

Vård- och omsorgsnämnden

Sekreterare
Camilla Eriksson, 0456-81 63 32
camilla.eriksson@solvesborg.se

Till Vård- och omsorgsnämndens ledamöter
och ersättare

Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2026-03-26, klockan 15:00

Plats: Sölvesborg, Lageråssalen

Justeringsperson: Paul Andersson

Ärenden			Sida
1	Redovisning av sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador	2026/13	4
2	Ekonomisk uppföljning mars 2026	2026/11	5 - 15
3	Verksamhetsinformation/kvalitetsuppföljning mars 2026	2026/11	16
4	Kompletteringsbudget 1, 2026	2026/25	17 - 20
5	Kvalitetspris 2025	2026/23	21 - 23
6	Redovisning av medel ur Turid och Torstens stiftelse 2025	2025/23	24 - 43
7	Redovisning av medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2025	2025/22	44 - 48
8	Redovisning av medel ur Thure Lindéns donationsfond 2025	2025/25	49 - 51
9	Kö- och beläggningsstatistik 2026	2026/17	52 - 54
10	Anmälan av delegationsbeslut	2026/4	55
11	Meddelanden	2026/5	56 - 89
12	Övriga frågor	2026/6	90

Lina Jörnkrans
Ordförande

Camilla Eriksson
Sekreterare

Ordinarie ledamöter

Lina Jörnkrans S
Anders Fransson M
Paul Andersson KD
Benny Karlsson SD
Jörgen Larsson S
Mervi Tillaeus-Andersson KD
Anne-Charlotte Fröberg M
Percy Persson SD
Viveka Söderdahl V
Gunilla Gidefors Fabry SD
Mona Frigura M

Ersättare

Faire Baubec S
Camilla Frantz M
Carolina Christerson SD
Madelene Ekstrand KD
Raed Shahen S
Mona Wadin Nilsson SD
Niklas Krook M
Pia Andersson SD
Christel Nilsson S
Inger Pilthammar SD
Madeleine Ljungkvist SoL

Övriga

André Jönsson, förvaltningschef
Camilla Ryrstedt, verksamhetschef hemtjänst och myndighetsenheten
Linda Nordell, verksamhetschef HSL och särskilt boende
Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

KF § 151 Dnr 2022/259

Inkallelseordning i nämnder och styrelser 2023 till 2026

BESLUT

Vid ordinarie ledamots frånvaro ska ersättare kallas in till tjänstgöring från det parti för vilket ledamoten valts.

Om ingen av dessa ersättare kan tjänstgör ska ersättare från annat parti kallas varvid respektive parti bestämmer att följande turordning ska gälla mellan andra partiers ersättare.

För Arbetarpartiet Socialdemokraterna: S, C, M, SoL, V, KD, SD

För Centerpartiet: C, S, M, SoL, V, KD, SD

För Kristdemokraterna: KD, SD, SoL, C, S, V, M

För Moderaterna: M, SoL, C, S, KD, SD, V

För Sverigedemokraterna: SD, KD, SoL, M, C, S, V

För Sölvesborg och Lister partiet: SoL, M, C, KD, S, SD, V

För Vänsterpartiet: V, S, C, SoL, M

Det angivna tillvägagångssättet ska tillämpas, såvida det inte i lag eller författning föreskrivs något annat beträffande ersättarens inkallande till tjänstgöring.

Ärendet i korthet

I kommunallagen, 6 kap 16 §, föreskrivs att ”Om ersättarna inte väljs proportionellt, ska fullmäktige bestämma i vilken ordning de ska tjänstgöra.”



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/13

Redovisning av sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Cecilia Järlemyr, HR-specialist, redovisar sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador.

Bakgrund

Enligt vård- och omsorgsnämndens årsplanering ska sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador redovisas i mars och september.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/11

Ekonomisk uppföljning mars 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner bedömd prognos för 2026 efter februari månad.

Ärendet i korthet

Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar månadsuppföljning för februari 2026.

Bakgrund

Enligt rutin ska ekonomisk uppföljning tas i eget ärende i nämnd och delges kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-03-17.

Ekonomisk månadsrapport per februari 2026 VON

Månadsuppföljning VON februari 2026



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
André Jönsson,
andre.jonsson@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse gällande ekonomisk uppföljning februari 2026

Förslag till beslut

VON godkänner bedömd prognos för 2026 efter februari månad.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Ärendet är ett uppföljningsärende av befintlig och beslutad verksamhet och utgör en intern granskning av kvaliteten, som inte påverkar barn direkt eller indirekt.

Ärendet i korthet

Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar månadsuppföljning för februari 2026.

Bakgrund

Enligt rutin ska ekonomisk uppföljning tas i eget ärende i nämnd och delges kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Bedömning

Vård- och omsorgsnämndens ekonomiska utfall per februari 2025 visar ett överskott om 1 404 tkr, samt en prognostiserad årsavvikelse med överskott 200 tkr.

Detta är ett sammanlagt resultat där vissa verksamhetsdelar visar överskott och andra underskott.

Största underskottspost är säbo i egen regi (-1 214 tkr).

Största överskottsposter är medicintekniska produkter (1 030 tkr) där HMC:s återbetalning(överskott som fördelas tillbaka till kommunerna enligt fördelningsnyckel) om cirka 500 tkr inkommit, samt hemtjänstgruppernas totala utfall (678 tkr).

Utfallet på 1 404 tkr ligger inom gränsvärdet +/- 0,5% av årsbudgeten i avvikelse.

Överskottet måste ses med viss försiktighet då statsbidrag påverkar utfallet.

André Jönsson
Förvaltningschef

Bilagor

Ekonomisk månadsrapport per februari 2026 VON

Månadsuppföljning VON februari 2026

Beslut sänds till:

Kommunstyrelsen
Kommunrevisionen

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk månadsrapport
per februari 2026, Vård och
omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Driftredovisning.....	3
Utfall per sista februari.....	3
Helårsprognos per sista februari.....	3
Åtgärder för att nå en budget i balans vid årets slut.....	4
Investeringsredovisning.....	5

Driftredovisning

Driftredovisning

	Årsbudget	Budget perioden	Utfall perioden	Avvikelse perioden	Prognos årsavvikelse fg period	Prognos årsavvikelse
Intäkter	45 237	7 169	8 382	1 213	0	4 500
Personalkostnader	-224 717	-36 581	-38 486	-1 905	0	-4 300
Övriga kostnader	-134 988	-22 503	-20 408	2 095	0	0
Summa	-314 468	-51 916	-50 512	1 404	0	200

Driftredovisning per område

	Årsbudget	Budget perioden	Utfall perioden	Avvikelse perioden	Prognos årsavvikelse fg period	Prognos årsavvikelse
Nämndsgemensamma	-18 131	-3 085	-2 672	414	0	0
Externa intäkter och lagen om valfrihetssystem	-63 273	-1 742	-2 276	-534	0	-410
Hemtjänst och myndighet	-54 501	-17 895	-16 843	1 052	0	3 450
HSL och Särskilt boende	-178 563	-29 195	-28 721	473	0	-2 840
Summa	-314 468	-51 916	-50 512	1 404	0	200

Utfall per sista februari

Utfall jämfört med budget

Utfallet visar ett överskott om **1 404tkr.**

Det som huvudsakligen genererat överskott är hemtjänstgrupperna, på grund av en god och effektiv planering av brukarinsatser och effektivt nyttjande av personalresurser.

En större återbetalning har inkommit från HMC (hjälpmedelcenter), vilka i början av året återbetalar eventuellt överskott till kommunerna via fördelningsnyckel.

Underskottspost har varit särskilt boende, där heltidsresan och framförallt de små enheterna med 8 brukare eller färre, inte klarat hålla sig till budget. Personalen tjänstgör varannan helg och arbetar inte delade turer, vilket gör att den erforderliga helgbemanningen genererar mertid i veckorna. Medeltjänstgöringsgraden på säbo vad gäller baspersonal är cirka 89%.

Helårsprognos per sista februari

Större budgetavvikelser

Vård- och omsorgsnämnden visar en årsprognosen om +0,2 mkr.

De stora positiva avvikelserna finns på ordinarie boende som till största delen beror på god och effektiv insatsplanering och schemaplanering om +3,2 mkr.

HSL-verksamheten visar ett prognotiserat överskott om 1,4 mkr för ökade statsbidrag.

Prognostiserade negativa avvikelser om -4,2 mkr finns på personalkostnader inom särskilt boende.

Åtgärder för att nå en budget i balans vid årets slut

Prognosen för helåret visar per månadsuppföljningen ett marginellt överskott om **200 tkr**.

Betydande faktorer som bidrar till överskott är:

- Statsbidrag vilka i huvudsak är riktade mot Hälso- och sjukvårdsorganisationen samt myndighetsenheten.
- Hemtjänstens insatsplanering och schemaplanering är effektiv

Betydande faktorer som bidrar till underskott är:

- LOV-säbo där det privata särskilda boendet med 60 platser haft en beläggning enligt:

Januari - 56,2 platser beläggning

Februari - 57,7 platser

Mars t.o.m den 16:e - 55,9 platser

Budgeterade antal platser LOV-säbo är 56 i budget 2026

- Heltid som norm samt borttag av så kallade delade turer skapar underskott på särskilt boende, särskilt utmanade är detta på enheter med få platser per avdelning såsom 6-8st.

Åtgärder som pågår är bland annat gällande nyttjandegraden av bokningsbara pass vardagar och nyttjandegraden av timvikarier, samt en översyn av budgetmodell inför 2027 för enheter med 8 platser eller färre.

Investeringsredovisning

Investeringsredovisning per projekt

	Årsbudget	Budget perioden	Utfall perioden	Avvikelse perioden	Prognos årsavvikel se fg period	Prognos årsavvikel se
Välfärdsteknik pilotprojekt utveckling	-200	-33	0	33	0	0
Digitala lås, htj livscykelhantering, utbytesplan	-480	-80	-2	78	0	0
Inventarier HSL, bl.a. Rönnevägen	-400	-67	0	67	0	300
Verksamhetssystem, nya moduler	-200	-33	0	33	0	0
Konferensrum it utrustning, utbyte	-150	-25	0	25	0	0
Inventarier Säbo	-250	-42	0	42	0	0
El cyklar 2 st Hemtjänst	-60	-10	0	10	0	0
Inventarier Hemtjänst	-100	-17	0	17	0	0
HSL dekontaminator (diskdesinfektor)	-120	-20	0	20	0	-20
Inventarier Omsorgenshus Mjällby	-500	-83	0	83	0	0
Nya dörrar till kontor Solgården, ljudisolerade, chefskontor	-150	-25	0	25	0	0
Personlyft ordinärt boende	-100	-17	0	17	0	100
Skåp till omklädningsrum, htj Duvan	-100	-17	0	17	0	100
Höj och sänkbara sängar	-80	-13	0	13	0	0
Summa	-2 890	-482	-2	480	0	480

Helårsprognos per sista februari

Prognosen för helåret gällande investeringar visar att de flesta investeringarna kommer genomföras, men under olika tillfällen under budgetåret.

De investeringar som inte bedöms komma att genomföras, eller har en avvikande beräknad kostnad är:

- Personlyft och skåp omklädningsrum Hemtjänst(ordinärt boende) genomfördes redan 2025 på grund av att möjlighet uppstod att göra investeringen i förtid (200 tkr)
- Inventarier Rönnevägen kommer inte köpas in då renoveringen/ombyggnaden av fastigheten inte beräknas bli klar under 2026 (300tkr)
- Dekontaminatorn(desinfektionstvätt för medicinsk utrustning) Omsorgens hus Mjällby har stigit 17% i pris sedan investeringsplan lades för 2026 och beräknas kosta -20 tkr mer än planerat

MÅNADSUPPFÖLJNING EFTER FEBRUARI 2026

Område	Omsorgsförvaltningen utifrån organisation					
	Års- budget 2026	Budget 2026 jan-feb	Utfall 2026 jan-feb	Avvikelse 2026 jan-feb	Prognos årsav- vikelse fg period	Prognos års- avvikelse
Nämndgemensam	-18 131	-3 085	-2 672	-414	0	0
Externa intäkter och Lagen om valfrihetssystem	-63 273	-1 742	-2 276	534	0	-410
Hemtjänst och Myndighet	-54 501	-17 895	-16 843	-1 052	0	3 450
HSL och särskilt boende	-178 563	-29 195	-28 721	-473	0	-2 840
	-314 468	-51 916	-50 512	-1 404	0	200

Område	Nämndgemensam					
	Års- budget 2026	Budget 2026 jan-feb	Utfall 2026 jan-feb	Avvikelse 2026 jan-feb	Prognos årsav- vikelse fg period	Prognos års- avvikelse
Nämndgemensamma						
Administration	-9 432	-1 638	-1 520	-118		0
IT	-8 699	-1 448	-1 151	-296		0
	-18 131	-3 085	-2 672	-414		0

Område	Externa intäkter och Lagen om valfrihetssystem					
	Års- budget 2026	Budget 2026 jan-feb	Utfall 2026 jan-feb	Avvikelse 2026 jan-feb	Prognos årsav- vikelse fg period	Prognos års- avvikelse
Gemensamma kostnader, intäkter						
Omsorgsnämnden	-1 361	-227	-211	-16		0
Administration	-95	-16	-25	10		0
Omsorgsnämndens förfogande	-35	-6	0	-6		0
Intäkter, HSL	700	116	128	-12		0
Summa	-791	-133	-108	-25		0
Särskilt boende						
LOV Säbo	-53 783	-8 966	-9 063	97		0
Intäkter LOV	7 450	1 010	984	27		0
Intäkter övr SäBo	19 160	3 055	2 923	132		-300
Intäkter Daglig verksamhet	182	30	19	12		-10
Intäkter korttidsboende	1 186	198	115	82		-100
Summa	-25 805	-4 672	-5 022	350		-410
Ordinärt boende						
Resurspott hemtjänst	-49 394	943	586	357		-500
Intäkter vht 514 och 515	12 717	2 120	2 268	-148		500
Summa	-36 677	3 063	2 854	209		0
	-63 273	-1 742	-2 276	534		-410

Område	Hemtjänst och Myndighet					
	Års- budget 2026	Budget 2026 jan-feb	Utfall 2026 jan-feb	Avvikelse 2026 jan-feb	Prognos årsav- vikelse fg period	Prognos års- avvikelse
Ordinärt boende						
Administration	-4 891	-806	-754	-53		650
Centralt	-7 889	-1 316	-1 148	-168		100
Hemtjänstgrupper , inkl. natten	-26 936	-13 327	-12 649	-678		2 250
Teknikteam	-2 283	-377	-459	82		-200
Övriga insatser	-4 175	-696	-495	-201		350
Övriga särskilda boenden	-1	-0	-15	14		0
Summa ordinärt boende	-46 175	-16 523	-15 520	-1 004		3 150
Myndighet						
Administration	-967	-161	-162	1		0
Myndighet	-7 358	-1 211	-1 161	-49		300
Summa Myndighet	-8 326	-1 372	-1 323	-48		300
	-54 501	-17 895	-16 843	-1 052		3 450

Område	HSL och Särskilt boende					
	Årsbudget 2026	Budget 2026 jan-feb	Utfall 2026 jan-feb	Avvikelse 2026 jan-feb	Prognos årsav- vikelse fg period	Prognos årsavvikel se
HSL						
Administration	-2 262	-360	-298	-62		150
HSL, ssk	-32 315	-5 349	-5 191	-158		1 500
Rehab	-9 581	-1 597	-1 418	-179		150
Medicintekniska hjälpmedel	-6 856	-1 143	-113	-1 030		-400
Summa HSL	-51 014	-8 448	-7 020	-1 429		1 400
Särskilt boende						
Administration	-5 855	-1 015	-882	-133		200
Särskilt boende, kostnader	-107 060	-17 283	-18 498	1 214		-4 040
Dagverksamhet Sunnanbo	-2 218	-366	-290	-76		0
Korttidsboende	-12 415	-2 082	-2 033	-49		-400
Summa Säbo	-127 548	-20 746	-21 702	956		-4 240
	-178 563	-29 195	-28 721	-473	0	-2 840



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/11

Verksamhetsinformation/kvalitetsuppföljning mars 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information om lex Sarah-rapporter.

Sedan förra nämnden, den 26 februari 2026, har inga rapporter inkommit.

Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar vad som är på gång för respektive verksamhet.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/25

Kompletteringsbudget 1, 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att godkänna förslag till kompletteringsbudget 1, att det generella statsbidraget "Säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård" blir riktat och bokförs under vård- och omsorgsnämnden.

Ärendet i korthet

Statsbidraget "Säkerställa en god omsorg och hälso-och sjukvård för äldre personer" har tidigare varit generellt vilket betyder att vård- och omsorgsnämnden har fått bidraget i budgetramen. Nu är bidraget riktat vilket betyder att bidraget ska bokföras under vård- och omsorgsnämnden så att samma summa som ramen minskar, kommer nämnden att få intäkter från Socialstyrelsen.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden har i enlighet med Sölvesborgs kommuns regler för ekonomistyrning möjlighet att i kompletteringsbudget lämna förslag till förändringar inom såväl drifts- som investeringsbudgeten.

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-03-19.

KB 1 2026 HSL och Särskilt boende



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
André Jönsson,
andre.jonsson@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse kompletteringsbudget 1 2026 VON

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att godkänna förslag till kompletteringsbudget 1, att det generella statsbidraget "Säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård" blir riktat och bokförs under vård- och omsorgsnämnden.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Avser en förändring gällande bokföring av statsbidrag, vilket inte bedöms påverka barn.

Ärendet i korthet

Statsbidraget "Säkerställa en god omsorg och hälso-och sjukvård för äldre personer" har tidigare varit generellt vilket betyder att vård- och omsorgsnämnden har fått bidraget i budgetramen. Nu är bidraget riktat vilket betyder att bidraget ska bokföras under vård- och omsorgsnämnden så att samma summa som ramen minskar, kommer nämnden att få intäkter från Socialstyrelsen.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden har i enlighet med Sölvesborgs kommuns regler för ekonomistyrning möjlighet att i kompletteringsbudget lämna förslag till förändringar inom såväl drifts- som investeringsbudgeten.

Bedömning

Eftersom statsbidraget "Säkerställa en god omsorg och hälso-och sjukvård för äldre personer" ska återredovisas till Socialstyrelsen, ställer sig vård- och omsorgsförvaltningen positiv till att bidraget bokförs under vård- och

omsorgsnämnden och att bidraget kan kopplas direkt till lönekostnader hos baspersonal för återrapportering.

André Jönsson
Förvaltningschef

Bilagor

KB 1 2026 HSL och Särskilt boende

Beslut sänds till:

Ekonomikontoret
Kommunfullmäktige

HSL och Särskilt boende

Ansvarig nämnd: Vård- och omsorgsnämnden

Ansvarig förvaltning: Vård- och omsorgsförvaltningen

Uppgiftsansvarig: André Jönsson

Driftbudget, tkr	Bokslut 2025	Budget 2026	Förändring KB 1 2026	Budget efter KB 1 2026
Intäkter	5 174	2 973	9 008	11 981
Kostnader <i>exkl kap kostnader</i>	-184 984	-181 066		-181 066
<i>Varav personalkostnader</i>	-130 148	-127 329		-127 329
Nettokostnader	-179 810	-178 093	9 008	-169 085

Driftbudget

Statsbidraget Säkerställa en god omsorg och hälso-och sjukvård för äldre personer har tidigare varit generellt vilket betyder att Von har fått bidraget i ramen. Nu är bidraget riktat vilket betyder att bidraget ska bokföras under Von så samma summa som ramen minskar kommer Von att få intäkter från Socialstyrelsen.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/23

Kvalitetspris 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Juryn, bestående av vård- och omsorgsnämndens presidium samt förvaltningens ledningsgrupp har beslutat att hälso- och sjukvårdsorganisationen inom LSS får kvalitetspriset för 2025.

Bakgrund

Sedan 2020 har vård- och omsorgsnämnden årligen delat ut ett kvalitetspris till en verksamhet för att uppmärksamma, uppmuntra och belöna kvalitetsutveckling och goda exempel inom vård- och omsorgsarbetet i förvaltningen.

Från och med 2024 ändrades kriterierna och urvalskriterierna kopplades direkt till nämndens arbete med budget, mål och indikatorer.

Enligt de nya kriterierna ska den verksamhet som genom sitt arbete och sina aktiviteter kopplade till nämndens mål och mätbara indikatorer har förbättrat sina resultat bäst och når högsta resultat eller uppnår störst förbättring av resultat tilldelas årets kvalitetspris.

Beslutsunderlag

Kvalitetsutvecklare Svenja Anderséns tjänsteskrivelse 2026-03-17.



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
Svenja Andersén, 0456-81 60 55
svenja.andersen@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse – Mottagare av 2025 års kvalitetspris

Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Ärendet är ett informationsärende som inte påverkar barn direkt eller indirekt.

Ärendet i korthet

Juryn, bestående av vård- och omsorgsnämndens presidium samt förvaltningens ledningsgrupp har beslutat att hälso- och sjukvårdsorganisationen inom LSS får kvalitetspriset för 2025.

Bakgrund

Sedan 2020 har vård- och omsorgsnämnden årligen delat ut ett kvalitetspris till en verksamhet för att uppmärksamma, uppmuntra och belöna kvalitetsutveckling och goda exempel inom vård- och omsorgsarbetet i förvaltningen.

Från och med 2024 ändrades kriterierna och urvalskriterierna kopplades direkt till nämndens arbete med budget, mål och indikatorer.

Enligt de nya kriterierna ska den verksamhet som genom sitt arbete och sina aktiviteter kopplade till nämndens mål och mätbara indikatorer har förbättrat sina resultat bäst och når högsta resultat eller uppnår störst förbättring av resultat tilldelas årets kvalitetspris.

Bedömning

Förvaltningen har i analysen av 2025 års måluppfyllelse inte kunnat se att en enskild enhet uppfyller kriterierna jämfört med andra enheter inom

förvaltningen. Dock vill förvaltningen lyfta det arbetet som kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation inom LSS har gjort med sitt hälsoförbättrande arbetssätt. Legitimerad personal är organiserad under vård- och omsorgsförvaltningens HSL-verksamhet men arbetar förvaltningsövergripande även inom LSS-styrd verksamhet.

Arbetssättet bygger på att sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut gemensamt bjuder in brukare till ett hälsosamtal. Under samtalet kartläggs brukarens aktuella hälsotillstånd, och utifrån denna kartläggning bedöms behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser samt vilka åtgärder som kan bidra till en förbättrad hälsosituation. Hälsosamtalen omfattar även rådgivning kring kost, levnadsvanor och fysisk aktivitet.

Genom sitt tvärprofessionella samarbete har projektet uppnått flera goda resultat men främst har brukarna fått en bättre och mer rättvis utgångspunkt där insatserna blivit mer tydliga och individanpassade. Eftersom alla professioner närvarar samtidigt ger det en bättre helhetssyn.

Arbetssättet är först ut i Blekinges kommuner och har börjat sprida sig till Ronneby och Karlskrona.

Arbetssättet är helt i linje med nya socialtjänstlagen med fokus på förebyggande insatser och högre delaktighet och inflytande för brukaren.

Därför delas kvalitetspriset för 2025 ut till hälso- och sjukvårdsorganisationen inom LSS för att lyfta ett välfungerande samarbete och arbetssätt.

Prissumman

Prissumman är ett halvt prisbasbelopp och ska användas i syfte att utveckla arbetsgruppen och verksamheten. Pristagaren ska också förmedla sitt framgångsrika arbete till andra arbetsgrupper.

Svenja Andersén
Kvalitetsutvecklare



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2025/23

Redovisning av medel ur Turid och Torstens stiftelse 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-06-19 att Solgården erhöll 28 390 kr och Timansstenar erhöll 28 300 kr att använda till trivselfrämjande åtgärder enligt respektive ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Bakgrund

Ändamålet med stiftelsen är att del av avkastningen ska gå till trivselfrämjande aktiviteter för personer på särskilda boenden eller motsvarande inom kommunen, vilket boendena årligen ska kunna ansöka om. Genomförda aktiviteter ska redovisas.

Beslutsunderlag

VON AU § 16/2026

Tjänsteskrivelse, Camilla Eriksson, nämndsekreterare, 2026-03-06

Redovisning från Timansstenar, Annika Härd, verksamhetschef,
2026-03-10

Redovisning från Solgården med 14 bilder, Lena Franeta och Linah Palmé,
enhetschefer, 2026-02-16



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
Camilla Eriksson, 0456-81 63 32
camilla.eriksson@solvesborg.se

Mottagare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Tjänsteskrivelse gällande redovisning av beviljade medel ur Turid och Torstens stiftelse 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Verksamheten särskilt boende omfattar inte omsorg om barn och därför har inte hänsyn till barnperspektivet tagits.

Ärendet i korthet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-06-13 att Solgården erhåller 28 390 kr och Timansstenar erhåller 28 300 kr att använda till trivselfrämjande åtgärder enligt respektive ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Solgården 1 och 2 ansökte gemensamt om 28 390 kr att användas till förtäring och att färdigställa vissa miljöanpassningar som brukare kan ha glädje av, t ex biblioteket.

Timansstenar ansökte om 28 300 kr att användas till en countryfest för alla boende, deras anhöriga och personal med levande musik, barbecuebuffé och utstyrsel till denna fest.

Bakgrund

Ändamålet med stiftelsen är att del av avkastningen ska gå till trivselfrämjande aktiviteter för personer på särskilda boenden eller motsvarande inom kommunen, vilket boendena årligen ska kunna ansöka om. Genomförda aktiviteter ska redovisas.

Camilla Eriksson
Nämndsekreterare von

Bilagor

Redovisning från Solgården med 14 bilder, Lena Franeta och Linah Palmé,
enhetschefer, 2026-02-16

Redovisning från Timansstenar, Annika Härd, verksamhetschef,
2026-03-10

Ärende: Gällande användandet av tilldelat fondmedel Turid och Torstens stiftelse 2025

Countryfest – status och bakgrund.

Under hösten 2025 planerades en större countryfest för de boende på Timansstenar. Tyvärr insjuknade de festansvariga, som även tillhörde rehabs personalgrupp, vilket gjorde att arrangemanget behövde skjutas fram till början av 2026.

Precis innan storhelgerna fick dock den huvudansvariga för festen en allvarlig diagnos med planerad behandling under första kvartalet 2026. Detta medförde en längre tids sjukfrånvaro, och all vidare planering av countryfesten fick pausas.

I mitten av januari utsågs en ny aktivitetsansvarig som ersättare. Fokus lades då på att introducera den nya medarbetaren i aktivitetsteamet samt säkerställa fortsatt hög kvalitet i de dagliga aktiviteterna och samarbetet med VilMer.

Vår ambition – och förhoppning – är att få möjlighet att genomföra countryfesten under sommaren 2026 med hjälp av vår aktivitetsansvarig med uppdaterat team. På så sätt kan vi både nyttja det tilldelade fondmedlet och glädja de boende med en härlig och minnesvärd trädgårdsfest.

Timansstenar genom



Annika Härd

Verksamhetschef



Vård- och omsorgsförvaltningen

Handläggare

Linah Palmé 0456-81 69 30, Lena Franeta
0456-81 69 68
linah.palme@solvesborg.se
Lena Franeta 0456-81 69 68

Redovisning av beviljade medel ur Turid och Torstens fond - Solgården

Ärendet i korthet

Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Solgården har av beviljade medel 2025 använt 28 390 kr ur Turid och Torstens fond till trivselfrämjande åtgärder som ska berika brukares vardag och livskvalité. Medlen ämnade att gå till förtäring men även till att färdigställa vissa miljöanpassningar som brukare kan ha glädje av tex. Biblioteket.

Medlen har främst gått till förtäring vid olika högtider och årstidsbundna aktiviteter, vilket har skapat gemenskap och uppskattade stunder för de boende. En del av fonden har också använts för att färdigställa miljöer som främjar välbefinnande, exempelvis Solgårdens bibliotek.

Biblioteket och Glasrummet har möblerats och inretts för att erbjuda en hemtrevlig plats fylld med böcker för olika intressen, spel och pysselmateriel. Dessa miljöer syftar till att uppmuntra både avkoppling och stimulans. Högtalare köptes till Glashuset och på samtliga enheter då musik är en betydande källa till glädje för många äldre.

Även entréerna har fått en varsam uppfräschning för att skapa ett mer välkomnande och positivt första intryck. Arbetet med att vidareutveckla huvudentrén vid mötesplatsen samt enheterna fortsätter under 2026, med målet att skapa inbjudande miljöer som främjar såväl spontana möten som planerade aktiviteter.

Sammanfattningsvis har de genomförda inköpen och åtgärderna under 2025 haft en tydlig och positiv inverkan på de äldres vardag på Solgården, och bidragit till att skapa en miljö präglad av värme, trygghet och meningsfullhet. Bilder bifogas till mottagare.

Bakgrund

Solgården ansökte gemensamt om 28 390 kr att användas till förtäring och stimulerande miljöer för de boende.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-04-24 att Solgården erhöll 28 390 kr att använda till trivselfrämjande åtgärder enligt ansökan. Hela summan har nyttjats.

Linah Palmé 0456-81 69 30,
Lena Franeta 0456-81 69 68
Enhetschefer Solgården











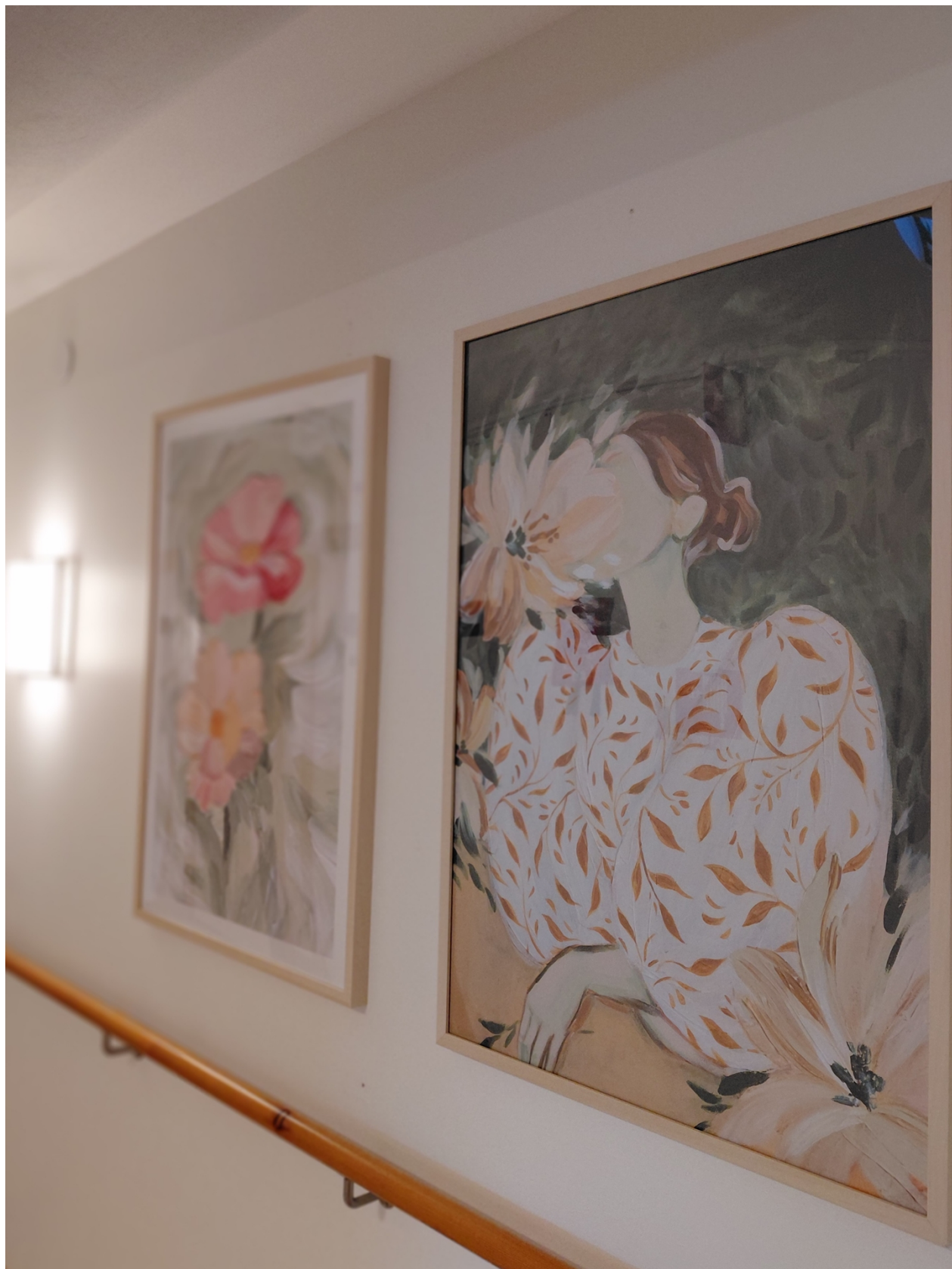




















Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2025/22

Redovisning av medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-06-19 att Gerbogården och Slottsgården beviljas 74 400 kr vardera enligt respektive ansökan.

Återredovisning av beviljade medel ska ske på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Bakgrund

Stiftelsens avkastning ska användas till sådana åtgärder som medför en för vårdsynpunkt lämplig stimulans för de gamla. Vidare säger testamentet att varje vår och höst bör en dagsutflykt med kulturella inslag anordnas. Samt att en glädjeskapande fest varje år arrangeras med god mat och dryck, inkl. snaps och vin med underhållning från orten.

Beslutsunderlag

VON AU § 17/2026

Tjänsteskrivelse, Camilla Eriksson, nämndsekreterare, 2026-03-06

Redovisning från Gerbogården, Daniel Knutsson, enhetschef, 2026-02-23

Redovisning från Slottsgården, Sandra Karlsson, enhetschef, 2026-03-04



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
Camilla Eriksson, 0456-81 63 32
camilla.eriksson@solvesborg.se

Mottagare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Tjänsteskrivelse gällande redovisning av beviljade medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Verksamheten särskilt boende omfattar inte omsorg om barn och därför har inte hänsyn till barnperspektivet tagits.

Ärendet i korthet

Vård och omsorgsnämnden beslutade att Gerbogården och Slottsgården beviljas 74 400 kr vardera enligt respektive ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska ske på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Gerbogården ansökte om 74 400 kr att använda till införskaffning av nya och eventuellt utökade sittmöjligheter samt anordnande av kräftskiva i september och inköp av lördagsgodis till samtliga enheter succesivt under året.

Slottsgården ansökte om 74 400 kr att använda till införskaffning av hammockar, parasoller, segelduk och hängmatta till uteplatser samt högtalare och musikanläggning till allrum på respektive avdelning.

Bakgrund

Stiftelsens avkastning ska användas till sådana åtgärder som medför en för vårdsynpunkt lämplig stimulans för de gamla. Vidare säger testamentet att varje vår och höst bör en dagsutflykt med kulturella inslag anordnas. Samt att en glädjeskapande fest varje år arrangeras med god mat och dryck, inkl. snaps och vin med underhållning från orten.

Camilla Eriksson
Nämndsekreterare von

Bilagor

Redovisning från Gerbogården, Daniel Knutsson, enhetschef, 2026-02-23

Redovisning från Slottsgården, Sandra Karlsson, enhetschef, 2026-03-04



Omsorgsförvaltningen

Enhetschef

Daniel Knutsson, 0456 81 69 20

daniel.knutsson@solvesborg.se

Redovisning av beviljade medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2025 - Gerbogården

Ärendet i korthet

Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Gerbogården har av beviljade medel år 2025 använt 54 456,85 kr. Detta har använts till anordnande av festlig middag för samtliga brukare samt förnyelse/utökning av sittmöjligheter på olika enheter. Detta i form utav olika soffgrupper och fåtöljer med tillhörande fotpall. Även höj o sänkbara mindre avlastningsbord som kan användas till att bland annat läsa tidningen på.

Samtliga inköp har utförts i syfte till att ge en extra glädje och trivselfaktor med stark inbjudande känsla i de utrymmen där brukare vistas mycket under dagen under året.

Återstående del av beviljade medel om 19 943,15 kr. Kommer att under 2026 användas till att införskaffa ytterligare sittmöjligheter på Gerbogården som är i behov av förnyelse.

Samtliga investeringar har berikat äldres vardag under 2025 på Gerbogården.

Daniel Knutsson
Enhetschef Särkilt Boend



Vård- och omsorgsförvaltningen

Enhetschef
Sandra Karlsson, 0456-816955
sandra.karlsson2@solvesborg.se

Redovisning av beviljade medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2025 – Slottsgården

Ärendet i korthet

Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Slottsgården har använt alla tilldelade medel från innevarande år, 74 400 kr, samt 17 724 kr som fanns kvar från 2023.

Under december 2025 har musik- och ljudanläggning installerats på alla fyra enheter på Slottsgården. Syftet är att anläggningen ska göra ljudmiljön bättre vid olika tillställningar som sker i allrummen. Det kan handla om tex musik- och dansunderhållning.

Kostnad 92 124 kr.

Anläggningen är väldigt passande vid tillställningar som melodifestivalen och vid sittgympa som anordnas runt om hela Slottsgården.

Investeringen har och kommer ge glädje framåt för våra brukare som bor och vistas hos oss på Slottsgården /Utsikten.

Med vänlig hälsning

Sandra Karlsson
Enhetschef Utsikten &
Gerbogården natt



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2025/25

Redovisning av medel ur Thure Lindéns donationsfond 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-06-19 att Gerbogården beviljades 8 155 kr enligt ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska ske på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026

Bakgrund

Medel ur fonden ska användas till glädje och förströelse och uppmuntran åt boende och personal på Gerbogården.

Beslutsunderlag

VON AU § 18/2026

Tjänsteskrivelse, Camilla Eriksson, nämndsekreterare, 2026-04-06

Redovisning, Daniel Knutsson, enhetschef, 2026-02-23



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
Camilla Eriksson, 0456-81 63 32
camilla.eriksson@solvesborg.se

Mottagare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Tjänsteskrivelse gällande redovisning av beviljade medel ur Thure Lindéns fond 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Verksamheten särskilt boende omfattar inte omsorg om barn och därför har inte hänsyn till barnperspektivet tagits.

Ärendet i korthet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-06-19 att Gerbogården beviljades 8 155 kr enligt ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska ske på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Gerbogården ansökte om att få ta del av fondens avkastning att använda till inköp av hårdusch med stol, frisörstolar och frisörtillbehör med mera för att höja ny frisörsalongens trivsel och njutbarhetsfaktor.

Det önskades också köpas in pizzor i samband med visning av Mjällby AIF's matcher under året.

Bakgrund

Medel ur fonden ska användas till glädje och förströelse och uppmuntran åt boende och personal på Gerbogården.

Camilla Eriksson
Nämndsekreterare von

Bilagor

Redovisning, Daniel Knutsson, enhetschef, 2026-02-23



Omsorgsförvaltningen

Enhetschef

Daniel Knutsson, 0456 81 69 20
daniel.knutsson@solvesborg.se

Redovisning av beviljade medel ur Thure Lindéns fond 2025 – Gerbogården

Ärendet i korthet

Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2026.

Gerbogården har av beviljade medel 2025 använt 8 155 kr. Detta har använts till inköp av en hårdusch med stol som på frisörsalong, vilket möjliggör avkoppling, hårtvätt, schamponering och huvudmassage i en lugnande och avkopplande miljö. Även inköp/anordnande av pizzakväll i samband med en utav Mjällby AIF:s matcher i allsvenskan var ett glädjande inslag i brukarnas vardag.

Inköp syftar till att skapa guldkant i de boendes tillvaro.

Samtliga beviljade medel ur fonden är använda enligt ovan beskrivning.

Daniel Knutsson
Enhetschef Särskilt Boende



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/17

Kö- och beläggningsstatistik 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information av nämndsekreterare Camilla Eriksson angående disponibla platser/lägenheter i särskilda boende, beläggningen, antal sökande samt kostnader för institutionsplacerade och utskrivningsklara under februari 2026.

Beslutsunderlag

Köstatistik februari 2026

Beläggningsstatistik februari 2026

Köstatistik och kostnader februari 2026

Köstatistik till säbo somatisk och demensboende den 24 februari

Antal lediga platser till säbo somatisk:	7	
Antal lediga platser till demensboende:	4	
Antal lediga platser privat boende:	2	(2 somatik o 0 demens)
Nyansökningar denna mån:	8	(Kommunalt: 4 till somatisk, 2 till demens Privat: 1 till somatisk, 1 till demens)
Antal avlidna denna mån:	4	(Kommunalt: 1 på somatisk, 2 på demens Privat: 1 på somatisk, 0 på demens)
Antal sökande till säbo somatisk:	3	
Antal sökande till säbo somatisk mer än 3 mån:	0	
Antal sökande till demensboende:	1	
Antal sökande till demensboende mer än 3 mån:	0	
Antal sökande till Timansstenar:	2	
Antal sökande till Timansstenar mer än 3 mån:	0	
Antal sökande totalt:	6	
Antal sökande mer än 3 mån totalt:	0	
Lediga platser på Utsikten:	1	
Kö till Utsikten:	0	

Kostnader

För institutionsplacerade denna mån:	0
För institutionsplacerade hittills i år:	0
För medicinskt färdigbehandlade denna mån:	0
För medicinskt färdigbehandlade hittills i år:	0

Beläggingsstatistik

Februari 2026

Boende (kapacitet)	Antal platser i bruk	Tom plats/medel	Beläggning
Gerbogården demens (40)	30	0,7	98 %
Gerbogården somatik (12)	12	3,0	75 %
Solgården demens (26)	26	2,0	92 %
Solgården somatik (14)	14	3,4	76 %
Slottsgården demens (11)	11	0,7	94 %
Slottsgården somatik (33)	22	0,4	98 %
Beläggningsgrad:	115	10,2	91 %
Timansstenar demens (30)	30	0,2	99 %
Timansstenar somatik (30)	30	2,1	93 %
Totalt:	175	12,5	93 %



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/4

Anmälan av delegationsbeslut

FÖRSLAG TILL BESLUT

Anmälningarna läggs till handlingarna.

-
1. 162 meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under februari 2026.
 - Biståndshandläggare – 162 bifall
-



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/5

Meddelanden

FÖRSLAG TILL BESLUT

Meddelandena läggs till handlingarna.

-
1. Kvalitetsberättelse för Timansstenar verksamhetsår 2025, se bilaga.
 2. Patientsäkerhetsberättelse för Timansstenar 2025, se bilaga.
-

Kvalitetsberättelse för Timansstenar

Verksamhetsår 2025

Datum: 2026-02-27

Ansvarig: Annika Härd

Innehåll

1. Syfte och mål	3
2. Verksamhetsinriktning och ansvar	3
2.1 Målgrupp	3
2.2 Lagstiftning	3
2.3 Uppdrag och ansvar	3
3. Egenkontroll	4
3.1 Utförda egenkontroller	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	4
4. Brukarundersökning	5
4.1 Genomförd brukarundersökning	5
4.2 Resultat av brukarundersökning från <i>föregående år</i>	5
4.3 Identifierade förbättringsområden från <i>årets resultat</i> av brukarundersökningen	5
5. Synpunkter och klagomål	6
5.1 Sammanställning av synpunkter och klagomål	6
5.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	6
6. Avvikelsehantering	6
6.1 Avvikelser och förbättringsförslag	6
6.2 Rapportering av missförhållande (lex Sarah)	7
6.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder ...	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7. Samverkan	8
7.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
8. Riskanalys	10
8.1 Genomförda riskanalyser	10
8.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
9. Genomförda interna/externa granskningar	11
9.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	12
10. Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	13

1. Syfte och mål

Syftet med en kvalitetsberättelse är att den ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska alltså ge en bild av vilket fokus som vi har haft under året och även vilka insatser som planeras under nästkommande år.

2. Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Personer över 65 år inom äldreomsorg med somatiska sjukdomar och/eller kognitiva sjukdomar/demensdiagnoser.

2.2 Lagstiftning

Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3§

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.3 Uppdrag och ansvar

Verksamhetschef

Verksamhetschefen är ansvarig för den övergripande kvaliteten i verksamheten och för det systematiska kvalitetsarbetet.

Det systematiska kvalitetsarbetet utförs genom att årshjulet för kvalitet följs, att egenkontroller genomförs samt att verksamhetschefen och det lokala kvalitetsrådet/teamet arbetar löpande med kvalitetsförbättrande åtgärder. De kvalitetsförbättrande åtgärderna föregås av analys av olika händelser som skett i verksamheten, resultat från olika undersökningar, egenkontroller, uppföljningar/tillsyner från myndighet/uppdragsgivare/interna revisioner samt genomförda riskanalyser.

I det lokala kvalitetsrådet hanteras också synpunkter och klagomål samt förbättringsförslag från personal, närstående och boende.

Medarbetare

I arbetet som medarbetare på Norlandia Äldreomsorg är omvårdnad av äldre kärnan i arbetet. Det innebär att kunna se den äldre personens individuella behov och ge det stöd hen behöver med vardagliga uppgifter som hen själv av olika skäl inte klarar av. I detta ingår även att stödja det friska och att stödja och uppmuntra individen att göra det hen själv kan klara av. För att uppnå detta arbetar vi så kallat fördjupat kontaktmannaskap.

Fördjupat kontaktmannaskap

Kontaktmannen samarbetar med boende, närstående och övriga aktörer om samtycke ges av boende. Tillsammans med boende upprättas genomförandeplaner som följs upp regelbundet för att säkerställa att den boendes behov blir tillgodosedda.

Kontaktsmannen ansvarar även för den sociala dokumentationen är korrekt och relevant. Vidare ingår regelbunden kontakt med boende och närstående samt att den boendes hem är i gott skick och enligt den boendes önskemål. Kontaktsmannen har ett helhetsperspektiv kring den boende och syftar till att i möjligaste mån tillgodose den boendes behov och önskemål.

Kontaktsmannen är lyhörd och följer upp beslut som tagits kring kund och säkerställer att det fyller önskat resultat. När kontaktsmannen inte finns på plats i verksamheten finns en utsedd vicekontaktsman.

3. Egenkontroll

Egenkontroll och månadskontroller ska följa årshjulet och eventuella entreprenadavtal. Tjänstens har följt Norlandias årshjul för egenkontroller samt månadskontroller.

- Matenkät vår och höst
- Nattfastemätning
- Matsvinnsmätning
- Loggkontroll SOL, 1 ggr/månad.
- Egenkontroller i Norlandias kvalitetssystem gällande kvalitet, boende och verksamhet.

Förutom verksamhetens dagliga egenkontroller så genomförs följande egenkontroller:

- Månatlig granskning av social dokumentation och genomförandeplaner
- Egenkontroll ”kund, kvalitet och verksamhet”
- Norlandias egen månadsuppföljningsmall
- Lokalt kvalitetsråd 1 ggr/månad – uppföljning och analys av avvikelser i TQM

3.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Nattfasta

Målet är att minska nattfastan till en nivå i linje med Socialstyrelsens rekommendationer (max 11 timmar). Åtgärd: Säkerställa att samtliga arbetsgrupper använder enhetliga rutiner för mätning och uppföljning. Personal har under året fått genomgång och kunskap om nattfasta för äldre. Fortsatt handledning i mätning av nattfasta och uppföljning av resultat med berörda arbetsgrupper.

Matsvinn

Målet är att uppnå verksamhetens målsättning för minskat matsvinn. Åtgärd: Optimera sambandet mellan menyplanering, livsmedelsbeställningar och portionsbeställningar.

Dokumentation och loggkontroller (SOL)

Målet är förbättrad kvalitet och enhetlighet i genomförandeplaner och journalföring. Åtgärd: Säkerställa korrekt och regelbunden journalföring i alla arbetsgrupper och öka träffsäkerheten i loggkontroller och minska antal avvikelser genom granskningar och återkopplingar till respektive arbetsgrupp i regelbundna konferenser för ytterligare

förfinade och förbättrade genomförandeplaner och förbättrad journalföring. Dokumentationsutbildning planerad för varje arbetsgrupp under 2026.

4. Brukarundersökning

Socialstyrelsen genomför årligen en enkätundersökning bland dem som är 65 år och äldre och som bor på SÄBO eller i eget ordinärt boende med hemtjänst. Syftet är att verksamheter som driver äldreomsorg ska använda resultatet för att förbättra och utveckla kvaliteten i verksamheterna.

4.1 Genomförd brukarundersökning

Brukarundersökning 2025 för Timansstenar genomfördes tillsammans med Sölvesborgs kommun och genererade ett resultat.

Svarsfrekvens för Timansstenar ligger på mellan 40-60%. Resultatet visar på en sammantagen kundnöjdhet mellan 89-91% vilket är ett positivt resultat. Nöjdheten innefattar personalens bemötande, lägenheten, utomhusmiljön, måltider, tillgängligheten till utomhusmiljön, och den generella upplevelsen av personalens kompetens och förhållningssätt.

Emellertid ser vi ett behov av förbättringar gällande tillgänglighet till läkare, tydliggörande av aktivitetsutbudet i verksamheten, och tydligare information kring hur man framför klagomål och synpunkter.

4.2 Resultat av brukarundersökning från föregående år

Inget resultat fanns att tillgå för år 2024, och orsaken till detta är oklar. Under perioden har Norlandia därför istället riktat sitt fokus mot ett omfattande och verksamhetsövergripande utvecklingsarbete. Syftet har varit att stärka och säkerställa en långsiktig generell kvalitetshöjning i verksamheten. Genom att fördjupa sig i rutiner, arbetssätt och interna processer har organisationen skapat bättre förutsättningar för ett mer systematiskt förbättringsarbete under kommande år.

4.3 Identifierade förbättringsområden från årets resultat av brukarundersökningen

Resultatet är generellt mycket positivt. Dock har vi identifierat ett antal förbättringsområden gällande tillgänglighet till läkare, tydliggörande av aktivitetsutbudet i verksamheten och ett förstärkt samarbete med kund i planering av insatser för denne.

Tillgänglighet till läkare:

Åtgärd: Möte inplanerat med Valjehälsan Q1 2025 angående rondstruktur, hälso- och sjukvårdens arbetssätt i verksamheten och tillgängligheten till läkare.

Nöjdhet med aktiviteter:

Åtgärd: Erbjudande av aktiviteter och ökad tydlighet kring dessa planeras under året med start Q1 genom boenderåd tillsammans med aktivitetsansvarig och verksamhetschef. Ta fram bättre rutiner för information om aktivitetsutbudet i verksamheten.

Framföra synpunkter och klagomål:

Åtgärd: Montera brevlådor på varje avdelning med tydlig markering synpunkter och klagomål samt tillhörande blanketter. Åtgärden genomförs under Q1 2026.

5. Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

Klagomål och synpunkter rapporteras enligt rutin och tas emot muntligt, skriftligt. Dessa registreras och hanteras i företagets kvalitetsledningssystem. Synpunkter och klagomål kan också rapporteras av de boende eller närstående direkt in i ledningssystemet via en länk på hemsidan och hanteras då av verksamheten.

5.1 Sammanställning av synpunkter och klagomål

Synpunkter & klagomål	Antal
Oklarhet vårdgivaransvar avliden medboende 2024	1
Brister i följsamhet till rutin - personal	1
Arbetsmiljö - medarbetare	1

5.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Otydlighet vårdgivaransvar – åtgärd förtydligande av vårdgivaransvar i samband med inflytning av medboende.

Brister i följsamhet rutin – åtgärd är att återkoppla till personal och uppdatera kring aktuell rutin.

Arbetsmiljö – medarbetare – åtgärd är pågående arbetsplatsträffar x flera med upprättade åtgärdsplaner, ny teamsamordnare för arbetsgruppen som ska leda förbättringsarbetet framåt tillsammans med arbetsgruppen och i samarbete med ledning.

6. Avvikelsehantering

Rapportering av avvikelser sker i nära anslutning till händelsen i TQM som är vårt system för avvikelsehantering, riskbedömning och egenkontroll. Avvikelserna utreds och åtgärder sker omgående och fortlöpande. Orsaksanalysen är en central del i att hitta rotorsaker till händelsen och på så sätt vidta rätt åtgärder. Åtgärderna har en direkt koppling till händelsens orsak/orsaker.

6.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Analys/Identifierade bakomliggande orsaker

Under 2025 registrerades totalt 96 SOL-avvikelser i verksamheten. Fördelningen över året uppvisar en tydligt nedåtgående trend: 43 avvikelser rapporterades under det första kvartalet, 26 under det andra, följt av 16 respektive 12 avvikelser under det tredje och fjärde kvartalet.

Den successiva minskningen av SOL-avvikelser kan kopplas till ett omfattande och systematiskt förbättringsarbete. Genom implementering av en mer sammanhållen organisatorisk struktur, ett tydliggjort kvalitetsledningssystem enligt Norlandias riktlinjer samt framtagande av lokala operativa rutiner har förutsättningarna för ett mer effektivt avvikelsearbete stärkts. Därtill har en förbättrad hantering av händelserapportering, tillsammans med en ökad stabilitet och trygghet i personalgrupperna, bidragit till en mer kvalitativ och konsekvent rapporteringsprocess. Sammantaget indikerar resultaten att utvecklingsinsatserna haft en påtaglig och positiv effekt på verksamhetens kvalitetsarbete.



Granskningen av årets avvikelser visar på en variation av händelser och en tydlig utveckling över tid. Under första kvartalet 2025 rapporterades ett högre antal tekniska problem kopplade till telefoni, internet och larmsystem. Därtill identifierades brister i följsamhet till rutiner inom vårdarbetet, samarbetsutmaningar i arbetsgrupperna samt otydligheter i verksamhetens struktur.

I takt med att utvecklingsarbetet fortskridit har både struktur och rutiner tydliggjorts. Detta har resulterat i förbättrad organisatorisk stabilitet, ökad följsamhet till rutiner samt en stabilare funktion i larmsystem och telefoni. Den samlade bedömningen är att avvikelsernas omfattning och karaktär förändrats i positiv riktning under året.

6.2 Rapportering av missförhållande (lex Sarah)

Samtliga medarbetare i våra verksamheter som uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande är skyldiga att genast rapportera det. Med missförhållanden menas utförda handlingar eller handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl inte har utförts som innebär ett hot mot eller har medfört konsekvenser

för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Skyldigheten avser även rapportering om allmänt inriktade förhållanden så som organisatoriska, strukturella eller rutinmässiga. Med en påtaglig risk för ett missförhållande menas att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Kategorier	Januari – December	Antal anmälningar till IVO
Brister i bemötande	1	0
insatser	1	0

Analys

Under året har två fördjupade utredningar genomförts.

1. Bristande bemötande och otillåten begränsningsåtgärd

Den första utredningen avser bristande bemötande och otillbörlig inskränkning av en boendes självbestämmande, då personal vid ett tillfälle beslagtagit den boendes privata mobiltelefon.

I samband med utredningen framkom att den tjänstgörande vikarien uppvisade bristande kunskap om den Nationella värdegrunden samt regelverket kring tvångs- och begränsningsåtgärder. Åtgärder har vidtagits i form av förtydligad information och utbildningsinsatser inom området för att säkerställa att liknande händelser inte upprepas.

2. Fallolycka i bostaden

Den andra utredningen avser en händelse där morgonpersonal påträffade en boende liggande på golvet i sin lägenhet. Den boende skickades senare till sjukhus och konstaterades ha ådragit sig en spricka i höften.

Orsaken till fallet har inte kunnat fastställas med säkerhet. En sannolik förklaring är att den boende oavsiktligt har stött till golvlarmet med sin rullator, vilket medfört att larmet hamnat i fel läge och därmed inte registrerat rörelse.

Vidtagna åtgärder inkluderar ett förtydligande av den boendes genomförandeplan med inlagd natttillsyn samt anpassning för tidigare uppstigning.

7. Samverkan

Samverkan med Sölvesborgs kommun

Vi har haft en öppen och tät kommunikation med våra kontakter i Sölvesborgs kommun. Vi har regelbunden kontakt genom personliga möten, telefonsamtal, e-mail.

Samverkan med hälso- och sjukvård

Kontaktpersonen har upprätthållit kontakt med Valjehälsans vårdcentral och öppenvård vid behov. Samverkansmöte med sjuksköterska, rehab och kontaktpersoner genomförs regelbundet i schemalagda omvårdnadskonferenser var 6:e vecka.

Samverkan med projekt VilMer

Timansstenar har haft och har ett pågående och fördjupat samarbete med projektet VilMer. Syftet med samarbetet är att på ett strukturerat och hållbart sätt rekrytera volontärer och vardagsvänner till våra boende, som en viktig del i arbetet med att förebygga och motverka ensamhet.

Genom VilMer får verksamheten tillgång till ett nätverk av engagerade frivilliga som kan bidra med sociala aktiviteter, individuellt stöd och närvaro i vardagen. Volontärinsatserna kan omfatta allt från promenader och samtalsstunder till hjälp vid gruppaktiviteter – alltid med utgångspunkt i de boendes behov och önskemål.

Samarbetet inkluderar även digital underhållning och interaktiva verktyg som komplement till fysiska aktiviteter. Via VilMers digitala plattform kan Timansstenar erbjuda ett varierat utbud av evenemang, musikstunder, kulturinslag och andra aktiviteter som stimulerar, engagerar och skapar gemenskap.

En viktig del av projektet är också möjligheten att knyta ihop de lokala aktiviteterna med VilMers regionala och nationella aktivitetskalender. Detta skapar en helhet där boende kan ta del av ett större utbud och där verksamheten får stöd i planering, samordning och dokumentation av olika insatser.

Målet är att stärka livskvaliteten för de boende genom meningsfull social samvaro, ökad delaktighet och fler möjligheter till glädje och gemenskap – både på plats och digitalt.

7.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Lokal samverkansgrupp

Lokal samverkansgrupp i verksamheten bildades under våren 2025 som en del i arbetet med att öka delaktighet och transparens samt stärka samarbetet kring utveckling och uppföljning av Timansstenars arbetsmiljö- och kvalitetsarbete.

I samverkansgruppen ingår verksamhetens huvudskyddsombud och de lokala skyddsombuden från Kommunal samt verksamhetsledningen.

Gruppens fokus är att gemensamt följa upp, utveckla och stödja det systematiska arbetsmiljöarbetet och kvalitetsarbetet. Möten har genomförts ungefär var sjätte vecka. Samverkansgruppens arbete har bidragit till ett stärkt och mer tillitsfullt samarbete mellan verksamhetsledning, HSO och lokala skyddsombud. Genom regelbundna möten och en tydlig struktur för dialog har gruppen uppnått:

- **Ökad samsyn** kring arbetsmiljö- och kvalitetsfrågor, vilket har skapat bättre förutsättningar för gemensamma prioriteringar.

- **Förbättrad kommunikation** mellan olika funktioner i verksamheten, med snabbare hantering av frågor och tydligare återkoppling.
- **Större delaktighet** hos skyddsombud och representanter, vilket lett till att fler perspektiv beaktas i beslut och utvecklingsarbete.

Tillsammans har detta skapat ett mer hållbart arbetssätt där frågor fångas upp tidigare och lösningar utvecklas gemensamt.

8. Riskanalys

Enligt 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst:

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

OBS! Riskanalys och riskbedömning är två likartade begrepp men rymmer skilda betydelser. Riskbedömning genomförs på individnivå, dvs. vilka specifika risker har upptäckts för den enskilda kunden eller patienten. Här frågas det efter riskanalys.

Riskanalyser görs i TQM två gånger per år enligt Årshjulet samt när vi upptäcker att det finns risk för allvarliga händelser.

8.1 Genomförda riskanalyser

Årets riskanalyser som genomförts 2025:

- Riskanalys kring elavbrott som påverkar internet i verksamheten
- Riskanalys för leveranser av livsmedel
- Riskanalys för övergång från planeringssystem Sekoia till PlanIt
- Riskanalys bemanningsproblem vid ökad vårdtyngd

8.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Elavbrott – Åtgärd: Dokumentpärmar upprättade på varje avdelning med olika blanketter som alternativ dokumentationslösning under eventuella avbrott.

Leveranser av livsmedel – Åtgärd: Dialog med leverantören samt reservlager livsmedel i verksamheten att använda vid leveransproblem som påverkar möjlighet att följa aktuell meny.

Övergång till planeringssystem PlanIt – Åtgärd: Riskbedöma förändringen. Säkerställa övergång till nytt planeringssystem innan stängning av Sekoia. Information och genomgång

av systemet för arbetsledande grupp (Planerare/Teamledare och teamsamordnare för respektive avdelning samt nattgrupp)

Bemanningsproblem vid ökad vårdtyngd – Åtgärd: Ta fram funktionsbeskrivning för Löpare/extra personal som kan bokas in av bemanningsansvarig vid ökad vårdtyngd. Rekrytering av timvikarier som kan bokas in för extra arbetspass. Genomföra vårdtyngdsmätningar vid behov.

9. Genomförda interna/externa granskningar

2025 har vi haft:

Föranmäld PPM Basal hygien och klädregler. Granskningarna genomfördes i maj och november månad. Det som granskades var:

1. Följsamhet till hygienrutiner i nära omvårdnadsarbete
2. Följsamhet till klädregler

Föranmäld tillsyn Miljö och Hälsa. Granskningen genomfördes under november månad. Det som granskades var:

1. Avdelningsköken
2. Följsamhet till HACCP
3. Avfallshantering livsmedel
4. Egenkontroller temperaturmätning
5. Livsmedelsförråd

Föranmäld intern kvalitetsgranskning av Norlandias kvalitetsutvecklare. Granskningen genomfördes i november månad. Det som granskades var:

1. Följsamhet till kvalitetsledningssystemet och koncept.
2. Riskanalyser verksamhet
3. Händelsehantering
4. Egenkontroll verksamhet
5. Egenkontroll livsmedel
6. Kvalitetsregister
7. Ständiga förbättringar
8. Patientsäkerhetsarbete
9. Basala hygienrutiner och klädregler/Hantera smitta

10. Hantera läkemedel säkert
11. Hantera/förebygga fall
12. Hantera/förebygga undernäring samt munvård
13. Hantera/förebygga sår
14. Skydds och begränsningsåtgärder
15. Inkontinens
16. Medicintekniska produkter
17. Hållbart miljöarbete
18. Social dokumentation
19. Dokumentation enligt HSL
20. SBA Systematiskt brandskyddsarbete

Föranmälld hygienrund med Region Blekinge smittskyddssjuksköterska och MAS Sölvesborgs kommun. Granskningen genomfördes i oktober månad. Det som granskades var:

1. Basala hygienrutiner
2. Skyddsutrustning
3. Arbetsdräkt
4. Tvätthantering
5. Rengöring, desinfektion och förvaring
6. Kök
7. Stickande/Skärande

Föranmälld Apoteksgranskning. Granskningen genomfördes i december månad. Det som granskades var:

- 1- Läkemedelshantering i verksamheten.

9.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Resultatet visade att det fanns avvikelser/förbättringsområden i delar av genomförda granskningar och de flesta genomfördes skyndsamt och andra över tid. Efter uppföljning uppdaterades samtliga rutiner som bristerna omfattas av. Samtliga förbättringsarbetet är inlagda i TQM och pågående arbete fortskrider kring åtgärdsbehoven.

Vi gör även utbildningssatsningar kopplat till områden som indikerar behov av sådana. Ex. Basala hygienrutiner, SoL dokumentation, Nationella värdegrunden, Skyddsåtgärder, Norlandias konceptutbildningar, m.fl.

10. Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Fortsatt arbete med följsamhet till Norlandias kvalitetsledningssystem med övergripande rutiner och verksamhetens lokala rutiner.

Fokusområden 2026:

- Förbättrat hygienarbete i verksamheten genom utbildning och uppföljning av Basala hygienrutiner/klädregler
- Genomförande av lokala kvalitetsråd 1 ggr/månad med analys och åtgärder utifrån händelser i verksamhetens avvikelssystem
- Implementera ett systematiskt värdegrundarbete med utsedda värdegrundsambassadörer
- Förbättrad SOL dokumentation genom fortsatt systematisk intern granskning av journalanteckningar och genomförandeplaner
- Säkerställa och utveckla rehabiliteringsarbetet i verksamheten.
- Fortsatt regelbundet och uppföljande lokalt ledningsarbete genom regelbundna lokala ledningsmöten
- Förbättrad information till boende och deras anhöriga genom att implementera månadsbrev och kalendarium för årets aktiviteter.

Patientsäkerhetsberättelse Timansstenar Äldreboende År 2025



Datum: 2026-02-27

Ansvarig för innehållet: Annika Härd

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens.....	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Sammanställning av egenkontroller.....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu.....	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	18
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	19

SAMMANFATTNING

Norlandia Äldreomsorg AB driver Timansstenar Äldreboende i egen regi enligt LOV avtal med Sölvesborgs kommun. Verksamheten har 60 platser varav 30 med inriktning Demens och 30 med inriktning somatik.

På Timansstenar arbetar man teambaserat med alla patientfrågeställningar, hälsostatus och förändringar. Hälso- och sjukvårdspersonalen upprättar hälsoplaner och rehabiliteringsplaner utifrån patienternas hälsostatus. Dessa planer följs upp regelbundet i omvårdnadskonferenser där HSL personal leder konferensen utifrån avsedd rutin för konferensen. Målet är att ta tillvara på hela teamets kompetens för att skapa en trygg och säker vård och minska risken för uppkomna vårdskador.

Timansstenar har under 2025 genomgått ett fortsatt omfattande och fördjupande utvecklingsarbete. Verksamheten har stabiliserats under året. Förändringar har skett i HSL gruppen med nyrekryteringar av både sjuksköterska och fysioterapeut. Utöver detta har verksamheten även förstärkts med en planerare/teamledare samt en biträdande verksamhetschef.

En handlingsplan upprättades av ny verksamhetschef för att säkerställa verksamheten samt följa upp och vidareutveckla omtag av det preventiva och systematiska arbetet. Syftet har varit att säkerställa verksamheten både ur ett systematiskt och ett holistiskt arbetssätt.

Utbildningar som genomfördes under 2025 var, Basala hygienrutiner, SBAR och Vitala parametrar, Palliativ vård, Skydds och begränsningsåtgärder, Nationella Värdegrund, Händelsehantering rapportering, Lex Sarah och Lex Maria. Via Norlandias utbildningsportal har personalen genomfört konceptutbildningar Gott Liv-smaklig måltid, Gott liv- din dag, Gott liv-välkommen hem, Jobba säkert med läkemedel, samt demens ABC+ genomförts.

Fortlöpande arbete sker i kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret.

De mål som framgick i patientsäkerhetsberättelsen för 2024 blev delvist uppnådda under 2025. De mål som inte är uppnådda är pågående och kommer att slutföras under 2026.

Två händelser utreddes enligt Lex Maria under 2025. En fallhändelse med ådragen höftfraktur som bedömdes som risk för vårdskada. Ingen IVO anmälan. En annan händelse som utreddes som Lex Maria i samband med vård i livets slut där anhöriga och vårdgivare inte var överens om vårdnivå. Bedömdes som ej vårdskada. Ingen IVO anmälan.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att förebygga risker för vårdskador. Norlandia Cares ledning fastslår kvalitets-, miljö- samt arbetsmiljöpolicy. Ledningen tar fram övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkerställer resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Norlandia Care har ett ledningssystem som heter TQM (Total Quality Management). Genom kvalitetsledningssystemet TQM säkerställer Norlandia Care att verksamheten bedrivs ändamålsenligt enligt uppsatta mål, rutin, metoder och omsorgsprocesser.

Övergripande mål och resultat för Timansstenar 2025 (från patientsäkerhetsberättelsen 2023)

Område	Mål	Strategi	Resultat
Vårdhygien	Genomgång av årlig utbildning i basal vårdhygien för alla personalgrupper.	Uppföljning av genomförda webbutbildningar i utbildningsportalen Genomföra egenkontroller fölsamhet till basala hygienrutiner.	Mål uppfyllt
Läkemedel	Säkerställa utförande av delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	Uppföljning av avvikelser i TQM Genomgång av avvikelser i omvårdnadskonferenser	Mål uppfyllt Mål uppfyllt
Munvård	Årlig utbildning i munhälsa till all vårdpersonal	Utbildning av folktandvården	Mål ej uppfyllt
Vård i livets slut	Förbättrad vård i livets slut och ökad delaktighet för anhöriga	Aktivt arbete med AMP avancerad medicinsk vårdplan. Erbjuda brytpunktsamtal	Mål delvist uppfyllt
Nutrition	Motverka undernäring. Nattfasta under 11 timmar	Genomföra riskbedömningar i Senior Alert. Genomföra nattfaste-mätningar	Mål uppfyllt Mål uppfyllt mätningar Mål om under 11 timmar delvis uppfyllt
Förebygga fall	Minskat antal fall hos de äldre genom aktivt fallförebyggande arbete	Förflytningsbedömningar ADL bedömningar av HSL personal.	Mål delvis uppfyllt

		Arbeta med bedömningar i Senior Alert	Mål uppfyllt
Förflyttnings hjälpmedel	Motverka patientskada vid förflyttningar	Årlig utbildning/genomgång i hjälpmedelshantering för vårdpersonal Handledning för vårdpersonal	Mål ej uppfyllt Mål uppfyllt
Trycksår	Motverka trycksår hos patienter	Nortonskattning och riskbedömningar av varje patient.	Mål delvis uppfyllt
Senior Alert	Aktivt arbete med riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert	Uppföljning av åtgärder i Teamträffar – omvårdnadskonferenser.	Mål delvist uppfyllt
BPSD	Bemötandeplaner upprättas för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.	Aktivt arbete med BPSD registret. Skattningar och åtgärdsplaner upprättas.	Mål uppfyllt

Organisation och ansvar

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

Organisation

Norlandia Care är indelat i fyra geografiska områden utifrån indelning/kluster av verksamheter, Region Stockholm, region mitt, region öst och region syd. Varje område leds av en regionchef som i sin tur leds av en driftsdirektör. Driftsdirektören är utsedd av koncernen.

Kvalitetsavdelningen ligger inordnad under varje affärsområde. Kvalitetsavdelningen för äldreomsorgen (CKVA) består av kvalitetschef, tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor/kvalitetsutvecklare (MAS) och en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), en socialt ansvarig socionom (SAS) samt en kostekonom. CKVA utarbetar centrala rutiner, mallar för lokala rutiner, instruktioner samt dokument som stöd för verksamhetschef och medarbetarna i det patientnära arbetet.

Kvalitetschef

Kvalitetschefen har ett övergripande ansvar för TQM och att centrala rutiner är aktuella och uppdaterade. Kvalitetschefen ansvarar också för den årliga revisionen som görs på de olika enheterna i Sverige.

Regionchef

Regionchefer inom företaget har till uppgift att kvartalsvis följa upp kvalitetsarbetet, samt säkerställa verksamhetschefers kompetens genom revisioner i varje verksamhet.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)

På Timansstenar är Norlandia Care vårdgivaren och samarbetar med MAS/MAR i Sölvesborgs kommun. Timansstenar följer även Region Blekinges riktlinjer gällande Hälso- och sjukvård. MAS och MAR ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet är av god kvalitet, att rutiner för vård och behandling är ändamålsenliga och följer lagstiftningar, författningar och allmänna råd. Vidare ansvarar MAS för att förmedla ny och betydande information och riktlinjer relaterat till hälso- och sjukvårdsområdet från Region Blekinge. MAS och MAR har i uppdrag att till IVO anmäla händelser i verksamheterna som kunnat medföra allvarig vårdskada eller medfört allvarig vårdskada (lex Maria).

Kvalitetsutvecklare

Region Syds verksamhet som Timansstenar tillhör har en egen Kvalitetsutvecklare. Kvalitetsutvecklarens ansvar är att utveckla kvalitetsarbetet på samtliga verksamheter i Region Syd. Kvalitetsutvecklare följer upp verksamheterna genom årliga interngranskningar där fokus ligger på följsamhet till centrala rutiner, samt är rådgivande och stödjande till verksamhetschefen i kontakten med kommunens MAS/MAR.

Verksamhetschef

Verksamhetschef representerar vårdgivaren Norlandia Care och är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbete på verksamhetsnivå. I ansvaret ingår att genomföra egenkontroller, riskanalyser samt att utarbeta lokala rutiner och instruktioner. Verksamhetschef ansvarar vidare för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge god och säker vård. Verksamhetschef har möjlighet att uppdra enskilda medicinska ledningsuppgifter till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Beställning av läkemedel till basförrådet ansvarar verksamhetens distriktssköterska för.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheten, en sjuksköterska och två distriktssköterskor/diabetessköterska (3,0 årsarbetare), två arbetsterapeuter (1,55 årsarbetare) samt en fysioterapeut (1,0 årsarbetare) har varje enskild patients individuella vård som sitt primära ansvar. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. Legitimerad personal ansvarar vidare för att omvårdnadsåtgärder utförs och att mål utvärderas. I det systematiska förbättringsarbetet med målsättningen god och säker vård medverkar hälso- och sjukvårdspersonal i verksamhetschefens övergripande arbete med patientsäkerhet och kvalitet på verksamhetsnivå, till exempel genom att ge råd till verksamhetschef avseende kompetens, bemanning, lokaler och utrustning. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan även behöva bistå verksamhetschefen vid framtagandet av lokala rutiner, instruktioner, egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering inom hälso- och sjukvårdsområdet.

På obekvämt arbetstid utför sjuksköterskor i Vårdföretaget Agito medicinska bedömningar och åtgärder på uppdrag av Norlandia Timansstenar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Nedan beskrivs hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter och mellan region och kommun.

Kvalitetsledningssystemets inbegriper en kärnprocess som i sin tur innefattar olika delprocesser:

- Kontakt
- Genomföra
- Uppföljning
- Trygghet & säkerhet
- Utvärdering

Nedan beskrivs nuvarande samverkansformer relaterat till kärnprocessen.

Kontakt

Internt	Externt
• Samverkan i samband med inflytt När den enskilde tackat ja till erbjudandet om boende på Timansstenar, delger verksamhetschef leg. personal den information som skickats i meddelandefunktionen LifeCare som är av betydelse för planering av en trygg och säker vård.	• Samverkan vid inflytt -Vid inflytt via Sölvesborgs kommuns korttidsenhet eller från ordinärt boende sker samverkan genom muntlig och skriftlig rapportering av vårdenhetens respektive hemsjukvårdens omvårdnadsansvariga sjuksköterska. -Vid inflytt direkt från sjukhusvistelse sker samverkan dessutom i det digitala planeringsverktyget Prator. -Fysioterapeut och arbetsterapeut samverkar med respektive vårdenhets rehab personal i samband med inflytt. -Inskrivning sker i läkarsamverkan. Patienten har möjlighet att ha kvar sin gamla patientansvarig läkare, men de flesta väljer att lista om sig till Valjehälsans vårdcentral som har samverkansavtal med Timansstenar.

Genomföra och uppföljning

Internt	Externt
• Omvårdnadskonferenser Timansstenar arbetar i team, vilket innebär att bedömningar och insatser görs i samverkan och med ett multiprofessionellt synsätt. På omvårdnadskonferenser som hålls varje vecka, arbetar verksamheten systematiskt och med de frågor som för tillfället är i fokus för berörd patient såsom allmäntillstånd, riskbedömningar, psykisk hälsa och olika förmågor samt utvärderar vidtagna åtgärder. Kvalitetsregistren BPSD och	• Läkarsamverkan genom primärvården och "sjukhus hemma". Primärvården har det sammanhållande vårdansvaret. Läkarsamverkan sker regelbundet varje vecka samt vid oplanerade behov och fungerar tillfredställande. Kontaktläkaren avsätter 4-6 timmar/vecka till särskilt boende. Timansstenar sjuksköterskor samverkar med vårdcentralen Valjehälsan dagtid 07-17. Övrig tid

Senior Alert är två verktyg som används som stöd i det preventiva och uppföljande arbetet.	på dygnet ansvarar sjuksköterskan via företaget Agito över ansvaret och samverkar även med Valje hälsans vårdcentral.
Rehabilitering och funktionsbevarande arbete Patienter med behov av rehabilitering och funktionsbevarande åtgärder bedöms av arbetsterapeut och fysioterapeut i syfte att bibehålla eller stärka förmågor. Olika individanpassade hjälpmedel samt anpassad träning ordinerar i samråd med patienten och i samverkan med ansvarig sjuksköterska och berörd arbetsgrupp.	Hjälpmedel, information och utbildning Timansstenar har både anställd fysioterapeut och arbetsterapeut. De genomför bedömningar av behov av hjälpmedel, rehabiliterande åtgärder och prehabiliterande åtgärder för patienter. Timansstenar har avtal med Region Blekinge och hjälpmedelscenter i Karlskrona. Det innefattar ett samarbete gällande hjälpmedelsbeställningar, reparationer, återlämningar och teknisk support. Fysioterapeut och arbetsterapeut har tillgång till Region Blekinges system Websesam där hjälpmedelssortiment och support finns att tillgå. Fysioterapeut och arbetsterapeut medverkar på omvårdnadskonferenser som en del i helhet kring rehabiliteringsfrågor för patienter på Timansstenar.
Specialistkompetens På boendet arbetar två distriktssköterskor med specialistkompetens i astma/Kol, hjärtsvikt/hypertoni, diabetes, sårvård, demens.	- Extern samverkan med sjukhus/kommun. -Samverkan med olika specialistmottagningar fungerar bra och sker i individärenden. Minnesmottagningen kan i vissa ärenden ha en handledande roll för medarbetarna. - Folktandvården Nära samverkan sker framgångsrikt med Folktandvården för att förebygga sjukdomar relaterade till dålig munhälsa. Folktandvården gör individuella planer och kommunicerar med/utbildar medarbetare i munhälsobefrämjande åtgärder årligen både individuellt och generellt.

Trygghet och säkerhet

Internt	Extern
-Samverkan i preventivt arbete såsom riskbedömningar och skyddsåtgärder samverkas mellan legitimerad personal och kontaktperson/teamsamordnare i omvårdnadskonferenserna eller vid behov när oplanerade tillstånd uppstår.	Riskbedömningar kan i vissa fall leda till behov av läkarbedömning som diskuteras i samband med läkarsamverkan.

-Lokala rutiner när det gäller läkemedelshantering samverkas mellan sjuksköterskor och verksamhetschef.	Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Årligen samt vid behov sker en god samverkan i detta mellan behandlande läkare, och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på i förväg utvalda patienter.
---	---

Utvärdering

Internt	Externt
Egenkontroller -Systematiskt och i enlighet med fastställd planering i kvalitetsledningssystemet utvärderas verksamheten genom egenkontroller i samverkan mellan regionchef, kvalitetsutvecklare, verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.	Extern tillsyn och granskning -Samverkan sker med farmaceut vid årlig extern granskning av verksamhetens läkemedelshantering. -Samverkan sker med Sölvesborgs kommuns MAS, eller av MAS utsedd funktion att två gånger årligen granska verksamheten vad det gäller olika i förväg bestämda områden som berör patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Norlandia har en övergripande informationssäkerhetspolicy som är styrdokumentet för informationssäkerheten. Policyn anger inriktning för informationssäkerhetsarbetet i alla delar av Norlandia.

Informationssäkerheten är en integrerad del av verksamheten. Alla som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten, vilket verksamheten säkerställer genom;

- uppföljning av utförda åtgärder- och ordinationer/instruktioners kvalitet och ändamålsenlighet,
- att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella behörigheter och arbetsuppgifter,
- att vid behovsbedömningen och vid ansökan till Sölvesborgs kommun gällande rättighetstilldelningen, skilja på olika behörighetsnivåer utifrån den enskilde medarbetarens profession.
- att hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter.
- att informera Sölvesborgs kommun om att avsluta behörigheter avseende medarbetare som inte längre arbetar kvar i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att;

- Patienterna på Timansstenar blir informerade om verksamhetens dokumentationsskyldighet och rutinerna avseende behörighetsstyrning.
- personliga lösenord och hjälpmedel för en säker inloggning inte kan bli tillgängliga för obehöriga,
- datorer inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst
- endast ta del av patientuppgifter, om han eller hon har en vårdrelation eller av något annat ändamål behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

I händelse av att sekretessbelagd information legat synlig för obehöriga personer rapporteras händelsen som personuppgiftsincident i verksamhetens program för avvikelshantering.

Under 2024 rapporterades inga personuppgiftsincidenter på Timansstenar.

En god säkerhetskultur

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



• Ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador

I Norlandias säkerhetskultur ingår ett proaktivt och systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Det innebär att vi uppmanar och förväntar oss att alla våra medarbetare tar ansvar för förbättringar och är aktiva med att rapportera händelser som innebär risk för vårdskada. I rutinen för nyanställda ingår introduktion i avvikelshantering. I samband med omvårdnadskonferenser och arbetsplatsträffar sker dialog och återkoppling till berörda medarbetare.

• Ett aktivt arbete med att minimera risker och skador

Våra tjänster tar utgångspunkt i våra patientens behov. Det innebär också att våra patienter ges möjlighet att vara med att utveckla och kvalitetssäkra. Genom olika typer av brukarundersökningar, dialog och uppföljning med patienter och uppdragsgivare, får verksamheten feedback som följs upp genom analys av data och information. Bedömning och genomförande av eventuella förbättringsåtgärder görs och resultaten utvärderas därefter tillsammans med patienten.

Verksamheten håller regelbundet utbildningar i lyftteknik och har väl utarbetade rutiner för delegering av läkemedelshantering och instruktioner för andra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dialogen och återkopplingen av avvikelser bidrar till en lärande organisation där den ständiga målsättningen är att minimera risken för vårdskador.

Ett förbättringsområde när det kommer till inkontinens påbörjas under 2024 och har fortsatt under 2025. Inkontinensombud och uppföljning av följsamhet gällande ordination av inkontinensskydd följs kontinuerligt. Under 2026 kommer arbetet med att identifiera det individuella behovet att fortsätta och inkontinensutbildning att genomföras för alla inkontinensombud.

Nattfastemätning genomförs under tre dygn två gånger per år. Sjuksköterskorna har arbetat fokuserat och individanpassat med ordinerade mellanmål i de fall brukaren haft risk för undernäring eller varit underviktig.

Nattfastemätningen visade genomsnittstid för samtliga brukare i verksamheten på 12,98 timmar vid vårens mättillfälle och 13,98 timmar vid höstens mättillfälle. Analysen är inte helt tillförlitlig då personal inte har fyllt i mätningarna helt korrekt enligt anvisningarna. Risk föreligger för felaktiga mätvärden. Målgruppen brukare som bor på avdelning med somatisk inriktning uppvisar större tidsperiod nattfasta jämfört med gruppen brukare som har demensdiagnos.

Kommentar till brukare på somatiska avdelningar är att de i flertalet fall har mat och dryck i sin lägenhet som de själva intar när de önskar. Mätningen av nattfasta grundar sig enbart i mat och dryck som serveras av verksamheten.

- **Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet**

Verksamheten har under året arbetat med kontinuerlig uppföljning och fördjupning av ett fungerande arbetssätt i kontaktmannaskap, dels genom regelbundna omvårdnadskonferenser där frågor som rör patientsäkerhet är i fokus på ett naturligt sätt. Detta arbete har fördjupats under året och skapat en ökad förståelse och ett ökat patientfokus hos vårdpersonal.

- **Ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra**

Vikten av avvikelserapportering är en kompetensfråga som ständigt behöver påminnas och lyftas fram i verksamheten. I dialogen flyttas fokus från person till perspektivet förbättringsområden som kan identifieras i syfte att minimera risken för vårdskador.

I rutin för nyanställda introduceras medarbetaren från anställningens början om betydelsen av avvikelshantering för patientsäkerheten. Ständig uppföljning och dialog om verksamhetens avvikelshantering samt återkoppling till rapportör och berörd arbetsgrupp, medvetandegör och inkluderar medarbetarna betydelsen det gör för patientsäkerheten.

- **En organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser**

På APT och i omvårdnadskonferenser informeras, diskuteras och återkopplas löpande aktuella avvikelser i lärande syfte. Resultaten av utredningar kan leda till reviderade eller nya rutiner, alternativt individuella riskbedömningar och anpassningar utifrån den enskilda brukarens behov.

- **En organisation där alla lär av det som har gått bra.**

På APT och omvårdnadskonferenser informeras också om nya och eller reviderade rutiner som resulterat i mindre antal vårdskador. Återkoppling till rapportör och berörda arbetsgrupper kan inte nog understrykas i arbetet med att främja medarbetarnas delaktighet och engagemang och ingår systematiskt i verksamhetens arbetssätt. Månadsvis återkopplas även statistik för avvikelserna på aggregerad nivå.

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.

Schemaläggning anpassas dagligen utifrån specificerade krav i avtalet med Sölvesborgs kommun gällande utbildningsnivå. Andra faktorer som har betydelse för patientsäkerheten är kontinuitet och kompetens. Verksamheten tar därför hänsyn till kontaktmannaskap och medarbetare med delegering i den dagliga fördelningen av personalresurser. Verksamheten arbetar långsiktigt med rekrytering av personalresurser inför exempelvis sommarledigheter, också det i syfte att skapa förutsättningar för god och säker vård.



Grundläggande kompetensnivå säkerställs genom verksamhetens rutin för introduktion, samt rutin för uppföljning av introduktion. Plan för fortbildning i verksamheten planeras av verksamhetschef i samråd med legitimerad personal, teamledare och teamsamordnare.

Genomförd kompetensutveckling för omvårdnadspersonal under 2025

- Under året har repetition gjorts i basal hygien i samband med omvårdnadskonferenser.
- Grunddelegering- utbildning i läkemedelshantering
- Årlig genomgång webbutbildning i grundläggande livsmedelshygien
- Repetition av vitala parametrar samt SBAR har genomförts i omvårdnadskonferenser och följs upp under 2026.
- I samband med tilläggsdelegering gällande diabetessjukdom ges grundlig information och skriftligt och praktiskt prov utförs.
- All månadsanställd personal har fått genomgång av skydds- och begränsningsåtgärder, skillnad mellan begrepp, vikten av samtycke samt kravet på systematiska och frekventa uppföljningar.
- All månadsanställd personal har fått genomgång av Lex Maria och rapporteringsskyldighet samt visning av verksamhetens eget avvikelssystem TQM

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården skall vara personcentrerad, individen i focus. Patienten skall bemötas med respekt som skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Avancerad medicinsk plan (AMP)

Genom AMP samverkar läkaren från primärvården med den enskilde tillsammans med ansvarig sjuksköterska, kontaktperson och om den enskilde önskar, även närstående. För att genomföra en AMP behövs den enskildes samtycke. Syftet med AMP är att identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen. Genom att genomföra kan insatser samordnas och ansvarsfördelning tydliggöras och plan för uppföljning tas fram. Patientens önskemål om samverkansnivå med närstående står alltid i fokus. Patienten har rätt att behålla tidigare hälso- och sjukvårdskontakter, alternativt välja nya. Närstående kan medverka vid läkar- och tandläkarbesök eller till annan sjukvårdsinrättning om patienten önskar det.

Brytpunktssamtal

Brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede från tidig palliativ fas till sen palliativ fas är en gräns där vården ändrar inriktning och målet går från att vara botande till att vara lindrande. Det primära i omvårdnaden innebär att försöka bibehålla eller öka livskvaliteten hos patienten. Den sena fasen av den palliativa vården kan vara under dagar upp till veckor. Brytpunktssamtal genomförs med patienten och/eller anhörig av patientansvarig läkare och oftast tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Boendepärm

Varje patient som bor på Timansstenar har två pärmar, en SOL och en HSL pärm. I SOL pärmen finns bl.a kontaktuppgifter, vårdplaner och instruktioner. I HSL pärmen finns bl.a ordinationer gällande läkemedel, signeringslistor, vid behovs listor mm. Pärmarna finns i lägenheten, syftet är att informationen skall vara lättillgänglig och patienten skall känna sig trygg och delaktig, för att kunna ge rätt, säker vård och omsorg med god kvalitet.

Synpunkts-och klagomålshantering

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör ett led i ett ständigt pågående kvalitets- och förbättringsarbete. Synpunkter och klagomål läggs in i kvalitetsledningssystemet (TQM) och åtgärdas som ett förbättringsarbete och återkopplas inom rimlig tid till patient och eventuell närstående. I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

Aktivitets- och funktionsbedömningar

Aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut hos alla nyinflyttade patienter på Timansstenar. Bedömningarna syftar till att bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda villkor för optimering av ett självständigt liv i det dagliga.

Förebyggande balansträning

Patienterna på Timansstenar erbjuds balansträning samt sittande gymnastik varje vecka. Något som uppskattas mycket och medfört att även anhöriga deltagit emellanåt.

Information

Timansstenar bjuder in anhöriga och närstående till informationsträffar varje termin. Verksamhetschef har under våren och hösten 2025 skrivit informationsbrev som belyst viktiga företeelser som sker på Timansstenar till patienter, anhöriga/närstående.

Brukarråd har hållits 2 ggr under året enligt överenskommelse med våra äldre, detta är ett forum där brukare får uttrycka sina åsikter om hur verksamheten fungerar i olika delar.

Verksamhetschef har erbjudit boenden/anhöriga enskilt avstämningsmöte under året tillsammans med sjuksköterska och kontaktman/teamsamordnare samt till alla nyinflyttade.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Verksamhetschefen har under året gjort egenkontroller av hälso- och sjukvården enligt årshjul och rutiner. Kvalitetsavdelningen genomför hälso- och sjukvårdsuppföljningar på verksamheten vart tredje år samt tätare riskbaserade uppföljningar om signaler på brister i patientsäkerheten finns.

Område: Vårdhygien

Mål: Hög följsamhet av basala hygienrutiner

Resultat: Systematisk kontroll påvisar vissa förbättringar i följsamhet

Analys av resultat: Målet är delvist uppfyllt. Trots att medarbetarna besitter god teoretisk kunskap om basal hygien uppmärksammas periodvis bristande följsamhet. De mest frekventa avvikelserna gäller korrekt användning av förkläden, handdesinfektion och handskar, samt efterlevnad av smyckes- och klockfria händer och underarmar.

Åtgärd: All månadsanställd personal har haft utbildning i basal hygien och all nyanställd personal har gjort Socialstyrelsens webbutbildning "Basal Hygien" samt hygienmätning har utförts två gånger/år.

Uppföljning åtgärd: Observation och enskilda samtal för att kontrollera följsamheten.

Omfattning: Samtliga medarbetare i verksamheten.

Område: Munvård

Mål: Alla patienter ska bli munhälsovårdsbedömda.

Resultat: Munhälsobedömningar har utförts på samtliga patienter

Analys av resultat: Mål uppfyllt

Åtgärd: All personal handleds i munvård som en förbyggande åtgärd för god munhälsa.

Omfattning: Alla patienter i verksamheten.

Område: Vård i livets slut.

Mål: Att hela tiden förbättra vården i livets slut för patienter och närstående.

Resultat: Spindeldiagram avser perioden 2025-01 – 2025-12



Analys av resultat: Verksamhetens sjuksköterskor ansvarar för bedömning av utökad tillsyn vid vård i livets slut. Bedömningen görs i samråd och i enlighet med den enskildes behov och önskemål och/eller närmsta anhörig i god tid före ett väntat dödsfall. Totalt har det avlidit 23 patienter under året och av de registrerade dödsfallen har två inte varit väntade. Verksamhetschef och/eller sjuksköterska har haft samtal med anhöriga efter samtliga dödsfall. Samt erbjudit efterlevandesamtal.

Patienter som befinner sig i livets slut smärtskattas frekvent varje dag. Vid kognitiv svikt används Abbey pain scale.

Munhälsobedömningar görs frekvent på alla patienter som befinner sig i livets slutskede.

Förbättringsområde: Dokumentera samtliga smärtskattningar och munhälsobedömningar.

Uppföljning åtgärd: Kontrollera resultat löpande i palliativa registret.

Omfattning: Vid all vård i livets slut

Område: Läkemedel

Mål: Extern granskning apoteket gällande läkemedelshanteringen på Timansstenar

Resultat: Utdrag apotekets rapport;

”Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen på Timansstenar bygger på Socialstyrelsens föreskrift Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård HSLF-FS 2017:37.

Granskningen omfattade följande:

- Genomgång av föregående granskningsrapport
- Dialog kring det praktiska arbetet med läkemedel och verksamhetens rutiner
- Kontroll av förvaring av läkemedel och hantering av narkotika i patientskåp
- Kontroll av förvaring av patientbundna läkemedel och hantering av narkotika på ssk-expedition

Granskningen gav förslag på förbättringsåtgärder när det gäller kontroll av kylskåpens temperatur i lägenheterna, komplettering av lokal rutin med lista över de läkemedel som förvaras utanför låst läkemedelsskåp samt alltid skriva ut ny läkemedelslista då generisk substitution skett.

Åtgärder är vidtagna och kommer att följas upp.

Analys av resultat: Mål delvist uppfyllt.

Område: Läkemedel

Mål: Förvaring av läkemedel enligt föreskrift (HSLF-FS 2017:37)

Resultat: Egenkontroller enligt särskilt schema avseende, städning och narkotikakontroller är genomförda utan anmärkning.

Analys av resultat: Mål uppfyllt

Omfattning: Alla patienter i verksamheten.

Område: Medicintekniska produkter

Mål: Alla produkter ska vara säkra och godkända.

Alla produkter ska vara spårbara.

Resultat: Kontroll av lyftselar utfört utan anmärkning samt service av övriga medicintekniska produkter är genomfört.

Analys av resultat: Mål uppfyllt

Omfattning: Alla patienter i verksamheten.

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 §

Händelser registreras i kvalitetsledningssystemets händelsemodul samt i kommunens verksamhetssystem för avvikelshantering, där även omedelbara åtgärder som vidtagits registreras. Händelsen rapporteras till verksamhetschef som omgående påbörjar orsaksanalys för att undanröja bakomliggande orsaker. Verksamhetschef påbörjar utredning, insamling av fakta såsom skriftliga redogörelser utser åtgärdsansvariga utifrån händelsens art.

Verksamhetschef och den legitimerade personalen avgör, efter klassificering av allvarlighetsgrad och konsekvens för patienten, om den inträffade händelsen enbart kan hanteras i det lokala systematiska förbättringsarbetet eller om vårdavvikelsen ska rapporteras till MAS eller MAR. MAS/MAR i samverkan med verksamhetschef tar beslut om utredningens omfattning. En fördjupad utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada görs alltid i samarbete med MAS eller MAR. Vid den fördjupade utredningen används utredningsmall i TQM.



och

Två händelser enligt Lex Maria anmälades under 2025.

Tillförlitliga och säkra system och processer

- Självskattning och observationskontroller av följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler utförs två gånger per år.
- Läkemedelsgenomgång görs minst en gång per år samt vid läkemedelsändringar i verksamheten. Det är omvårdnadsansvarig sjuksköterska på Timansstenar som initierar läkemedelsgenomgången och bokar tid med läkaren på vårdcentralen Valjehälsan.
- Vid nyinflyttade patienter gör verksamheten en riskbedömning enligt Senior Alert inom några veckor för den enskilde
- Delegering sker när det underlättar för patienten att få en god och säker vård, och föregås av webutbildning samt muntliga, praktiska och skriftliga kunskapstester.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs årligen av en extern part
- Instruktioner och åtgärder mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker skriftligen enligt lokal rutin.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Identifierade bristområden inom organisationen eller på verksamheten är:

Följsamhet av rengöring gällande medicintekniska produkter

Följsamheten avseende rengöring av medicintekniska produkter har förbättrats. Det krävs dock fortsatt systematiskt uppföljningsarbete för att säkerställa att den veckovisa planerade rengöringen i det digitala planeringssystemet genomförs och dokumenteras för samtliga brukare med hjälpmedel.

Hjälpmedelshantering

Under 2025 har fysioterapeut förmedlat att kunskaper kring användning av hjälpmedel fortsatt behöver stärkas hos vårdpersonal. Fysioterapeut och arbetsterapeut gör bedömningar kring vilket hjälpmedel som kan behövas för att underlätta förflyttning för patienten. Därefter behöver det säkerställas att omvårdnadspersonal har tillräckligt med kompetens för att använda hjälpmedel på ett korrekt sätt samt identifiera om hjälpmedlet ej fungerar som det ska. Fördjupad utbildning i förflyttningsteknik samt hjälpmedel för omvårdnadspersonal är inplanerad under 2026.

Riskhantering

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

När allvarliga avvikelser registreras i Norlandias kvalitetsledningssystem så görs en riskanalys samt effekt av åtgärder. Där det kan utvärderas om man behöver utföra en annan åtgärd eller om den åtgärd som finns har haft önskad effekt. Verksamheten gör en årlig riskanalys av verksamheten samt riskbedömningar både för den enskilde och även på systemnivå.



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.



Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta förebyggande med vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. I Senior Alert systematiseras det preventiva arbetssättet på individnivå.

Resultat för 2025

- Risk för trycksår 32 %
- Risk för undernäring: 64 %
- Risk för fall 83%
- Risk för dålig munhälsa: 47%

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Resultat för 2025

Under året har verksamheten successivt ökat upp arbetet med BPSD för att arbeta än mer proaktivt och holistiskt i syfte att sänka patienternas BPSD.

Allvarliga händelser- Lex Maria

All personal får årlig information enligt tidsplan i kvalitetsledningssystemets årshjul, gällande rapporteringsskyldigheten avseende allvarliga vårdskador, eller situationer där det föreligger risk för allvarliga vårdskador. I introduktion av nyanställd personal ingår även denna information.

Avvikelser

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

Norlandia Care är en lärande organisation genom att verksamheterna lär sig av varandras avvikelser och händelser. Analyser av allvarliga händelser görs centralt som sedan får samtliga verksamheter ta del av och arbeta förebyggande så att risken minimeras så att inte samma händelse inträffar igen i en annan verksamhet.

Verksamhetschef och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har under hösten 2024 stående och tät dialog och återkopplar färdigutredda händelser i samband med omvårdnadskonferenser och i detta betonat vikten av avvikelshantering.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör ett led i ett ständigt fortskridande kvalitets- och förbättringsarbete. På varje avdelning finns synpunktsblanketter tillgängliga för våra patienter och anhöriga eller närstående. Återkoppling sker snarast till de som inkommit med synpunkter eller klagomål, genom att verksamhetschef etablerar kontakt med berörda. Patient och/eller deras anhöriga erbjuds alltid

till uppföljningssamtal. Verksamhetens mål är att patienter, närstående, andra gäster och även personalen ska känna att de kan komma med synpunkter och klagomål och även om så önskas vara anonym.

Andra sätt att lämna synpunkter och klagomål

- Enskilda och närstående har också möjlighet att kontakta verksamheten direkt och lämna synpunkter och klagomål.
- I alla regioner finns en patientnämnd. Det är en fristående opartisk instans som kan hjälpa patienten eller närstående att föra fram klagomål till verksamheten och se till att de blir besvarade. Under 2024 har inga synpunkter inkommit från patientnämnden.
- Patienter, närstående och personal kan även lämna klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2025 har inga klagomål inkommit via IVO.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Genom analys av händelser, riskbedömning och framtida krav så identifieras vilka områden som behöver förstärkas och utifrån det så anpassas kompetensutvecklingen. Patientsäkerhet är ett pågående arbete. Identifierade områden som är relevanta inom organisation är:

- Utbildning dokumentation SoL
- Utbildning dokumentation HSL
- Utbildning i SBAR & vitala parametrar
- Utbildning i munhälsa
- Utbildning i palliativ vård
- Utbildning i bemötande vid utåtagerande beteende



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetens mål.

Område: Vårdhygien

Mål: Utbildning i basala hygienrutiner för all månadsanställd personal

Strategi: Utbildningssatsningar fortsätter under 2026

Område: Munhälsa

Mål: Utbildning i munhälsa för all månadsanställd personal

Strategi: Genomföra utbildningssatsning 2026

Område: Läkemedel

Mål: Identifierade förbättringsområden i samband med extern kontroll är åtgärdade

Strategi: Följa framtagna handlingsplan

Område: SBAR & Vitala parametrar

Mål: Nyanserade bedömningar av patienter i syfte att minimera akuta sjukhusbesök

Strategi: Verksamhetens sjuksköterskor utbildar regelbundet i SBAR & vitala parametrar

Område: Nutrition

Mål: Motverka undernäring hos patienterna. Nattfasta ej överstiga 11 timmar.

Strategi: Viktkontroller, kostordinationer, nutritionsplaner, arbete i Senior Alert, mätning av nattfasta enligt årshjul. Resultatuppföljning i omvårdnadskonferenser samt löpande.

Område: BPSD register

Mål: Varje patient med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens registreras Öka registrering och användning av BPSD registret.

Strategi: Utbildningssatsning för sjuksköterskor Q1 2026

Område: Inkontinens

Mål: Utveckla kunskaper i individuell utprovning av inkontinensskydd samt uppföljning

Strategi: Inkontinensutbildning för inkontinensombud och sjuksköterskor Q 1 2026

Område: Palliativ vård

Mål: All månadsanställd personal har utbildning i palliativ vård

Strategi: All månadsanställd personal genomför webutbildningen ”Lindring bortom boten”.

Område: Hjälpmedelshantering och förflyttning

Mål: Ökad kunskap i förflyttningsteknik, hjälpmedelshantering och rengöring av hjälpmedel

Strategi: Planera och genomföra utbildning för all vårdpersonal under Q2 & Q3 2026.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/6

Övriga frågor

FÖRSLAG TILL BESLUT

Klicka här för att ange text.

Klicka här för att ange text.
