

# Kvalitetsberättelse 2025

## - kommunala verksamheter



Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON

## Innehållsförteckning

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 Inledning .....                                                                                                                       | 2  |
| 1.1 Ansvar .....                                                                                                                        | 2  |
| 1.2 Avgränsning och förutsättningar .....                                                                                               | 2  |
| 1.3 Syfte .....                                                                                                                         | 3  |
| 2. Kvalitetsledningssystem .....                                                                                                        | 3  |
| 2.1 Kvalitet i verksamheten .....                                                                                                       | 3  |
| 2.2 Ledningssystemet; Ansvar, uppbyggnad och funktionalitet .....                                                                       | 4  |
| 3. Systematiskt kvalitetsarbete .....                                                                                                   | 5  |
| 3.1 Kvalitetsråd .....                                                                                                                  | 5  |
| 3.2 Kvalitetsgrupp .....                                                                                                                | 6  |
| 3.3 Processer och rutiner .....                                                                                                         | 6  |
| 3.4 Samverkan .....                                                                                                                     | 7  |
| 4 Systematiskt förbättringsarbete .....                                                                                                 | 8  |
| 4.1 Riskanalyser .....                                                                                                                  | 9  |
| 4.2 Klagomål, synpunkter och avvikelser .....                                                                                           | 10 |
| 4.3 Lex Sarah .....                                                                                                                     | 10 |
| 4.4 Egenkontroller .....                                                                                                                | 11 |
| 4.5 Nationella jämförelser .....                                                                                                        | 11 |
| 5 Kommunal hälso- och sjukvård även kallad Kommunal primärvård .....                                                                    | 13 |
| 5.1 Lagar som styr MAS och MARs ansvar .....                                                                                            | 14 |
| 5.2 Beskrivning av den kommunala hälso- och sjukvården .....                                                                            | 14 |
| 5.3 Uppföljningen av HSL-kvalitet 2024 (avtalsåret 2023) .....                                                                          | 15 |
| 6. Allvarligt missförhållande hos utförare och allvarlig vårdskada .....                                                                | 17 |
| 6.1 Lex Maria .....                                                                                                                     | 17 |
| Anmälningsansvarig .....                                                                                                                | 18 |
| 6.2 Lex Sarah .....                                                                                                                     | 19 |
| 7. Sammanfattning- resultat och förbättringsområden .....                                                                               | 19 |
| 7.1 Förvaltningens åtgärder och prioriterade utvecklingsområden utifrån<br>resultat av systematiskt kvalitetsarbetet .....              | 19 |
| 7.2 Förvaltningens åtgärder och prioriterade utvecklingsområden utifrån<br>resultat i uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård ..... | 21 |
| 8. Sammanfattande slutord .....                                                                                                         | 23 |

## 1 Inledning

Sjukvård och omsorg i Norrtälje går med kvalitetsberättelsen 2025 fram med sin första kvalitetsberättelse. Den omfattar kommunal verksamhet som Sjukvård och omsorg är huvudman för. Kvalitetsberättelsen utgör en viktig del av förvaltningens nya styrmodell och ansats - att leda mot visionen om att invånaren har god hälsa.

Kvalitetsberättelsen redogör för kärnverksamhetens kvalitativa resultat, lärdomar, vidtagna åtgärder samt anger utvecklingsbehov till stöd för fortsatt planering och utveckling av verksamheten.

### 1.1 Ansvar

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten.

De allmänna råden anger att en sammanhållen kvalitetsberättelse bör upprättas årligen, med dokumentationen som utgångspunkt. Av berättelsen bör följande framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, samt
- vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det är möjligt att bedöma kvalitetsarbetet i verksamhetens olika delar och tillgodose externa intressenters informationsbehov. Den ska även hållas tillgänglig för dem som önskar ta del av den.

### 1.2 Avgränsning och förutsättningar

Kvalitetsberättelsen omfattar Sjukvård och omsorgs kommunala ansvar som huvudman - äldreomsorg, LSS, insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning (även omnämnt som socialpsykiatri) och kommunal hälso-och sjukvård. Den avser kvalitet inom den egna förvaltningen i form av kärnverksamheten med handläggning av enskilda ärenden, samt kvalitet i verksamheter som Sjukvård och omsorg ansvarar för och som bedrivs genom avtal med vård-och omsorgsgivare.

Kvalitetsberättelsen omfattar perioden 1 april 2024 (föregående år) till och med 31 mars 2025 (innevarande år).

Underlaget har inhämtats genom verksamhetsobservationer, förfrågningar till ledning, enkätundersökningar riktade till medarbetare och chefer, från nationella jämförelseundersökningar samt genom strukturerad uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården.

Kvalitetsberättelsen är i huvudsak strukturerad utifrån bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### 1.3 Syfte

Syftet med kvalitetsberättelsen är att redogöra för hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under den aktuella perioden. Den beskriver vilka resultat som har uppnåtts samt vilka åtgärder som har eller behöver vidtas för att utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Berättelsen lyfter även fram vilket fokus KSON:s förvaltning haft i kvalitetsarbetet under perioden samt vilka områden som har identifierats som prioriterade för kommande år.

Ett ytterligare syfte är att redovisa resultatet av den uppföljning som gjorts av MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig rehabilitering) utifrån deras uppdrag att säkra kvaliteten inom kommunal hälso- och sjukvård.

## 2. Kvalitetsledningssystem

### 2.1 Kvalitet i verksamheten

I enlighet med handboken för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrift och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, är det första steget för den som bedriver verksamheten att klargöra vilken typ av verksamhet som bedrivs eller ska bedrivas. Det är avgörande för verksamheten att ha en tydlig förståelse av detta, eftersom det annars inte går att fastställa vilka krav och mål som är relevanta. Mål och strategier på ledningsnivå ska påverka och vägleda verksamheten på alla nivåer. Vad som sker på verksamhetsnivå bör sedan bidra till att uppnå de övergripande målen och strategierna på ledningsnivå.

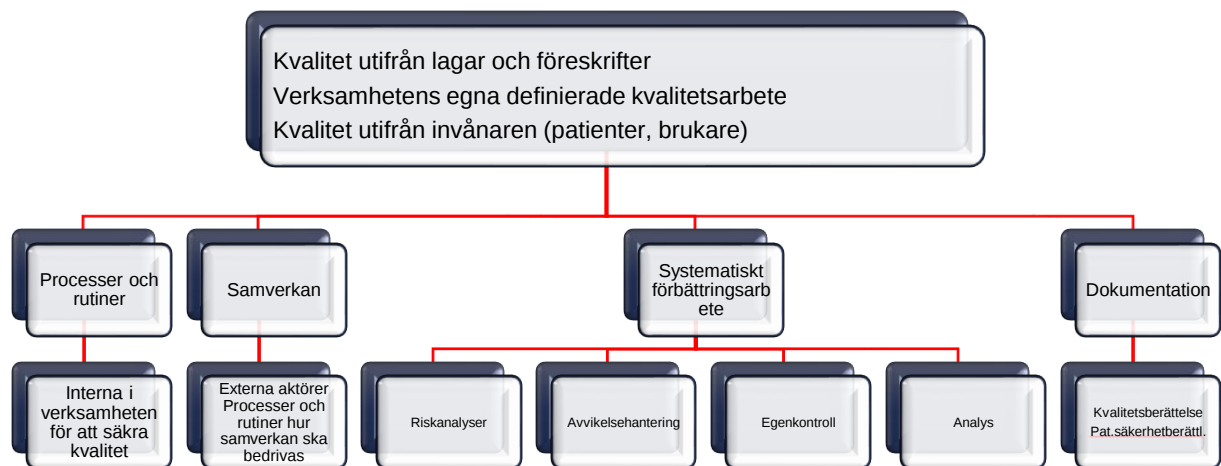
Förvaltningens uppdrag, mål och strategier definieras och konkretiseras i förbundsordning och verksamhetsplan. Under 2024 har förvaltningen arbetat aktivt med att ta fram en ny styrmodell med tillhörande verksamhetsplan och budget som beslutades i direktionen december 2024 ((protokoll 2024-12-12 §144). Ett viktigt led för att tydliggöra mål och strategier och ange planeringsförutsättningar.

För att säkerställa att arbetet på verksamhetsnivå är i linje med ledningens mål, menar Socialstyrelsen att verksamheter systematiskt behöver klargöra sitt grundläggande uppdrag. Detta innebär att tydliggöra vad som utgör kvalitet inom verksamheten utifrån gällande lagar

och förordningar, hantera de ekonomiska ramarna och identifiera de kvalitetsfaktorer som är mest relevanta. Dessa krav och mål blir sedan basen för att utveckla ett ledningssystem.

Sjukvård och omsorg nya styrmodell definierar på ett tydligt sätt förvaltningens mål och strategier på ledningsnivå som följs upp systematiskt vid delår och i årsberättelse. Den beskriver vad som ska göras vilket är en viktig del i styrkedjan. Nästa länk i kedjan innefattar förvaltningens uppdrag att planera och konkretisera hur arbetet på verksamhetsnivå ska genomföras för att bidra till mål och strategier på ledningsnivå, och säkerställa kvalitet i sitt grundläggande uppdrag och förhålla sig till ekonomiska ramar. Detta viktiga arbete genomför förvaltningen årligen och är viktigt för det resultat som sedan presenteras i årlig kvalitetsberättelse. Som ett nästa steg för att ytterligare stärka förvaltningen med att systematiskt klargöra sitt uppdrag och säkerställa kvalitet i sitt grundläggande uppdrag, kan det vara gynnsamt att detta arbete sker nedbrutet på avdelningsnivå utifrån en gemensam struktur, exempelvis utgå från en gemensam modell för planering och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan ytterligare stärka kopplingen i styrkedjan mellan strategierna på ledningsnivå och verksamhetens mål och krav.

## 2.2 Ledningssystemet; Ansvar, uppbyggnad och funktionalitet



Enligt SOSFS 2011:9 ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det är alltid den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret kan inte överlåtas men delegeras.

Förvaltningens nuvarande ledningssystem vilar på en plattform via Teams och Plandisc. I en utvärdering framgår att systemet upplevs ha begränsad funktionalitet. Detta påverkar

följsamheten till gällande styrning, vilket medför risk för egna lösningar, inkonsekventa rutiner och bristande kvalitetssäkring. För att effektivt organisera det systematiska kvalitetsarbetet kan nästa steg för förvaltningen vara att ta fram styrande dokument som tydligt fördelar ansvar och uppgifter. Det vill säga, definiera hur kvalitetsarbetet ska ledas, planeras, dokumenteras, kontrolleras och följas upp.

Enligt Socialstyrelsen behöver ledningssystemet anpassas efter verksamhetens komplexitet och ska omfatta relevanta processer och rutiner. Nuvarande system Plandisc har begränsningar i att uppfylla förvaltningens behov av att definiera processers karaktär och komplex detaljerad processbeskrivning. För KSON:s förvaltning, som omfattar både hälso- och sjukvård samt socialtjänst, finns ett stort behov av väl definierade och tydliga processer. Ett effektivt verktyg för att kartlägga och visualisera sina ofta komplexa processer, kan stärka förvaltningens fortsatta arbete att utveckla sitt ledningssystem och säkerställa att rutiner är kopplade till respektive process.

Sammanfattningsvis gynnas förvaltningen i sitt fortsatta arbete med att:

- Skapa tydliga styrande dokument för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska ledas, planeras, dokumenteras och följas upp. .
- Utvärdera möjligheten att implementera ett mer funktionellt digitalt ledningssystem.
- Utforska användning av ett mer effektivt digitalt verktyg för processkartläggning.
- Fastställa en enhetlig struktur för styrdokument för att skapa tydlighet och en effektiv styrkedja.

Utifrån behov som framkommit har ett arbete påbörjats med att se över annat ledningssystem.

### **3. Systematiskt kvalitetsarbete**

Förvaltningen har under 2024 fortsatt arbetet för att uppfylla kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter, där inrättandet av SAS-funktionen (Socialt ansvarig utvecklingssamordnare) är ett viktigt steg för att säkerställa kvalitetsarbetet. Funktionen har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde, med utgångspunkt i gällande lagar och föreskrifter som SoL och LSS.

#### **3.1 Kvalitetsråd**

I december 2024 inrättades ett kvalitetsråd med representanter från ledningsnivå samt de kvalitetsgranskande funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig utvecklingssamordnare (SAS). Syftet med kvalitetsrådet är att skapa en struktur och arbetsorganisation för ett systematiskt kvalitetsarbete, Rådet är en central del i arbetet med att utveckla och implementera kvalitetsarbete på alla nivåer inom KSON:s förvaltning.

### 3.2 Kvalitetsgrupp

För att stödja det operativa arbetet har kvalitetsrådet etablerat kvalitetsgrupper. Dessa grupper, som kan vara permanenta eller tillfälliga, har ett tydligt uppdrag att genomföra förbättringsinsatser inom förvaltningens grunduppdrag.

Två kvalitetsgrupper är idag aktiva:

- En permanent grupp som arbetar med kvalitetsfrågor kopplade till myndighetsutövning.
- En tillfällig grupp som fokuserar på att kvalitetssäkra utskrivningsprocesser från slutenvård till korttidsvistelse enligt SoL och återgång till hemmet.

Nästa viktiga steg för att fortsatt utveckla förvaltningens kvalitetsorganisation är att ytterligare i styrande dokument definiera och tydliggöra arbetsgångar, mandat och ansvar inom kvalitetsorganisationen.

Det rekommenderas att föra löpande dokumentation på ett enhetligt sätt över det kvalitetsarbetet som genomförs, är viktigt för att effektivt och systematiskt kunna följa upp. Dokumentationen kan med fördel vara tillgängligt i ledningssystemet och på så sätt vara en del av det övergripande arbetet med att följa upp och analysera resultatet av kvalitetsarbetet.

För att säkerställa att detta sker på ett effektivt sätt, kan ett nästa steg för förvaltningen vara att se över om nuvarande ledningssystemet bättre kan anpassas. Alternativt bytas ut till ett system som bättre motsvarar de krav som ställs enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

### 3.3 Processer och rutiner

Processer och rutiner ska användas för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Resultatet av förvaltningens sammantagna arbete med rutiner och processer presenteras i punkter över vad som fungerat bra och vad som behöver utvecklas vidare.

Det som fungerat bra:

- Kvalitetsgruppens arbete har varit strukturerat med tydligt ansvarsfördelad rutinöversyn och uppdatering i ledningssystemet.
- Årshjul har etablerats för att planera när rutiner ska ses över, vilket ger struktur åt arbetet.
- Bred representation i kvalitetsgruppen har ökat samsyn och inkludering.
- Rutiner har diskuterats kontinuerligt vilket visar på löpande förbättringsarbete.
- Aktivt arbete med löpande översyn av sina processer och rutiner.
- Förvaltningen har arbetat aktivt med att förstärka sitt arbete mot välfärdsbrottslighet (protokoll 2025-03- 13 § 33) Nya rutiner har tagits fram för, bland annat för skattekontroll och avveckling av kundvalsutförare.

Det som behöver utvecklas vidare:

- Ledningssystemet: Svårigheter att navigera i plattformen och på ett enkelt sätt hitta rutiner kopplade till processer.
  - Ledningssystemet: Begränsade möjligheter att i nuvarande system tydliggöra komplexa processer.
- Behov av gemensamma rutiner: Ett fortsatt fokus för att ta fram enhetliga rutiner.

### 3.4 Samverkan

Socialstyrelsens föreskrifter uttrycker att samverkan internt och extern är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Föreskrifternas krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller för dem som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper. Samtidigt rör sig patienter, klienter och brukare ofta mellan flera vård och omsorgsgivare. Av processerna och rutinerna ska det därför också framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer.

Resultatet av förvaltningens sammantagna arbete gällande samverkan presenteras i punkter över vad som fungerat bra och vad som behöver utvecklas vidare.

Det som fungerat bra:

- Samverkan ses som en förutsättning för kvalitetssäkring och är prioriterad både internt och externt inom KSONs förvaltning.
- Kvalitetsorganisationen utvecklas med tvärprofessionella grupper som bidrar till ökad bredd och kompetens.
- Flera nya strukturer för uppföljning har möjliggjort mer systematisk intern samverkan inom förvaltningen.
- Regelbundna samverkansmöten mellan funktioner inom förvaltningen och utförare.
- Tydlig struktur med återkommande utvecklingsmöten i vissa specifika frågor.
- Samverkansöverenskommelser finns med Socialkontoret, både pågående och ny överenskommelse.
- Chefsnivåmöten har ökat samsynen mellan myndighetsutövning och utförarverksamheter.
- Samverkan inom äldreområdet, t.ex. med Norrtälje sjukhusavdelningar och akutmottagning.
- Samverkan sker externt med aktörer som Region Stockholm och Norrtälje kommun

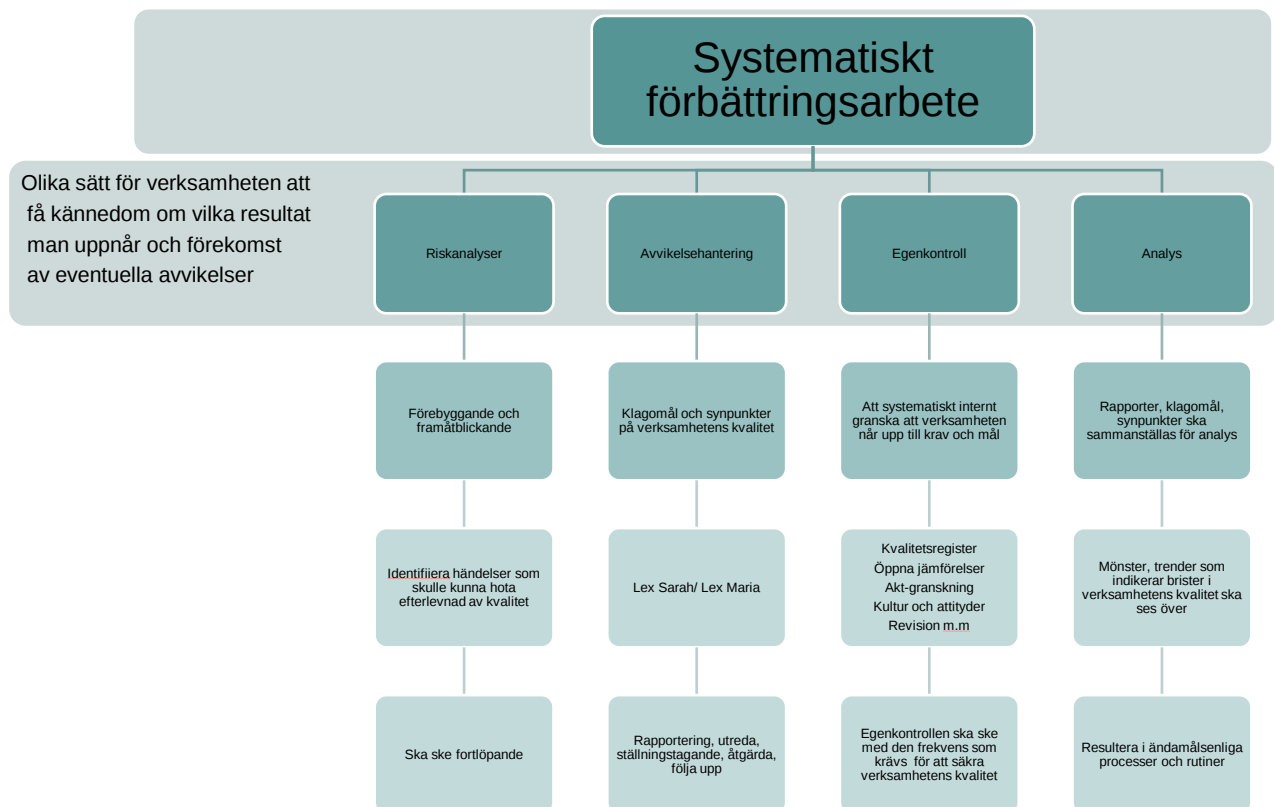
Det som behöver utvecklas vidare:

- Fastställande av samverkansprocesser med vård och omsorgsaktörer. Även om samverkan sker i praktiken, behöver den i större utsträckning dokumenteras och processbeskrivas enligt föreskrifterna.
- Skriftliga samverkansöverenskommelser behöver tas fram inom delar av äldreområdet.
- Ojämlighet i samverkansfrekvens: En del samverkansformer sker regelbundet, medan andra sker mer sporadiskt och behöver stärkas i struktur och kontinuitet. Exempelvis med utförare av insatsen korttidsvistelse.
- Extern samverkan med nya aktörer: Det finns möjligheter att utöka samverkan.

## 4 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet fungerar som stöd i att planera, leda, följa upp och förbättra verksamheten menar Socialstyrelsen att det krävs ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete. I detta arbete

är riskanalyser centrala för att identifiera och förebygga missförhållanden och avvikelser innan de uppstår. Egenkontroller används för att undersöka resultat och kvalitet i den löpande verksamheten. Verksamheten ska också ta emot, utreda och analysera klagomål, synpunkter och avvikelserapporter för att identifiera brister. När en avvikelse uppstår ska den åtgärdas och ligga till grund för en översyn av rutiner och processer, så att liknande brister inte upprepas. Genom detta säkerställs en långsiktig och strukturerad kvalitetsutveckling.



## 4.1 Riskanalyser

Under den aktuella perioden har riskanalyser genomförts inom KSON, framförallt i samband med organisationsförändringar och förändrade arbetssätt. Dessa har främst fokuserat på arbetsmiljörelaterade frågor.

Kvaliteten på analyserna varierar beroende på olika kunskapsnivåer inom förvaltningen. För att stärka uppföljning och lärande kan arbetet med riskanalyser gynnas av en enhetlig struktur för dokumentation och förvaring.

För att ytterligare stärka det förebyggande kvalitetsarbetet och säkerställa att riskanalyser bidrar till verksamhetens utveckling förslås följande prioriteras:

- Ta fram tydliga rutiner för hur riskanalyser initieras, genomförs, dokumenteras och följs upp.
- Definiera och förankra ansvarsfördelning utifrån roll i organisationen, så att det är tydligt vem som kan och ska initiera analyser.
- Utveckla struktur i ledningssystemet för dokumentation och uppföljning av riskanalyser.
- Genomföra utbildningsinsatser för att öka kunskapen och säkerställa en mer enhetlig kvalitet i analysarbetet.
- Bredda innehållet i analyserna så att även kvalitetsaspekter omfattas, inte enbart arbetsmiljö.

- Uppmuntra till mindre, riktade analyser inom olika delar av verksamheten som en del av det löpande förbättringsarbetet.

## 4.2 Klagomål, synpunkter och avvikelser

Under hösten 2024 genomfördes en nulägesanalys av hanteringen av klagomål, synpunkter och avvikelser inom förvaltningen. Syftet var att identifiera förbättringsbehov och säkerställa en ändamålsenlig hantering. Analysen visade både på vad som fungerar bra idag och vilka förbättringsområden som kan vara av vikt prioritera för att fortsatt stärka kvaliteten med stöd av avvikelser.

Resultat:

- Det finns en medvetenhet om vikten av att ta emot och utreda klagomål och synpunkter från olika intressenter, såsom brukare, närstående, personal och tillsynsmyndigheter.
- Ett arbete har påbörjats med att förbättra och tydliggöra processer och rutiner samt att stärka kompetensen i avvikelshantering.
- En kvalitetsorganisation håller på att formas för att samla ansvar för struktur, uppföljning och utveckling kopplat till avvikelshantering.

Förbättringsområden

1. *Tydliga processer och rutiner:* Fortsatt fokus på att implementera ändamålsenliga processer och rutiner för hantering, uppföljning och ansvarsfördelning kring klagomål, synpunkter och avvikelser – både internt och gentemot avtalade utförare.
2. *Stärkt kompetens:* För att säkerställa kvalitet i utredningar av avvikelser och åtgärder kan insatser för att öka kunskap och förmåga vara fördelaktigt. Utbildningar och workshops planeras som stöd.
3. *Struktur och ansvarsfördelning:* Att fortsätta arbetet med att säkerställa systematisk uppföljning, sammanställning och analys av avvikelser. Syftet är att kunna identifiera mönster och förebygga generella kvalitetsbrister.
4. *Ändamålsenligt digitalt system:* Nuvarande system (KIA) är främst utformat för arbetsmiljöavvikelser och saknar stöd för kvalitets- och brukarsäkerhetsfrågor. Ett nytt system för avvikelshantering håller på att utredas och föreslås för upphandling.

## 4.3 Lex Sarah

Lex Sarah innebär en skyldighet för personal att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden inom verksamheter som omfattas av SoL och LSS. För att säkerställa en korrekt hantering har KSON under 2024 fastställt en ny riktlinje som beslutats av direktionen.

Resultat: Under perioden mars 2024 till april 2025 har åtta interna rapporter inom förvaltningen inkommit. I samtliga fall har utredning inletts för att bedöma om ett

missförhållande föreligger. Ett ärende är fortsatt under utredning, medan beslut fattats i sju fall.

Riktlinjen ger ett tydligare ramverk för hanteringen, och nästa steg är att säkerställa att den implementeras fullt ut i hela organisationen. Fortsatt arbete med kompetenshöjande insatser kommer att stödja kvaliteten i rapporterings- och utredningsprocesserna.

#### 4.4 Egenkontroller

Egenkontroll innebär att verksamheten systematiskt följer upp och utvärderar sina resultat samt säkerställer att arbetet bedrivs enligt ledningssystemets processer och rutiner. Till skillnad från riskanalyser granskar egenkontrollen den verksamhet som har bedrivits.

Egenkontroller som genomförs:

- loggkontroller i Lifecare för att identifiera otillåtna sökningar.
- handläggningstider.
- interkontrollmål att begära in skattekontoutdrag från utförare. En ny rutin har upprättats för att säkerställa framtida mätningar (Protokoll 2024-04-25 §52)
- Resultat utifrån Nationella jämförelser.

Fortsatta prioriteringar vad gäller förvaltningens egenkontroller kan med fördel vara att fastställa processer, ansvarsfördelning och strukturer för dokumentation och analys av resultat från egenkontroller i ledningssystemet. Det kan stötta förvaltningen genom att bidra till ett mer systematiskt arbetssätt när det kommer till egenkontroller. Behovet av ett effektivare stöd i ledningssystemet för att möjliggöra förbättringsarbete utifrån egenkontroller bör också lyftas. Vilka egenkontroller som är relevanta har sin utgångspunkt i verksamhetens krav på kvalitet och mål. Att ta fram en förvaltningsövergripande modell för planering och uppföljning kan således, även vara ett bra stöd för att fortsatt utveckla förvaltningens avdelningar i arbetet med egenkontroller.

#### 4.5 Nationella jämförelser

Följande avsnitt redogör för några resultat inom Nationella jämförelser av Hemtjänst, Särskilt boende och LSS. Att titta på resultatet utifrån Nationella jämförelser beskriver Socialstyrelsen som en del av arbetet med egenkontroller.

##### **Hemtjänsten i Norrtälje – Resultat och Utveckling**

I 2024-års undersökning hade Norrtälje en något högre svarsfrekvens än i riket.

Resultaten är goda inom samtliga områden för hemtjänsten. Exempelvis är omdömena om hemtjänsten i sin helhet konstant höga de senaste åren. (Protokoll 2025-02-13 §17)

Nya frågeområden i 2024-års undersökning var frågor om personalens språkkunskaper och

kompetens. Här fick personalen inom både hemtjänsten och säbo goda omdömen för både språk och kompetens, högre siffror än riket och för länet.

Något lägre omdömen noteras inom områden som handlar om kommunikation mellan verksamheter och brukare. Det handlar exempelvis om vart man vänder sig med synpunkter och klagomål, att personalen meddelar om tillfälliga förändringar samt att kunna påverka vid vilka tider personalen kommer.

Den 1 juli 2023 infördes fast omsorgskontakt inom hemtjänsten, vilket innebär att brukaren ska erbjudas möjlighet till en fast omsorgskontakt, det vill säga en legitimerad undersköterska. I 2024-års undersökning svarar 34 procent att de brukar träffa sin fasta omsorgskontakt. Det blir ett resultat som fortsatt följs kommande år.

Hemtjänstindex, ett initiativ från SPF-Seniorerna, mäter hemtjänstens kvalitet i Sveriges alla kommuner. Resultat från hemtjänstindex 2024 visar att Norrtälje stärkt sin plats i rankning och är på plats 39 (år 2023 plats 69) av 290 kommuner (protokoll 2025-03-13 § 34). I jämförelse med övriga kommuner i Stockholms län når Norrtälje tredje plats efter Solna och Nacka (år 2023 plats 16 av 26 kommuner).

### **Särskilt boende i Norrtälje resultat och utveckling 2024**

I 2024-års undersökning hade Norrtälje en svarsfrekvens på 48,7% vilket är högre än i riket. Nya frågeområden för särskilt boende för 2024 var språk och kompetens hos personalen och här är omdömena höga för personalens språkkunskaper såväl som kompetens.

När det gäller personalens bemötande ligger resultatet något högre än tidigare år. De positiva omdömena om hjälpens utförande i sin helhet har ökat de senaste tre åren. Trygghet och förtroende är ett område som också ligger högt. I 2024 års-undersökning ser vi även en ökning gällande förtroendet för personalen.

Några områden med lägre resultat för särskilt boende är exempelvis att meddela tillfälliga förändringar till brukarna, tydliggöra vart brukarna vänder sig med synpunkter och klagomål, möjligheten att komma utomhus samt att träffa läkare vid behov. (Protokoll 2025-02-13 §17)

### **LSS boende och daglig verksamhet**

I 2024 års undersökning av Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK) visar resultatet för LSS-boende en positiv utveckling. Frågan om brukarens trivsel i hemmet har ökat och ligger nu en bra bit över genomsnittet för riket. Detta indikerar en hög trivsel bland brukarna på LSS-boenden. (Protokoll 2025-03-13 §31)

Direktionen beslutade under 2024 om ökad ersättning till koncernens LSS utförare för att bland annat möjliggöra kompetensutveckling. Resultaten visar nu att andelen personal som genomgått kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande

Kommunikation (AKK) ökat markant. Detta resultat torde ge positiva effekter på sikt gällande personalens förmåga att kommunicera på ett sätt som gör att brukaren förstår som ännu inte ökat i samma utsträckning. Viktigt här att beakta att kompetens och kvalitetshöjande processer ofta tar tid att se effekter av.

Inom daglig verksamhet ses vidare förbättringar inom områden som delaktighet - om brukaren får bestämma om viktiga saker.

I jämförelse med riket ligger Norrtälje inom mittensegmentet för daglig verksamhet. Detta skiljer sig från LSS-boende, där kommunen placerar sig bland de 25% bästa i riket inom flera mätområden.

## **5 Kommunal hälso- och sjukvård även kallad Kommunal primärvård**

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) har centrala roller i den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige. MAS och MARs ansvar vilar på olika lagar och regler och infördes i samband med Ädelreformen 1992 för att säkerställa en god och säker vård för äldre och personer med funktionsnedsättning. MAS och MAR-funktionerna infördes för att säkerställa att den kommunala vården ska ha hög kvalitet och följa lagstiftningen. MAS och MARs motsvarighet inom regionen är verksamhetschef och/eller chefsläkare.

MAS och MAR spelar därmed en viktig roll i att garantera patientsäkerheten inom kommunal vård och rehabilitering. I Norrtälje arbetar en MAS på 100% och en MAR på 100%. Initialt av 2025 har förvaltningen förstärkt sin kvalitetsorganisation genom att utöka MAR funktionen med 50 % till 100 %.

De sju huvudsakliga ansvarsområden som MAS & MAR arbetar med är och, i tillämplig omfattning MAR, ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), nedan HSF, är att säkerställa att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Av 4 kap. 6 § andra stycket HSF följer att första stycket samma paragraf, i tillämplig omfattning även gäller MAR.

## 5.1 Lagar som styr MAS och MARs ansvar

MAS & MARs ansvar vilar främst på följande lagar:

- **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30)** – Reglerar kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård.
- **Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659)** – Reglerar säker vård och vårdgivarens skyldigheter.
- **Socialtjänstlagen (SoL, 2001:453)** – Reglerar omsorgen om äldre och funktionshindrade.
- **Patientlagen (2014:821)** – Stärker patientens rättigheter och inflytande i vården.

I det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret ingår följande verksamheter för MAS och MAR:

- SÄBO/Korttids SoL 5 kap. 5§ andra stycket ”Särskild boendeform för äldre”
- Socialpsykiatri SoL 5 kap. 7§ tredje stycket ”Bostad med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning”
- Dagverksamhet SoL 3 kap. 6§ För ovanstående grupper
- LSS 9:8 ”Bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet”
- LSS 9:9 ”Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna” Gruppboendestad Servicebostad.
- LSS 9:10 ”Daglig verksamhet” för dem som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.
- I Norrtälje har vi organisatoriskt kommunaliserat hemsjukvård och hemrehabilitering och har MAS/MAR ansvaret för detta inom Kundvalet

## 5.2 Beskrivning av den kommunala hälso- och sjukvården

### Särskilt boende (SÄBO), korttidsboende och dagverksamhet enligt SoL

Norrtälje kommun har 21 särskilda boenden för äldre med cirka 1 000 platser. Utförare inom området är Tiohundra, Kavatt Vård, Norlandia, Humana, Vardaga och Attendo.

Enligt avtalet för särskilt boende för äldre ansvarar utföraren upp till sjuksköterskenivå och sjuksköterskor och omsorgspersonal arbetar i team. Läkarinsatser på särskilt boende är regionfinansierat där Capio har avtal med de privata aktörerna och Tiohundras geriatriker för de egna boendena.

Korttidsverksamhet bedrivs av Tiohundra på fyra enheter, och två dagverksamheter enligt SoL drivs av samma aktör.

## **LSS-verksamheter**

Inom LSS finns drygt 30 grupp- och servicebostäder samt ett stort antal dagliga verksamheter. Tiohundra ansvarar för 18 gruppboendestäder, 7 servicebostäder och har IVO-tillstånd för 18 dagliga verksamheter med totalt 31 grupper. Cirka 500 personer har insatser enligt LSS i kommunen. Utöver dessa som inte inkluderas inom det kommunala uppföljningsansvaret finns även tre korttidsboenden inom LSS i Tiohundras regi. Övriga aktörer är Attendo, Industrihuset, Gemensammakrafter, Utvecklingspedagogik och Humbla. Boendena har sex platser vardera och sjuksköterske och rehabinsatser ges vid behov. Sjuksköterska är inte stationerad dagligen i verksamheten. Läkarsatser ges via vårdcentral.

## **Socialpsykiatri**

Det finns fyra socialpsykiatriska boenden i Norrtälje, Rimbo och Hallstavik – samtliga drivs av Tiohundra – med totalt 39 platser. Sjuksköterska besöker verksamheterna enligt schema eller vid behov, medan rehabinsatser ges via hemrehabilitering eller primärvård. Läkarkontakter sker via vårdcentral eller psykiatrisk specialistmottagning.

## **Kundval: Hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering**

Inom kundvalet erbjuds ett samlat stöd av hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering via fem utförare: Attendo, Tiohundra, Äldreliv, Allegio och Vaddö Vård. Attendo kommer under 2025 som framkommer i förvaltningens Delårsrapport 1 januari-april (diarienummer 2025-25) att upphöra med sin verksamhet i Norrtälje kommun. Samverkan inom varje utförare säkerställer kontinuitet för patienten. Hemsjukvårdsinsatser kräver remiss via Take Care journalsystem. Sjuksköterska och rehabpersonal utför hembesök, medan läkarsatser ges av patientens vårdcentral med möjlighet till hembesök.

## **5.3 Uppföljningen av HSL-kvalitet 2024 (avtalsåret 2023)**

MAS och MAR följer kontinuerligt upp verksamheterna inom kommunal hälso- och sjukvård. Under 2024 följdes följande verksamheter upp för året 2023

- Samtliga SÄBO för äldre och korttidsverksamheterna (21 st)
- Samtliga hemsjukvårds och hemrehabiliteringsutförare (5st)
- Samtliga socialpsykiatriboendena i Tiohundras regi (4 st)
- Utvalda verksamheter inom LSS i Tiohundras regi, gruppboenden och daglig verksamhet (6 st samt barnkorttids LSS).

Verksamheterna följdes bland annat upp under följande punkter:

- Bemanning av legitimerad personal
- Patientsäkerhetsberättelser
- Inhämtning och hantering av samtycke

- Delegeringar
- Avvikelsehantering
- Lokala rutiner enligt MAS- och MAR-riktlinjer i ledningssystemet

Samordning mellan olika aktörer och ett teambaserat arbetssätt har också varit en viktig del av uppföljningen. Stickprovskontroller har genomförts i samtliga verksamheter för att säkerställa följsamhet till de lokala rutinerna.

Varje vårdgivare har erhållit återkoppling på den HSL-uppföljning som genomfördes.

Under 2025 har en ny struktur för uppföljning tagits fram. Denna struktur innebär att avtalsansvarig ansvarar för att följa upp hela avtalet, vilket innefattar både insatser enligt SoL och HSL. MAS och MAR genomförs, inom ramen för sina lagreglerade uppdrag, uppföljningar enligt den nedan angivna strukturen.

- Januari–februari: Uppföljning av hemsjukvård och hemrehabilitering (kundval)
- Mars–juni: Uppföljning av särskilt boende (SÄBO) och korttidsboende för äldre (vissa år även dagverksamheter enligt SoL)
- September–november: Uppföljning av LSS-verksamheter
- December: Uppföljning av Socialpsykiatri

Enligt årshjulet sammanfaller arbetet med att upprätta kvalitetsrapporten med pågående HSL-uppföljningar av MAS och MAR inom särskilda boenden för äldre samt korttidsboenden. Vid denna tidpunkt är HSL-uppföljningarna inom hemsjukvården och hemrehabiliteringen nu slutförda. Samtliga HSL-uppföljningar under 2025 (avtalsåret 2024) kommer att redovisas i sin helhet i nästa kvalitetsrapport för år 2026. De avtalsansvariga kommer att presentera sina avtalsuppföljningar för direktionen i juni 2025.

### **Fokusområden i HSL-uppföljningen 2024**

I HSL-uppföljningen för 2024 har ett antal prioriterade fokusområden identifierats av MAS och MAR. Dessa områden bedöms som fortsatt centrala för att säkerställa en god och säker vård inom såväl särskilt boende som hemsjukvård.

De områden som särskilt lyfts fram är:

- Teamarbete
- Bemanning
- Användning och utveckling av arbete med kvalitetsregister
- Förebyggande insatser
- Journalgranskningar
- Avvikelsehantering samt
- Följsamhet till rutiner enligt MAS- och MAR-riktlinjer.

Dessa aspekter har granskats i syfte att följa upp HSL-kvaliteten samt för att identifiera utvecklingsområden. MAS och MAR bedömer att det finns ett fortsatt behov av att följa upp dessa områden systematiskt och kontinuerligt.

Under 2025 ligger ett särskilt fokus på samverkan med externa aktörer samt att säkerställa en trygg och säker hemgång för patienten. Detta arbete sker inom ramen för olika samverkansformer och i nära dialog både internt inom förvaltningen och tvärprofessionellt tillsammans med olika vårdgivare.

### **Sammanfattande bedömning**

Sammanfattningsvis kan konstateras att flera utförare bedriver ett aktivt och målmedvetet förbättringsarbete inom sina verksamheter. Det är positivt att se att följande områden prioriteras och utvecklas:

- Kompetensutveckling inom flera centrala områden, inklusive utbildningsinsatser i fallprevention, munhälsa samt andra relevanta ämnen.
- Ett stärkt och mer systematiskt arbete med nationella kvalitetsregister, såsom Senior Alert, BPSD-registret och Palliativregistret.
- Fortsatt utveckling och implementering av egenkontroller för att säkerställa kvalitet och följsamhet i det dagliga arbetet.
- Ökad följsamhet till gällande hygienrutiner och klädregler i enlighet med fastställda riktlinjer.

Detta arbete utgör en viktig grund för att säkerställa en god kvalitet inom hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet över tid.

Trots de positiva insatser som pågår kvarstår flera utmaningar inom verksamheterna. En återkommande svårighet är kompetensförsörjningen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Många verksamheter upplever en begränsad tillgång till sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, vilket påverkar möjligheten att upprätthålla kontinuitet, patientsäkerhet och kvalitet i vården.

## **6. Allvarligt missförhållande hos utförare och allvarlig vårdskada**

### **6.1 Lex Maria**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handlägger anmälningar enligt lex Maria. Vårdgivare inom hälso- och sjukvård och tandvård ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig händelse till IVO. Anmälan kallas Lex Maria.

Föreskrifterna som styr patientsäkerhetsarbete och anmälningar av händelser är:

- HSLF-FS 2017:40 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- HSLF-FS 2017:41 - Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat och en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, lagändring SFS 2023:503). Anmälan ska vara IVO tillhanda snarast efter inträffad händelse. Samtidigt med anmälan eller snarast därefter ska vårdgivaren lämna in den utredning av händelsen som beskrivs i föreskriften för Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

### Anmälningsansvarig

Anmälan görs av anmälningsansvarig, det vill säga befattningshavare som vårdgivare utsett att svara för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria. I Norrtälje är varje vårdgivare ansvarig för att göra utredningar och anmälningar enligt Lex Maria. MAS och MAR på Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) ska alltid kontaktas av vårdgivaren vid risk för allvarlig vårdskada eller vid allvarlig vårdskada eller andra allvarliga händelser i verksamheten. MAS och MAR ska följa utredningen/ta del av processen och de förbättringar som tas fram, utredningshandlingar och den skriftliga anmälan till IVO enligt Lex Maria där det blir aktuellt.

Enligt Tiohundras hemsida har en Lex Maria-anmälan som rör den kommunala hälso- och sjukvården registrerats hos IVO under 2023. Utöver denna har MAS och MAR kännedom om ytterligare en anmälan inom LSS samt två utredningar som inte ledde till anmälan.

Med tanke på omfattningen av Tiohundras kommunala hälso- och sjukvård – som innefattar hemsjukvård, hemrehabilitering, särskilt boende, korttidsverksamhet, LSS och socialpsykiatri – uppfattas antalet Lex Maria-anmälningar och utredningar förefalla lågt. Detta kan indikera behov av ett mer systematiskt arbete med att identifiera, utreda och anmäla allvarliga vårdskador eller risker för sådana enligt Lex Maria. På privata särskilda boenden för äldre i kommunen gjordes sammanlagt fyra Lex Maria-anmälningar enligt vårdgivarnas egna patientsäkerhetsberättelser.

Inom hemsjukvården och hemrehabiliteringen gjordes ingen Lex Maria-anmälan till IVO under året. Däremot rapporterar Attendo i sin patientsäkerhetsberättelse att fyra utredningar genomförts inom dessa verksamheter. Flera utredningar som inte ledde till anmälan har ändå resulterat i organisatoriska och kvalitetsförbättrande åtgärder för att stärka patientsäkerheten.

Sammantaget är antalet Lex Maria-anmälningar från den kommunala hälso- och sjukvården lågt i relation till verksamhetens omfattning och antalet patienter. Som jämförelse mottog IVO

totalt elva (11) Lex Maria-anmälningar från Norrtälje kommun 2024, inklusive regional vård (primärvård, specialistvård och slutenvård).

MAS och MAR gör bedömningen att det finns förbättringspotential hos KSONs avtalade vårdgivare inom området. Det behövs ett mer aktivt arbete med att utreda och anmäla händelser enligt Lex Maria samt att förbättra rutiner för snabb handläggning och återkoppling, inklusive till beställarens MAS och MAR. Ett stärkt fokus på detta område är centralt för att främja en stark patientsäkerhetskultur

## 6.2 Lex Sarah

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska utförare som gör en Lex Sarah-anmälan om allvarligt missförhållande informera den nämnd som beslutat om insatsen. För att stödja denna process upprättade SAS i november 2024 en ny rutin: *Information till nämnd från enskild verksamhet*. Rutinen finns tillgänglig på sjukvardsomorg.se och hänvisas till i reviderat huvudavtal med Tiohundra AB (Protokoll 2024-12-12 §149)

### *Rapporterade missförhållanden – april 2024 till mars 2025*

Under perioden inkom totalt 8 rapporter om missförhållanden. Av dessa bedömdes 6 stycken som allvarliga. En anmälan har därav skickats till IVO för vidare granskning.

Sammantaget är antalet Lex Sarah-rapporter fem inom särskilt boende för äldre, varav tre Lex Sarah anmälningar. Inom kundvalet två Lex Sarah rapporter och en Lex Sarah rapport inom korttidsvistelse SoL. Det avser både Tiohundra AB och privata utförare.

Rapporterna rör bland annat händelser med uteblivna insatser, personal som skapat otrygghet vid måltidssituation och brister i omvårdnad och rehabilitering.

## 7. Sammanfattning- resultat och förbättringsområden

### 7.1 Förvaltningens åtgärder och prioriterade utvecklingsområden utifrån resultat av systematiskt kvalitetsarbetet

#### **Positiva resultat och åtgärder inom förvaltningen:**

*Stärkt kvalitetsstruktur:* Införande av funktionerna SAS (Socialt ansvarig utvecklingssamordnare), kvalitetsråd och operativa kvalitetsgrupper har skapat en tydlig organisation för systematiskt kvalitetsarbete. Ytterligare förstärkt MAR funktionen (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) med 50 %.

*Strukturerade och förbättrade rutiner:* Årshjul och genomgång av rutiner på myndighetsnivå har gett ökad tydlighet, ansvarsfördelning och samordning inom verksamheten.

*Förbättrad intern samverkan:* Regelbundna chefs- och utvecklingsmöten samt tvärprofessionella grupper har stärkt samarbetet över avdelningsgränser.

*Utveckling av nyckelrutiner:* Nya rutiner har tagits fram inom områden som skattekontroll och avtalsuppföljning – vilket bidrar till ökad rättssäkerhet och kvalitet.

*Egenkontroller i praktiken:* Flera verksamheter har genomfört egenkontroller trots att en samlad modell saknas, vilket visar på högt engagemang och lokalt ansvarstagande.

### **Prioriterade utvecklingsområden:**

- Införa nytt digitalt ledningssystem
- Utveckla relevanta styrdokument
- Implementera en gemensam modell för planering och uppföljning av systematiskt kvalitetsarbete
- Se över avvikelshanteringssystem
- Införa ett digitalt verktyg för processkartläggning
- Tydliggöra och dokumentera samverkan
- Stärka strukturen för egenkontroller och riskanalyser

### **Resursbehov kopplade till förbättringsområden**

| Område                                | Resursbehov – System/inköp | Resursbehov – Personal/kompetens    |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Nytt ledningssystem                   | Ja                         | Ja (utbildning och implementering)  |
| Styrdokument och processbeskrivningar | –                          | Ja (framtagning, förankring)        |
| Planerings- och uppföljningsmodell    | Eventuellt (verktygsstöd)  | Ja (utbildning, tillämpning)        |
| Avvikelsehanteringssystem             | Ja                         | Ja (utredning, upphandling, drift)  |
| Processkartläggningsverktyg           | Ja                         | Ja (utbildning, implementering)     |
| Samverkansstrukturer                  | –                          | Ja (juridiskt, administrativt stöd) |

|                                  |   |                                       |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Risikanalyser och egenkontroller | – | Ja (kompetensutveckling, uppföljning) |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|

## 7.2 Förvaltningens åtgärder och prioriterade utvecklingsområden utifrån resultat i uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård

För att möta identifierade behov från MAS och MAR i samband med HSL-uppföljningarna har ett antal prioriterade insatser genomförts av förvaltningen under 2024–2025.

Följande åtgärder har genomförts eller initierats under denna period:

### Utbildningsinsatser inom läkemedelshantering

- En fördjupad läkemedelsutbildning om 9 timmar har erbjudits sjuksköterskor verksamma inom SÄBO, LSS, socialpsykiatri och hemsjukvård.
- En grundläggande läkemedelsutbildning om 3 timmar har genomförts för cirka 1 000 omsorgspersonal inom samma verksamhetsområden.

### Riktade resurstillskott till LSS

- En förstärkt budget har tillförts LSS från år 2024 för att höja kvaliteten inom LSS verksamheter (protokoll 2023-12-07 § 133) Därigenom har förutsättningar getts att höja kvaliteten i den hälso- och sjukvård som bedrivs inom LSS-verksamheten.

### Kompetenshöjning inom palliativ vård

- Under tidsperioden har 60 nya palliativa ombud utbildats inom SÄBO som ett led i att förstärka vårdens kvalitet i livets slutskede.

### Förbättrad samverkan för ökad patientsäkerhet

- MAS har initierat och lett regelbundna samverkansmöten med aktörer såsom ambulanssjukvård, läkarorganisation inom SÄBO, samtliga SÄBO-utförare, närliggande sjukhus samt trygghetsjouren, med syftet att skapa gemensamma rutiner och förbättrade vårdövergångar.

### Journalsystem – ökad enhetlighet och säkerhet

- Procapita, det tidigare journalsystemet för HSL, avvecklas successivt inom hemsjukvård och privata SÄBO.
- Hemsjukvård och hemrehabilitering övergår till journalsystemet Take Care, vilket även används av vårdcentralerna. Detta bedöms av MAS och MAR som ett betydande steg mot ökad patientsäkerhet.
- SÄBO-utförare som tidigare använt Procapita kommer att integreras i nya journalsystem som stödjer säker dokumentation och effektiv kommunikation.

### **Implementering av fysisk aktivitet på recept (FaR)**

- En FaR-samordnare på 50 procent har anställts för att förstärka och stödja implementeringen av FaR i Norrtälje kommun och inom tex hemsjukvård och hemrehabilitering, med målet att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

### **Stärkt medicinskt rehabiliteringsansvar**

- MAR på KSON har utökat sin tjänstgöringsgrad från 50 till 100 procent, vilket ger förbättrade förutsättningar för uppföljning, stöd och utvecklingsarbete i samverkan med verksamheterna.

### **Bladderscan till SÄBO och hemsjukvård**

- En riktade satsningar på medicinteknisk utrustning med bladderscan inom SÄBO och hemsjukvård stärker den nära vården i hemmet, minskar behovet av transporter och avlastar akutsjukvården.

### **Kommande kompetenshöjande insatser inom rehabilitering**

- Under hösten 2025 planeras kompetensutvecklingsinsatser för rehabiliteringspersonal att påbörjas. Behovsinventeringen genomförs i nära dialog med verksamheternas utförare, med särskilt fokus på att stärka det rehabiliterande förhållningssätt som är en grundläggande princip inom kommunal primärvård

Patientsäkerhet och kompetensförsörjning inom den kommunala hälso- och sjukvården – även benämnd kommunal primärvård – är områden som kontinuerligt förutsätter förstärkning och utveckling. Förvaltningen fortsatt stödja den kommunala primärvården genom att fortsätta erbjuda som huvudman riktade utbildningsinsatser inom exempelvis läkemedelshantering, uppdragsutbildningar till undersköterska, insatser för att stärka rehabilitering och palliativ vård vilket stärker kompetensen hos olika personalgrupper. Detta omhändertas inom ramen för omställning mot en nära och god vård och omsorg.

Tankar förvaltningen har är att under planeringsperioden undersöka möjlighet till införande av farmaceuter inom kommunal hälso- och sjukvård för att ytterligare bidra till patientsäker läkemedelshantering inom KSONs verksamheter.

Ett annat fokusområde är samverkan vid vårdövergångar, särskilt vid utskrivning från slutenvård eller korttidsboende. En trygg och säker hemgång är ett prioriterat område för MAS och MAR samt hela förvaltningen då samverkan ytterligare kan förbättras för ökad patientsäkerhet förbättrade vårdkedjor samt förhindra oplanerade återinskrivningar på Norrtälje sjukhus. Här pågår ett förbättringsarbete i bred samverkan som nämnts.

Vidare, förvaltningens avtalsuppföljning för avtalsår 2024 som beskrivs närmare i eget ärende (KSON 2025–90), visar att korttidsboendena, som drivs i Tiohundra AB:s regi, inte uppfyller villkoren enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Förvaltningen vidtar åtgärder med att upprätta en åtgärdsplan för att komma till rätta med bristerna. Förvaltningens förslag på åtgärd är vidare att arbeta fram ett nytt uppdrag för Korttidsboende för äldre, som bättre stödjer invånarnas möjlighet återgång i ordinärt boende.

## 8. Sammanfattande slutord

Det gångna året har inneburit flera viktiga steg i Sjukvård och omsorgs riktning mot ett mer strukturerat och långsiktigt kvalitetsarbete inom både omsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Med inrättandet av funktioner som SAS, förstärkning av MAR funktionen, etableringen av kvalitetsråd och kvalitetsgrupper, samt utvecklingen av rutiner och samverkansformer, har förvaltningen lagt grunden för sitt fortsatta förbättringsarbete.

Parallellt har en ny framåtblickande styrmodell tagits fram för Sjukvård och omsorg i Norrtälje som tydliggör riktning och mål med tillhörande uppföljning. I det sammanhanget spelar denna kvalitetsberättelse en viktig roll – en dokumentation av det gångna årets arbete, och utgör en kompletterande och central del av styrmodellen med sin sammanställning av kärnverksamhetens kvalitativa resultat, lärdomar och utvecklingsbehov. Tillsammans skapar dessa verktyg bättre förutsättningar för styrning och lärande i hela organisationen.

Kvalitetsberättelsen speglar det starka engagemang som finns i verksamheten. På flera håll har förbättringsinsatser initierats, med fokus på exempelvis avvikelshantering, läkemedelssäkerhet och tvärprofessionell samverkan. Resultat från nationella brukarundersökningar visar positiva tendenser inom flera områden, inte minst inom LSS och med ihållande goda resultat för äldreomsorgen.

Förvaltningen har fortsatt höga ambitioner att utveckla ett systematiskt, lärande och kvalitetsdrivet arbetssätt. Med tydlig riktning, gemensamt ansvarstagande och en växande förbättringskultur finns goda förutsättningar att möta framtidens behov och utmaningar.