

Patientsäkerhetsberättelse

År 2025



Datum 260306
Avdelningschef stöd och omsorgsavdelningen Anders Åreng
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Marie Niklasson
KS2026/288

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	6
Stöd och omsorgsavdelningen (SoO)	6
Dokumentationssystem legitimerad personal	6
Verksamhetssystem stöd och omsorgsavdelningen (SoO)	7
Signeringsapp	7
Träffpunkten.....	7
God och nära vård	7
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Engagerad ledning och tydlig styrning	9
Ledningsgrupp stöd- och omsorgsavdelningen (SoO)	9
Övergripande mål och strategier	9
Organisation och ansvar	9
Vårdgivaren	9
Social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU)	10
Avdelningschef för stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen HSL kap. 4 §2	10
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	10
Enhetschef för legitimerad personal	11
Enhetschefer för verksamheter inom stöd och omsorgsavdelningen (SoO)	11
Legitimerad personal.....	11
Omsorgspersonal	11
Patientnämnden.....	11
Vårdhygien Jämtland Härjedalen	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet.....	12
MAS/MAR länsträff Jämtland Härjedalen	12
Lokalsamverkan (LOKSAM)	12
Läkarmedverkan	13
Vårdhygien Jämtland Härjedalen	13
Avvikelse hantering mellan region och kommun.....	13
Mobila närvårdsteamet (MiNT)	14
Storsjögläntan	14
Informationssäkerhet.....	14
Egenkontroll av informationssäkerhet.....	14
SITHS kort	15

Strålskydd	15
En god säkerhetskultur.....	15
Avvikelsehantering	15
Samverkan enhetschefer och legitimerad personal	16
Teamträffar/boråd	16
LOKSAM – Lokalsamverkan kommun och region	17
Kvalitetsregister.....	17
Öppna jämförelser	17
Adekvat kunskap och kompetens	18
Legitimerade personal.....	18
Undersköterskeutbildning.....	18
Lyftutbildning	18
Digital utbildningsmiljö.....	18
Patienten som medskapare	19
Genomförandeplaner.....	19
Brytpunktsamtal.....	19
Samtycke	20
Läkemedelsgenomgångar	20
Samordnad individuell plan (SIP)	20
Enkäter	20
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	21
Läkemedelsskåp	21
Skyddsåtgärder.....	21
Digital signering.....	21
Egenkontroller	22
Svenska HALT.....	23
Kvalitetsregister.....	23
Resultat Senior Alert	23
Analys av resultaten från Senior Alert	24
Resultat Palliativa registret	25
Kvalitetsindikatorer mellan åren 2022 – 2025, Ragunda.....	26
Kvalitetsindikatorer- En jämförelse med länet och riket år 2025	28
Registreringar i Palliativa registret kontra antal dödsfall.....	28
Analys av resultat från Palliativa registret	28
Öka kunskap om inträffade vårdskador	29
Avvikelsehantering	29
Tillförlitliga och säkra system och processer	30

Kvalitetsledningssystem	30
Läkemedelsgenomgång.....	31
Öppna jämförelser – olämpliga läkemedel för äldre	31
Säker vård här och nu.....	33
Medicintekniska produkter	33
Delegering	33
Språk.....	34
Korttidsavdelning	34
Riskhantering.....	34
Struktur för riskanalys	34
Avvikelse	35
Stärka analys, lärande och utveckling	35
Avvikelse	35
Läkemedelsavvikelse.....	36
Fallavvikelse	37
Övriga avvikelser	38
Klagomål och synpunkter	39
Öka riskmedvetenhet och beredskap	40
Kontinuitetsplaner.....	40
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	40
Patientsäkerhetsarbete	40
Intern samverkan	40
Säker vård.....	41
Hygien.....	41
Nya verksamhetssystem.....	41
Delegering- Ett ansvar för vårdgivaren	42
BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	42

SAMMANFATTNING

Stöd och omsorgsavdelningen (SoO)

Bemanning

Under 2025 genomgick ledningsgruppen för SoO stora förändringar präglad av långdragna rekryteringar av både ny avdelningschef och enhetschefer. Då det saknades en stabil ledning blev en del övergripande beslut och projekt skjutna på framtiden och verksamheten koncentrerade sig mer på det dagliga arbetet kring våra äldre medborgare tillsammans med medarbetare och andra yrkesroller inom SoO. Sedan augusti är avdelningschefstjänsten tillsatt vilket innebär att SoO har bättre förutsättningar att återuppta projekt och tydligare driva verksamheten mot gemensamma mål.

Under första halvåret har inte SoO haft en verksam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) pga. hälsoskäl. Sedan augusti är MAS tjänsten åter aktiv på 50%. Fokus för 2026 är att driva patientsäkerhetsarbete tillsammans med övriga kollegor inom avdelningen samt belysa MAS uppdraget i kommunen men även verka för en god hälso- och sjukvård i samarbete med chef för legitimerad personal.

Aktiviteter

SoO leddes av en tf. avdelningschef under rekryteringsprocessen under första halvåret. Sedan tjänsten tillsattes har fokus lagts på att fortskrida aktuella projekt. Ett sådant är Ensolution där en nulägesanalys och flerårs analys har gjorts utifrån utveckling av behov och insatser. Första bedömningen gjordes utifrån befolkningsprocess och dåvarande verksamhet – insatser och utgifter. Från det togs nästa steg till pilotprojektet Kuben, som är ett bemanningsverktyg som sätter bemanningsbehov utifrån individernas behov. Granskning har gjorts av särskilt boende (SÄBO) och hemtjänst. Utifrån hitintills framtagna resultat så kommer en närmare granskning ske kring kostnaden kring vårdtagarna samt av nyckeltal utifrån mer individanpassad bemanning vid SÄBO.

SoO avdelningen fick 2024 ett utredningsuppdrag av politiken att göra en genomlysning av hela stöd- och omsorgsavdelningen samt kartläggning av behovet av framtida SÄBO platser. Arbetet kommer att färdigställas februari 2026. Bland annat visar resultatet på behov av något mellanting mellan SÄBO och hemtjänst för att ex. möta oro och ensamhet, fortsatt behov av arbete med välfärdsteknik och att planera mer förebyggande åtgärder/insatser. En stor fråga för SoO är bemanningsförsörjningen på längre sikt och som redan idag har sina utmaningar. Enligt samhällsekonomiska prognoser kommer antalet personer i arbetsför ålder att minska i framtiden medan medborgare 80 år och äldre kommer att generellt öka i kommunen.

Dokumentationssystem legitimerad personal

2025 präglades mycket av arbetet inför implementering av nytt verksamhetssystem (dokumentationssystem) för legitimerad personal. I början av november infördes Cosmic som nytt verksamhetssystem och implementeringen kommer att fortsätta detta år. Även region Jämtland Härjedalen använder Cosmic som verksamhetssystem och det finns ett önskemål att kommunen och regionen ska kunna ta del av varandras dokumentation. Detta är inte görligt i dagsläget men det finns en förhoppning om en utveckling för framtiden. Under tiden arbetar både kommunen och regionen för att underlätta informationsutbytet på lägre nivåer inom dokumentationssystemet. Möjligheten att verksamheterna kan ta del av viss dokumentation och information kring patienten blir ändå lite mer tillgängligt och patientsäkerheten stärks ytterligare.

Verksamhetssystem stöd och omsorgsavdelningen (SoO)

Även SoO bytte verksamhetssystem 2025. Under senhösten startades dokumentationssystemet Viva. Det berörde även legitimerad personal, då Cosmic inte kan erbjuda alla tjänster som behövs till exempel kommunikation mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Implementeringen av Viva fortsätter i högsta grad.

Signeringsapp

I december infördes signering av delegerade insatser i app. Omsorgspersonal med delegering för uppgiften tar del av information om insatsen i appen och signerar när insatsen är utförd. Signeringen sker hos patienten. Omsorgspersonalen kan också skicka meddelande till legitimerad personal rörande beställningar av läkemedel och andra produkter som rör patienten samt följa beställningsprocessen i appen.

Signering av delegerade insatser utfördes digitalt även tidigare men när verksamheten bytte verksamhetssystem så ingick inte denna tjänst varvid införandet av signeringsappen infördes i december.

Träffpunkten

Träffpunkten erbjuder en mötesplats åt de äldre i kommunen att ses och umgås socialt under enklare arrangemang av engagerande undersköterskor i hemtjänsten. Det är inte bara en möjlighet att bryta ensamhet utan också en möjlighet att känna sig delaktig i samhället. Varje tillfälle präglas av ett tema t ex samhällsviktig information, kulturarrangemang, högtider m.m. Samarbete sker med flera aktörer i samhället. Bl.a. har polisen varit på ett informativt besök. Representanter från kommunens olika verksamhetsavdelningar har också gjort besök och pratat om ämnen som berör de äldre. Då Träffpunkten erbjuder möjligheten att bryta ensamhet och skapa delaktighet med andra i samma ålder och situation, så finns det tankar kring att vidareutveckla konceptet. Arbetet kan också kopplas till regeringens satsning för att motverka ofrivillig ensamhet. Bland annat kan statsbidrag sökas från Socialstyrelsen för ändamålet. 2025 erhöll arrangörerna Rosita Moe och Karin Lindström guldstjärna för årets serviceperson.

”På träffpunkten serverar vi bullar som inte bara innehåller socker och kanel utan även glädje, värme och gemenskap” (ur *Verksamhetsberättelse Träffpunkten 2025*).

God och nära vård

Utifrån en regional omställning till Nära vård som innebär att vården ska samverka mer med medborgarna så ingår Ragunda tillsammans med Berg i projekt God och nära vård. Uppdraget är att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsobefrämjande. I Ragunda fortsätter arbetet mellan kommunen och regionen i god och nära vård anda i konstellationen LOKSAM dvs. lokal samverkansgrupp där representanter från både kommunens- respektive regionens ledningsgrupp ingår.

Uppsökande verksamhet av fysioterapeut från regionens primärvård har skett hos kommunens skolor i Hammarstrand och Stugun under rubriken Dans för hälsa. Syftet är att genom aktiviteten öka skolnärvaro och hälsa. Skolhälsa liksom berörda lärare är involverade i projektet som kommer att fortgå under 2026 med utökade kriterier ned till årskurs 4.

Arbetet med ett samordningsteam fortsätter. Regionens primärvård i Stugun har en modell som kan vara grunden till vidareutveckling. En styrmodell och arbetssätt ska arbetas fram samt se hur kommunens

sjuksköterskor kan bli en medaktör i arbetsmodellen. Syftet med samordningsteam är att t.ex. vara en trygghet vid säker hemgång från sjukhuset eller skapa kontakt och stöd vid tidig kognitiv svikt.

Ett annat område som LOKSAM kommer att fortsätta arbeta inom är digitala hjälpmedel. Vilka sådana finns tillgängliga som skulle kunna minska t ex. oro och ensamhet? Finns det digitalt stöd att erbjuda i samband med läkemedelshantering förutom läkemedelsautomat? Digitala hjälpmedel som är förskrivna och används på rätt sätt kan öka patientens välbefinnande, trygghet och egenvård i det egna hemmet.

Under 2025 arbetades fram ett nytt samverkansavtal mellan regionen och länets kommuner vilket bland annat innebar andra kriterier för hemsjukvårdspatienter. Personal från regionens primärvård samt kommunens hälso- och sjukvård träffades en dag för att tillsammans gå igenom kriterierna och hur man kan tolka dessa gemensamt..

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningsgrupp stöd- och omsorgsavdelningen (SoO)

SoO avdelningen leds av avdelningschef. Tillsammans med avdelningens verksamhetschefer så utgör man ledningsgrupp för SoO. Ledningsgruppen träffas var 3:dje vecka med syftet att lyfta verksamhetsfrågor som berör både SoL, hälso- och sjukvården (HSL), arbetsmarknadsinsatser (AMI), individ- och familjeomsorg (IFO) samt kostenheten. Arbetssättet präglas av personcentrerat synsätt med fokus på kommunens medborgare utifrån rådande lagar och riktlinjer. Enhetscheferna för vårdenheter samlas ca var 3:dje vecka för att specifikt arbeta med sina sakfrågor på djupet.

En engagerad ledning med tydlig styrning är en grundläggande förutsättning för säker vård. Ytterligare förutsättning är aktuella rutiner och riktlinjer som verksamheten kan utgå ifrån. Därför kommer arbetet med att revidera samt upprättande av nya att fortsätta detta år.



Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Det bedrivs aktivt arbete med patientsäkerhetsfrågor i verksamheten men det saknas en kommunövergripande handlingsplan för den systematiska patientsäkerheten inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ytterst är det kommunens politiker som är vårdgivare och i det ingår ansvaret för kommunens hälso- och sjukvård. Det krävs tydligare kommunikation och löpande information om verksamhetens utmaningar och behov med politikerna. Likväl behövs det tydliga delegeringar och krav på verksamheten utifrån politiker håll.

Målet för stöd- och omsorgsavdelningen är att tillgodose de behov medborgarna har samt att det ska vara tryggt att leva i Ragunda. Den politiska inriktningen för stöd och omsorgsavdelningen är:

- Ökat användande av välfärdsteknik.
- Ökad trygghet för de äldre.
- Arbeta för att ersätta nyckeltal vid särskilt boende utifrån vårdtyngd och behov.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren

Vårdgivaren och tillika kommunstyrelsen (KS) ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) upprätthålls. Övergripande

mål ska fastställas för det systematiska kvalitetsarbetet och dessa ska kontinuerligt följas upp och utvärderas.

Social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU)

SAU är ett utskott under kommunstyrelsen och är nämnd för SoO. Verksamheter som är under SAU:s ansvar är stöd- och omsorg, individ- och familjeomsorg, arbetsmarknads – och integration samt vuxen utbildningen. SAU ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2025:400) beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Till utskottets ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. SAU ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Vidare ska övergripande mål fastställas för det systematiska kvalitetsarbetet samt att mål kontinuerligt följs upp och utvärderas

Avdelningschef för stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen HSL kap. 4 §2

Inom SoO avdelningen har avdelningschefen ett övergripande ansvar för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Avdelningschefen skall säkerställa att enhetscheferna för respektive verksamhet känner till gällande rutiner och riktlinjer samt att dessa efterlevs. Avdelningschefen leder arbetet för SoO avdelningen och ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har tillsammans med avdelningschef för stöd och omsorgs avdelningen i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS har ett särskilt medicinskt ansvar för att den enskilde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- MAS ansvarar genom att bevaka och följa upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls inom kommunens ansvarsområde samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna.
- MAS ansvarar för att avdelningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård där den enskilde får den hälso- och sjukvård som läkare har ordinerat.
- MAS ansvarar även för att det finns system och rutiner för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för den enskilde, att det finns ändamålsenliga rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när den enskildes tillstånd fordrar det.
- MAS utreder händelser i verksamheten och att på delegation från nämnd göra anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef för legitimerad personal

Enhetschef för legitimerad personal ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Bär det övergripande ansvaret för att vård- och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner med mål att uppnå trygghet för den enskilde avseende kontinuitet, samverkan och säkerhet. Enhetschefen behöver inte själv ha medicinsk kompetens. Enhetschefen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som en MAS har enligt lagar och föreskrifter.

Enhetschefer för verksamheter inom stöd och omsorgsavdelningen (SoO)

Enhetschefer inom SoO avdelningen har ett helhetsansvar för sina respektive verksamheter. Det innebär att rutiner och riktlinjer som styr är kända av personalen samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att den introduktion som krävs för att utföra uppdragen genomförs. Inom enhetschefernas verksamheter utförs delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser och därför har enhetscheferna också ansvar för att planera verksamhet och bemanning utifrån de kompetenskrav som gäller för utförande av dessa insatser. Dessutom har de ett övergripande ansvar för personal, kompetensutveckling samt att utrustning finns tillgängligt efter behov. Enhetscheferna är även ansvariga för avvikelshantering inom sin verksamhet samt delaktig i teamssamverkan med legitimerad personal och övriga yrkesroller samt aktörer internt som externt.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med den enskilde och visa den enskilde omtanke och respekt samt föra patientjournal enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal ska arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och har ett personligt yrkesansvar för hur arbetsuppgifterna utförs det vill säga att följa lagstiftning, föreskrifter och styrdokument.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal är ett samlingsbegrepp för exempel undersköterska, vårdbiträde eller boendestödjare. Omsorgspersonal följer i dagligt arbete riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De har även en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att uppmärksamma och rapportera avvikande händelser, förändringar och/eller försämringar av den enskildes allmäntillstånd. Även risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada skall rapporteras.

Omsorgspersonal avses som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad personal och utför delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det innebär i sin tur ett särskilt yrkesansvar som följd av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående nämnd och bidrar till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet genom att lyssna och föra fram patienters och närståendes synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården. Genom att analysera inkomna ärenden kan riskområden identifieras inom vården och

förbättringar kan föreslås. Patientnämnden har inte disciplinära befogenheter och gör inte egna medicinska bedömningar.

Vårdhygien Jämtland Härjedalen

Vårdhygien verkar för att i samverkan minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Arbetet sker genom epidemiologisk övervakning, smittspårning, information och utbildning samt bistå allmänheten med råd. Enheten har ett rådgivande uppdrag för regional som kommunal hälso- och sjukvård inom länet.

Kommunen har en tilldelad hygiensjuksköterska som stöttar kommunen i arbetet kring vårdhygien.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet

LSG patientsäkerhets uppgift är att stödja arbetet i länet för ökad säkerhet i hälso- och sjukvården – både regionalt och kommunalt samt vid vårdens övergångar mellan huvudmän. Arbetet utgår ifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ”Agera för säker vård”. LSG patientsäkerhet ska följa utvecklingen i kunskapsstyrningen både nationellt och regionalt samt även stödja med perspektivet patientsäkerhet i omställningen till en Nära vård i Jämtland Härjedalen. Skall även utgöra ett forum för gränsöverskridande samtal om patientsäkerhet och genomförande av gemensamma aktiviteter. Utbytet mellan huvudmän, vårdgivare och specifika kompetenser utgör en central del för att stärka patientsäkerheten inom regionen, i kommunen och vid vårdens övergångar.

LSG patientsäkerhet träffas 10 gånger per år med deltagare från regionen med olika ansvarsområden och yrkesbakgrund till exempel chefsläkare, patientsäkerhetssamordnare, vårdhygien, representant för primärvården, ordförande för läkemedelskommittén, chef för område patientsäkerhet. Från kommunerna deltar medicinskt ansvarig sjuksköterska varvid Ragunda är representerad.

MAS/MAR länsträff Jämtland Härjedalen

I Jämtland Härjedalen utgör kommunernas MAS/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive medicinskt ansvarig för rehabilitering) ett nätverk som träffas regelbundet genom digitala alternativa fysiska möten. Tillsammans arbetar nätverket med gemensamma frågor relaterade till uppdragen som MAS respektive MAR, upprättar gemensamma rutiner, arbetar med patientsäkerhetsfrågor samt deltar i utvecklingsarbeten i olika beredningsgrupper på både lokal, regional och nationell nivå.

Lokalsamverkan (LOKSAM)

LOKSAM består av representanter från respektive ledningsgrupp inom kommunen och regionen på primärvårdsnivå inom hälso- och sjukvården. Huvuduppdraget är fokus på beslutande mål mot Nära vård samt att bidra till en länsgemensam plan med lokal samverkansplan. Syftet är att hälso – och sjukvården ska utformas på primärvårdsnivå samt i de processer som involverar socialtjänsten.

Vidare ska LOKSAM gemensamt verka för att medborgarna får en god kvalitet på de insatser som ges utifrån verksamheternas gemensamma förutsättningar. LOKSAM ska också verkställa beslut och rekommendationer som är tagna i sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) och Fredagsgruppen.

Läkarmedverkan

Äldre medborgare ska trots sjukdom och nedsatt funktionsförmåga ha möjlighet att leva ett tryggt och självständigt liv utan att behöva vårdas på sjukhuset i onödan. En viktig faktor – bland flera – utgör läkarkontakten med en god kommunikation och kontinuitet samt tydliga rutiner kring utformningen av läkarmedverkan.

Kontinuitet är ett nyckelord vid diskussion kring läkarmedverkan. Med kontinuitet kan trygghet byggas upp för den enskilde samt för omvårdnadsansvarig sjuksköterska, vilket är en god grund för god medicinsk behandling och omvårdnad. Med kontinuitet i läkarmedverkan kan både kort- och långsiktig planering initieras samtidigt som uppföljningar och utvärderingar blir av bättre kvalitet. Kontinuiteten ger också läkaren möjlighet att skapa en relation till den enskilde och få ett större helhetsperspektiv utifrån dennes välbefinnande kontra diagnoser och behandlingar.

En god läkartillgång samt kontinuitet ger en god grund för teamsamverkan kring patienten och ökar möjligheten till en god kvalitet på den personcentrerade medicinska behandlingen och omvårdnaden. En väl fungerande läkarmedverkan kräver att det finns läkare att tillgå för att tillsätta lediga tjänster. Regionen har svårt med rekryteringen av läkare till kommunen och arbetar aktivt med det. Kommunens sjuksköterskor har tillgång till läkare även om det kan se lite olika ut mellan orterna. Regionen arbetar för att i största möjliga mån upprätthålla kontinuiteten bland läkarna.

Att arbeta proaktivt, strukturerat och multiprofessionellt med vanligt förekommande olika tillstånd för denna sköra grupp av medborgare (till exempel kognitiv svikt, vårdrelaterade infektioner, konfusion) besparar lidande och ökar möjligheten till ett gott välbefinnande. Läkarmedverkan är en viktig del i detta arbete.

Vårdhygien Jämtland Härjedalen

Det finns samverkan mellan Vårdhygien region Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Syftet är att upprätthålla basal vårdhygien internt i den egna verksamheten. Det är både ett gemensamt och ett separat ansvar. Vårdhygien utgör regionens infektionsförebyggande enhet till skillnad för smittskyddet som har uppdraget att arbeta smittförebyggande ut mot samhället. Kommunen har bland annat ansvar för att systematiskt arbeta med vårdhygieniska frågor, utarbeta och följa hygienrutiner, övervaka infektionsläget och vara uppmärksam på smittspridning inom kommunal vård och omsorg. Vårdhygien expertis kan bistå med bland annat rådgivning till medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer utifrån olika frågeställningar och situationer, hjälp vid utredning och smittspårning vid misstänkta eller konstaterade utbrott, eventuell konsultrond utifrån kommunens egenkontroll enligt vårdhygienisk standard. Samverkan sker även inom andra konstellationer som också påverkar kommunal hälso- och sjukvård. Till exempel deltar hygiensjuksköterskor vid MAS/MAR länsträff minst 1 ggr/år då man tillsammans utvärderar föregående verksamhetsår och planerar för det kommande året. Vid LSG patientsäkerhet diskuteras vårdhygieniska frågor och i dessa möten deltar hygiensjuksköterska.

Avvikelse hantering mellan region och kommun

Avvikelse som kan härledas till regionen utreds hos vårdtagaren. Medicinskt ansvarig sjuksköterska meddelar regionen Jämtland Härjedalen via avsedd avvikelssystem för avvikelseärende. Avvikelsen diarieförs av Område Patientsäkerhet och skickas därefter till berörd mottagare (avdelning/enhet). Svar till medicinskt ansvarig sjuksköterska skickas sedan av berörd avdelning/enhet enligt önskemål.

Avvikelse som bedöms vara Lex Maria utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och skickas till IVO för hantering.

Mobila närvårdsteamet (MiNT)

MiNT teamet är ett mobilt närvårdsteam och i det ingår specialistläkare, specialist distriktsköterskor. Syftet är att skapa trygghet för multisjuka medborgare (främst äldre) i ett instabilt läge. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivare såsom kommun, primärvård och Östersunds sjukhus. Kontakt sker via varselblankett. All legitimerad personal inom kommun, primärvård eller sjukhus kan ta kontakt med MiNT teamet under förutsättning att medgivande har getts av den enskilde till att kontakt får tas samt godkänt journalgranskning. Beslut om anslutning fattas utifrån om MiNT teamet bedömer att man kan tillföra något eller göra någon nytta för den enskilde.

Det finns samverkan mot kommunens sjuksköterskor kring hemsjukvårdspatienter som är inskrivna hos teamet. MiNT teamet utgör ett gott stöd för den enskilde samt för omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen, då det finns ett helhetsgrepp kring den enskildes välbefinnande och behandling utifrån ålder och diagnoser.

Storsjögläntan

Storsjögläntan är ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam som stöttar obotligt sjuka medborgare med progressiv sjukdom med begränsad överlevnad som vill vårdas i hemmet men har behov av specialiserad palliativ kompetens. I teamet arbetar läkare, sjuksköterskor, kurator, arbetsterapeut och sekreterare. Det finns ett väl utvecklat samarbete mellan kommunens hälso- och sjukvård och Storsjögläntans team. Det medicinska ansvaret har Storsjögläntans läkare medan kommunens sjuksköterska har det primära omvårdnadsansvaret. Storsjögläntans sjuksköterskor utgör ett bra konsultativt stöd till kommunens sjuksköterskor.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Ragunda kommun använde verksamhetssystemet Treserva under större delen av 2025. Under oktober och november infördes verksamhetssystemet Viva för socialtjänsten och omsorgen och för hälso- och sjukvårdsverksamhetens dokumentation infördes Cosmic. För samtliga aktörer inom stöd och omsorgsverksamheten styrs behörigheten utifrån anställning och tillhörighet. För att ta del av dokumentation/journal ska det finnas en vårdrelation mellan personal och patienten. Skriftlig kommunikation med regionala sjukvården sker företrädes inom samverkanssystemet Cosmic Link.

Egenkontroll av informationssäkerhet

För att säkerställa att personuppgifter och den personliga informationen kring den enskilde sker på ett rättssäkert sätt, ska loggar i verksamhetssystemet följas upp systematiskt och kontinuerligt. Detta för att förebygga och identifiera avvikelser där användare av verksamhetssystemet tar del av information man inte är berättigad till. Loggar kan och ska påvisa att den anställde har behandlat och tagit del av information på ett sätt som stämmer överens med gällande bestämmelser och riktlinjer. Enligt rutin ska logguppföljningen kombineras med systematik och slumpmässighet i urval av loggar. Det innebär att två metoder för uppföljning ska användas, dels månadsvisa kontroller dels stickprov. Ansvarig för logguppföljning till

exempel enhetschef, ska genom analys och kritisk granskning göra en bedömning av den information som framkommer. Det är genom den organisatoriska kännedomen som avvikande aktiviteter i verksamhetssystemet kan identifieras och urskiljas. Varje genomförd uppföljning ska dokumenteras i en protokollmall det vill säga om avvikelse har förekommit eller inte. Inga uppgifter lämnas i protokollmall som kan härledas till den enskilde. Avvikelse som upptäcks ska undersökas och utredas.

Riktlinjen angående loggkontroller är i behov av revidering utifrån att nytt verksamhetssystem införts både för legitimerad personal och omsorgsverksamheten.

SITHS kort

SITHS står för *Säker IT för Hälso- och Sjukvården*. Denna säkerhetslösning bygger på att anställda i vård och omsorg har ett personligt ID-kort, SITHS-kort. SITHS-kortet är en tjänstelegitimation för både fysisk och elektronisk identifiering, elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system. Denna elektroniska legitimation möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information och ingår i den nationella IT-strategin. Det finns lokala rutiner hur SITHS kortet ska hanteras av användare.

SITHS kort har en stark autentisering vilket innebär att en persons identitet kontrolleras två eller flera gånger innan åtkomst ges. I SITHS's fall görs detta genom personlig e-legitimation och personlig kod. SITHS är kopplat till en elektronisk katalogtjänst, HSA, med innehåll av kvalitetsgranskande uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg. HSA är en viktig källa för att ge behörighet för att användare ska kunna logga in i tjänster och system.

Kommunens ansvarige för HSA hanterar anställnings- och uppdragsförhållanden enligt HSA-policy samt har ansvar att kontroll och dokumentation sker vid årlig internrevision. Regelbundna avstämningar mot HSA sker enligt lokal rutin.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Det förekommer inte sådan medicinsk hantering inom verksamheten som ska redovisas enligt Strålskyddsmyndighetens krav.

En god säkerhetskultur

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

Avvikelsehantering

Avvikelsehanteringen syftar till att säkra kvalitén, tryggheten och säkerheten i det dagliga arbetet kring den enskilde samt att tydliggöra ansvarsfördelningen. Underlag skapas för ständiga förbättringar, öka kunskapen kring riskfaktorer och lära av det som hänt samt förebyggande arbete.



Avvikelseberättelserna är en del av det löpande kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Utredning av avvikelser ska ske på lokal nivå i respektive teamledningsgrupp där enhetschef, sjuksköterska samt fysioterapeut och arbetsterapeut deltar. Avvikelser lyfts sedan med omsorgspersonalen vid teamträff/boråd samt redovisas som statistik vid arbetsplatsmöten. Avvikelsearbetet ger upphov till lärande och justering/uppdatering av rutiner och riktlinjer samt riskbedömning med åtföljande åtgärder. Redovisning av avvikelser ska ske två gånger per år till social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU).

Då stöd och omsorgsverksamheten har fått nytt dokumentationssystem så innebär det även att hantering av avvikelser i den digitala miljön ser annorlunda ut jämfört med det gamla dokumentationssystemet. I nuläget behövs det fler utbildningsinsatser för enhetschefer, vilket också kommer att tillgodoses. Under detta år kommer enheterna att lära sig hanteringen av digitala avvikelser i systemet samt skapa en följsamhet som är likriktig i kommunen. Avvikelserutinen har blivit reviderad i år och är genomgången av ledningsgruppen för stöd och omsorg.

Samverkan enhetschefer och legitimerad personal

Enhetschefer och sjuksköterskor på respektive enheter utgör tillsammans enhetens teamledningsgrupp. Syftet med teamledningsgruppen är att stärka varandras yrkesroller men framför allt gemensamt driva verksamheten på enheten utifrån personcentrerat arbetssätt och för en god patientsäkerhet i samverkan med omsorgspersonal. År 2023 infördes nätverksträffar utifrån behov av att stärka dessa teamledningsgrupper och då stöd och omsorgsavdelningen hade erhållit ett antal nya enhetschefer. Dessa nätverksträffar fortsatte under 2024. Vid dessa träffar diskuteras rutiner, nya händelser inom verksamheten, välfärdsteknik, delar med sig av goda exempel. Djupare arbete har gjorts kring teamträffarna på enheterna där enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt omsorgspersonal deltar.

Under 2025 genomfördes inga nätverksträffar mellan enhetschefer och legitimerad personal. Nya tag behövs göras för att få till teamledningsträffar på alla enheter med tanke på nya enhetschefer och ny legitimerad personal. Även fysioterapeut och arbetsterapeut bör ingå i enhetens teamledningsgrupp men utmaningen för rehabgruppen är att fördela sina resurser över hela kommunen.

Teamträffar/boråd

På varje enhet – särskilt boende och hemsjukvårdsområde – har man teamträffar/boråd en gång per månad. Syftet med teamträffar/boråd är att den enskilde ska bibehålla sina funktioner och förmågor samt att pågående försämring, som ett normalt åldrande och sjukdom innebär, kan fördröjas. Detta uppnås genom ett teamarbete kring den enskilde. I teamet ingår enhetschef, sjuksköterska, omsorgspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Med god kännedom om den enskildes behov och önskemål skapas trygghet genom att tillgodose dennes behov på bästa sätt, ta vara på teamets kunskap till nytta i planeringen för den enskilde samt ge förutsättningar för ett gemensamt synsätt för omsorgspersonalen. Det är fokusering på eventuella oklarheter/frågeställningar/omvårdnadsbehov kring den enskilde. Det kan vara förändringar ur social aspekt eller ur medicinsk synvinkel eller utifrån rehabiliterande/mobiliserande behov. Specifika avvikelser kan diskuteras till exempel fallolyckor eller resultat från kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret. Varje deltagare tar sitt ansvar i mötet utifrån sin yrkesroll genom att ställa frågor och följa upp

tidigare åtgärder. Dokumentation förs i den enskildes hälso-och sjukvårdsjournal respektive sociala journal.

LOKSAM – Lokalsamverkan kommun och region

Ragunda kommun och den regionala primärvården har samverkansmöten tillsammans. Samverkan sker via regelbundna månatliga LOKSAM träffar. Inom dessa mötesformer ingår att identifiera brister och risker i den gemensamma planeringen och hantering av medborgare i Ragunda kommun samt att vid identifierade risker/brister utforma rutiner och åtgärder för att eliminera och/eller minimera att liknande situationer inte uppstår igen.

Kvalitetsregister

Senior Alert är ett kvalitetsregister kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall, undernäring och risk för ohälsa i munnen. Alla personer som är äldre än 65 år och får vård och omsorg av kommunen ska riskbedömas enligt evidensbaserade skattningsskalor. Genom att använda bedömningsinstrument skapas en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare. De risker som upptäcks ska alltid följas av en vårdplan. I den dokumenteras ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut till omsorgspersonalen. Vårdplanen följs upp och utvärderas regelbundet. Riskbedömning, åtgärder och uppföljning i Senior Alert sker på särskilt boende och även i viss utsträckning vid ordinärt boende. Resultatet från riskbedömningen används också vid årlig avstämning med läkare i samband med läkemedelsgenomgång. Riskbedömningen i Senior Alert utförs vid inflyttning till särskilt boende och sedan återkommande årligen eller oftare efter behov.

Svenska Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan och omsorgspersonalen som vårdat en avliden besvarar tillsammans ett antal frågor i registret, vilket ger möjlighet till reflektioner och lärdomar på lokal nivå.

Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Den enskilde bör få vård där hen vill vara, inte behöva vara ensam och veta att närstående får stöd.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra bland annat hälso- och sjukvårdens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens verksamhet på olika nivåer. Resultaten ger inte en heltäckande bild av kvaliteten och behöver kompletteras med andra underlag som är relevanta för verksamheten. Tolkning bör också ske med hänsyn till regionala och lokala förutsättningar.

Arbetet med resultatet av öppna jämförelser skulle kunna intensifieras och redovisas tydligare för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal samt arbetas mer i ledningsgruppen för stöd och omsorgsavdelningen. Till exempel behöver arbetet kring patientsäkerheten på denna nivå lyftas och tydliggöras.

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.



Legitimerade personal

Under 2025 anställdes det fler sjuksköterskor vilket gör att arbetsgruppen är nu fulltalig. Rehab gruppen har fortsatt behov av bemanningspersonal utifrån föräldraledighet och vakant arbetsterapeutjänst.

Undersköterskeutbildning

Inom Äldreomsorgslyftet har arbetsgivaren kunnat erbjuda undersköterskeutbildning i samverkan med Jämtlands gymnasium. Utbildningen sker på betald arbetstid och omfattar ca 2 dagar per vecka. Förra året utbildades 3 medarbetare och under 2026 kommer 8 medarbetare studera till undersköterska.

Lyftutbildning

All omsorgspersonal som i sitt arbete ska använda personlyft och lyftsele ska ha genomgått lyftutbildning kring handhavande och risker kopplade till personlyftar, innan man får använda hjälpmedlet. Enhetschef ansvarar för att ordinarie samt ny personal får utbildningen. Därefter ansvarar omsorgspersonalen för att använda de lyftselar till personlyft som arbetsterapeut eller fysioterapeut individuellt provat ut och instruerat om. Dokumentation ska finnas på enheten över vilken omsorgspersonal som gått utbildningen. Vid tillfällen när verksamheten anställer personal där möjlighet till lyftutbildning innan arbete hos person med personlyft inte finns, ska säkerheten garanteras genom att ej utbildad omsorgspersonal utför lyft tillsammans med omsorgspersonal som genomgått utbildningen. Planeringen ska dock vara sådan att ej utbildad omsorgspersonal snarast ges möjlighet till utbildning. Lyftutbildning ges av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I utbildningen ska ett rehabiliterande arbetssätt understrykas vilket innebär att se personalens insatser som ett stöd i förhållande till personens egna förmågor. Förskrivning av lyft behöver inte innebära att samtliga förflyttningar ska ske med lyft.

Personalen ska genom utbildning ha kunskap i säkert handhavande, skötsel, etik och vad som kan föranleda att ny kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut ska tas. Progredierande sjukdomar och ex viktförändringar kan leda till att ny bedömning av lämpligt förflyttningssätt bör göras. Utbildningen är ca 4 timmar och omfattar en teoretisk samt praktisk del. För att godkännas ska deltagaren dels praktiskt prova att använda personlyft, dels att själv bli förflyttad med personlyft, samt ha alla rätt på det skriftliga kunskapstestet. Återkoppling ges till ansvarig enhetschef efter genomgången utbildning och godkända deltagare erhåller ett intyg.

Utbildningar hölls vid flera tillfällen under förra året och kommer att fortsätta även detta år. Lyftutbildningen kommer att vara en återkommande utbildning varje år för att fånga upp ny omsorgspersonal.

Digital utbildningsmiljö

Kommunen har en digital utbildningsmiljö som kallas för Ragunda portalen. Här kan omsorgspersonalen finna guider som kan hjälpa och vara stöd i det dagliga arbetet. Ny anställd personal ska via portalen

genomföra introduktionsutbildning som omfattar basal omvårdnad och hygien samt kurs i lagar och dokumentation. Det finns även andra utbildningar som all personal ska ta del av oavsett vilken verksamhet man arbetar inom.

Medarbetaren får ett meddelande på sin kommunmejl om vilken kurs som ska göras. Vederbörande enhetschef kan spåra och se vilka utbildningar medarbetaren har genomfört respektive inte genomfört. Om en utbildning inte görs, kommer det påminnelsemeddelande till medarbetaren. Den informationen når även berörd enhetschef.

Implementeringen av den digitala utbildningsmiljön fortsätter. Det finns stor potential att utveckla portalen med andra utbildningsfilmer till exempel läkemedelsutbildning inför delegering samt att komplettera med prov och tester. Det är av stor vikt att enhetscheferna på de olika enheterna i verksamheten även arbetar med uppföljning av dessa utbildningsfilmer tillsammans med omsorgspersonalen för att fånga upp frågor/reflektioner samt för att kunskapen ska integreras i arbetet.

Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Genomförandeplaner

En genomförandeplan beskriver hur den enskilda personens insatser ska utformas utifrån dennes behov och önskemål. Utifrån biståndsbeslutet ska en plan upprättas där det framgår hur insatsen ska genomföras och att planerade aktiviteter dokumenteras. På detta sätt ökar förutsättningen för gemensamma beslut där den enskilde har inflytande över hur insatserna ska utföras. Om den enskilde inte kan uttrycka sina önskemål bör omsorgspersonalen visa på hur man gått till väga för att fånga upp den enskildes intressen och önskningsar. De mål som beskrivs i genomförandeplanen bör ha en koppling till den enskildes vardag samt vad som är önskvärt och realistiskt att uppnå. Planen ska hållas aktuell och ska revideras regelbundet tillsammans med den enskilde vid förändrade behov.

Vid inflyttning på särskilt boende ska enhetschef och kontaktperson tillsammans med den enskilde/enskildes företrädare upprätta en genomförandeplan inom två veckor. Planen ska sedan följas upp var sjätte månad eller oftare vid behov.

Brytpunktsamtal

För att uppnå en god och säker vård ska den enskilde och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När behandling övergår från kurativ behandling till symtomlindring och palliativa insatser ska behandlade läkare hålla ett brytpunktssamtal med den enskilde samt eventuellt anhöriga. Det ger den enskilde och dennes anhöriga möjlighet att förbereda sig inför att livet lider mot sitt slut. Med insikt om sin situation skapas också valmöjligheter för att planera den sista tiden i livet. Den palliativa vården lindrar lidande på olika plan genom att utgå ifrån symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd. Via brytpunktssamtalet kan den enskilde ledas i övergången till palliativ vård i livets slutskede utifrån dennes val om livsinnehåll den sista

tiden av sitt liv. Förutsättningar skapas för valfrihet och delaktighet för den enskilde i sin egen vård exempelvis gällande lindrande behandling eller vårdform.

Samtycke

Patientlagen stärker och tydliggör den enskildes ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Därför inhämtas samtycke vid koordinering av den enskildes vård. Samtycket kan den enskilde återkalla när denne så önskar. Samtycke berör inhämtning/lämning av information till närstående, till andra professioner inom kommunen samt till andra vårdgivare/myndigheter. Samtycket kan gälla alla dessa tre områden eller begränsas till ett eller två områden. Omfattningen kan beröra inga begränsningar, viss begränsning eller inget medgivande. Beslutsunderlaget kan vara skriftligt eller muntligt. Menprövning kan också förekomma. Samtycke inhämtas i första hand av den enskilde men om det inte är möjligt så kan det inhämtas från annan person t.ex. anhörig. Samtycke ska uppdateras årligen genom att den enskilde får ta ett nytt ställningstagande till koordinering av sin egen vård.

Läkemedelsgenomgångar

Inför läkemedelsgenomgång används symtomskattningsskalan Phase 20 som utgår ifrån den enskildes upplevelse av olika symtom som skulle kunna härledas till läkemedelsbiverkning. Sjuksköterska eller omsorgspersonal går igenom detta dokument tillsammans med den enskilde. Finns också möjlighet att i dokumentet anteckna om det är något annat den enskilde vill framföra kring sin läkemedelsbehandling. Det är eftersträvningsvärt att den enskilde tillsammans med läkare kan diskutera utfallet av Phase 20 och gemensamt komma fram till eventuella ändringar eller åtgärder.

Samordnad individuell plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och bedömning görs att samordning behövs för att tillgodose dessa behov, ska en individuell plan upprättas om den enskilde samtycker till det. Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde samt berörda aktörer, vilket innebär möjlighet för den enskilde att vara engagerad och kunna påverka sin vård.

Enkäter

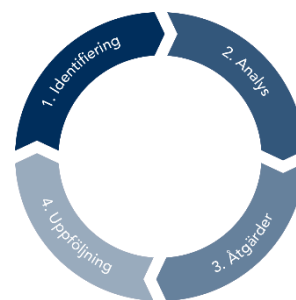
Enkätundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” skickas ut till de äldre som har hemtjänst eller som bor på ett av kommunens SÄBO. Syftet är att ge de äldre en möjlighet att lämna sina synpunkter på kommunens äldreomsorg. Även anhöriga ges möjlighet att få komma till tals genom direkta frågor. Resultatet är sedan ett underlag för verksamheten att utgå ifrån i arbetet med en god äldreomsorg. Det är Socialstyrelsen som sammanställer enkätsvaren. För att ta del av resultaten se bifogad länk.

[Öppna jämförelser 2025 – Resultat från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” - Socialstyrelsen](#)

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Läkemedelsskåp

På alla kommunens särskilda boenden är det låsbara läkemedelsskåp som öppnas med arbetstelefonen. Omsorgspersonal med läkemedelsdelegering har ett personlig inlogg vilket ger en spårbarhet. Även sjuksköterskorna har personligt inlogg till patienternas läkemedelsskåp.

Skyddsåtgärder

Hälso- och sjukvårdslagen bygger på frivillighet, vilket innebär att man inte kan vidta åtgärder mot en persons vilja. Hälso- och sjukvården ska utgå ifrån respekt för patientens delaktighet, självbestämmande och integritet. I grundlagen, Regeringsformen 2 kap. 6 och 8 §, står att stat, kommun och deras anställda inte får frihetsberöva eller påtvinga en medborgare kroppsliga ingrepp. Ett påtvingat kroppsligt ingrepp innebär i första hand våld men hit hör även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagningar och tvångsmedicinering.

En skyddsåtgärd innebär att göra något mot den enskildes vilja och/eller att frihetsberöva och begränsa den enskildes rörelsefrihet. Skyddsåtgärd kan bli aktuella vid situationer där patienten begränsas från att röra sig fritt genom att hinder som brickbord, bälten, sänggrindar och passiva larm. Förskrivning av dessa hjälpmedel utan ett samtycke eller där den enskilde visar ett motstånd är att betrakta som tvångsåtgärd, vilket inte får förekomma.

Inför en förskrivning av skyddsåtgärd ska en teambaserad utredning om bakomliggande behov genomföras. Utredningen ska identifiera behov som kan orsaka de beteenden som skapar risker för den enskilde och utifrån resultatet prova olika lösningar. Det är beskrivet i rutin vilket ansvar olika yrkesgrupper har såsom legitimerad personal, enhetschef och omsorgspersonal angående skyddsåtgärd.

Under minst en månad från det att skyddsåtgärden börjat användas ska samtycke dokumenteras i patientjournalen samt följas upp kontinuerlig. Legitimerad personal ska aktivt efterfråga och följa upp om patienten samtycker till skyddsåtgärden eller visar några negativa reaktioner.

Digital signering

Omsorgspersonalen signerar utförda delegerade hälso- och sjukvårds uppgifter via digital signeringsapp. Legitimerad personal upprättar signeringslistor för aktuella patienter och lägger in en tidsrymd för när insatsen ska utföras. Både legitimerad personal och enhetschefer kan dagligen ta del av följsamheten kring signeringen, både på enhetsnivå och utifrån varje enskild omsorgspersonal. I appen förs även dokumentation över vid behovs narkotika där sjuksköterskan kan följa uttagen och se när det fattas.

Den digitala signeringsappen ger också möjlighet för omsorgspersonalen att lägga beställningar till sjuksköterskan när det fattas t ex. vid behovs medicin, näringsdrycker eller inkontinensskydd. All omsorgspersonal med delegering för den enheten kan sedan följa processen från beställning till leverans. Detsamma gäller för alla sjuksköterskor. Det är ett säkrare sätt för alla parter och gagnar patienten.

Egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Frekvens	Källa
Vårdrelaterade infektioner	Särskilt och ordinärt boende.	Sammanställning 2 ggr/år av MAS. Deltagande i HALT 1 ggr/år.	Avvikelserapportering. Rapportering till MAS varje månad. Senior Alert, Socialstyrelsen
Trycksår	Särskilt och ordinärt boende.	Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	Avvikelserapportering. Registrering i Senior Alert.
Fall	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerlig avvikelse arbete med bedömning och analyser varje vecka samt uppföljning med övrig vårdpersonal 1 ggr/mån. Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	Avvikelserapportering. Registrering i Senior Alert.
Läkemedelstillsyn	Alla enheter	Narkotiska preparat 1 ggr/mån. Övriga läkemedel 4 ggr/år. Intern tillsyn av MAS 2 ggr/år.	Narkotikajournaler. Signeringslista för övriga läkemedel.
Tillsyn av delegeringar	Särskilt och ordinärt boende.	1 ggr/år av ansvarig ssk/dsk på resp. enhet.	Delegeringssystem i signeringsprogrammet MCCS.
Palliativ vård	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerlig registrering. Uppföljning 1 ggr/år av MAS.	Palliativa registret. Socialstyrelsens öppna jämförelser.
Avvikelser	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerligt arbete med bedömning och analyser veckovis samt uppföljningar med övrig vårdpersonal 1 ggr/mån.	Avvikelsehanteringssystem i dokumentationsprogram Viva.

		Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	
Nattfasta	Särskilt boende	2 ggr/år Uppföljning av MAS 2 ggr/år.	Nattfastemätning

Följsamheten har varit vag och otydlig under året pga. avsaknad av MAS i verksamheten. Under 2026 prioriteras återinförandet av ovanstående egenkontroller med regelbundna rapporteringar till MAS för uppföljning och sammanställningar enligt plan för att stärka patientsäkerheten utifrån analys och lärande av resultaten. Under våren 2026 kommer det att ske en extern kvalitetsgranskning av sjuksköterskornas läkemedelsförråd i kommunen.

Svenska HALT

Svenska Halt är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning vid särskilt boende (SÄBO). Mätningen utförs som en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på SÄBO. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella strama. Socialstyrelsens sammanställning av resultat från Svenska HALT mellan åren 2015 – 2024 visar att riskfaktorer så som t ex. urinkateter och trycksår ökar risken för vårdrelaterade infektioner vid SÄBO. Målet för 2025 var ökad delaktighet i nationella mätningen av kommunens alla SÄBO men pga. avsaknad av MAS deltog inte något SÄBO. Samma målbild sätts i år dvs. ökad delaktighet i Svenska HALT.

Kvalitetsregister

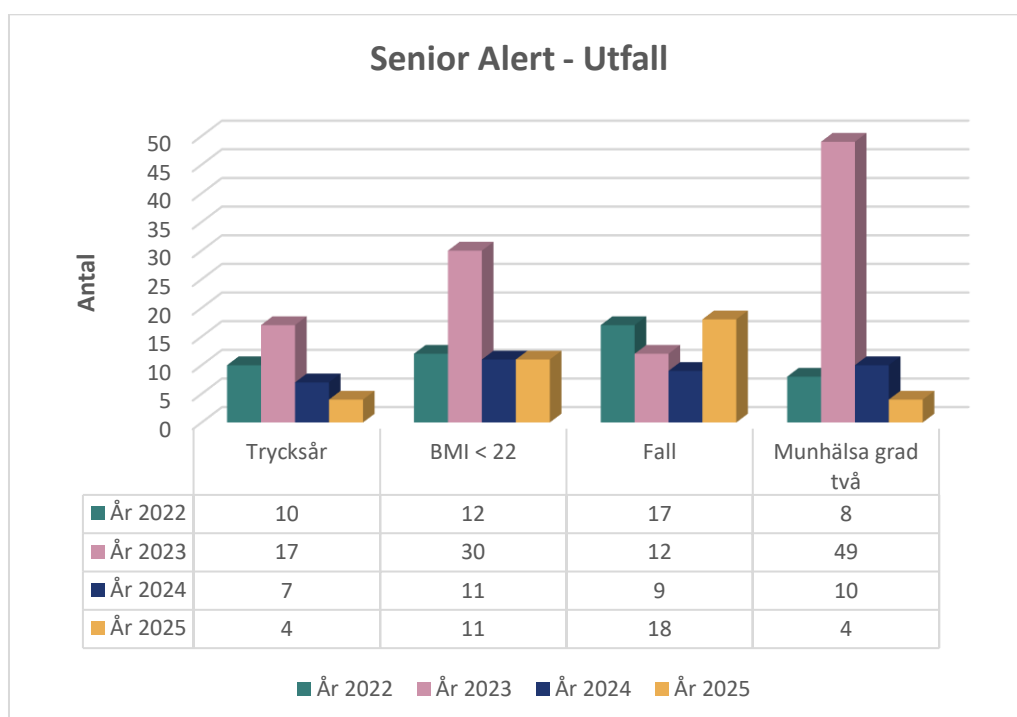
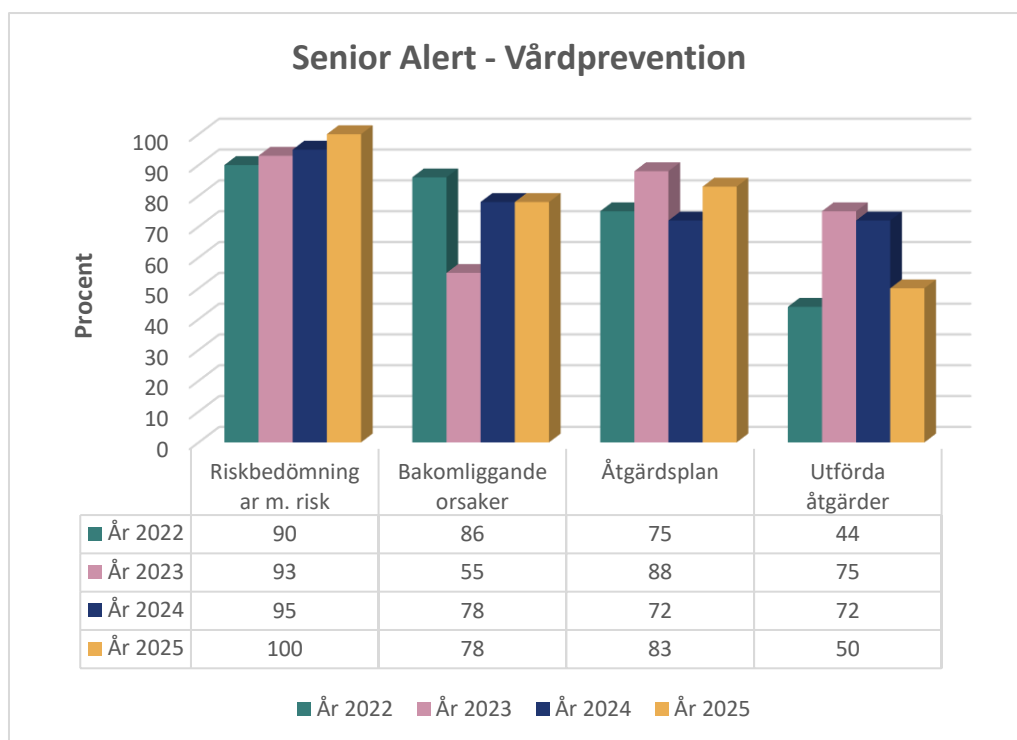
Inom den kommunala hälso-och sjukvården arbetar främst legitimerad personal med kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret. Kvalitetsregister är individbaserade och innehåller diagnos, insatta åtgärder samt resultat. Genom att arbeta med resultaten får verksamheten återkoppling på sitt arbete och vad som kan behöva åtgärdas. Datan kan också användas för att jämföra enheter emellan eller mot andra kommuner eller nationellt. Arbetet med kvalitetsregistren sker på den egna enheten. Ett teambaserat arbete med olika yrkesroller är att föredra för att kunna analysera data och risker utifrån olika professioner. Ökat arbete kring statistik och resultat bör också ske både lokalt och övergripande, för att ge uppslag till förbättringsarbeten. Det ger också en möjlighet att dela med sig av goda exempel.

Resultat Senior Alert

	År 2022	År 2023	År 2024	År 2025
Antal gjorda riskbedömningar	31	96	38	18
Antal personer inskrivna i Senior Alert	35	77	35	17

Riskbedömningar kan ske oftare än 1 ggr/år per person.

I kvalitetsregistret Senior Alert arbetar man med riskbedömningar utifrån trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Riskbedömningarna görs minst en gång per år samt vid försämring av patientens allmäntillstånd. Efter gjorda riskbedömningar tittar man närmare på vilka bakomliggande orsaker det kan finnas t.ex. orsaker till varför patienten har en förhöjd risk för trycksår. Utifrån det upprättas en åtgärdsplan som över tid ska följas upp. Senior Alert kan användas både vid SÄBO och inom hemsjukvården ordinärt boende. Ovanstående tabell visar att arbetet i Senior Alert minskar i kommunen utifrån att antalet inskrivna personer i Senior Alert är lägre jämfört med de tidigare åren. De flesta registreringar görs vid särskilt boende.



Tabellen visar antal riskbedömningar med risk för trycksår, patienter med BMI <22, risk för fall samt munhälsa grad två.

Analys av resultaten från Senior Alert

Resultatet från tabellerna visar på att det behövs mer implementeringen av Senior Alert i det dagliga sjuksköterskearbetet. Resultatet från riskbedömningarna är ett bra material att visa läkare vid konsultation. I Senior Alert finns det olika åtgärdsförslag utifrån trycksår, nutrition, fall och munhälsa. Det är en fördel att arbeta i ett team kring analys av bakomliggande orsaker, åtgärder samt själva uppföljningen och

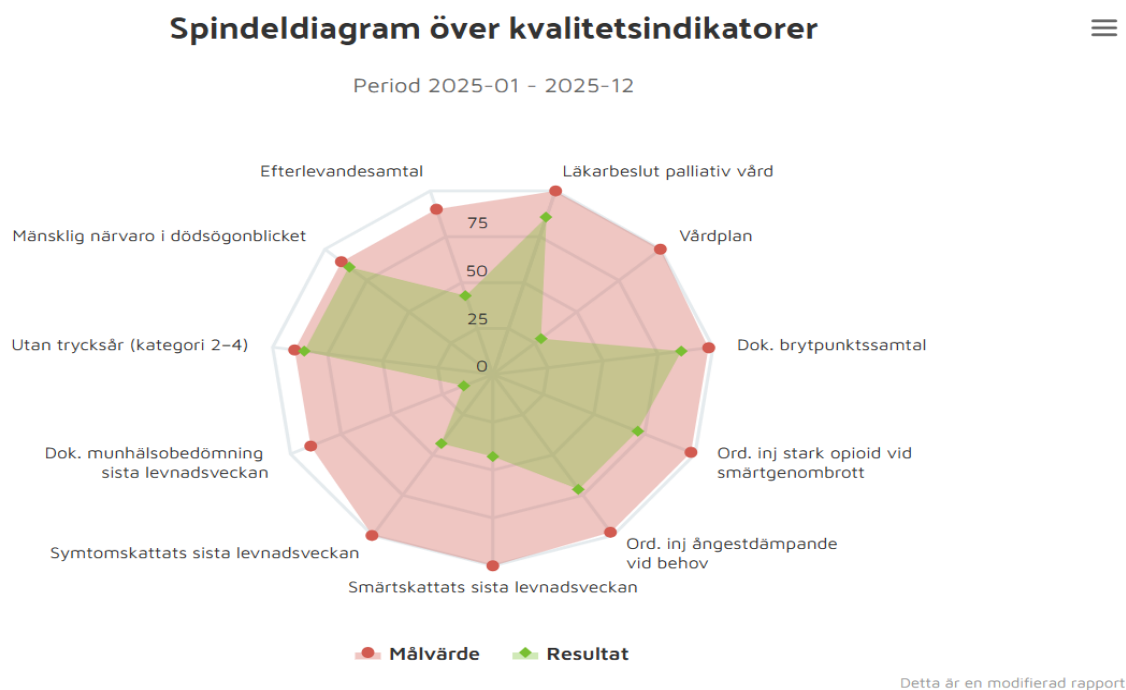
utvärderingen av de planerade åtgärderna. Exempel på yrkesroller i teamet är sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska samt i vissa fall även läkare och enhetschef.

Genom att regelbundet arbeta i Senior Alert stärks även patientsäkerheten eftersom man identifierar riskområden och försöker minimera skada. Åtgärder planeras utifrån riskbedömningen och bakomliggande orsaker samt även utifrån patientens behov och förmågor. På så sätt fokuseras omvårdnadsarbetet utifrån varje unik patient. Ett aktivt arbete med åtgärder, resultat och uppföljningar som genomsyrar hela arbetsgruppen på enheten leder också till en ökad kvalitet på omsorgen och de medicinska insatserna.

En god munhälsa underlättar för den äldre att både prata och äta samt minskar risken för infektioner i kroppen. Utifrån resultatet för riskbedömning av munhälsan föreligger det sannolikt ett stort behov av insats kring munvård. Det vittnar även resultat från Palliativa registret där dokumenterad munvård sista levnadsveckan har låg uppfyllnadsprocent.

Arbetet kring att minska fallavvikelser kan också stödjas av resultat i Senior Alert. En riskbedömning som visar på låg risk kan ändå generera i förebyggande åtgärder. Visar bedömningen på stor risk kan man gemensamt överväga de förslag på åtgärder som kvalitetsregistret föreslår. Risk för fall kan också bero på undernäring som i sin tur kan bero på en sämre munhälsa.

Resultat Palliativa registret



Spindeldiagrammet är sammanställt av Palliativa registret.

Kvalitetsindikatorer mellan åren 2022 – 2025, Ragunda

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde,%</u>	<u>Resultat 2022,%</u>	<u>Resultat 2023,%</u>	<u>Resultat 2024,%</u>	<u>Resultat 2025,%</u>
Vårdplan	100,0	75,0	54,8	41,7	28,6
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	95,0	74,2	91,7	85,7
Dokumenterat brytpunktssamtal	98,0	85,0	67,7	83,3	85,7
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	90,0	83,9	100,0	71,4
Ordination injektion ångestdämpande vid behov	98,0	90,0	83,9	100,0	71,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	65,0	51,6	41,7	42,9
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	40,0	45,2	41,7	42,9
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	70,0	32,3	41,7	14,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,0	87,1	100,0	85,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	85,0	83,9	91,7	85,7
Efterlevnadssamtal	90,0	50,0	87,1	33,3	42,9

Sett till de senaste fyra åren så finns det förbättringsområden i kommunens palliativa vård.

- Aktuell vårdplan får successivt allt lägre procenttal från år till år medan smärtskattning utförts något mer förra året jämfört med föregående år.
- Dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan har minskat med 27,4% jämfört med år 2024.
- Ordination av opioider och ångestdämpande läkemedel har minskat procentuellt. En orsak kan vara oväntade dödsfall där läkaren inte hunnit ordinera eller så har det inte funnits något behov av att ge smärtstillande eller ångestdämpande läkemedel.
- Symtomskattning av andra symtom än de som redovisas som kvalitetsindikator uppvisar låga procentuella siffror. Det kan bero på att det kan upplevas otydligt vilka andra symtom som ska uppmärksammas utöver smärta, ångest, munhälsa och trycksår. Exempel på andra symtom kan

vara illamående, förstoppning, spänd urinblåsa eller torra ögon. I den Palliativa pärmén, som omsorgspersonalen ska använda vid vård i livets slut, ingår en checklista för omvårdnad. Den tar upp bl.a. ögonvård, byte av inkontinensskydd eller tömning av urinkateter, avföring och illamående. Låga procenttal kan bero på att man inte uppmärksammar checklistan i samband med registrering i Palliativa registret alternativt att pärmén inte användes.

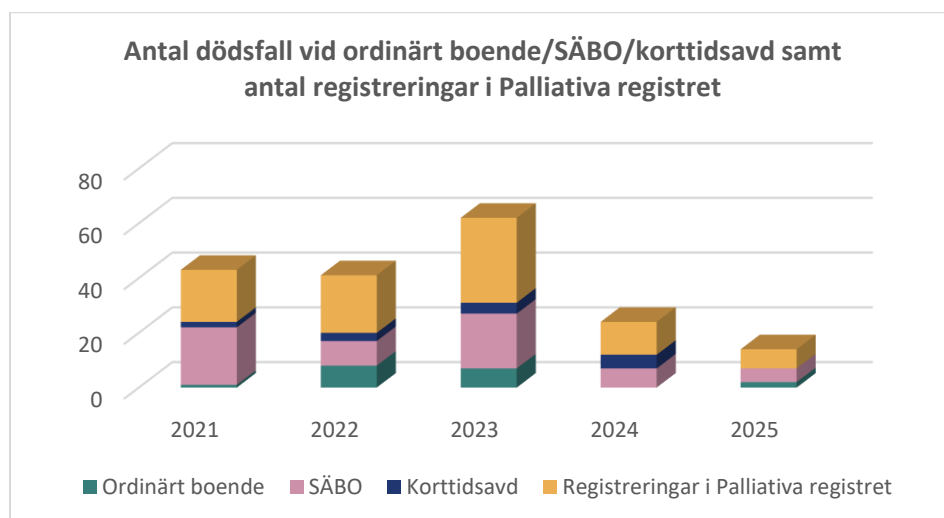
- Efterlevandssamtal har ökat med ca 10% från 2024 men är ändå ett mycket lågt resultat sett till målvärdet. Om den avlidne inte har några anhöriga så blir det ändå ett ja i statistiken. I samtalet ges den anhöriga möjlighet att ge feedback på den vård och omsorg som gavs den avlidne inför livets slut. Det kan ge värdefull information om vad som kan förbättras i den kommunala palliativa vården. Dock finns det inte ett systematiskt omhändertagande av den mottagna informationen så att den kommer hela verksamheten till gagn. Palliativa registret erbjuder efterlevandssenkäter som enheten kan skicka ut. Det ska ses som ett komplement till den muntliga återkopplingen med anhörig efter patientens bortgång. I länet så skickades det ut 130 sådana enkäter förra året med utfall på 52 besvarade. Det är endast ett fåtal kommuner i länet som arbetar med efterlevandssenkäter. Efterlevandssenkäter tillsammans med arbete utifrån kvalitetsindikatorerna samt uppföljning av enheternas resultat i Palliativa registret leder till stärkt patientsäkerhetsarbete samt ökad fokus på den individuella omvårdnaden.

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde,%</u>	<u>Resultat</u> <u>Ragunda,%</u>	<u>Resultat</u> <u>Jämtland,%</u>	<u>Resultat</u> <u>riket,%</u>
Vårdplan	100,0	28,6	61,5	74,6
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	85,7	89,9	91,6
Dokumenterat brytpunktssamtal	98,0	85,7	75,7	82,2
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	71,4	94,4	95,9
Ordination injektion ångstdämpande vid behov	98,0	71,4	94,0	95,5
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	42,9	63,7	71,2
Symtomskattats sista levnadsvecka	100,0	42,9	47,7	56,6
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	14,3	53,4	64,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,7	89,9	86,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	85,7	88,9	83,7
Efterlevnadssamtal	90,0	42,9	74,1	79,1

Kvalitetsindikatorer- En jämförelse med länet och riket år 2025

Utifrån förra årets resultat på länsnivå respektive hela riket, så tyder det på att det finns utmaningar för att uppnå målvärden för en del kvalitetsindikatorer. Dokumenterad munhälsa sista levnadsvecka är 53,4% i länet respektive 56,6% i riket. Symtomskattning sista levnadsveckan är 42,9% i Ragunda medan procentsatsen för länet är 47,7% och 56,6% för riket. Vi har en del utmaningar för att nå upp till målvärden men resultatet för förra året visar på gott omvårdnadsarbete med att förebygga trycksår då 85,7% saknade trycksår kategori 2-4 samt att mänsklig närvaro vid livets slut prioriteras. Ragunda hade också högst måluppfyllelse av dokumenterad brytpunktsamtal jämfört med både länet och riket.

Registreringar i Palliativa registret kontra antal dödsfall



Inrapporterade dödsfall till Skattemyndigheten är ett större antal än vad som anges i tabellen. För år 2025 rapporterades det totalt 53 dödsfall till Skattemyndigheten. Av dessa är det 31 som saknar uppgift om dödsplats. På sjukhuset avled 10 personer folkbokförda i Ragunda samt 2 personer inom specialiserad palliativ slutenvård. Kommunens sjuksköterskor registrerar bara i Palliativa registret patienter som tillhört hemsjukvården (dvs. ordinärt boende), särskilt boende eller var inlagda på kommunens korttidsavdelning. Därför redovisas bara antal dödsfall vid dessa enheter kontra antalet registreringar gjorda i Palliativa registret.

Antal registreringar i Palliativa registret ligger nära antal dödsfall vid ordinärt boende/särskilt boende/korttidsavdelning de senaste fem åren. Differensen har som högst varit 6 registreringar. Den procentuella följsamheten i Palliativa registret är således oftast mer än 70%.

Analys av resultat från Palliativa registret

Enheter kan bli bättre på att analysera sin statistik och återkoppla till omsorgspersonalen för att vidareutveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården och omsorgen vid livets slut. Det finns också en möjlighet att dra lärdom av sina resultat och höja kunskapsnivån kring palliativ vård bland omsorgspersonalen.

Flera av kvalitetsindikatorerna är områden som även är av stor vikt vid vård och omsorgsarbete av patienter som inte befinner sig vid livets slut. För att kunna göra en utvärdering av insatt åtgärd bör någon form av mätinstrument användas. Det finns flera mätinstrument att använda vid smärtskattning och i kommunen har vi anammat VAS skalan resp. Abbey pain scale beroende på graden av kognitiv klarhet

hos patienten. Bedömning av munhälsan kan göras via munhälsobedömningsformulär ROAG och som finns att tillgå via Senior Alert. Genom att integrera detta tydligare i den dagliga omvårdnaden så kommer det falla sig mer naturligt även vid omvårdnad vid livets slut.

Under 2024 reviderades den palliativa pärmen så att den blev mer användarvänlig. Innehållet fick en tydligare struktur med enklare tabeller, bedömningsunderlag och råd. Bl.a. underlag för bedömning av munhälsan och smärtskattning. Omvårdnaden som ska utföras utgår ifrån den enskilda personen där hänsyn tas till självbestämmande rätt och personcentrerad vård, vilket lyftes fram tydligare i den reviderade upplagan. Den palliativa pärmen är ett stöd för omsorgspersonalen vid omvårdnaden av patient vid livets slut samt ett arbetsredskap även för sjuksköterskan för uppföljning av omvårdnaden. När sjuksköterskan sedan ska registrera dödsfallet i Palliativa registret kan den palliativa pärmen vara ett underlag för informationshämtning. Den uppdaterade palliativa pärmen kom i bruk under förra året och utifrån dess utformning kan den vara en kvalitetshöjande åtgärd vid omvårdnad vid livets slut.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelsehantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör avvikelsehantering en del av det arbetet. Avvikelse ska identifieras, åtgärdas, dokumenteras, rapporteras, analyseras, följas upp och återföras till verksamheten så att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet uppmärksammas.

Avvikelse rapport ska göras av den som upptäcker avvikelsen. Denna skyldighet har alla inom stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) oavsett yrkeskategori eller arbetstillhörighet. För att förhindra att någon drabbas av en vårdskada ska de nödvändiga åtgärderna vidtas skyndsamt. Har en vårdskada uppstått, ska åtgärder skyndsamt vidtas för att begränsa den negativa effekten så mycket som möjligt för den enskilde. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat.

Det åligger varje enskild enhet inom SoO avdelningen att utreda inträffad vårdskada eller risk för vårdskada där analysen och åtgärder syftar till att identifiera orsak till händelse. Via ett gemensamt teamarbete utarbetas åtgärder för att undvika att liknande händelser inträffar igen. Arbetet med en teambaserad analys av inkomna avvikelser utgörs av en analyskedja som utförs enligt rutin och under en tidsperiod för att analysen ska ha ett värde att återföra till verksamheterna.

Händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska för utredning och analys. Eventuellt kan utredningen leda till anmälan till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Ärenden till IVO ska vidarebefordras till kommunens social- och arbetsmarknadsutskott för kännedom. Medicinskt ansvarig sjuksköterska delger verksamheten på lokal nivå samt ledningsgruppen för SoO avdelningen information kring utredningsresultat samt uppföljning utifrån IVOs svar på anmälan.

Avvikelsehantering ingår i ett aktivt kvalitets- och förbättringsarbete. Antalet avvikelser visar inte på verksamhetens kvalitet utan fokuserar på vad som inträffat och inte på vem som varit inblandad. Hos omsorgspersonal kan det finnas en känsla av att man anger kollega genom att rapportera en avvikelse. Därför är det av stor vikt att varje enhet arbetar med information kring syftet med avvikelsehantering, hur arbetsgången ser ut vid utredning av avvikelse samt delger resultat av detta arbete. Förankras detta som ett naturligt inslag i verksamhetens övriga uppdrag så ökar möjligheterna till ett gott patientsäkerhetsarbete vilket gagnar den enskilde och verksamheten i stort.

Utmaningen i år är att anamma ett nytt verksamhetssystem inklusive nytt avvikelssystem vilket innebär att den digitala avvikelseprocessen ser annorlunda ut mot tidigare verksamhetssystem. Avvikelseriktlinjen är uppdaterade för året med tyngdpunkt på att bearbetning och analys av avvikelser sker i team med olika yrkesgrupper för att öka möjligheterna till goda analyser utifrån professioner.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Kvalitetsledningssystem

Kommunstyrelsen i Ragunda kommun ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamhetsområdet stöd och omsorg. Verksamhetsområdet innefattar all stöd och omsorg som bedrivs för kommunmedborgare enligt Socialtjänstlagen och inom verksamheten med de särskilda insatserna enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30).

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns lagkrav på att LSS-verksamheten ska vara av god kvalitet. Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som gäller för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och sjukvård.

Socialstyrelsen definierar ett ledningssystem som ”ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten”. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemet ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Medarbetare ska respektera den enskildes värdighet och integritet. Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för detta samt att den enskilde och dennes anhöriga visas omtanke och respekt oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Den enskilde och dess anhöriga ska ges möjlighet att vara delaktiga i frågor som rör insatser och vård om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller i patientsäkerhetslagen. I ett gott bemötande ingår även hur information om verksamheten och insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.

Läkemedelsgenomgång

Medborgare som skrivs in i hemsjukvården eller genomför flytt till särskilt boende erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång. Den fördjupade läkemedelsgenomgången återkommer en gång per år. Varje läkemedel synas då utifrån:

- Rätt indikation för läkemedlet
- Behandlingseffekt
- Biverkningar, risk för biverkningar eller interaktion med andra läkemedel
- Nyttan av läkemedlet i jämförelse med övriga läkemedel och behandlingar

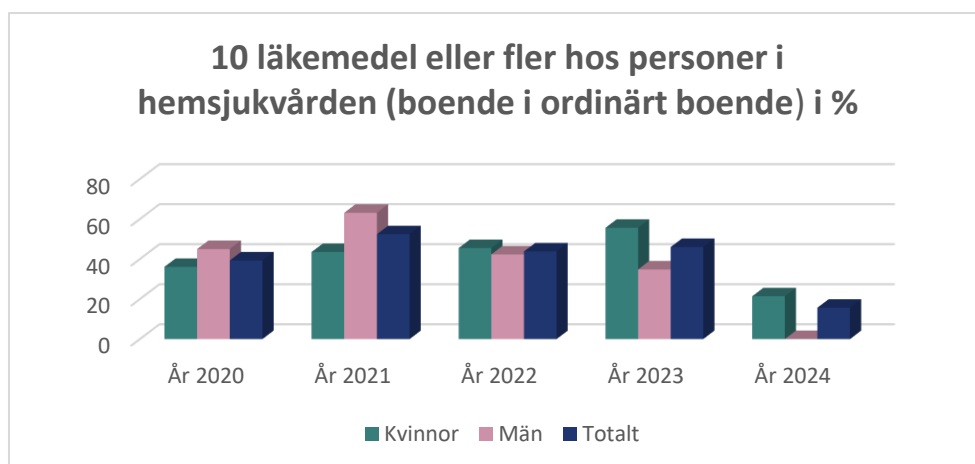
Personer som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård tillhör som oftast en skör grupp utifrån ålder och många diagnoser. Det är också vanligt förekommande att denna grupp har stor andel ordinerade läkemedel. Med tanke på detta kan det egentligen alltid finnas en misstanke om läkemedelsrelaterade problem varav en fördjupad läkemedelsgenomgång är berättigad. Kommunens sjuksköterskor följer rutin från lokala primärvården där det framgår vilka provtagningar, kontroller av parametrar som ska göras inför läkemedelsgenomgången. Symtomskattningsskalan Phase 20 används som utgår ifrån den enskildes upplevelse av olika symtom som skulle kunna härledas till läkemedelsbiverkning.

Öppna jämförelser – olämpliga läkemedel för äldre

Öppna jämförelser är en nationell datakälla från Socialstyrelsen i samarbete med andra aktörer såsom Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner. Kommuner kan följa sina resultat inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt jämföra resultat med andra kommuner samt på nationell nivå. På så sätt ger datainformationen stöd- och omsorgsavdelningen en grund för kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten.

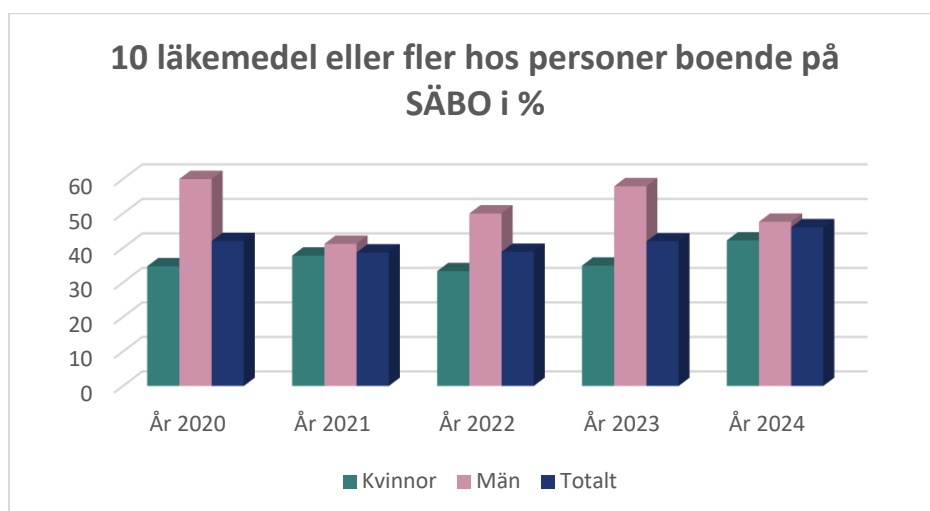
Läkemedelsanvändning bland äldre personer behöver beaktas utifrån att känsligheten för läkemedel ökar samt att både åldrandet i sig och sjukdomar påverkar. De äldre tenderar att ha många läkemedel vilket ökar risken för biverkningar och ogynnsamma effekter. Dessutom är det många sjukhusinläggningar av den äldre befolkningen som skulle kunnat undvikas med stram läkemedelsbehandling och uppföljning av behandlingseffekter utifrån ordinationer av läkemedel. Socialstyrelsen har sammanställt en lista över läkemedel som bör undvikas att ordinerar till äldre utifrån hög risk för biverkningar.

Nedanstående tabeller för personer boende i ordinärt boende respektive särskilt boende (SÄBO) visar att bakåt i tiden var det fler personer i ordinärt boende som hade 10 läkemedel eller fler. Med tiden har det skett ett skifte och år 2024 var det procentuellt fler i särskilt boende med 10 läkemedel eller fler. Kvinnorna är också överrepresenterade i de båda boendeformerna. Resultat för år 2025 kommer senare i vår.



Källa: Läkemedelsregistret, Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

Enligt resultat från Öppna jämförelser (Socialstyrelsen) så har procentandelen för olämpliga läkemedel i ordinärt minskat rejält mellan år 2023 – 2024. En nedgång med 30,3% som kan bero på mindre antal inskrivna i hemsjukvården eller läkarkontinuitet.



Enligt Öppna jämförelser ser totala trenden ut att öka gällande personer med 10 läkemedel eller mer på SÄBO. Med en nedåtgående kurva under åren 2021 och 2022 började kurvan sedan gå uppåt igen med en ökning av 8,1% fram till år 2024. Stapeln för män minskar till år 2024 medan den ökar för kvinnor. Personer boende på SÄBO är oftast multisjuka med många diagnoser och därför också många läkemedel. Det är av stor vikt att läkemedelsgenomgångar genomförs både regelbundet varje år och vid förändringar av patientens välmående och skörhet utifrån sjukdomar och ålder samt eventuella biverkningar av läkemedel. Teamet kring patienten är viktig, sjuksköterska, omsorgspersonal, läkare men även anhöriga i vissa fall samt patienten själv.

Säker vård här och nu

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



Medicintekniska produkter

Inom hälso- och sjukvården används medicintekniska produkter för olika ändamål. Det är enkla förbrukningsartiklar till högteknologisk utrustning, hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel såsom inhalatorer eller syrgaskoncentratorer. Enligt förordningen om medicinsktekniska produkter (MDR) så ska de vara spårbara gällande placering, underhåll, genomförd service samt reparationer. En medicinskteknisk produkt måste vara ändamålsenlig för sin användning.

Under 2024 påbörjades projekt med lagerapp för registrering av omläggingsmaterial. Det är höga kostnader för omläggingsmaterial som även har ett senast förbrukningsdatum. Enheterna kan ibland ligga på större kvantitet av en viss sorts produkt i sina förråd på grund av ändrade ordinationer eller stora utskrivningsvolymerna av externa aktörer. Kommunens hälso- och sjukvård bedrivs på tre orter. För att samordna användningen av omläggingsmaterial skannas varje produkt in digitalt i en lagerapp som kommunens alla sjuksköterskor har tillgång till. På så sätt hålls det lägre lagervolym på material som används mer sällan och risken för att material passerar ”bäst före datum” minskar.

Implementeringsarbetet fortsatte under 2025 och kommer att slutföras nu under våren 2026. Visar uppföljning och utvärdering av systemet goda resultat är tanken att även fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska börja använda lagerappen för att registrera hjälpmedel.

Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser innebär att en medicinsk arbetsuppgift överlåtes från någon som har formell kompetens till någon som har reell kompetens. Exempel på arbetsuppgift som kan delegeras är läkemedelshantering såsom att överlämna läkemedel utifrån de förutsättningar som gäller för utövaren.

Delegeringsförfarandet blir alltjämt mer en utmaning då grundläggande kompetens inte alltid finns hos omsorgspersonalen. Brister i språk och kommunikation är faktorer som gör förfarandet mer komplext för legitimerad personal. En annan anledning kan också vara brist på kompetens och lämplighet. Särskilt inför sommaren kan det bli svårigheter att säkerställa en bemanning med delegerad personal. Därtill ökade utmaningar avseende personalanskaffning framför allt inför sommarsemestrar. Det krävs innovativa lösningar och insatser på bred front för att säkra tillgång på personal, goda kunskapsnivåer samt goda kunskaper i språk och kommunikation.

Sedan 1 januari i år läggs det större ansvar på vårdgivaren när det handlar om delegering. Vårdgivarens ansvar lyfts fram särskilt gällande att säkra verksamhetens kvalitet, arbeta med riskbedömningar/risikanalyser, genomföra systematiska uppföljningar och egenkontroller samt ansvar för nivåer av kunskap och kompetens hos den som tar emot en delegering. Detta kommer att leda till stärkt patientsäkerhet och stärkt säkerhetsarbete i daglig verksamhet.

Språk

Brister i det svenska språket ses i dokumentation och i muntlig kommunikation både fysiskt och via telefon, vilket leder till missförstånd och i förlängningen utsätts den enskilde för en risk. Kommunen bör därför säkerställa att språkkunskaperna är tillräcklig goda för att säkra en god omvårdnad.

Kommunen har haft ett samarbete med Jämtlands gymnasium angående kurser i vårdsvenska. Då detta inte var en obligatorisk utbildning, så blev det ett svalt gehör bland omsorgspersonalen. Insatser för att stärka språket vid omsorgsarbetet är högst aktuellt för stöd och omsorgsavdelningen och särskilt utifrån att regeringen har lämnat en proposition till riksdagen med förslaget att språkrav införs i äldreomsorgen för omsorgspersonalen.

Korttidsavdelning

Under 2025 fick kommunens korttidsavdelning ytterligare två vårdrum att öppna upp när behovet av vårdplatser överskred de 8 ordinarie vårdplatserna. Dock har det blivit mer eller mindre permanent med 10 vårdplatser pga. patienter med godkänt beslut för särskild boende blir kvar på korttidsavdelningen i väntan på en ledig plats. Deras vårdbehov är så pass stort att hemgång i väntan på plats på särskilt boende inte är aktuellt. Denna platsbrist leder till att det blir svårare att ta emot patienter på sjukhuset som är färdigbehandlade och fått ett beslut om korttidsplats av kommunens biståndshandläggare. Då kan kommunen bli betalningsskyldig för patienter som blir kvar på sjukhuset i väntan på ledig korttidsplats. En annan konsekvens blir också för de som beslut om avlastningsplats på korttidsavdelningen. Det kan vara anhörig som sköter om sin dementa maka eller make och som behöver få en plats för sin anhöriga för att få själv få återhämtning. Ibland kan dessa beslut inte verkställas eller skjutas upp då det inte finns någon plats att erbjuda.

Korttidsavdelningen får svårare att ta emot patienter som har behov av rehabilitering och mobilisering efter sjukhusvistelse och dessa patienter löper en risk för att utsättas för långsammare återhämtning när adekvat träning och omsorg uteblir eller verkställs senare.

Denna komplexa situation är högst aktuell inom stöd och omsorgsavdelningen. Extra korttidsplatser har ibland öppnats på särskilt boende för att kunna ta emot färdigbehandlade patienter från sjukhuset. I år har även kontakt tagits med grannkommun om att köpa korttidsplatser av varandra efter behov.

Problematiken ingår i en större genomlysning av hela stöd och omsorgsavdelningen vars resultat redovisas för politikerna i mars i år.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Enhetschef ansvarar för alla avvikelser på enheten, analyserar avvikelser tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut och

arbetsterapeut samt andra professioner vid behov. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser och dessa utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare för SoL. Den enskilde och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

Avvikelser

Vård- och omsorgspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskador till vårdgivaren samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vård- och omsorgspersonal är också skyldig enligt lag att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållande som har inneburit ett hot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. All personal ska rapportera avvikelser enligt gällande avvikelserutin. Avvikelserna ska hanteras enligt rutin av enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare för socialtjänsten.

Det finns förbättringspotential i verksamheten att öka kvalitén på avvikelshanteringen och då med tyngdpunkt på teambaserad analys, åtgärder samt förmedling av arbetsresultat dels ut till omsorgspersonal dels till social- och arbetsmarknadsutskottet.

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.

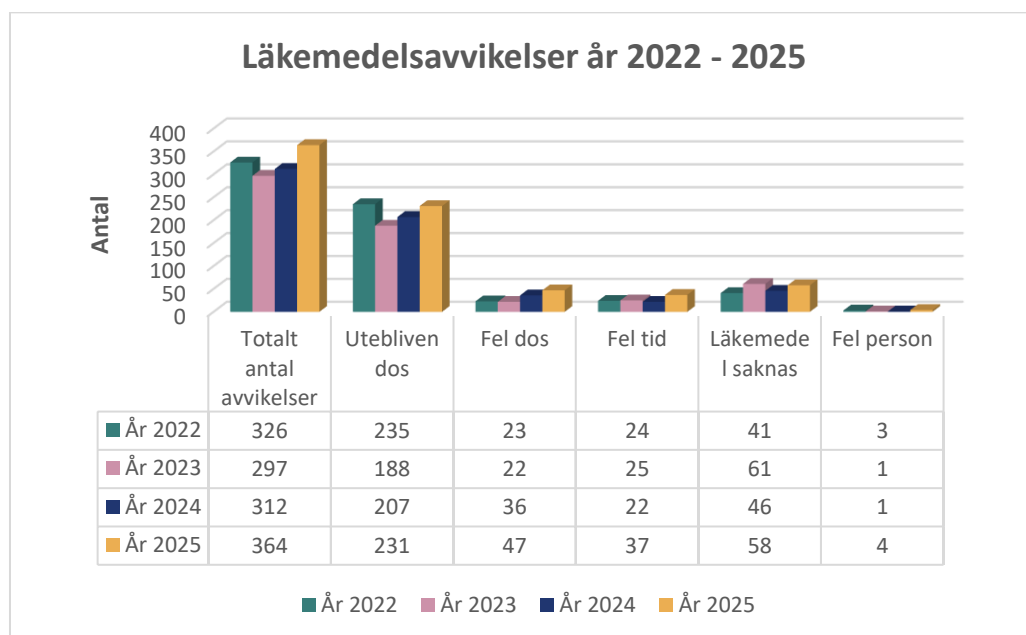


Avvikelser

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

Totalt inkom det 1364 avvikelser under förra året. Det kan jämföras med 1205 avvikelser år 2024 resp. 1191 avvikelser år 2023. Det är en ökning med ca 13% på ett år. Avvikelser rörande läkemedel och fall incidenter är fortsatt de största avvikelseområdena.

Läkemedelsavvikelser



Totala antalet avvikelser rörande läkemedel uppgick till 364 förr året. Det är en ökning mot förra året men även sett över en längre period, då 326 avvikelser rapporterades in år 2022. Ökning har skett generellt i alla undergrupper rörande läkemedelsavvikelse. Utebliven dos är fortsatt överrepresenterad i rapporteringen.

Under 2025 är differensen marginell mellan antal rapporterade läkemedelsavvikelser från hemtjänst och särskilt boende (SÄBO) med 8 avvikelserapporter som skillnad. Avvikelserna från hemtjänsten har ökat med 48 och för SÄBO är siffran 58. Totalt rapporterade omsorgspersonalen vid hemtjänsten in 155 läkemedelsavvikelser medan siffran för SÄBO var 147.

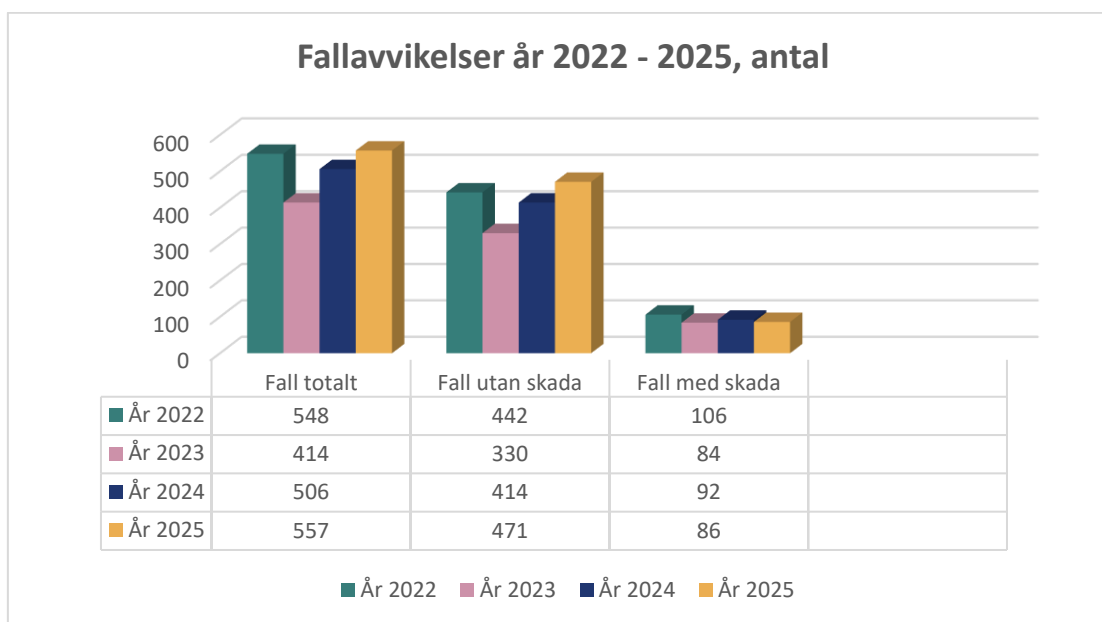
Läkemedelsavvikelser rörande sjuksköterskorna var 62 fördelade på undergrupperna, där läkemedel utebliven dos var utmärkande. Avvikelserna handlar om avsaknad av läkemedel i t.ex. dosett eller vid behovs medicin. Annat exempel är att läkemedlet inte uppges på signeringslistan varvid behandlingen med läkemedlet uteblir eller förskjuts. I undergruppen ingår även avvikelser rörande annan aktör såsom regionen. Ett exempel är när läkemedel inte skickas med patienten vid utskrivning från slutna vården när det finns en överenskommelse om att så ska ske.

Undergruppen utebliven dos är även utmärkande för läkemedelsavvikelser som rapporteras av omsorgspersonalen. Ofta handlar det om att det upptäcks att en dos inte är given när nästa dos läkemedel ska ges. Legitimerad personal och omsorgspersonalen arbetar i signeringsappen Appva. Här läggs signeringslistor upp för t.ex. läkemedelsgivning eller träningsprogram. Omsorgspersonalen signerar när den ordinerade insatsen är utförd. Även enhetschefen kan arbeta i signeringsappen. T ex kan medarbetaren följas upp utifrån hur många signeringar som blev utförda i tid respektive inte i tid eller följa upp när insatsen inte blev signerad överhuvudtaget. Det skapar bättre möjligheter till ökad kvalitet och ökad patientsäkerhet.

För att minska rapporteringen av läkemedelsavvikelser så krävs det arbete med analys och uppföljningar på enheten i ett teamarbete av både enhetschef och sjuksköterska. Avvikelserna bör hanteras omgående för att underlätta analysen med anledning av tidsaspekten. Ibland kan det krävas kompletterande uppgifter/information för att underlätta analysarbetet. Flera olika aspekter bör beaktas vid analysarbetet av läkemedelsavvikelserna såsom organisatorisk struktur, arbetssätt, dokumentation, hantering av digitala

verktyg, ordinationernas utformning osv. Regelbunden återkoppling till omsorgspersonalen av resultat av avvikelshanteringen bör ske regelbundet för att skapa ett lärande och nå kvalitetsförbättringar i enhetens dagliga arbete kring de äldre. För att uppnå ett strukturellt och systematiskt arbete med läkemedelsavvikelserna så är kontinuiteten bland enhetschefer och sjuksköterskor av största vikt. Under 2025 har det varit vakanta tjänster för båda yrkesrollerna varvid kontinuitet i arbetet har varit svårt att uppnå.

Fallavvikelser



Totala antalet fallavvikelserna har ökat med 10% från år 2024 till 2025 vilket motsvarar en ökning med 51 avvikelsehändelser.

Fall med skada ligger på 86 händelser förra året. Då räknas hudavskrap, rodnader, blånader och sår in liksom frakturer av t ex. höft, lårben, arm eller skelettspricka i ländrygg eller revben. Jämfört med år 2022 har avvikelser rörande fall med skada minskat med 20 rapporteringar. Motsvarande siffra för fall utan skada är en ökning med 29 rapporteringar. Inrapporterade frakturer uppgår till 10 frakturer.

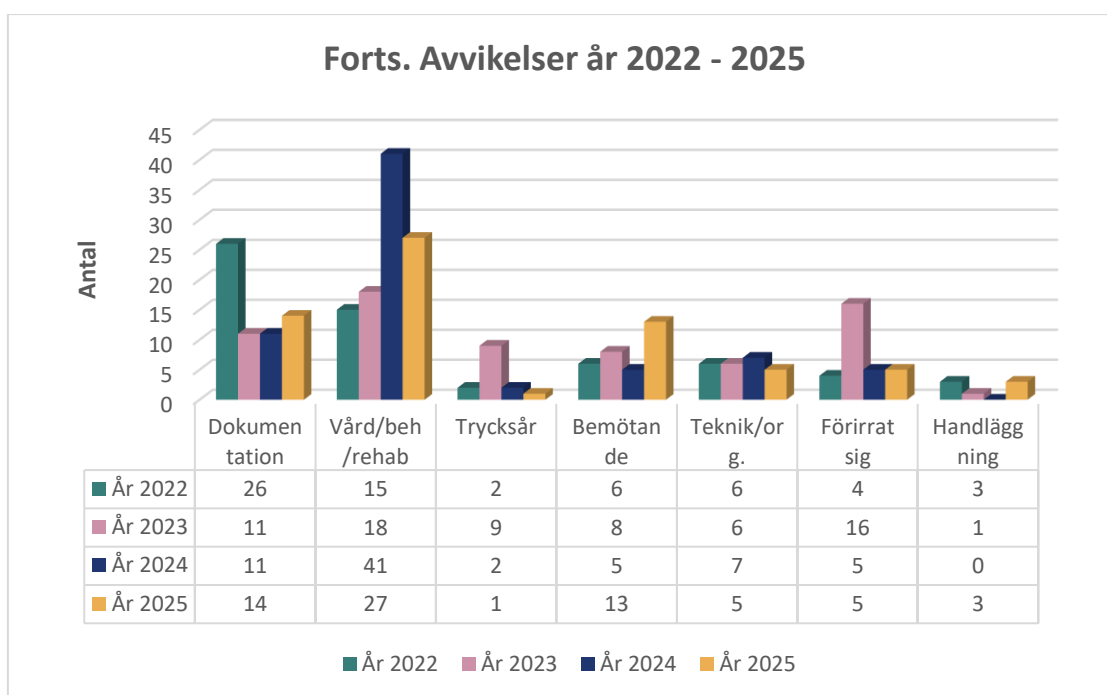
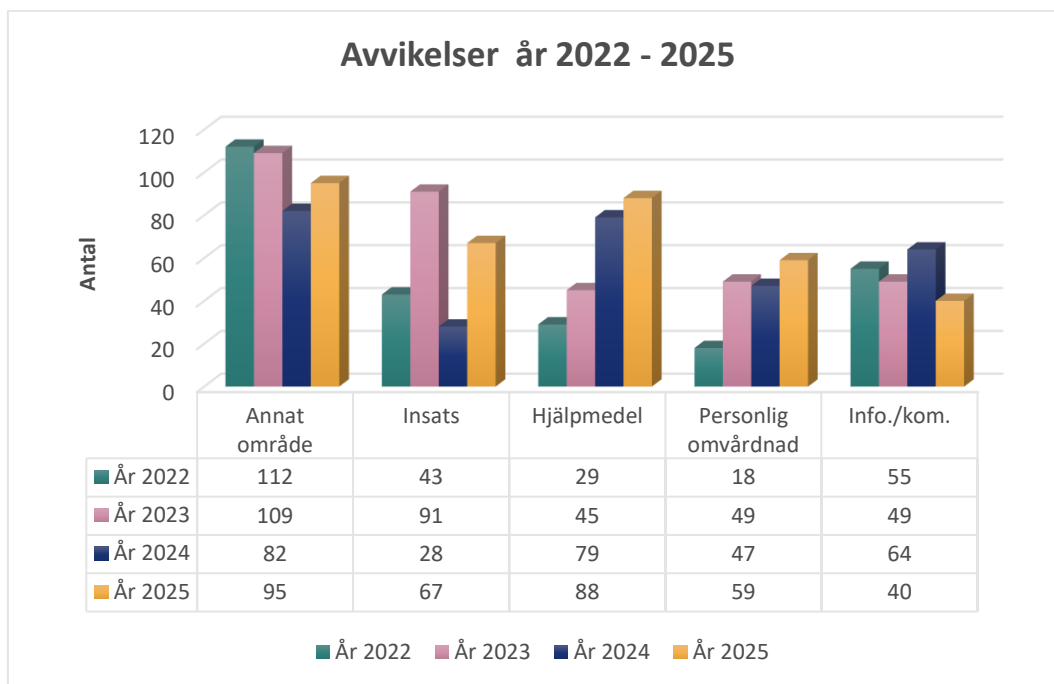
Liksom vid hantering av läkemedelsavvikelser krävs det ett samlat tag kring arbetet med fallincidenter. Här bör teamarbetet utökas med både arbetsterapeut och fysioterapeut då deras professioner behövs vid analys- och åtgärdsarbetet. Att involvera kontaktpersonen i avvikelshanteringen är också ett bra komplement. Avvikelserapporteringen rörande fallincidenter rapporterar antal fall inte antal patienter. Det förekommer frekvent att en och samma patient ramlar ofta vilket då genererar flera fallavvikelser. I dessa fall är teamets konstellation ytterst viktigt eftersom dessa patienter ofta är multisjuka med stora omvårdnadsbehov. Ju fler professioner som samarbetar desto fler olika synvinklar kan beaktas i analys- och åtgärdsarbetet. Återkopplingen till omsorgspersonalen är av största vikt för gemensamt arbete för att förhindra ytterligare fallincidenter för patienten.

I kvalitetsregistret Senior Alert ingår fall som en indikator i riskbedömningen. Under år 2025 gjordes 18 riskbedömningar, varvid alla hade risk för fall. Riskbedömningen är ett bra material att utgå ifrån i ett tvärprofessionellt arbete kring den enskilde och omfattar fler indikatorer än fall. I det fortsatta arbetet kan sedan den enskildes framtida fallincidenter registreras i registret. Utifrån det kan statistik dras ut för analysering och uppföljning. Exempelvis vilka tider på dygnet fallet inträffat, konsekvenser av fallet,

bakomliggande orsaker till fallet samt planerade åtgärder respektive utförda åtgärder. Det finns utvecklingspotential i verksamheten rörande arbetet i Senior Alert. Antalet riskbedömningar för fall var betydligt mindre jämfört med år 2024 då 38 riskbedömningar gjordes (av dessa 38 personer var det 35 som hade risk för fall).

Arbetet med att minska falltillbud måste genomsyra hela verksamheten hos alla yrkesgrupper för att minska den ekonomiska kostnaden det innebär för samhället men framför allt för att minska det personliga lidandet.

Övriga avvikelser



Efter läkemedels- respektive fallavvikelser är **annat område** den tredje största underrubriken. 95 avvikelser kan härledas till den år 2025. Antalet avvikelser har minskat med 17 rapporteringar sedan 2022 men även en ökning jämfört med 2024 med 13 rapporteringar. Under annat område rapporteras flera olika händelser såsom fallincident, läkemedelsavvikelser, felaktig hantering av hjälpmedel. Det ger missvisande statistik när avvikelser rapporteras under felaktig rubrik och får en tendens att bli någon form av ”slask tratt” för sådant som kan vara svårt att avvikelsebestämma i stunden.

Rapporteringen rörande **hjälpmedel** fortsätter att öka även 2025. Avvikelse rör felbäddning med glidlakan, felinställd rullstol, förflyttning av patient utan vårdbälte m.m. Ofta är avvikelserna skrivna av fysioterapeut eller arbetsterapeut som upptäcker avvikelserna ute på enheterna. Följsamheten av fysioterapeuters och arbetsterapeuters ordinationer är inte optimal och kan leda till risker för skada både för patienten och för omsorgspersonalen som utför insatsen. Fysioterapeut och arbetsterapeut är yrkesroller som behöver införlivas mer i det dagliga arbetet ute på alla vårdenheter i kommunen. Denna kontinuitet kan vara svår att uppnå idag pga. bemanning kontra kommunens areal. De behöver vara en del i teamledningsteamet med enhetschef och sjuksköterska på alla enheter och vara delaktiga i kvalitetsuppföljningar och åtgärdsplaner.

Avvikelse gällande **insatser** kan handla om att insatser inte är planerade i planeringssystemet Carefox, insatser som blir utförda senare mot normal tid, insatser såsom dusch, städning eller socialt umgänge utgår pga. underbemanning för dagen. Avvikelse insatser uppgick till 67 förra året vilket är en ökning mot året innan men inte fler än vad som rapporterades år 2023.

Personlig omvårdnad har ökat med 12 rapporteringar från år 2024 till år 2025. Avvikelserna rör omvårdnad som uteblivet men även att miljön inte är åtgärdad ex. bäddning av säng. Det förekommer även avvikelser när patienten av sagt sig omsorgsinsatsen för just den dagen men det är egentligen ingen avvikelse när patienten själv avsägar sig när verksamheten erbjuder insatsen.

Avvikelse som rör **information/kommunikation** avser kommunikationsbrist mellan olika aktörer både internt och externt, information om att medicinska insatser inte har mottagits av omsorgspersonalen eller enstaka svårigheter att nå dokumentationssystem. Det har skett en minskning från 64 rapporteringar år 2024 till 40 år 2025.

Vård/behandling/rehabilitering uppgick till 27 avvikelser förra året, vilket är en minskning mot året innan. Avvikelserna handlar t.ex. om utebliven träning pga. underbemanning och svag följsamhet i signeringslista för träningsinsats.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan komma kommunen tillhanda via brev, telefon eller e-tjänst. Det kan också ske i direkt kontakt med ansvarig enhetschef eller avdelningschef. Klagomål och synpunkter hanteras i första hand på den berörda enheten. Samverkan sker med berörda parter samt vid behov med verksamhetsutvecklare inom SoL. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att hantera klagomål och synpunkter utifrån patientsäkerhetsaspekt och anmälan/samverkan med Inspektion av vård och omsorg (IVO).

Interna klagomål och synpunkter rapporteras och dokumenteras i avsett IT- system. Avvikelse enligt leg Sarah rapporteras i avsett dokumentationssystem men utreds av kvalitetssamordnare enligt utredningsmall från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Externa klagomål och synpunkter dokumenteras i diariet.

Alla avvikelser ska utredas oavsett om det är personal, medborgare eller myndighet som lämnat in klagomålet. Avvikelsehanteringen är en viktig del i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och avdelningens systematiska förbättringsarbete.

Enhetschef ansvarar för att löpande ta emot avvikelser, klagomål och synpunkter från brukare, anhöriga, personal, medborgare och andra intressenter inom socialtjänst och LSS. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Återkoppling sker via arbetsplatsmöte respektive ledningsgruppsträffar. Utifrån enheternas systematiska arbete med avvikelser, klagomål och synpunkter ansvarar avdelningschefen för stöd och omsorg att årligen presentera en sammanställning för kommunstyrelsen samt vilka åtgärder som är vidtagna utifrån identifierade brister.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kontinuitetsplaner

Kontinuitetsplanen innehåller information som hjälper personalen att veta vad de ska göra vid störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att verksamheten kan upprätthållas på en acceptabel nivå tills störningen är åtgärdad. Arbetet med kontinuitetsplaner fortgår under 2026.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbete

Hela processen med patientsäkerhetsarbetet behöver tydliggöras och genomsyra verksamheten från politiker till omsorgspersonal. En helhetsstruktur med lokal handlingsplan, egenkontrollplan och årshjul för olika yrkeskategorier samt lokal handlingsplan är grunden för det systematiska arbetet.

Organisationskulturen kan skapa en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Det behövs uppföljningar, utvärderingar och analyser som synliggör läget och ger kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med en helhetsstruktur och upprättande av en lokal handlingsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet behöver initieras.

Intern samverkan

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att reducera antalet undvikbara vårdskador och att den enskilde ska erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Under de senaste fyra åren har totala antalet fallavvikelser legat generellt över 500 per år. Förra året rapporterades 557 fallavvikelser, vilket betyder att det var 557 fallincidenter där flera av dom kan utgöras av samma patient. För att försöka få bättre statistik krävs ett teamwork av olika yrkesprofessioner kring

patienten. Det finns många olika aspekter att ta hänsyn till rörande patienten bl.a. ålder, sjukdom, läkemedelsbehandling, näringsintag, fysisk aktivitet, hjälpmedel, syn och hörsel, boendemiljön, organisatoriska rutiner och arbetssätt. Verksamhetens fallrutin är gammal och behöver uppdateras utifrån nya vetenskapliga rön.

Genom en god teamledningssamverkan mellan enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut kan man arbeta tillsammans med den enskilde och omsorgspersonalen för en god säkerhetskultur och en säker vård genom att identifiera förbättringsområden och arbeta med åtgärder och uppföljningar utifrån gemensamma analyser av inkomna avvikelser.

Säker vård

Fortsatt arbete med hitta verktyg och modeller för att tillgodose att det finns goda språkkunskaper hos omsorgspersonalen.

Egenkontroller av kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Initiera arbetet med analysering av resultaten för att arbeta med förbättringsområden.

Egenkontroller avseende infektioner och antibiotikabehandling inom särskilt boende och hemsjukvård.

Hygien

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan i Sverige. God vårdhygien förhindrar smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Enligt samverkansrutin mellan Vårdhygien och länets kommuner har kommunen ansvar för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete. Idag har vi inte löpande hygienronder eller självskattning utifrån basala hygien- och klädrutiner.

Regionen Jämtland/Härjedalen rekommenderar hygienombud inom kommunal omsorg. Hygienombudets roll är att uppmärksamma risksituationer, samverkar med chef och kollegor, bidrar till förebyggande arbete samt är en länk mellan enheten och Vårdhygien. Genom samarbete med enhetens enhetschef, sjuksköterska samt Vårdhygien på regionen förbyggs smittspridning och vårdrelaterade infektioner. På så sätt kan ett systematiskt kvalitetsarbete kring hygien upprättas i verksamheten.

Under 2026 ska länets alla kommuner SÄBO börja mäta vårdhygien genom att följa Socialstyrelsens underlag för egenkontroll. Mätningen kommer att genomföras som observationer under två separata veckor under året. Beslutet har fattats av Socialchefsnätverket med förankring i Äldrenätverket. Syftet är att säkerställa vårdhygien i dagligt arbete samt till kvalitetsförbättringar genom systematisk mätning och gemensam analys. Ges även möjlighet att jämföra resultat mellan kommunerna.

Införandet av hygienombud samt arbetet med PPM mätningen av följsamheten till basala hygienrutiner är en god början till ett systematiskt kvalitetsarbete kring hygienfrågor.

Nya verksamhetssystem

Under förra året startades implementeringen av två verksamhetssystem (dokumentationssystem). I oktober fick legitimerad personal nytt dokumentationssystem i form av Cosmic. I november fick stöd och omsorg ett nytt verksamhetssystem tillika dokumentationssystem Viva. I december infördes signeringsappen Appva. Legitimerad personal arbetar i alla tre systemen, omsorgspersonalen och enhetschefer i Viva och Appva.

Implementeringen fortsätter under detta år. Det är nya system som ställer andra krav på användarna utifrån andra digitala processer och nya digitala miljöer. Avvikelsessystemet är tillika nytt (ingår i dokumentationssystemet Viva) och statistiken paketeras annorlunda. Utvärdering och uppföljning kommer att göras under året för att följa arbetet i dokumentsystemen samt eventuella förbättringsåtgärder.

Delegering- Ett ansvar för vårdgivaren

1 januari i år stärktes vårdgivaransvaret vid delegering av läkemedel. Syftet med detta är att stärka patientsäkerheten. Delegering får bara ske när det är förenligt med en god och säker vård. Därför lyfts vårdgivaransvaret fram angående riskanalyser, uppföljning och kontroll samt säkerställande av kompetens och kunskapsnivå hos den som delegerar och den som tar emot delegeringen.

Detta kommer att innebära att verksamheten måste anpassa sig efter de ändrade föreskrifterna och att delegeringsriktlinjen behöver uppdateras.

BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Exempel på symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Detta skapar stort lidande för den sjuke och för dennes närstående samt minskar livskvalitén. Omsorgspersonalen kan ha svårt att förhålla sig till de problem som uppstår. Genom registrering i kvalitetsregistret uppnås ett gemensamt förhållningssätt.

God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD- registret är ett stöd i processen med att komma till rätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Antalet vårdtagare med kognitiv svikt ökar i och med att livslängden blir längre. Obehandlade BPSD symtom kräver extra resurser i form av personal samt skapar onödiga vårdssituationer som kan präglas av oro och utåtagerande beteende hos vårdtagaren.

Det finns utbildade administratörer för BPSD bland omsorgspersonalen. Enheterna behöver mycket stöd för att implementera arbetssättet i den egna arbetsgruppen. Verksamheten saknar även certifierad utbildare av BPSD administratörer. Under 2026 kommer det att utbildas nya certifierade utbildare för att återuppta arbetet med BPSD ute på enheterna samt utbilda fler administratörer.

