigare års nivåer (cirka 20 incidenter/år).

Slutligen konstateras att samverkan med ITD behöver förbättras. Det råder brist på inblick i de tekniska säkerhetsåtgärder som tillämpas för de system som driftas internt, vilket innebär ytterligare en riskfaktor.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur, där organisationen ska främja och lyfta säkerhetsperspektivet för att ligga steget före när risker eller oönskade händelser uppstår. Arbetet för en god säkerhetskultur berör alla, oavsett roll eller yrke. Chefer och andra med ledningsansvar, från politisk nivå till första linjens chefer, har ett uttalat ansvar för att säkerhetsfrågor tas på allvar och hanteras. Goda kunskaper i säkerhets- och förbättringsarbete krävs och frågorna behöver prioriteras. För ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur krävs tydlighet och uthållighet.



Medicinskt ansvariga ser ett behov av att kontinuerligt uppmärksamma ämnet patientsäkerhet och säkerhetskultur. Det finns fler aspekter i patientsäkerhet vilket exempelvis lyfts på avdelningarnas kvalitetsråd. Kvalitetsråd genomförs på olika nivåer inom avdelningarna tre gånger per år och då analyseras avvikelser och åtgärder tas fram. Där ska det också finnas utrymme för dialog om genomförda förändringar samt hur framtida avvikelser och patientsäkerhetsrisker kan förebyggas. I verksamheterna finns även mötesformer såsom teamträffar, pulsmöten samt arbetsplatsträffar där det sker dialog, lärande och reflektion.

Flera chefer har under året tagit del av metoden AAR – After action review, som är en uppskattad reflektionsmetod att tillämpa vid både små och stora händelser. Genom kontinuerlig reflektion av vad som sker, utvecklas förmågan att uppmärksamma även positiva händelser som främjar säkerhet.

För att verksamheten ska få ett tydligare patientsäkerhetsperspektiv, behöver ett större fokus vara på de förebyggande dialogerna, snarare än att i huvudsak arbeta med åtgärder *efter* att oönskade händelser har inträffat. Då kan strukturerad reflektion vara ett verktyg.

Under 2025 har FoU tillsammans med medicinskt ansvariga initierat en föreläsning om olika perspektiv på patientsäkerhet och säkerhetskultur. Medicinskt ansvariga har förslag på aktiviteter att genomföra för att lyfta ämnet säkerhetskultur, dock ska detta kunna planeras in tillsammans med verksamheternas övriga

arbete. Exempel på detta är verktyget Gröna Korset för daglig rapportering av risk och friskfaktorer, samt självskattning genom Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

Avdelning ordinärt boende har under 2025 haft dialog på avdelningsnivå gällande arbetsprocessen kring hantering av avvikelser. Avdelningen har valt att kartlägga förutsättningar för sektionschefer samt legitimerad personal som utreder avvikelser. Kartläggningen består av en enkät samt djupintervjuer under senhösten 2025 med fortsatt arbete under 2026. Analys samt åtgärdsförslag planeras under våren 2026.

### **Tvärprofessionellt arbete**

Ett exempel på kulturbärande arbetssätt är det tvärprofessionella arbetet. För att skapa en helhetssyn och säkra kvaliteten i vården och omsorgen utifrån patientens behov, behöver professioner samarbeta med varandra. En viktig del i teamarbetet är teamträffar. Samarbetet i det tvärprofessionella teamet och vid teamträffar fungerar bra när alla är närvarande, rollerna är tydliga och kommunikationen flyter. Utmaningarna ligger främst i att säkerställa närvaro, struktur och kontinuitet. Att ha gemensam förståelse för både patientens och personalens nytta med teamträffar, är en återkommande viktig reflektion i sammanhanget. Dialoger har förts i ledningsgrupperna inom respektive avdelning gällande vikten av ett tvärprofessionellt arbete för att uppnå god och nära vård, och arbetet följs upp löpande. I ordinärt boende visar en uppföljning att samarbetet upplevs ha ökat mellan professionerna.

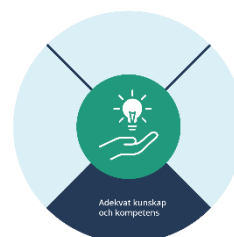
Exempel på aktivitet för att stärka teamsamverkan är workshops som hållits tvärprofessionellt i särskilt boende, med temat palliativ vård. Det blev tydligt att professionerna behövde öka kunskapen hos varandra kring vad var och en kan bidra med i teamet runt patienten.

Ett annat exempel på tvärprofessionellt arbete är ett projekt (Nutream) som genomförs med måltidsenheten och HSL-enheten i särskilt boende. Dietist och sjuksköterska samverkar med teamen ute på boendena för att patienten ska erhålla en bra nutritionsstatus och även uppleva positiva måltidssituationer.

Tvärprofessionellt arbete utgörs även tillsammans med externa aktörer så som Regional primärvård. Teamen i kommunen identifierar vikten av att ha ansvarig läkare med i teamarbetet. Särskilt noga är tydlighet i behandlingsplan, framför allt när det kommer till om det ska tas beslut om behandlingsbegränsningar, palliativ vård och brytpunktssamtal. Teamen ute i verksamheterna upplever en försvårande omständighet att teamet behöver ha kontakt med flera olika socialsekreterare, då dessa inte är organiserade på samma sätt som resten av teamet.

### **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.





## Kompetens och kompetensutveckling

I förvaltningens ledningssystem står att sektionschefer har ett övergripande ansvar för att skapa förutsättningar till medarbetarna, genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling och tvärprofessionell samverkan. Förvaltningens Kompetenscentrum erbjuder stöd i kunskapsutveckling och ett integrerat samarbete mellan forskningen och förvaltningens verksamheter. Utbildningar hålls såväl ute i verksamheten som i enhetens egna utbildningslokaler. Det erbjuds möjligheter för medarbetare och chefer att utbilda sig inom både tekniska och icke-tekniska färdigheter, genom valbara och/eller obligatoriska utbildningar. Vissa utbildningar ingår i introduktionsprogram för omvårdnadspersonal och legitimerade nyanställda medarbetare.

Utbildningar erbjuds även utanför Kompetenscentrums uppdrag. Inom ramen för råd- och stödutbildning anordnades under 2025 tre utbildningstillfällen till legitimerade medarbetare om psykiatriska diagnoser och tillstånd, som en fortsättning från föregående år. Under hösten erbjöds två utbildningstillfällen särskilt riktade till arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som handlade om rehabilitering efter axelskador samt spasticitet i hand och arm.

MAS har haft digitala möten med samtliga sjuksköterskor i verksamhetsavdelningarna gällande egenvård, läkemedelsprocessen samt ett nytt arbetssätt vid förväntat dödsfall. Syftet med mötena är ett led i att stärka kompetensen och följsamheten kring förvaltningens riktlinjer.

En prognos från Regionalt utvecklingscentrum förutspår en stor brist på vård- och omsorgspersonal fram till 2035, samtidigt som omställningen till nära vård kräver nya arbetssätt och ökat samarbete mellan kommuner och Region Skåne. I juni presenterade Socialdepartementet SOU 2025:63 ”Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov”. Utredningen föreslår bland annat att fortbildning blir ett lagkrav från 2028, för både arbetsgivare och vårdpersonal. För att möta behov och krav arbetar förvaltningen med att effektivisera användningen av vårdpersonalens kompetens och skapa utvecklingsmöjligheter. Som en del av detta arbete har befattningen specialistundersköterska inrättats och arbete pågår med både rekrytering och utbildning. Målsättningen är att bidra till en högre kvalitet inom den kommunala vården. Inom HSL-verksamheterna har ca 10 undersköterskor påbörjat validering och kompletterande studier till specialistundersköterska med inriktning vård av äldre. Fortsatt har förvaltningen satsat på att fler vårdbiträden ska valideras eller utbildas till undersköterskor. Under 2025 blev ca 50 medarbetare klara med sin validering genom kompletterande studier, och ytterligare ca 70 påbörjade sin utbildning. Det är dock en utmaning att all kompetensutveckling, oavsett profession, tar tid från det patientnära arbetet.

## Uppdragsutbildningar

Under året har Inkontinensutbildning genomförts två gånger i samarbete med Malmö Universitet med totalt 80 deltagare. Tillsammans med Lunds universitet är ytterligare två uppdragsutbildningar under framtagande; en tvådagarsutbildning inom kliniska bedömningar som riktar sig till kliniska sjuksköterskor, samt en utbildning inom avancerad vård och rehabilitering med fokus på kommunal hälso- och sjukvård som riktar sig till kliniska arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Målsättningen är att dessa två utbildningar ska genomföras under 2026.

## Handledning

Handledning från legitimerade medarbetare till omvårdnadspersonal finns inom olika delar av förvaltningen och är fortsatt identifierat som en framgångsfaktor för att implementera kunskap och samförstånd i verksamheterna. Det stärker även teamarbetet. Handledning kan ske tvärs över avdelningarna, exempelvis genom de konsultativa teamen i avdelning Hälsa- och förebyggande. Inom avdelningarna ordinärt och särskilt boende sker handledning både i enskilda patientärenden och som fokusveckor där legitimerade medarbetare går bredvid omvårdnadspersonal under delar av arbetsdagen. Detta arbetssätt ses kontinuerligt över och är föränderligt, för att möta behovet på ett adekvat och aktuellt sätt. Handledning och kollegialt lärande sker även inom respektive profession. Rehabsektionerna i ordinärt boende har haft inspirationseftermiddagar där arbetsterapeuter och fysioterapeuter i de olika sektionerna träffats och delat med sig av olika goda exempel på arbetssätt. Träffarna är mycket uppskattade och ger ökad förståelse för varandras arbeten och de variationer som kan uppstå beroende på var i staden aktiviteter sker. Specialistsjuksköterskor har producerat utbildningsmaterial, bland annat i form av filmer, som används i handledning och kompetensförstärkning av omvårdnadspersonal.

## VFU – Verksamhetsförlagd utbildning

Region Skåne, kommunerna i Skåne samt Högskolan Kristianstad, Lunds universitet och Malmö universitet tecknade ett nytt ramavtal avseende verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom akademisk vårdutbildning på grund- och avancerad nivå, från 1 september 2025.

Syfte med avtalet:

- Reglera organisation, ansvar och finansiering av VFU.
- Säkerställa kvalitet och handledarkompetens.
- Möjliggöra samverkan kring utbildningsuppdrag och kompetensförsörjning.
- Främja en god arbetsmiljö för studenter.

VFU är en integrerad del av vår verksamhet – en avgörande del av utbildningen där teori möter praktik och studenter får möjlighet att förberedas för sin framtida profession. Genom att ta emot studenter bidrar vi både till framtidens kompetensförsörjning och får samtidigt ta del av nya perspektiv, aktuell kunskap och utvecklande arbetssätt. Verksamheten har ansvar för att erbjuda en trygg, inkluderande och strukturerad lärandemiljö som främjar studenternas kunskapsutveckling, stärker medarbetarnas kompetens samt bidrar till en säker och personcentrerad vård.

Förvaltningen tar årligen emot hundratals studenter från universitet och högskolor och arbetar aktivt för att skapa goda förutsättningar för VFU av hög kvalitet i enlighet med gällande VFU-ramavtal.

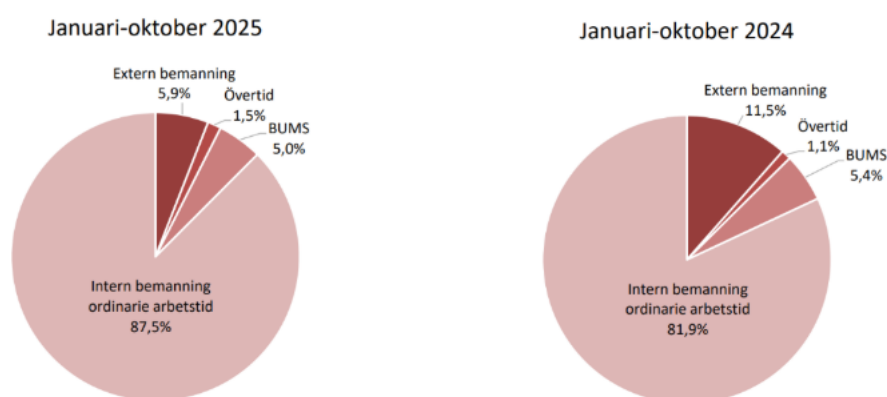
För att möta kraven i ramavtalet har flera aktiviteter initierats i syfte att tydliggöra och strukturera VFU-processen. Under våren etablerades fokusområdet VFU, som fungerar som en plattform för frågor och utveckling kopplade till verksamhetsförlagd utbildning. Under hösten 2025 har en arbetsgrupp arbetat med att ta fram ett utkast till en uppdragsbeskrivning för rollen som huvudhandledare. Arbetssättet kommer att prövas i verksamheterna under våren 2026 genom en pilot. Det evidensbaserade instrumentet UCEEM har även börjat användas för en mer strukturerad utvärdering av lärandemiljön. Vidare har dialog förts med Malmö universitet utifrån verksamheternas behov av handledarutbildning. En uppdragsutbildning om 7,5 hp planeras att erbjudas under våren.

## Säker bemanning

I överrapportering av HSL-uppgifter/delegerade uppgifter från legitimerad personal till omvårdnadspersonal matchas kompetenser med schemalaggningsen av medarbetare. Verksamheterna har rutiner för att säkerställa att medarbetare med vissa kompetenser alltid finns tillgängliga, exempelvis vid frånvaro. Det finns rutiner att följa för legitimerad personal som stöd när det uppstår behov av att prioritera bland insatser för att undvika att patientsäkerheten påverkas. Det kan gälla exempelvis vid extraordinär personalf frånvaro.

Förvaltningen har fortsatt fasa ut behovet av externa bemanningssjuksköterskor för att patienter ska mötas av en bättre kontinuitet och kompetens genom förvaltningens egna sjuksköterskor. Medarbetare som är anställd i Malmö stad har bättre förutsättning än extern bemanning ta sätta sig in i rutiner, riktlinjer samt arbetsprocesser, vilket i sig är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Behovet av bemanningssjuksköterskor har minskat tack vare en framgångsrik rekrytering av vakanta tjänster samt till egna resursteam i verksamheterna. Nedan bild visar hur den externa bemanningen (jan-okt) har minskat från 11,5% under 2024 till 5,9% samma tidsperiod 2025.

### Resursfördelning sjuksköterska



Fortsatt har förvaltningen sett svårigheter att rekrytera bland annat arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen kan få konsekvenser vid omställningen till en god och nära vård. I och med det ökade fokuset på förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser ses ett ökat behov av arbetsterapeuters och fysioterapeuters kompetens.

## Kompetensmodell sjuksköterskor

En kompetensmodell är framtagen för sjuksköterskor i klinisk tjänst och beskriver möjligheter att utvecklas inom arbetsuppgifter och ansvarsområden. Efter att modellen har testats och förfinats har den nu under 2025 kunnat användas i medarbetarsamtal för alla kliniskt verksamma sjuksköterskor. Syftet med modellen är att arbeta strukturerat med att identifiera, tillvarata och utveckla kompetens hos medarbetare i linje med verksamhetens behov.

Arbetet har utvärderats och positiva kommentarer är till exempel att kompetensmodellen bidrar med en tydlighet i uppdrag och ansvar för medarbetare. Chefer ser möjligheter att kartlägga verksamhetens totala kompetens och anpassa utbildningsinsatser. Det finns dock upplevelser av en ökad administration i

hanteringen som skulle kunna avhjälpas med exempelvis ett IT-stöd. Det är också viktigt att ha tydlighet kring om och hur kompetensmodellen kopplas till löneutveckling och utbildningsnivåer.

En framgångsfaktor är när medarbetare erbjuds en utbildningsinsats som sedan leder till ett fördjupat uppdrag. Ett antal av kommunens sjuksköterskor har sedan tidigare gått vidareutbildning i Medicinsk vård samt Vård av äldre. Dessa sjuksköterskor har sedan bidragit till kompetenshöjande insatser för samtliga sjuksköterskor. Exempelvis har några sjuksköterskor skapat en fördjupad utbildning i hantering av SIP, där samtliga sjuksköterskor i ordinärt boende har deltagit. Ytterligare exempel är framtagna filmer som beskriver olika omvårdnadsåtgärder, med syfte att kompetensförstärka omvårdnadspersonal.

### **Kompetensmodell arbetsterapeuter och fysioterapeuter**

I nationellt perspektiv framhävs det förebyggande och hälsofrämjande arbetet som nyckelfaktorer för att lyckas med omställningen till en god och nära vård. Även nya SoL ställer krav på verksamheternas förmåga att ge rätt stöd i rätt tid. Det kan innebära ett behov av att utföra tidigare bedömningar av rehabiliteringsbehov samt att rehabiliteringen för patienter med komplexa behov kan komma att öka. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter är två enskilda professioner, som ofta benämns som ”rehab”. Genom att stärka var profession för sig, tydliggörs roller och ansvar, samt stärker samverkan i det tvärprofessionella teamet. Det blir lättare för andra professioner att förstå vad en arbetsterapeut respektive fysioterapeut har för uppdrag. Uppdragen för respektive profession behöver därför tydliggöras och kompetensmodeller ska nu tas fram. I arbetet ingår chefer, facklig representation samt MAR.

Specialistutbildning för arbetsterapeuter och fysioterapeuter drivs av respektive fackförbund. Därav är det inte möjligt att tillhandahålla en samordnad specialistutbildning mellan arbetsgivare och lärosäte, så som för sjuksköterskor.

### **Språkutvecklande insatser**

Goda kunskaper i svenska språket är en förutsättning för patienters inflytande, trygghet och delaktighet. Det bidrar även till en god arbetsmiljö och ökad kvalitet i verksamheten. I enlighet med både nationella råd samt som uttalat mål för staden, behöver språkstödande aktiviteter fortsatt genomföras i HVOF. Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen om språkrav som föreslås träda i kraft 1 juli 2026, vilket förvaltningen bevakar. Aktiviteter i HVOF omfattar bland annat utbildningsinsatser för medarbetare på betald arbetstid, såsom svenska i vård och omsorg och utbildning i social dokumentation. Chefer kan få utbildning i nycklar till språkutvecklande arbetsplats. Vård och omsorgscollege erbjuder språkombudsutbildning för att skapa kollegialt stöd ute på arbetsplatser. Utvärdering av de drygt 50 vårdbiträden och undersköterskor som påbörjat utbildning, är positiv.

### **Patienten som medskapare**

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



## Medskapande på gruppnivå

I utvecklingsarbetet i Nära vård-omställningen läggs stor vikt vid att patienten ska kunna vara medskapare både i den egna vården och även ha möjlighet att ge inspel i övergripande frågor kring vård och omsorg. Den årliga brukarundersökningen är exempel på en metod som låter verksamheter ta vara på upplevelser och använda det i fortsatt utvecklingsarbete. I förvaltningens systematiska kvalitetsarbete ingår även att regelbundet och systematiskt ställa vissa frågor till personer som tar emot omvårdnadsinsatser. Det är ett annat exempel på hur medskapande kan utformas. Om synpunkter från patienter eller anhöriga påpekar risker eller brister, registreras dessa i kvalitetsavvikelsesystemet för fortsatt utredning. Förvaltningen kan bli bättre på att inkludera Malmöbor i utvecklingsarbete på en övergripande nivå. Avdelningen för hälsa- och förebyggande har genom sina verksamheter större förutsättningar att skapa aktiviteter och samtalsforum på grupp- och samhällsnivå, jämfört med övriga avdelningar som i större utsträckning möter enskilda brukare och patienter med individriktade insatser. Exempel på detta har under året varit att bjuda in medborgare till referensgrupper för att presentera nya idéer eller ha dialog om utveckling. Även andra avdelningar i förvaltningen kan ”låna” en referensgrupp för att ta hjälp i sitt utvecklingsarbete.

Måltidsenheten verkar för att skapa dialog och delaktighet med patienter och anhöriga, och därigenom öka nöjdhet i samband med måltider. I projektet MUMS i avdelningen för särskilt boende, fokuserar man på måltidsaktiviteter och med hjälp av personal från måltidsenheten identifieras enkla strategier och arbetssätt för att öka trivsel och smakupplevelse vid måltiderna. Det ses effekter i bland annat minskade trycksår, viktökning och allmän nöjdhet. Projektet är nu avslutat på det första boendet, där arbetssättet blivit implementerat. Ett nytt boende arbetar nu med MUMS i projektform för utvärdering under 2026.

## Medskapande på individnivå

Sedan flera år finns ett Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter som en metod för att göra patienten delaktig i sin planering av träning, rehabilitering och behandling. Patientens motivation vid val av insatser har ofta stor effekt på resultatet. Något liknande beslutsstöd för sjuksköterskor finns inte, men patienten ska alltid erbjudas möjlighet att påverka sin behandling. En viktig del i medskapande och för att bibehålla patientens resurser är egenvårdsbedömningar. I början av 2025 presenterade Socialstyrelsen ett kunskapsstöd som tydliggör hur egenvård kan användas för att stärka delaktigheten hos patienter. En förändring i hur Socialstyrelsen beskriver och tolkar lagstiftningen kring egenvård har också öppnat upp för att den behandlande aktören i vården kan ta ställning till egenvård, istället för som tidigare – att beslutet alltid fattades av ordinarie (som många gånger är i slutenvården). Medicinskt ansvariga har på olika sätt informerat och väglett chefer och sjuksköterskor kring arbetet med egenvård. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer också få allmän information och handledning vid behov.

Dokumentationssystemet har även setts över för att utgöra ett bättre stöd i egenvårdsbedömningar. Legitimerad personal i HVOF har i större utsträckning haft dialoger med patienter om vilken del av vården hen skulle kunna utföra själv, eller med hjälp av annan person. Aktiviteterna har medfört en positiv förflyttning mot att stärka patienters egna förmågor. Olika verksamheter har kommit olika långt och det finns ett fortsatt behov av att stärka detta arbete framåt.

Begreppen rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerat synsätt ska vara kända hos medarbetare i förvaltningens alla verksamheter. För att uppnå ett medskapande i relationen mellan medarbetare och patient, är det dock viktigt att förhållningssättet återkommande uppmärksammas i exempelvis kvalitetsdialoger. En till synes enkel fråga ”vad är viktigt för dig?”, ska kunna påverka utförandet av insatser hos en patient. Rehabundersköterskorna är bärare av det rehabiliterande förhållningssättet

tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter. När hen deltar i det dagliga arbetet tillsammans med omvårdnadspersonal sprids kunskap och det sker ett kollegialt lärande. Rehabundersköterskan är och ska vara en trygg punkt till övrig omvårdnadspersonal för att stärka det egna förhållningssättet.

I avdelning myndighet har två arbetsterapeuter rekryterats till ett projekt som syftar till att personer ska få stöd i vardagliga aktiviteter i samband med att de ansöker om hemtjänstinsatser för första gången. Målet med insatsen är att behovet av hjälp ska skjutas på framtiden, eller inte alls uppstå, när arbetsterapeuterna haft sin intervention. Projektet pågår under 2026 och kommer utvärderas med förhoppning om implementering. Flera andra kommuner med liknande arbetssätt vittnar om att arbetsterapeuternas stöd ökar självförtroende och aktivitetsförmåga.

I avdelningen för särskilt boende har rehabsektionen uppmärksammat risken för att personcentreringen brister, när patienten har en demenssjukdom eller av annan anledning inte kan förmedla sina önskemål muntligt. Då kan levnadsberättelsen vara till god hjälp, liksom kompetenshöjning vad gäller bemötande till personer med demenssjukdom.

I avdelningen för ordinärt boende har samtliga enheter identifierat ett behov av kompetenshöjande insatser gällande rehabiliterande förhållningssätt, utöver det arbete som enheten för hemsjukvård rehab redan gör.

En samordnad individuell plan (SIP) är en viktig åtgärd för att inkludera patienten i den planerade vården. En målsättning är att samtliga patienter med insatser från både region och kommun ska ha en aktuell SIP, där det tvärprofessionella teamet har bidragit till patientens planering.

### **Anhörigstöd**

Anhöriga kan erbjudas samtal, både individuellt och i grupp. Förvaltningens anhörigkonsulenter ger även stöd till de verksamheter som behöver belysa bemötande till anhöriga lite extra. Information, samtalsstöd och avlösning är de tre stödpelarna som anhörigkonsulenter utgår ifrån. Såväl chefer som medarbetare uttrycker uppskattning över detta och i de verksamheter som haft aktivt stöd av anhörigkonsulenter har antalet negativa synpunkter från anhöriga minskat. I början av 2026 planeras en föreläsning öppen för samtliga yrkesroller, som ska handla om anhörigperspektivet i samband med palliativt vårdförlopp.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

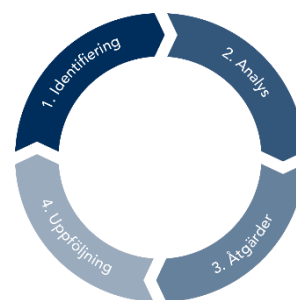
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

I denna patientsäkerhetsberättelse väljer medicinskt ansvariga att redovisa egenkontroller i form av kvalitetsregister, journalgranskning och observationer av vårdhygieniskt arbete.

### Egenkontroller

#### Senior Alert

Kvalitetsregistret Senior Alert används i särskilt boende (förutom inom korttidsenheten) och i de flesta sektioner i ordinärt boende. Det är ett verktyg som på ett systematiskt sätt stödjer verksamheterna i det förebyggande arbetet avseende riskområdena hudskada, undernäring, nedsatt munhälsa och fall.

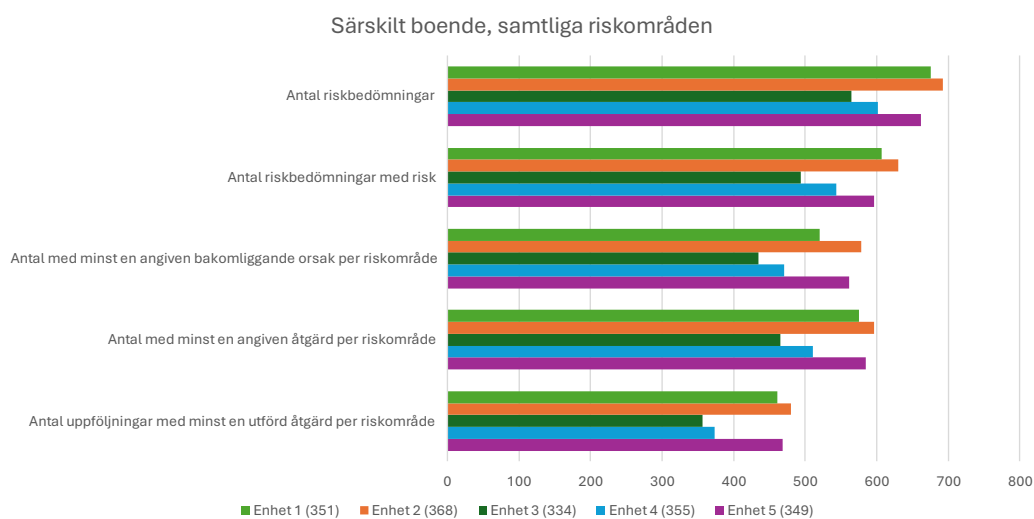
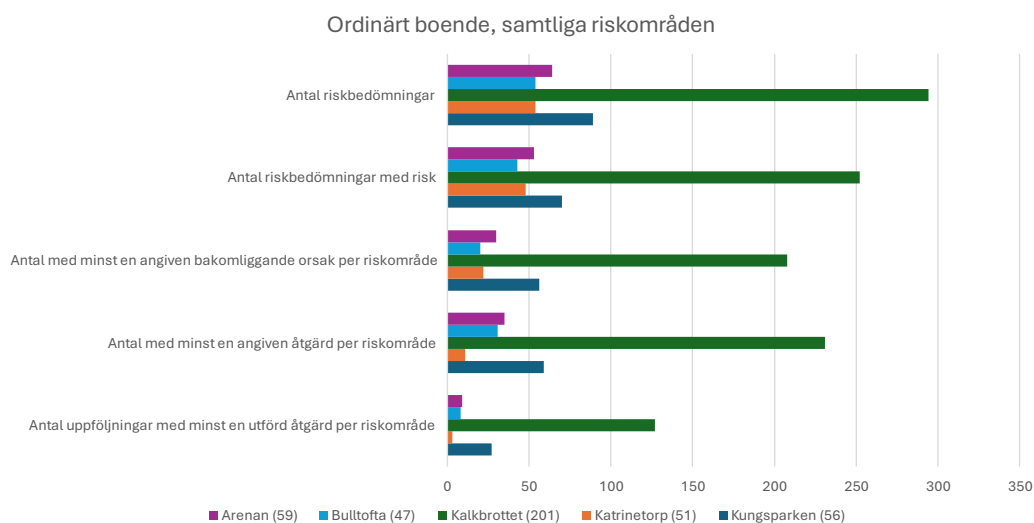


#### Mål och genomförande:

Genom att identifiera risker tidigt och följa upp åtgärder minskar antalet vårdskador, vilket är en central del av patientsäkerhetsarbete. Detta är också syftet med registrering, tillsammans med möjligheten att stärka teamen i sitt samarbete. Enligt rutin ska riskbedömningar och uppföljningar göras regelbundet. Kvalitetsutvecklare/projektledare tar ut statistik till sektioner och enheter för uppföljning på gruppnivå. Statistiken kan visa aktuellt status av registreringar, men även hur riskbedömningar och åtgärder fluktuerar över tid i respektive sektion.

#### Resultat:

Följande diagram är utdrag ur Senior Alerts statistik för 2025, uttagen vid årsskiftet 2025/2026. Antal patienter och registreringar är uppdelade på enhetsnivå i ordinärt boende respektive särskilt boende. Efter enhetens namn visas antal patienter som har registrerats. Varje sektion inom enheterna har möjlighet att ta del av en mer detaljerad statistik.



### Analys:

Enheterna i ordinärt boende fanns inte med i föregående års redovisning av Senior Alert. Det är fortsatt ett pågående arbete att handleda teamen till en ökad användning av kvalitetsregistret och sett över tid finns idag en större kontinuitet i inrapportering. I särskilt boende har registrering i kvalitetsregistret pågått under flera år, därav finns ett större antal patienter registrerade och ett mer etablerat arbetssätt för teamen att använda registreringen i planering av vård och behandling. Det tar tid att förändra arbetssätt, inte minst när det berör flera professioner. Att uppmärksamma risker och planera för åtgärder hos patienter åligger professionerna oavsett om man använder kvalitetsregister eller inte. Därför är det viktigt att poängtera att vården inte behöver vara sämre bara för att det finns ett lägre antal registreringar. Detta kvalitetsregister bidrar med en systematik och underlag till planering, men teamet behöver få in ett bra arbetssätt för att



registreringarna ska upplevas som meningsfulla för vården av patienter och inte bara en administrativ uppgift.

Antalet patienter är lägre än antalet registreringar, eftersom varje patient genererar flera riskbedömningar inom riskområdena. Inom både ordinärt och särskilt boende ses att registrerade åtgärder inom riskområdena är fler än uppföljningarna. Det skulle kunna signalera att uppföljningar kan få lägre prioritet än inledande bedömningar och åtgärder, om exempelvis arbetsbelastningen är hög.

### Åtgärder:

Fortsatt strävar verksamheterna efter en god följsamhet till kvalitetsregistret. Teamen har återkommande dialoger om syfte och genomförande för att det ska ge mening för både patient och medarbetare. På olika sätt finns handledning inom avdelningarna att få. Statistiken sammanställs av kvalitetsutvecklare/projektledare och lämnas vidare till sektionschefer för fortsatt analys och arbete.

### Svenska Palliativregistret

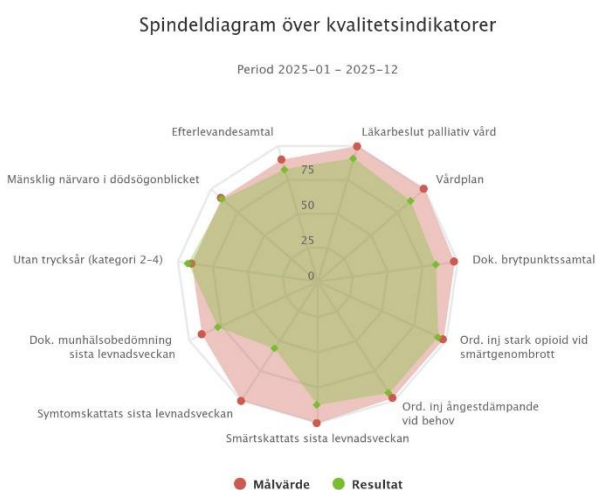
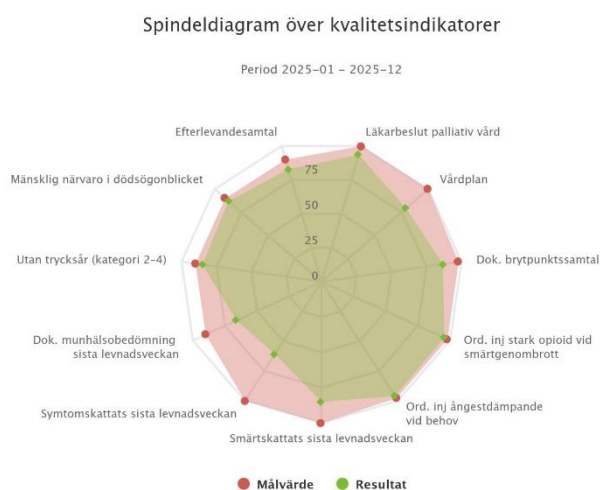
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården i livets slut för patienter och närstående. Med hjälp av kvalitetsregistrets öppna jämförelser kan förbättringsområden identifieras i den egna verksamheten.

### Mål och genomförande:

Sjuksköterskor i HVOF ska registrera samtliga dödsfall som inträffar i särskilt boende och i ordinärt boende i de fall patienten varit inskriven i hemsjukvård. Flertalet kvalitetsindikatorer mäts när det gäller väntade dödsfall, exempelvis dokumenterat brytpunktssamtal, smärtskattning, symtomskattning, munhälsobedömning, mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och efterlevandesamtal.

### Resultat:

Det vänstra diagrammet visar resultat från ordinärt boende för 2025. Det högra diagrammet visar resultat från särskilt boende för 2025.



Under 2025 registrerades totalt 705 väntade dödsfall i förvaltningen varav 552 i särskilt boende och 153 i ordinärt boende. Övergripande ligger förvaltningens resultat i Svenska Palliativregistret på ungefär samma nivåer som 2024, men på flera sektioner ses positiva förflyttningar bland annat gällande smärtskattning senaste levnadsvecka, vårdplan och dokumenterad munhälsobedömning. Jämfört med allmän palliativ hemsjukvård i riket ligger förvaltningens resultat lika eller högre på samtliga kvalitetsindikatorer. Utifrån de

målnivåer som Socialstyrelsen tagit fram för god palliativ vård på respektive kvalitetsindikator finns det dock fortsatt behov av att kvalitetssäkra vården i livets slutskede.

#### **Analys:**

Att ge palliativ vård och vård i livets slut i hemmet är komplext och utmanande utifrån flera olika aspekter. Teamarbete är en förutsättning liksom god planering och regelbunden skattning av fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. I nuläget arbetar förvaltningens sjuksköterskor utifrån lokalt framtagna rutiner och checklistor och arbetssättet ser olika ut över dygnet.

#### **Åtgärd:**

De palliativa nätverken för sjuksköterskor har fortsatt sitt arbete under året med regelbundna träffar. Både i ordinärt och särskilt boende finns nu representanter för arbetsterapeuter och fysioterapeuter i nätverken. I ordinärt boende har arbetet med palliativa ombud i hemtjänsten fortsatt och palliativa ombud finns nu i samtliga 55 hemtjänstsektioner. Under hösten påbörjades även implementering av arbetssättet på natten, hittills har 11 personer från nattens hemtjänst utbildats med plan om utökning under 2026.

Statistik från Svenska Palliativregistret följs regelbundet i nätverken och används som underlag i förbättringsarbete. För att främja en kvalitativ, personcentrerad och jämlik vård i livets slutskede har arbete påbörjats kring att implementera ett strukturerat och vedertaget arbetssätt så som Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP).

#### **Journalgranskning enligt Nationell vårdplan för palliativ vård**

Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP), är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP har tagits fram för att ge stöd och struktur i vården av vuxna människor med palliativa vårdbehov och syftar till att ge ökad trygghet och livskvalitet för både patienten och de närstående genom att behoven identifieras, åtgärdas, följs upp och dokumenteras på ett ändamålsenligt och strukturerat sätt. Implementering av NVP ger både dokumentations- och kunskapsstöd samt främjar en kvalitetssäkrad jämlik palliativ vård.

#### **Mål och genomförande:**

Inför att arbeta med NVP görs en journalgranskning som ett utgångsläge, för att identifiera kvaliteten på dokumentationen i patientjournaler i förhållande till innehållet i NVP. Granskningen syftar även till att ge initialt stöd inför valet av hur NVP ska användas i verksamheten. Medicinskt ansvariga granskade 20 journaler i avdelningen för särskilt boende och 20 journaler i ordinärt boende. Urvalet skedde genom kriterier i fastställda instruktioner.

#### **Resultat:**

Det fullständiga resultatet av journalgranskningen omfattar flera parametrar. Här följer en sammanfattning:

- Patientens mående dokumenteras i större utsträckning i livets slutskede, jämfört med vad som dokumenteras i det tidigare palliativa skedet. Befintlig dokumentation fokuserar till stor del på fysiskt mående och till viss del på psykiskt. Den dokumentation som täcker en helhetsbild av patientens mående, inkluderat sociala och existentiella aspekter, saknas ofta.
- Hjälpmedelsbehov finns dokumenterat i samtliga granskade journaler medan det oftare saknas uppdaterade ADL-bedömningar.

- Det förstås i en stor del av journalerna att brytpunktssamtal hållits, men ofta saknas det uttryckligen i dokumentationen och de genomförda samtalens innehåll finns sällan dokumenterade. Dokumentation gällande behandlingsbegränsningar finns.
- I de granskade journalerna finns sällan dokumentation kring patientens prioriteringar och önskemål, inkluderat var patienten själv önskar vara och vårdas. I flera journaler saknas även dokumentation gällande vad patienten vet om sin sjukdom och prognos samt vilken information som önskas.
- Närståendes behov av stöd finns dokumenterat i hälften av de granskade journalerna.
- Ordination vård i livets slutskede finns i 35 av de 40 granskade journalerna där sjuksköterska en eller flera gånger dagligen dokumenterat aktuella vårdåtgärder.
- Uppdaterad SIP efter beslut om att patient befinner sig i livets slutskede saknas i majoriteten av de granskade journalerna. I flera av dessa fall finns dock anteckning om att SIP har uppdaterats, men denna finns inte inskannad i patientjournal.

### **Analys:**

Det förekommer viss skillnad i resultatet mellan journalerna från ordinärt boende och särskilt boende. Skillnaderna är dock så små att det förmodligen inte kommer påverka framtida arbetssätt eller instruktioner för implementering av NVP i de olika avdelningarna om det blir aktuellt. Den största skillnaden är förekomsten av uppdaterade SIP som är fler i särskilt boende. Det är sannolikt att sjuksköterskor i särskilt boende har tätare kontinuitet i läkarkontakt jämfört med sjuksköterskor i ordinärt boende.

Även om resultatet av journalgranskningen visar att anteckningar saknas, är det inte lika med att journalföringen varit genomgående bristfällig. Granskningens parametrar utgår från NVP och blir ett underlag för dialog om arbetssätt framöver. Resultatet kan bidra till reflektioner om vad som är viktigt att journalföra i den palliativa vårdens olika skeenden. Dagens journalsystem är uppbyggt utifrån specifika frastexter inom kroppsfunktioner, aktivitets-, funktions- och delaktighetsförmåga. Systemet underlättar inte för den som ska journalföra ett allmänt mående eller en helhetssyn på patientens hälsotillstånd, vilket medför att sådana anteckningar inte förekommer lika ofta som mer detaljerade bedömningar och åtgärder.

### **Åtgärder:**

I avdelningen för särskilt boende kommer en pilot genomföras med start hösten 2026, där boenden i en HSL-sektion av sjuksköterskor ska arbeta och dokumentera enligt NVP. I avdelningen för ordinärt boende har en arbetsgrupp tillsatts som arbetat fram åtgärdsförslag för fortsatt planering, med förhoppning om implementering. Detta baserat på kartlagt nuläge, identifierade förbättringsområden samt vilka resurser och utmaningar som är kopplade till implementering av NVP.

Baserat på journalgranskningen ses frastexter i journalsystemet över, för att underlätta dokumentation enligt NVP. En ny journalgranskning planeras för att utvärdera dokumentationskvalitet. Granskningen kommer återigen vara underlag för dialog och reflektion kring arbetssätt.

### **RiksSår**

Kvalitetsregistret RiksSår avser att mäta och analysera förekomsten av patienter med svårläkta sår. I förvaltningen sker registrering inom avdelning ordinärt boende, där sårkonsulten i sjuksköterskornas HSL-enhet ansvarar för att hålla samman statistiken.

### **Syfte och genomförande:**

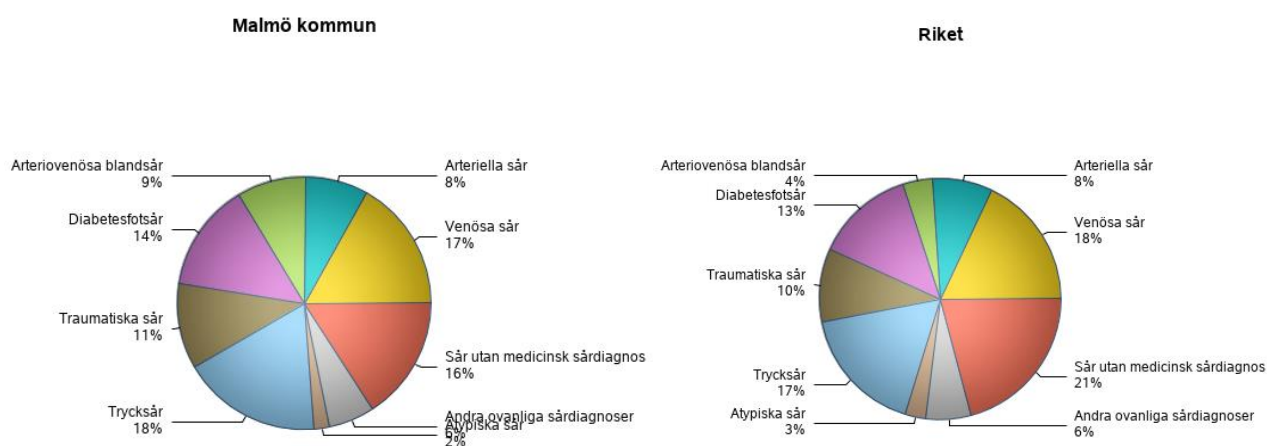
Syftet med att registrera i RiksSår är att tidigt ge patienten rätt diagnos och genom strukturerat

omhändertagande bidra till kostnadseffektiv behandling och snabbare sårhäkning. Med svårhäkta sår avses sår som inte läkt eller förväntas läka inom 4–6 veckor. RiksSår har fyra nyckeltal;

- 80% av patienter med sårsmärta på fem eller däröver på en tiogradig skala bör ha fått smärtlindring
- 100% av patienter med venösa bensår ska ha fått kompressionsbehandling
- mindre än 25% bör ha fått antibiotikabehandling
- Enklare bensår bör ha en läkningstid på mindre än 90 dagar

### Resultat:

I slutet av 2025 fanns 100 pågående sår i ordinärt boende.



Bilden till vänster visar pågående sår i ordinärt boende, höger bild motsvarar registreringar i riket. Av de sår i Malmö som är pågående, är majoriteten fördelade mellan trycksår (ljusblå, 18 %), diabetesrelaterade fotsår (lila, 14 %) och venösa bensår (gul, 17 %). En relativt stor andel av de pågående såren har ännu inte fått någon medicinsk sår diagnos (röd, 16 %), jämfört med 21 % i hela riket.

Under 2025 registrerades 43 läkta sår jämfört med 93 läkta sår under 2024. Av de läkta såren hade 98 % erhållit en medicinsk sår diagnos. Mediantiden från uppkomst av sår till läkning låg på 36 veckor som kan jämföras med rikets 25 veckor.

Mer än hälften av patienterna med sår uppger att de har sårsmärta (56 %). Av dem med upplevd smärta på över fem på en tiogradig skala har 51 % erhållit smärtlindring under behandlingstiden, jämfört med 57 % för 2024.

Alla patienter med sår på fötter eller underben ska undersökas avseende arteriellt kärlstatus. Under 2025 genomfördes detta på 64 % vilket kan jämföras med 59 % under 2024.

### Analys:

En utebliven medicinsk sår diagnos kan medföra en fördröjd sårhäkning och därmed ett ökat lidande för patienten. Orsakerna till att 16 % av de pågående såren inte har fått en diagnos kan vara flera, och involverar även den regionala primärvården som ofta är den vårdgivare som diagnosticerar. Även bristande kunskap kring sår och sårbehandling är troligtvis en bidragande orsak.

Enheten har registrerat färre läkta sår under 2025 jämfört med 2024 och läkningstiden är längre än rikets median. Det ses också en hög andel trycksår, vilket talar för att många patienter har en komplex sjukdomsbild med flera riskfaktorer.

### **Åtgärder:**

Under 2025 har en ny checklista för hantering av sår utarbetats och implementerats i verksamheten. Checklistans utformning underlättar följsamhet till rekommendationer från Nationellt vårdprogram och vårdförlopp för svårläkta sår.

För att öka kunskap kring svårläkta sår har sjuksköterskor utbildats kring venös insufficiens och kompressionsbehandling. Deltagarna i enhetens sårnätverk har gått en heldagsutbildning i sår och sårbehandling. Fortsatt fokus behövs på det trycksårsförebyggande arbetet vad gäller riskbedömningar och tidig insättning av åtgärder.

Särskilt boende är ännu inte anslutna till RiksSår. Inom avdelningen har man valt att frångå det särskilda uppdraget som sårkonsult, och istället satsat på att fler sjuksköterskor ingår i ett sårnätverk. Där får de en handledande funktion och kan erbjuda stöd till kollegor i verksamheterna.

### **Punktprevalensmätning (PPM)**

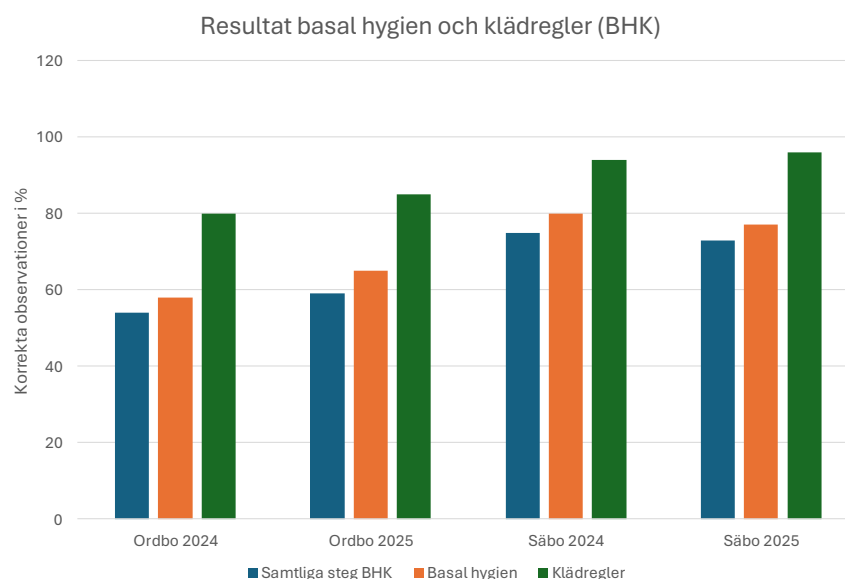
Personal inom hälso- och sjukvård och omsorg behöver tillämpa basala hygienrutiner i sitt arbete. Det är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basal hygien omfattar handhygien samt användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder.

### **Mål och genomförande:**

Som stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till basala hygienrutiner genomförs punktprevalensmätningar (PPM). Mätningarna grundar sig på observationer som ger en ögonblicksbild av medarbetare i patientnära arbete. Under 2025 har förvaltningen utfört PPM i två av tre avdelningar. Särskilt boende och ordinärt boende har haft mätning under en vecka på våren och en vecka på hösten. I avdelningen Hälsa och förebyggande har kvalitetsutvecklare istället haft dialoger om basal hygien med medarbetare i verksamheterna.

### **Resultat:**

I mätningarna gjordes runt 400-500 observationer i respektive avdelning. Nedan ses jämförelser från vårens mätning i särskilt boende och höstens mätning i ordinärt boende, 2024 respektive 2025:



### Analys:

Resultatet liknar det från föregående år, med något högre följsamhet i samtliga steg i särskilt boende jämfört med ordinärt boende. Dock har följsamheten till samtliga steg i basal hygien och klädregler ökat inom avdelningen ordinärt boende och sjunkit något i särskilt boende. Följsamhet till klädregler är fortsatt den observationen med bäst resultat. Hygienronderna som genomförs talar för att verksamheterna har god kännedom om vilka klädregler som gäller samt att man har goda förutsättningar att hantera cirkulationstvätt.

Till höstens mätning i särskilt boende delades observationen ”korrekt användning av handskar” samt ”korrekt desinfektion av händerna” upp i flera moment, då man har observerat att det skiljer sig beroende på om hygienstationerna (med handdesinfektion, förkläde och handskar) är placerade i eller utanför lägenheten, samt var i lägenheten. Resultatet har gett chefer möjlighet att se hur en lämplig placering av hygienstationer underlättar för medarbetare att göra rätt.

Socialstyrelsen har följt upp äldreomsorgens efterlevnad av basala hygienkrav och rutiner enligt föreskrifterna HSLF-FS 2022:44 och SOSFS 2015:10, genom bland annat enkäter till första linjens chefer. Det nationella resultatet redovisas i rapporten ”Bristande följsamhet till rutiner för hygien och smittförebyggande åtgärder” hos Socialstyrelsen. I rapporten anser chefer för hemtjänst och särskilt boenden att följsamhet till hygienrutiner är tillräckligt bra. Socialstyrelsen bedömer dock att efterlevnaden till föreskrifterna kan förbättras. Utöver den enskilde medarbetarens kunskap och följsamhet till rutinerna tar rapporten även upp verksamhetens möjlighet till omställning vid exempelvis smittspridning. En framgångsfaktor är att hygienfrågan lyfts på en hög nivå i organisationen, med en tydlig ansvarsfördelning.

Hygienfrågan har under 2025 lyfts fram i samtliga verksamhetsnära avdelningar i HVOF.

### Åtgärder:

Kvalitetsutvecklare HSL i ordinärt boende och särskilt boende sammanställer mätningarna och bryter även ner resultaten på sektionsnivå, för ytterligare verksamhetsnära analys av resultaten. Under året har medicinskt ansvariga och kvalitetsutvecklare HSL i avdelningen för ordinärt boende påbörjat att göra

hygienronder i lokalerna för hemsjukvård och hemtjänst vilket fortlöper under 2026. Responsen från verksamheterna har varit positiv och skapat dialog och lärande.

Hygienronderna i avdelningen för särskilt boende fortlöper, som en av tre delar i det vårdhygieniska kvalitetsarbetet. De övriga två delarna är PPM-mätning och egenkontroll. Alla boenden i avdelningen har haft minst en hygienrond vilket innebär att det nu finns möjlighet att följa upp de åtgärder som planerats sedan föregående rond. Initialt ses dock att en hel del åtgärder inte har blivit genomförda som planerat. Möjliga orsaker till detta kan vara exempelvis chefsbyten eller att handlingsplanen inte blivit uppföljd i ledningsgrupp och därav prioriterats bort.

I avdelning hälsa- och förebyggande finns intresse av att genomföra egenkontroll och hygienronder på framför allt dagverksamheterna under 2026, med inspiration från de övriga avdelningarna.

### Registrering i BPSD-registret

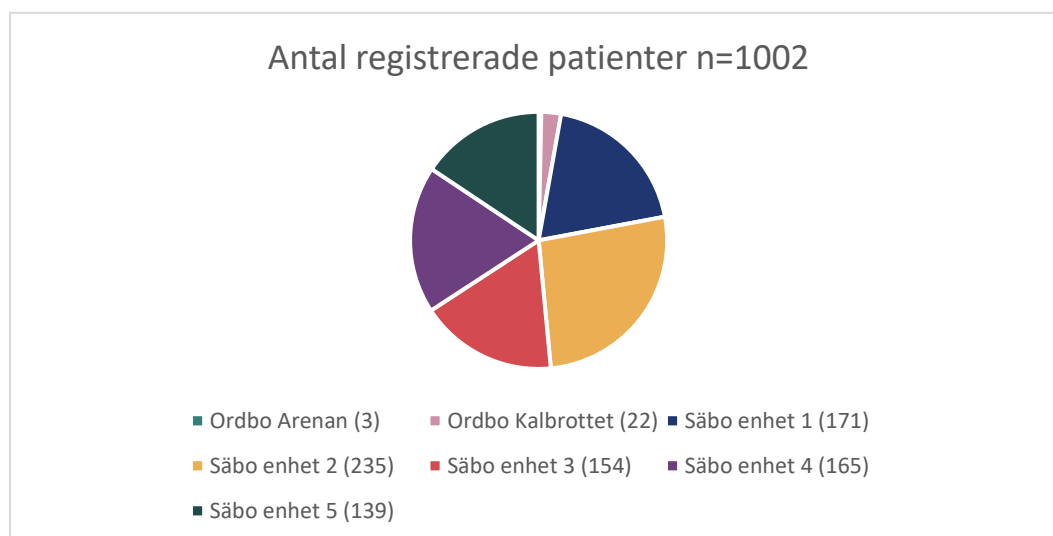
BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

### Mål och genomförande:

Verksamheterna har målsättningen att alla patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom ska registreras. Bedömning och registrering sker oftast av undersköterska och sjuksköterska, och beslut om åtgärder sker i det tvärprofessionella teamet. För att underlätta arbetet finns internutbildning, BPSD-administratörer, manual för dokumentation samt instruktion för genomförande av skattning.

### Resultat:

I ordinärt boende har totalt 25 patienter registrerats i BPSD-registret under 2025. I särskilt boende har 977 patienter registrerats. En patient kan få mer än en skattning under en tidsperiod av bedömningar och åtgärder, totalt har 1478 skattningar gjorts för de registrerade patienterna. Majoriteten av patienterna har Alzheimers med sen debut eller ospecificerad demens, vilket också är de vanligaste diagnoserna enligt registerstatistiken för riket. Nedan ses fördelningen av antal registrerade patienter per enhet, där antalet ses i parentes efter enhetens namn.



**Analys:**

Antalet registreringar är betydligt högre i särskilt boende än i ordinärt boende eftersom det i särskilt boende bor en större andel personer med långt gången demenssjukdom. En annan anledning är att arbetssättet ännu inte är fullt implementerat i ordinärt boende. Närhet till det tvärprofessionella teamet är en förutsättning för att arbetet ska kunna struktureras och vara meningsfull för alla. På en aggregerad nivå är det svårt att följa annan statistik än antal patienter och antal skattningar. Om redovisningen till exempel skulle vara att följa skattningarnas poäng (för att följa om symtomen ökar eller minskar), skulle resultaten bli missvisande. Ofta har patienter inom särskilt boende en högre poäng eftersom de kan vara längre gångna i sin demenssjukdom, eller ha en mer komplex problematik. För att följa åtgärdernas effekt behöver teamen granska resultaten på individnivå. Detta kan göras genom exempelvis kollegial journalgranskning.

**Åtgärder:**

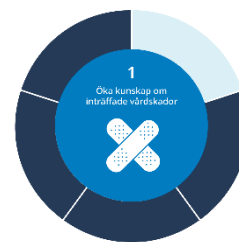
Att öka registreringar och skattningar i BPSD-registret är ett prioriterat område. Genom stöd i utbildning, handledning och dokumentation finns förutsättningar att inkludera skattningar i det tvärprofessionella arbetet. Som all annan registrering är det administrativ tid som till viss del skapar dubbeldokumentation (i register och patientjournal), därav vikten av dialog om vilka effekter arbetet ger patienterna samt att ha en tydlig ansvarsfördelning i teamet.



## 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 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.



### Utredning av kvalitetsavvikelser

Medicinskt ansvariga har under året handlett chefer och medarbetare i samband med utredning av avvikelser. Chefer och medarbetare har olika erfarenhet och kunskap vad gäller avvikelsehantering. De avvikelser som bedöms ha en högre allvarlighetsgrad, kommer till medicinskt ansvariga för godkännande och ställningstagande till fortsatt utredning. Under året har 145 avvikelser bedömts som allvarliga vid verksamhetens utredning. Det finns en matris som stöd när medarbetare bedömer allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Då medicinskt ansvariga tar emot utredningen kan riskbedömningen omvärderas. Där utredningen är väl genomförd och det konstateras att patienten inte drabbats av allvarlig vårdskada, godkänns utredningen. För att se effekten av planerade åtgärder skickas avvikelser även till uppföljning. Utredningar skickas tillbaka för komplettering om de inte besvarar bakomliggande orsak till risken eller händelsen. I de fall där det föreligger behov av fördjupad utredning startas en internutredning som kan komma att leda till anmälan till IVO enligt lex Maria.

### Anmälningar enligt Lex Maria till IVO under 2025

- En multisjuk patient med bland annat avancerad KOL är en morgon kraftigt andningspåverkad och sjuksköterska kontaktas vid upprepade tillfällen av både omvårdnadspersonal och närstående. Sjuksköterskan uppfattar dock inte att det rör sig om en akut försämring och bedömer inte att det behövs ett hembesök för bedömning av hälsotillstånd. Först på eftermiddagen bedöms patientens hälsotillstånd av hälso- och sjukvårdspersonal. Patientens ytterligare försämrade tillstånd går ej att vända och patienten avlider samma kväll. Det går inte att utesluta att patienten hade kunnat få tillgång till behandling och/eller symtomlindring i ett tidigare skede om behov av akut omhändertagande hade uppmärksamats. Åtgärder som tagits fram berör bland annat säker informationsöverföring såsom implementering av rapporteringsstöd vid telefonbedömning samt ökad följsamhet att använda ViSam beslutsstöd vid försämrat hälsotillstånd. Även kompetenshöjande åtgärder har vidtagits.
- En patient med bland annat KOL och hjärt- och kärlsjukdomar kom tillbaka till sitt boende efter att ha vårdats på sjukhus efter en mindre hjärtinfarkt. Under de närmaste dagarna upplevde personalen patienten som relativt välmående, men lite tröttare. Efter ytterligare några dagar fick patienten ökade problem med andningen nattetid. Ambulans tillkallades på morgonen den sjätte dagen och patienten fördes till sjukhus där det konstaterades att hen drabbats av lungödem. Patienten avled dagen efter. Internutredningen visar att man brustit i bedömningen av patientens hälsotillstånd samt att man inte följt läkarordination gällande att kontrollera patientens vikt. Hade man gjort kontroll enligt läkares ordination hade man sannolikt i ett tidigare skede upptäckt att patienten samlat på sig mycket vätska och då snabbare kunnat sätta in behandling för detta. Det är oklart om händelsen har påverkat utgången för patienten men det går inte heller att utesluta.

Åtgärder som satts in är bland annat en översyn av bemanningen, kompetenshöjning och tydliggörande av rutinerna kring läkarordinationer.

### Internutredningar under 2025

- Under senhösten rapporteras ett trycksår till sjuksköterska i särskilt boende. Det uppdagas att omvårdnadspersonalen signalerat om hudförändring sedan tidigare men bedömningen då var att förändringen var ett blåmärke. Utredningen visar att en hög omsättning av sjuksköterskor har medfört brist i systematiska riskbedömningar med Senior alert över tid och samarbetet mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska har inte fungerat optimalt. Introduktionen av ny sjuksköterska var också bristfällig. Åtgärder inkluderar bland annat samarbetsmöten i chefsled, att ta nytt grepp med arbetet i Senior alert och även att tillämpa Gröna korset som verktyg för att lyfta händelser i teamet med fokus på förbättring.
- På ett boende trillade en patient bakåt i sin rullstol. Det fanns en nivåskillnad vilket medförde att personal fällde upp tippskydden på rullstolen för att klara förflyttningen. De fälldes inte ner igen och när patienten sedan på egen hand skulle öppna sin dörr vätte hen baklänges. Patienten klarade sig utan skada. Fysioterapeut har genomfört extra informationstillfällen om rullstol/tippskydd till all personal och boendet har åtgärdat nivåskillnaden.
- En patient med levercirros skrevs ut från sjukhuset till korttidsboende, efter att ha vårdats inläggande för förstoppningsutlöst leverencefalopati. Leverencefalopati är en allvarlig komplikation vid levercirros som påverkar hjärnans funktion, med symtom som kan sträcka sig från lindrig kognitiv påverkan till medvetlöshet. Förebyggande åtgärder är avgörande för att undvika återinsjuknande, och regelbunden tarmtömning utgör en central del i detta. Utredningen visar att det under vistelsen på korttidsboendet saknades en tydlig plan för att säkerställa att patienten hade regelbunden avföring. Denna brist i uppföljning ledde till att förstoppning inte uppmärksammades i tid och patienten återinsjuknade i leverencefalopati efter några dagar och behövde återinläggas på sjukhus.
- En multisjuk patient som skrevs ut från sjukhuset till ett korttidsboende efter att ha vårdats för stroke. Patienten var dialysberoende och allmäntillståndet var skört vid ankomsten till korttidsboendet. Under vistelsen försämrades patientens tillstånd, med symtom som illamående och kräkningar, vilket ledde till att hen efter några dagar behövde transporteras akut med ambulans till sjukhus. Utredningen visar att det saknades en tydligt kommunicerad plan för patientens näringsintag inom teamet på korttidsboendet. Även om viss uppföljning av hälsotillståndet skedde, tolkades ytterligare försämring som oro, och någon ViSam-bedömning genomfördes inte. Händelsen belyser vikten av att genomföra bedömning enligt ViSam vid försämrat hälsotillstånd. En gemensam åtgärdsplan för de båda händelserna på korttidsenheten har tagits fram, bland annat för att tydliggöra patientansvar, förbättra det förebyggande arbetet med riskbedömningar, arbeta mer individanpassat med bedömningar och planering av insatser utifrån varje patients behov samt förbättra informationsöverföring i teamet.
- En för hög dos insulin administrerades till en patient på särskilt boende. I utredningen framkom att insulinordinationen var skriven på ett otydligt sätt och inte följde gällande

riktlinjer för ordination av insulin. Åtgärder inkluderar information till Region Skåne att säkerställa korrekta insulinordinationer och lyfta vikten av sjuksköterskans rimlighetsbedömning i samband med läkemedelsadministrering.

- I en hemgång mellan korttidsenheten och hemsjukvården uppdagas trycksår som inte har överrapporterats. En såroddling påvisar MRSA. Brister i journaldokumentation och överrapportering, samt otydlig ansvarsfördelning bidrar till oklarheter i hur patientens vård planerades och genomfördes. Patienten avled på sjukhus en kort tid efter händelsen efter svåra omständigheter och fall i hemmet. Exempel på åtgärder är ett förtydligande av ansvarsfördelning, i synnerhet utifrån sjuksköterskeuppdraget, samt kollegial journalgranskning.
- En patient som hade vårdats på korttidsboende diagnostiserades med MRSA i sår. I den efterföljande smittspårningen konstaterades ytterligare ett positivt fall med samma stam av bakterien som indexpatienten vilket talar för att en smittspridning har skett. I internutredningen har det inte framkommit med tydlighet vad som kan ha orsakat smittspridningen. Kännedom och följsamhet till basala hygien och klädregler bedöms vara god hos personalen. Vissa förbättringsområden identifierades och åtgärder som vidtagits är bland annat: upprätta rutin för rengöring av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning, tydliggöra hantering av material i sköljrum samt säkerställa regelbundna kontroller av spoldesinfektor.
- En händelse inträffade där en multisjuk patient med bland annat diabetes utvecklade ett fotsår som senare ledde till underbensamputation. I utredningen påvisas bristande kommunikation mellan den kommunala och regionala primärvården där sjuksköterska brustit vad gäller informationsöverföring i det tidiga förloppet. Utredningen påvisar även bristande kompetens kring diabetes och dess medföljande allvarliga risker. Hemsjukvårdens ansvar utgör en del i en vidare vårdkedja där även läkarbedömningar och läkarbeslut är avgörande. Sammantaget bedöms det inte troligt att utgången för patienten har orsakats av brister i hemsjukvården. Kompetenshöjande insatser är planerade liksom samverkan med ansvarig vårdcentral.
- I ordinärt boende vårdades en patient i livets slutskede med vak dygnet runt. När omvårdnadspersonal som ska sitta vak på morgonen avlöser den som suttit vak på natten uppmärksammas att patienten visar tydliga tecken på ångest och/eller smärta och att patienten är i behov av skyndsamt symtomlindring. Sjuksköterska tillkallas omedelbart och det krävs upprepad administration av symtomlindrande läkemedel för att lindra patientens lidande. Det går inte att utreda när patientens symtom uppkommit eftersom nattpersonal inte uppmärksammat några tecken på lidande. Utredningen belyser komplexiteten i att identifiera symtom i livets slutskede och att dessa patienter bör symtomskattas regelbundet under dygnet av sjuksköterska. Efter händelsen har arbetssättet med palliativa ombud i hemtjänst påbörjats även i nattorganisationen.

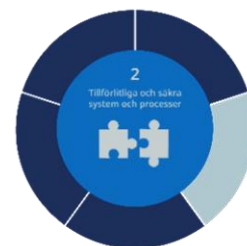
## Externa avvikelser 2025

Då medarbetare identifierar att en patient drabbats för risk eller oönskad händelse i kontakt med annan vårdgivare, rapporteras en extern avvikelse. Under året är 391 avvikelser registrerade. En vanligt förekommande brist är i överrapportering från slutenvård till kommun, där exempelvis patienten inte får med sig rätt ordinationshandlingar eller läkemedel vid utskrivning. Sjukresor tar emot avvikelser som rör

brister i transport till och från olika vårdinstanser. Det skickas även avvikelser till vårdcentraler, både privata och regionalt drivna. Brister rör sig vanligtvis om otillräcklig tillgänglighet eller brister i informationsöverföring. Medicinskt ansvariga följer avvikelserapporteringen för just vårdcentraler, då kravet på samverkan är stort för att uppnå en god och säker vård. Om någon vårdcentral har noterats i flera avvikelser, har HS-strateg från kommun och primärvård haft dialogmöten kring riktlinjer och samverkan. Avvikelseerna utreds i mottagande verksamhet och återkoppling sker till medicinskt ansvariga som administrerar ärendet i kvalitetsavvikelsesystemet. Vid samverkansmöten med t.ex. ambulans, ASIH och MTN finns utrymme att föra dialog kring avvikelser för ett ökat samarbete och förståelse för varandras verksamheter.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Nedan följer exempel på arbetsprocesser eller aktiviteter som bidrar till att stärka patientsäkerheten.



**Riktlinjer och rutiner:** ska stötta verksamhetens arbete i förhållande till uppdrag och gällande lagstiftning. De ska även bidra till att minska risken för variationer i arbetsprocesser, även om medarbetare måste tillåtas vara flexibla i det enskilda mötet med patienten och dennes behov. Dokumenten revideras med fastställt intervall och inför en revidering görs ofta en omvärldsbevakning och en uppföljning av följsamhet. Det är av vikt att riktlinjer och rutiner riktas till rätt målgrupp och att språket anpassas därefter, för att uppnå en hög grad av följsamhet.

**Fallprocessen:** berör samtliga avdelningar och har fortsatt varit föremål för dialog under året. Under våren 2025 startade ett nytt arbetssätt som innebär att ett särskilt fallförebyggande team har inrättats i avdelningen Hälsa- och förebyggande. Teamet tar emot fallrapporter för de personer som endast har omvårdnadsinsatser från hemtjänst och inga hemsjukvårdsinsatser. De personer som faller och endast har enstaka serviceinsatser eller trygghetslarm, blir inte rapporterade i kvalitetsavvikelsesystemet utan ombeds att ta kontakt med sin vårdcentral eftersom de enligt tröskelprincipen ska söka vård eller rådgivning där. Hemsjukvårdspatienter som faller hanteras som tidigare av teamet i hemsjukvård och hemtjänst. Inledningsvis har det funnits viss otydlighet i fördelning av ärenden, vilket är naturligt när arbetssätt förändras. Medarbetare i det fallförebyggande teamet erbjuder hembesök i de ärenden som fördelas till dem, men en hel del personer tackar nej till besök eller rådgivning. Några medarbetare i teamet uttrycker att det har varit svårt att urskilja om arbetssättet behöver förändras eller om de tänkta insatserna behöver riktas till en annan målgrupp. Än så länge är underlaget för litet för att kunna se ett resultat och en ny utvärdering planeras till våren 2026.

**Läkemedelshantering:** Region Skåne har kommunala läkemedelsförråd som är placerade inom vård och omsorgsboende och ordinärt boende. Syftet med läkemedelsförråden är att det ska finnas tillgång till vissa utvalda läkemedel för användning när behandling behöver påbörjas omgående, såsom antibiotika och symtomlindrande läkemedel. MAS ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur beställning av läkemedel, rengöring, förvaring av läkemedel både utifrån lämplig temperatur samt säkerhet sker. Under 2025 har MAS genomfört egenkontroll av samtliga läkemedelsförråd i ordinärt boende och samtliga basläkemedelsförråd i särskilt boende.

Under 2025 har Malmö stadsrevision genomfört en granskning av läkemedelshanteringen inom särskilt boende. Granskningen visar att det finns etablerade och fungerande rutiner för ordination, hantering och

förvaring av läkemedel samt system för att rapportera och hantera avvikelser. Den bedömer också att det finns ett övergripande arbete med riskanalyser och egenkontroller samt dokumenterade riktlinjer som stödjer delegeringsprocessen. Samtidigt identifieras brister i spårbarhet och säkerhet vid läkemedelsförvaring, särskilt kopplat till analoga läkemedelsskåp, nyckelhantering och hantering av narkotiska läkemedel. Revisionen lyfter också brister i rutiner för kasserade narkotikaklassade läkemedel, avsaknad av extern kvalitetsgranskning enligt föreskrift, otillräckligt systematiska egenkontroller samt ett behov av en mer heltäckande riskanalys inför internkontrollplanen. Planerade åtgärder är att digitalisera in- och utförsel av narkotiska läkemedel i både bas- och närförråd och att införa digitala läkemedelsskåp. Under 2024 påbörjades arbete gällande säkra digitala läkemedelsskåp med möjlighet till ökad spårbarhet av narkotiska läkemedel i både avdelning ordinärt boende och särskilt boende. Av olika anledningar har arbetet med säkra läkemedelsskåp dragit ut på tiden, men fortsätter under 2026. En lokal rutin för hantering av kasserade narkotikaklassade läkemedel tas fram och implementeras. Ett upplägg för extern kvalitetsgranskning ska tas fram. Dessutom tas en plan för utökade egenkontroller fram, och riskanalysprocessen ses över inför internkontrollplanen 2027. Åtgärderna omfattar även ordinärt boende.

**Genomlysning av teamsamverkan i samband med SVU:** Under året har genomlysning genomförts såväl externt med Region Skåne som internt med de olika verksamhetsavdelningarna. Samordning i vårdens övergångar är ett erkänt riskområde inom patientsäkerhet. Det tvärprofessionella samarbetet är avgörande för att minimera riskerna för patienten som rör sig mellan vårdgivare och olika verksamheter. Efter genomlysning och workshops har förvaltningen sammanställt dialoger och iakttagelser i en rapport som kommer publiceras under första delen av 2026.

**Förväntat dödsfall:** I mars 2025 implementerades ett nytt arbetssätt som innebär att sjuksköterska kan göra den kliniska undersökning vid dödsfall i de fall läkare har bedömt att döden förväntas inträffa inom en snar framtid, vård i livets slut. Med ledning av sjuksköterskans uppgifter får läkaren sedan fastställa att döden har inträtt och fastställa dödsbevis. Att sjuksköterskor konstaterar dödsfall vid förväntade dödsfall höjer kvaliteten genom att processen blir mer sammanhållen och trygg för närstående. Det minskar väntetider, skapar kontinuitet i vården och möjliggör ett värdigare avslut.

**Skyddsåtgärdsprocessen:** Arbetet med skyddsåtgärder är ett ständigt aktuellt område i förvaltningens samtliga avdelningar. Alla patienter ska erhålla en god och säker vård, fritt från tvång och begränsningar utan samtycke. Riktlinjen är framtagen tillsammans med FSF. Genomgångar och dialoger om processen sker regelbundet, antingen genom årshjul eller i särskilda aktiviteter. Skyddsåtgärdsprocessen ska stödja teamet runt patienten så att dennes behov blir tillgodosett på ett säkert sätt. Här inkluderas även riskbedömningar och uppföljningar som särskilt viktiga delar av processen.

**Beslutsstöd ViSam:** För att kvalitetssäkra och strukturera bedömningar vid försämrat hälsotillstånd används ett evidensbaserat beslutsstöd av sjuksköterskor i förvaltningen. Det ger sjuksköterskan stöd i både bedömning av patientens tillstånd samt bedömning av rätt vårdnivå. Informationsöverföring till annan vårdgivare säkras och patienter får lika förutsättningar till en god och säker bedömning av hälsotillståndet.

**Rapporteringsstöd:** En av riskerna som har identifierats i ett flertal utredningar är vikten av ett strukturerat rapporteringsstöd för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal när förändrat hälsotillstånd hos patienter ska rapporteras och ligga till grund för fortsatt handläggning av sjuksköterska. Under 2025 har förvaltningens rapporteringsstöd reviderats med tillägg för legitimerade. Fortsatt arbete kring kompetens gällande rapporteringsstöd är viktigt. Informationsöverföring och kommunikation både internt såväl som vid vårdens övergångar kvarstår att vara en stor riskkälla, vilket även bekräftas i nationellt perspektiv.

**Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter:** Beslutsstödmodellen har skapats för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster att använda till bedömningar av insatser vid funktionsnedsättning. På en övergripande nivå ses en samsyn i prioritering av ärenden samt ett mer jämlikt val av utredande åtgärder. Genom beslutsstödet inkluderas även patientens delaktighet i arbetsprocessen. Arbetsprocessen används inte till varje enskilt ärende, men finns som stöd vid bland annat komplexa ärenden och introduktion av nyanställda. Skånes kommuner har under året reviderat materialet och tagit fram ett utbildningsmaterial.

**Kvalitetsregister:** (exempelvis Senior Alert, Palliativregistret, BPSD) är ett viktigt redskap som ger personalen en tydlig och genomtänkt struktur att arbeta efter. Verksamheten förses med statistik från de olika kvalitetsregistren som kan användas i arbetet med att förbättra kvaliteten i patientarbetet. De kvalitetsregister som verksamheterna arbetar med, kan variera utifrån behov och förutsättningar. Det är dock viktigt att inte enkom likställa god och säker vård genom de resultat som kan hämtas i kvalitetsregistren. Patientens upplevelse av vården och medarbetares engagemang och ansvarstagande i vårdarbetet är minst lika viktiga parametrar att ta hänsyn till.

**Konsultativa funktioner:** I avdelning Hälsa och förebyggande finns en enhet med konsultativa stödfunktioner. Demens- och psykiatrisjuksköterskor, psykiatriundersköterska, Silviasystrar och diabetessjuksköterskor har alla ett övergripande uppdrag för hela förvaltningen. I uppdraget ingår konsultation, utbildningsinsatser och hembesök tillsammans med ordinarie personal vid behov. Syftet är att stärka och förbättra kunskap och bemötande i mötet med de patienter som är i behov av särskilt stöd. Deras medverkan bidrar till ökad kunskap och trygghet i mötet med patienter. Under året har det fortsatt genomförts kompetenshöjande insatser för legitimerad personal inom både ordinärt och särskilt boende med fokus på BPSD-problematik och läkemedel. I uppdragen ingår även samverkan med regionens primärvård. Demenssjuksköterskorna och Silviasystrarna ingår i regionalt nätverk för erfarenhetsutbyte med motsvarande funktioner från andra kommuner i Skåne.

**Patientansvarig sjuksköterska (PAS)** har sedan länge varit ett etablerat arbetssätt både inom ordinärt boende och på särskilt boende. PAS innebär att det blir tydligare vilken sjuksköterska som har huvudansvaret för en patient. Inom korttidsverksamheten har detta arbetssätt inte varit fullt ut implementerat i alla sektioner. Under hösten påbörjades ett arbete med att införa PAS i samtliga korttidsverksamheter eftersom det medför en tydligare ansvarsfördelning och ett säkrare omhändertagande av patienten.

**Uppdragsdirektiv baserat på KUBEN:** Avdelningscheferna har genom analys av KUBEN-resultat 2024 upprättat direktiv för att genomlysna vissa arbetsprocesser. Arbetet med detta har fortsatt under 2025. Målsättning med direktiven har varit att identifiera exempelvis

- rätt vårdnivå och att patienterna får en hälso- och sjukvård av god kvalitet inom ramen för hemsjukvårdens uppdrag
- arbetssätt som kvalitetssäkrar remisshantering enligt tröskelprincipen i hemsjukvården
- effektiv och ändamålsenlig organisation för korttidsverksamheten
- arbetssätt som ökar den patientnära arbetstiden för legitimerad personal
- arbetssätt som minskar risk för ”onödig administration” och/eller dubbeldokumentation
- systematisk uppföljning av in- och utskrivning i hemsjukvården
- utvecklingspotential i verksamheten genom digitaliseringsmöjligheter och smartare arbetssätt såsom digitala väntelistor och vårdadministratörer
- fördelning av rehabiliterande respektive kompenserande insatser i sektionerna för rehabilitering

Under 2024 minskade antalet hemsjukvårdspatienter med sjuksköterskeinsatser efter att enheten hemsjukvård sjuksköterskor arbetat med direktivet. Under 2025 har antalet patienter ökat. Ökningen av patienter bedöms inte bero att arbetet kring direktivet avstannat. Det kan antas att det dels beror på ett stort antal patienter som tillhör FSF där hemsjukvården i HVOF nu utför hälso- och sjukvård, dels en förskjutning från slutenvården av patienter med komplexa insatser som tidigare var ineliggande och nu har behov av dessa komplexa insatser i hemmet. Gällande förskjutningen av mer komplexa insatser i hemmet är det även en upplevelse på nationell nivå. Ett arbete pågår i enheten kring hur hemsjukvården ska kunna möta dessa behov på ett patientsäkert sätt. Under 2026 finns även planer på exempelvis förändring i hantering av inkommande telefonsamtal och andra personalfunktioner som kan avlasta den legitimerade personalen. Gällande arbetet med att utföra uppdrag enligt tröskelprincipen samt att kvalitetssäkra remisshantering vittnar sjuksköterskor om att de känner sig mer trygga med arbetssättet och att den vägledning som tagits fram gällande hemsjukvård nu är väl inarbetad.

Enhet hemsjukvård rehab har under året fortsatt sitt arbete med att se över inskrivna patienter och att personalresurser används så effektivt som möjligt. Organisering i samband med hemgångar från slutenvården har setts över och ett fortsatt arbete med tröskelprincipen har fortsatt under hela 2025.

En pilot med en koordinatorfunktion har genomförts på en av korttidssektionerna. Syftet med koordinatören har varit att avlasta legitimerad personal och frigöra tid för andra uppgifter, så att kompetens används på rätt sätt. Utvärderingen visar att den frigjorda tiden bland annat har lett till att legitimerad personal hinner genomföra bedömningar i rätt tid, kan utföra fler träningstillfällen, får mer tid till att utföra och följa upp insatser samt förbereda sig inför vårdplaneringar. Eftersom detta arbetssätt har visat goda resultat planeras införande på samtliga korttidssektioner.

**Digitalisering och ny teknik:** Tack vare välfärdsfonden har flera medarbetare och chefer haft möjlighet att testa ny teknik, genom inköp av exempelvis hjälpmedel och produkter.

- Soft Tilt är ett hjälpmedel som monteras på vårdsäng och automatiserar lägesändringar i stället för att personal gör detta manuellt. Utvärderingar från patienter redovisar minskad upplevd smärta och förbättrad nattsömn. Personal upplever minskad vårdtyngd och har noterat färre antal personalinsatser vid lägesändringar. Hjälpmedlet testas i särskilt boende.
- Trygghetssensorer möjliggör för personal att förutspå en patients rörelsemönster. En pilot påbörjades på två särskilda boenden under våren 2025. Chefer ser i kvalitetsavvikelser att färre fall sker i lägenheterna, tack vare att personal snabbare kan möta en patient med fallrisk. Patienter kan även uppleva förbättrad nattsömn där en fysisk tillsyn kunnat ersättas av en digital tillsyn. Det finns planer på breddinförande av trygghetssensorer under de kommande åren.
- Taklyft är ett hjälpmedel som ersätter mobila golvlyftar. Fler förflyttningar kan genomföras med en medarbetare i stället för två, tack vare en mer skonsam förflyttning både för patient och medarbetare. Skenor har monterats på flertalet särskilda boenden under året.
- Robotdjur har under året köpts in på ett antal boenden, både robohundar och robotkatter. Robotdjuren har gett en känsla av närvaro, trygghet och sällskap vilket har haft en lugnande effekt på patienter med kognitiv svikt. Robotdjuren ingår i det personcentrerade arbetssättet och blir ett värdefullt verktyg i omvårdnadspersonalens och patienternas vardag.
- Läkemedelsautomater har testats i avdelning ordinärt boende för utvalda patienter under 2025, som en pilot. Läkemedelsautomater laddas med patientens läkemedel och patienten kan på så vis

få en påminnelse om när det är tid för läkemedel. Behovet av att en delegerad omvårdnadspersonal ska överlämna läkemedlet minskar. Patienterna har haft läkemedelsautomater under en tid och sammanfattningsvis har utvärderingen visat positiva resultat både genom ökad självständighet för patienten, färre uteblivna doser samt minskad resursanvändning för delegerad omvårdnadspersonal gällande arbetsuppgiften överräkning av läkemedel. Under hösten 2025 beslutades att pilotprojektet nu övergår till breddinförande i hela avdelningen med start under 2026.

- Mobil dokumentation är något som framkommit som önskemål av sjuksköterskor i ordinärt boende för att på ett mer effektivt sätt använda sin tid. Projekt pågår där utvalda sjuksköterskor testar olika enheter och utvärdering ska ske under 2026.
- Digitala skärmar i hemtjänst har implementerats med syfte att bland annat tydliggöra rapportering mellan olika arbetspass. Rapport samt annan information kan nu visas för hela gruppen inför ett arbetspass och bidrar på så vis till en säkrare informationsöverföring.
- SveaGPT är en digital assistent där förvaltningen kan lägga in exempelvis rutiner och riktlinjer med syfte att medarbetare på ett smidigt sätt ska kunna söka fram dessa antingen via inloggning på sin dator eller via mobil. Under 2025 har det pågått testning av systemet i avdelning ordinärt boende och utvärdering sker 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*

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Enklare riskanalyser inom en enskild verksamhet genomförs på egen hand med ett framtaget metodstöd. Förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp genomför större riskanalyser på beställning av avdelningschefer, enhetschefer eller medicinskt ansvariga/socialt ansvariga på övergripande nivå. Under året har ett par större riskanalyser genomförts inom området välfärdsteknik, utifrån att verksamheter vill prova nya appar eller annan apparatur som ska underlätta i det dagliga arbetet. Gemensamt för dessa analyser är vikten av att säkerhetsklassa de produkter som tar emot och hanterar data. Dels ur ett informationssäkerhetsperspektiv, men även utifrån att data ska vara tillförlitlig om planering av insatser kan komma att påverkas.

I arbetsgången för genomförande av analyser ingår dialog i förvaltningsledningen, för att verksamheterna i sin tur ska kunna ta del av genomförda analyser, åtgärdsförslag och planera uppföljningar. När analysledarna presenterat rapporten åligger det berörd ledningsgrupp att förvalta åtgärdsförslagen. Här ses

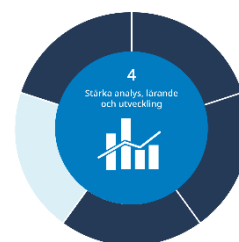


ett förbättringsområde, både utifrån att följa upp beslutade åtgärder men även att sprida lärdomar så att andra verksamheter kan eliminera eller minska liknande risker.

Ett särskilt riskområde som uppmärksammats under året, är de patienter som uppvisar ett utåtagerande beteende eller av annan anledning riskerar att skapa osäkra situationer. Arbetet med kartläggning och framtagande av åtgärder har skett med både verksamhetsnära medarbetare och representanter från fackförbund, chefer, HR, medicinskt ansvariga, socialt ansvariga samordnare (SAS), och Arbetsmiljöverket. Handledning och checklista är framtaget tillsammans med dokumentationsstöd, för att medarbetare ska ha en trygg arbetsmiljö samtidigt som patienten ska kunna erhålla en god och säker vård. Ett stort antal medarbetare har även gått utbildning i TERMA – terapeutiskt möte med aggression. Det är ett förebyggande arbete mot hot och våld som bygger på kommunikation, lågaffektivt bemötande och att undvika fysisk konfrontation.

### 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.



### Kollegial journalgranskning

Genom kollegial journalgranskning finns möjligheten att systematiskt samla resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter hitta förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Journalen kan granskas i sin helhet, eller så väljer verksamheten ut ett specifikt område att granska, där man sedan tidigare har identifierat att dokumentationen brister eller skiljer sig mellan medarbetare.

### Händelseanalys

Medicinskt ansvariga använder händelseanalyser som stöd i utredningar av allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador. Chefer använder analyser som underlag till sin verksamhet, för att skapa förståelse hur händelseförlopp kan ske och hur arbetssätt kan påverka utgången och resultatet för patienten. Förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp utför händelseanalyser på beställning av enhetschefer, avdelningschefer eller medicinskt ansvariga/socialt ansvariga. Analysen sker framför allt genom två metoder; händelseanalys med händelseförlopp och identifiering av bakomliggande orsaker, samt reflekterande metod (AAR). Under året har följande analyser genomförts:

- Analys över vårdförlopp där en patient successivt försämrades i sitt hälsotillstånd och efter några dagar skickades till sjukhus. Händelseanalysen kompletterade en internutredning.
- AAR avseende en patient med utåtagerande beteende som vistades på korttid. Reflektionen berörde bemötande både mellan medarbetare och patient, mellan kollegor och stödfunktioner samt hur planeringen av vården skedde.
- AAR som fortsättning på föregående händelse, denna gång ur ett verksamhetsövergripande perspektiv. Chefer och beslutsfattare identifierade de arbetsprocesser som påverkar patientens vård och vistelse, och på vilket sätt processerna kan förbättras för att undvika stress för

patienter och hotfulla situationer för medarbetare.

- AAR och händelseanalys i två steg, som beskriver ett planerat stort systemavbrott i VoO Lifecare-Procapita. Analysen beskriver händelseförlopp ur ett systemperspektiv och reflektionen lyfter medarbetarnas upplevelse av att arbeta utan dokumentationssystem en heldag.

## Avvikelser

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

Detta avsnitt fokuserar på HSL-avvikelser som rapporterats under 2025. För att sätta avvikelserapporteringen i perspektiv, redovisas först en samlad bild över antal HSL-insatser som utförts under året. I signeringssystemet MCSS bekräftas utförda insatser som är skickade till omvårdnadspersonal genom HSL-uppdrag från legitimerad personal. Sjuksköterskor signerar också egna insatser inom läkemedelshantering. Det som inte registreras är övriga insatser som utförs av de legitimerade själva, därav kan den totala summan av insatser rundas av uppåt. Samtliga verksamheter inom ordinärt och särskilt boende använder MCSS för signering.

HSL-uppdrag från arbetsterapeuter (at) kan exempelvis vara handträning eller träning i vardagliga aktiviteter såsom dusch. Fysioterapeuter (ft/sjg) skickar HSL-uppdrag för bland annat gångträning, ortoshantering och andra specifika träningsprogram. De uppdrag som skickas från sjuksköterska och går in under ”ssk HSL-uppdrag” är exempelvis medicinska stödstrumpor, såromläggningar samt att ta olika mätvärden med mera.

Signerade HSL-uppdrag 2025	Totalt ordbö/säbo
At HSL-uppdrag	52 073
Ft/sjg HSL-uppdrag	156 844
SSK HSL-uppdrag	3 627 312
Insulin	214 958
Läkemedel	6 783 604
Narkotika, stående och vid behov	96 103
<b>Summa</b>	<b>10 930 894</b>

Avvikelserapportering baseras på identifierade risker, ej utförda eller felaktigt utförda HSL-insatser, oavsett om insatsen är registrerad i MCSS eller inte.

Helår 2025 – Inrapporterade HSL-avvikelser, fördelat på typ av avvikelse:

HSL-avvikelser	Dokumentation	Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Infektioner och smittspridning	Nutrition	Kommunikation och information	Trycksår	Totalt
<b>Antal</b>	<b>677</b>	<b>452</b>	<b>3108</b>	<b>209</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>354</b>	<b>95</b>	<b>4930</b>

Jämfört med 2024, är antalet registrerade avvikelser ungefär desamma. Likaså ser vi att antalet avvikelser inom de olika typerna är jämförbara. Liksom tidigare år har förvaltningen 4000–5000 HSL-avvikelser per år och detta kan anses vara ett ”normalläge”, även om varje enskild avvikelse är oönskad. Detta beskrivs inom patientsäkerhetsforskning utifrån ”teorin om normala olyckor”, vilket innebär att även om insatser för det mesta går rätt till finns det stunder när det går fel på grund av flera olika faktorer som sker just där och då. Därav vikten av att hålla säkerhetsdialogen i gång för att kunna förutspå och förebygga situationer där risken är högre för att oönskade händelser ska inträffa.

De två större verksamhetsavdelningarna, ordinärt och särskilt boende, står naturligt för majoriteten av inrapporterade avvikelser. Vissa skillnader kan ses mellan dessa avdelningar:

Inom posten Dokumentation skiljer sig avdelningarna åt med 228 rapporterade avvikelser i särskilt boende och 449 avvikelser i ordinärt boende. Posten är svår att analysera då denna innefattar ett brett spektrum av vad bristen består i. Allt från fel i läkemedelslista till en felaktig journalföring kan ingå här. Posten är också lätt att blanda ihop med brist i kommunikation och informationsöverföring.

Medicintekniska produkter rör hantering av hjälpmedel i verksamheterna. Detta signeras inte i MCSS, förutom när det gäller funktionskontroller. Hjälpmedelsinsatser är huvudsakligen fysioterapeuter och arbetsterapeuters ansvarsområde, dock har sjuksköterskor bland annat ansvar för hjälpmedel som ska stödja patienten för att bevara hud intakt, såsom tryckavlastande madrasser. En avvikelse inom denna post kan vara att ett hjälpmedel har använts på ett felaktigt sätt och medfört risk för patienten i en förflyttningssituation. Drygt ett hundratal fler avvikelser registreras i särskilt boende jämfört med ordinärt boende. Det skulle kunna förklaras med att fler patienter i särskilt boende har ett större antal hjälpmedel på grund av den komplexa hälsosituationen, men det kan också finnas andra orsaker.

Trycksår är liksom tidigare år en post som registreras oftare i särskilt boende än i ordinärt boende. Medarbetare i särskilt boende har fått tydliga uppmaningar att tidigt uppmärksamma rodnad och tryck och registrera detta som avvikelser. Samma resonemang gäller i ordinärt boende men fokus på att registrera avvikelser har inte varit lika tydligt. Det innebär inte att medarbetare i ordinärt boende inte är vaksamma på risk för hudskada. 12 avvikelser är registrerade i ordinärt boende, jämfört med 83 avvikelser i särskilt boende.

### Läkemedelsavvikelser

Avvikelser som gäller läkemedel ligger på ungefär samma nivå som föregående år. ”Ej given dos” står för ungefär hälften av samtliga läkemedelsavvikelser. Andelen har dock minskat jämfört med föregående år.

År	Läkemedelsavvikelse, ej given dos
2023	68% av 2965
2024	55% av 2758
2025	48% av 3108

Misstänkt stöld/svinn ligger på samma nivå som föregående år, ca 10% av läkemedelsavvikelserna.

Syftet med säkra läkemedelsskåp är bland annat en säkrare förvaring av läkemedel i patienters hem samt ökad spårbarhet och på så vis skulle en del av läkemedelsavvikelserna som rör svinn att minska.

Eftersom det nu går att få en överskådlig blick av de flesta av HSL-insatser som görs, blir det ännu tydligare att antalet läkemedelsavvikelser är försvinnande små. Medarbetare i hela förvaltningen har administrerat läkemedel vid nästan 7 miljoner tillfällen under 2025. Av dessa har avvikelser registrerats vid drygt 3000 tillfällen, dvs inte ens en promille (0.04%). Detta är jämförbart med föregående år.

### Fallrapporter

Under året är det inrapporterat drygt 9000 fall, vilket är ungefär samma antal som föregående år. Nytt för året är att det fallförebyggande teamet i avdelningen Hälsa och förebyggande har tagit emot ungefär 200 av dessa fallrapporter enligt ett nytt arbetssätt (som beskrivs närmare på sid. 35). I övrigt är fallrapporterna lika många i ordinärt boende som i särskilt boende. Majoriteten av fallen genererar ingen eller liten skada för patienten. Det fallförebyggande arbetet och dialog om bakomliggande orsaker sker i team på kvalitetsråd, där man tar ett helhetsgrepp kring patienters vardag och aktivitetsmönster.

Två särskilda boenden har ingått i en pilot med att testa trygghetssensorer, vilket skulle kunna bidra till minskat antal fall. Upplevelsen från chefer i verksamheterna är att patienter faller mer sällan i sina lägenheter. Detta har dock inte gett utslag i fallstatistiken ännu.

### Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål kan inkomma på flera olika sätt, exempelvis genom samtal med patienter eller närstående, brev, mejl till verksamheterna eller via Malmö stads hemsida men också via patientnämnden och IVO. Inkomna synpunkter är inte indelade i lagrum och är relativt jämnt fördelade inom förvaltningens avdelningar. Patienter och anhöriga ska i första hand lämna sina synpunkter eller klagomål till den verksamhet som ansvarat för vården. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen.

Under 2025 har 795 synpunkter registrerats i kvalitetsavvikelsesystemet, vilket är en ökning från föregående års dryga 500.

Avdelning	Antal
Hälsa och förebyggande	10
Myndighet	36
Ordinärt boende	505
Särskilt boende	239

Majoriteten av synpunkterna rör bemötande, men det finns även en del synpunkter som innehåller förbättringsförslag. Förvaltningens verksamheter har på olika sätt arbetat för att förstärka ett gott bemötande och stärka relationer tidigt i samband med inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning på boenden. Detta har gjorts genom bland annat strukturerade inflyttningssamtal och anhörigutbildning. Synpunkterna är viktiga att uppmärksamma, eftersom dialogen mellan berörda parter i samband med utredning ofta bidrar till ett lärande och möjligheten att se patientens behov i ett bredare perspektiv.

Patientnämnden överlämnar årligen en samlad tabell över de ärenden som inkommit till förvaltningen. Under 2025 har HVOF hanterat 8 yttranden till patientnämnden. Det är varken en ökning eller minskning från tidigare år. Yttranden sammanställs av medicinskt ansvariga med hjälp av redogörelser från verksamheten. Att dra generella slutsatser kring bakomliggande orsaker till synpunkterna är svårt eftersom varje ärende är unikt utifrån synpunktslämnarens upplevelse av en situation. Ärendena behandlas dock i avvikelshanteringsprocessen på samma sätt som övriga synpunkter och följer med till verksamheternas kvalitetsråd för dialog och lärande.

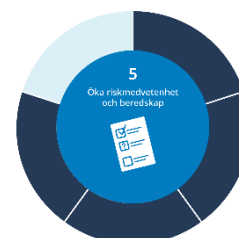
### Lärande efter internutredningar och lex Maria

Enskilda allvarliga händelser som utreds av medicinskt ansvariga, lyfts i respektive berörd ledningsgrupp. Oavsett om händelsen leder till en lex Maria eller ej, lyfts åtgärdsplanen för dialog med frågeställningen ”Hade detta kunnat inträffa i någon annan verksamhet?” Därefter sprider cheferna informationen vidare i egna led för fortsatt dialog och reflektion. Åtgärdsplanen följs upp så länge behov finns. Medicinskt ansvariga har i den strategiska enheten dialoger om händelser och gemensamma åtgärder som kan spridas förvaltningsövergripande. Exempel på åtgärd har varit dialoger om säkerhetskultur.

### 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.

Det kräver att både ledning och medarbetare kan hantera plötsliga störningar. Under året har förvaltningen därför intensifierat arbetet med att stärka beredskapen genom projektet Trygg och Beredd, som särskilt riktar sig mot att öka robustheten inom brukarnära verksamhet. Arbetet omfattar framtagande och utveckling av reservlösningar för bland annat energibortfall, störningar i



vattenförsörjning, avbrott i kommunikationskanaler och hantering av utrustning som är kritisk för vårdmiljön. Ett par händelser – exempelvis ett oväntat stopp i en transportväg och en störning som påverkade teknisk utrustning – tydliggjorde behovet av uppdaterade lokala planer och chefer som snabbt kan initiera alternativa arbetssätt.

Projektet Trygg och Beredd har under året riktats mot gruppboenden, särskilda boenden samt korttidsboenden. Under 2026 kommer motsvarande arbete att fördjupas inom ordinärt boende. Parallellt utvecklar förvaltningen sina kontinuitetsplaner och samverkar nära stadens centrala funktioner för att stärka helheten i kommunens samlade beredskap.

Från 1 januari 2026 gäller nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som syftar till att stärka vårdens beredskap för kris och krig. Bland annat införs nya förutsättningar för beredskapsplanering, skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra och ett tydliggörande av vilken hälso- och sjukvård som behöver kunna bedrivas vid kris och krig. Representanter från förvaltningen har deltagit i ett Skåneövergripande beredskapsarbete som bland annat lyft scenariot där ett stort antal medborgare behöver akutsjukvård och att massutskrivningar från slutenvården sker. Hur skulle kommunerna kunna rusta sig för det?

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Respektive avdelning i förvaltningen planerar egna mål och strategier utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. Det som framkommer i det systematiska kvalitetsarbetet utifrån kvalitetsråd och kvalitetsdialoger ger indikationer på vad medarbetare lyfter som viktiga framgångar och även förbättringsområden. Medicinskt ansvariga i förvaltningen deltar i forumen och kan på så vis rikta stöd till dessa aktiviteter.

Medicinskt ansvariga uppmärksammar följande områden som viktiga att arbeta vidare med:

- Fortsatt arbete med säker vård med utgångspunkt i den Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025 - 2030. Begrepp och förhållningssätt inom säkerhetskultur ska spridas.
- Utredningar av oönskade, allvarliga händelser ska fortsatt spridas som föremål för lärande. Arbetssätt som är bra, säkerhetsskapande och eliminerar skada eller risk för skada ska också uppmärksammas och spridas.
- Fortsatt kartläggning och identifiering av behov av kompetenshöjande insatser i arbetet med kvalitetsavvikelser.
- Utifrån kartläggning och rapport, arbeta vidare med att effektivisera och säkra upp SVU-processen, för att patienter ska få en god och säker överflyttning i vårdkedjan.
- Det tvärprofessionella arbetet ska vara en fortsatt framgångsfaktor för god och nära vård.
- Det är av största vikt att förvaltningen erbjuder en vård där patient och i förekommande fall anhöriga tillåts vara delaktiga i planering och genomförande av insatser, genom egenvård, rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerad vård.
- Utveckling inom digitalisering är ett uttalat viktigt område och ska verka som drivkraft och metod för verksamhetsutveckling. Samtidigt behöver informationssäkerhetsperspektivet beaktas och förstärkas.
- Fortlöpande kompetenshöja medarbetare och chefer i systematiska arbetssätt i kvalitetsregister såsom Svenska Palliativregistret, Senior Alert och BPSD.
- Chefers förutsättningar att kunna vara engagerade och bidra till tydlig styrning är en fortsatt viktig strategi för patientsäkerheten.
- Precis som i övriga samhället behöver förvaltningen fortsatt rusta sig för oväntade och oönskade händelser, bland annat genom simuleringsövningar och goda kontinuitetsplaner för säkerhet och beredskap.
- Det är tydligt att förvaltningen behöver se över arbetssätt och anpassa processer utifrån en växande målgrupp av sköra personer med komplexa vårdbehov. Den palliativa vården behöver ytterligare kvalitetssäkras.
- Fortsatt fokus ska finnas på förebyggande insatser och perspektivet ”skjuta upp behov”.