

Patientsäkerhetsberättelse för Östersunds kommun År 2025



Robert Brandt, Förvaltningschef
Eva Lek Jansson, MAS
Sara Kron Staflin, MAS
Bodil Evertsson, MAR
Birgitta Nilzon, NAD

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3§

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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”

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	5
Sammanfattning av resultat 2025	5
Sammanfattning av mål och strategier 2026	6
Förkortningar	7
1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	8
1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	8
1.2 En god säkerhetskultur.....	10
1.3 Adekvat kunskap och kompetens	10
1.4 Patienten som medskapare	11
2. EGENKONTROLL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	11
3. RESULTAT OCH ANALYS	11
Resultat och analys av verksamhetsövergripande områden.....	11
3.2 Resultat och analys av LSS/SoL-bostad	14
3.3 Resultat och analys av SÄBO/Korttidsboende SoL	17
3.4 Resultat och analys av Hemtjänst.....	25
4. AVVIKELSER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	29
Avvikelser till och från regionen	31
5. HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR LEX MARIA	33
5.1 SÄBO/Korttidsboende SoL.....	33
5.2 Hemtjänst.....	36
5.3 LSS verksamhet	36
6. KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	37
7. EXTERNA TILLSYNER OCH REVISIONER	38

7.1 Extern granskning av läkemedelshantering	38
7.2 Extern granskning av vårdhygien:	38
8. MÅL OCH STRATEGIER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2026	40
8.1 Mål och strategier, Verksamhetsövergripande områden	40
8.2 Mål och strategier, LSS/SoL-bostad	40
8.3 Mål och strategier, SÄBO/Korttidsboende SoL	41
8.4 Mål och strategier, Hemtjänst	43

Sammanfattning

Sammanfattning av resultat 2025

Verksamhetsövergripande

Under året har verksamheterna stärkt sin kunskapsöversikt genom en kartläggning av legitimerad personals kompetens som visar behov av fördjupad kompetens inom bland annat sårvård, palliativ vård, nutrition och riskbedömningar.

Journalgranskningar inom HSL pekar på att dokumentationskvaliteten överlag är god men varierande mellan enheter, särskilt vad gäller riskbedömningar och sammanfattningar.

Det pågår ett löpande utvecklingsarbete för att förbättra strukturen i Viva och höja dokumentationskompetensen genom utbildningar och superanvändarstöd.

Egenkontrollen visar att omvårdnadspersonalens dokumentationskunskap inom HSL till stor del är god, men inte helt likvärdig, vilket understryker behovet av fortsatt enhetlig kompetensutveckling.

LSS- bostad/SoL-bostad

Arbetet med habilitering och rehabilitering har stärkts genom en ny introduktionsutbildning, men resultaten visar att bedömningsrutiner och uppföljning ännu inte tillämpas konsekvent, bland annat genom en minskad andel nyinflyttade som får bedömning. Följsamheten varierar till riktlinjer och rutiner mellan enheter, särskilt inom HOV-dokumentation och fallriskåtgärder.

Även om flera enheter arbetar strukturerat och har god samverkan med legitimerad personal, pekar analyserna på behov av tydligare ansvarsfördelning och mer systematiska egenkontroller.

Patientsäkerhetsarbetet fungerar i stort ändamålsenligt, men kräver fortsatt utveckling för att säkerställa likvärdig kvalitet och tydligare stöd till enheter med större utmaningar.

SÄBO

Under året visar resultaten att SÄBO/Korttidsboende arbetar strukturerat med utbildningar inom fallprevention, munhälsa och rehabilitering. Det finns ett stort utbildningsbehov inom palliativ vård, trycksårsprevention, nutrition och inkontinensvård där det i dag saknas gemensamt utbildningsmaterial.

Arbetet med personer med kognitiv sjukdom och palliativ vård visar både förbättringar och brister, särskilt kopplat till dokumentation.

Fallskador har ökat och indikerar på att risker inte alltid omsätts i tillräckligt förebyggande åtgärder. Dokumentation av teambaserade utredningar kring skydds och begränsningsåtgärder behöver förbättras.

Verksamheterna, både egen regi och externa utförare, visar ett tydligt fokus på teambaserat arbetssätt, systematisk avvikelshantering och patientsäkerhet, men fortsatt utveckling krävs för att säkerställa likvärdig kvalitet och hög följsamhet till riktlinjer i hela verksamheten.

Hemtjänst med hemsjukvård

Under året har verksamheten arbetat med att stärka personalens kompetens inom flera centrala riskområden, men resultat från egenkontroll och uppföljningar visar att utbildningsinsatserna behöver

bli mer enhetliga och systematiska. Flera viktiga områden saknar fortfarande gemensamt utbildningsmaterial, såsom palliativ vård, trycksårsprevention, nutrition och inkontinensvård.

Riskbedömningar och åtgärder inom fall, nutrition, trycksår och munhälsa genomförs, men kopplingen mellan bedömning, utredning och åtgärder är inte alltid tillräcklig.

Arbetet inom rehabilitering och palliativ vård fungerar förhållandevis bra.

Sammantaget visar resultaten att personalen utför ett stort och engagerat arbete, men att det krävs tydligare struktur, mer konsekvent kompetensutveckling och stärkt uppföljning för att fullt ut säkerställa en hög och jämlik patientsäkerhet i verksamheten.

Sammanfattning av mål och strategier 2026

Under 2026 kommer fokus att vara på att stärka patientsäkerheten genom ökad kompetens hos både legitimerad personal och omsorgspersonal, förbättrad dokumentation samt fortsatt utveckling av ett systematiskt förebyggande arbetssätt. Insatserna omfattar bland annat områden som palliativ vård, nutrition, fallprevention, munhälsa, trycksår och läkemedelssäkerhet.

Ett särskilt fokus ligger på att säkerställa god och personcentrerad vård för våra medborgare. Arbetet stöds dessutom av utveckling av digitala och välfärdstekniska lösningar som införs på ett strukturerat och patientsäkert sätt.

Förkortningar

MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR Medicinskt ansvarig rehabiliterare

NAD Nutritionsansvarig dietist

SAS Socialt ansvarig samordnare

Dsk Distriktssköterska

Ssk Sjuksköterska

Usk Undersköterska

AT Arbetsterapeut

FT Fysioterapeut

HSL Hälso- och sjukvårdslagen

SoL Socialtjänstlagen

LSS Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

PSL Patientsäkerhetslagen

LOV Lagen om valfrihet

VOF Vård- och omsorgsförvaltningen

UE Uppdragsenheten

SÄBO Särskilt boende för äldre

SoL-bostad Tillstånd för bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning

IVO Inspektionen för vård och omsorg

GDPR EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation

Phase-20 Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

BPSD Förkortning för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

MNA Ett evidensbaserat instrument för att identifiera äldre personer som löper risk för eller redan har drabbats av undernäring

Senior alert ett nationellt kvalitetsregister och ett förebyggande verktyg (vårdprevention)

HOV Hälso- och vårdplanering

KVÅ Koder ur klassifikation av vårdåtgärder

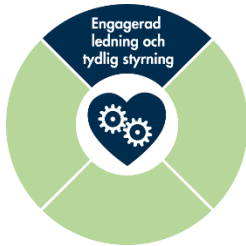
ICF Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

LSG lokal samverkansgrupp

1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



Organisation och ansvar

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

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare och är ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Enligt HSL 2017:30, 4 kap. 2§ ska det finnas en verksamhetschef där det bedrivs hälso- och sjukvård. Inom de verksamhetsområden som kommunen bestämmer ska det finnas en MAS och om kommunen väljer även en MAR.

Verksamhetschef HSL, MAS, MAR och NAD har tillsammans ett övergripande ansvar för patientsäkerheten inom Östersunds kommun. Chefer inom vård- och omsorgsnämndens olika verksamhetsområden där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs har ett ansvar för att insatserna genomförs på ett patientsäkert sätt utifrån gällande riktlinjer.

Hemtjänst och hemsjukvård

Östersunds kommun har LOV (lagen om valfrihet) inom hemtjänst. Östersunds kommun är utförare av både hemtjänst och hemsjukvård.

Externa utförare av hemtjänst med delegerad kommunal hälso- och sjukvård är Allegio omsorg AB, Förenade Care AB, Lanterna vård och omsorg AB. Kommunens legitimerade personal har ansvar för kommunal hälso- och sjukvård hos dessa utförare. Jourverksamhet på helger och kväll/natt utförs av kommunens distriktssköterskor.

SÄBO och korttidsboende för äldre

Östersunds kommun har 602 lägenheter anpassade för särskilt boende (interna och externa utförare). Inom SÄBO finns upphandlad verksamhet med Vardaga och Förenade Care AB.

Korttidsplatser på SÄBO finns på Häradsgården, 12 platser och Västervik 1 plats (där Östersunds kommun är utförare) och på korttidsboendet Brännagården (extern utförare) med 8 platser. Växelvård/anhörigavlastning bedrivs på Södra Strand och Änggården, 12+8 lägenheter.

Sjuksköterska ska finnas i aktiv tjänst på varje SÄBO, korttids och anhörigavlastning vardagar dagtid. Jourverksamhet helg och kväll/natt utförs av kommunens sjuksköterskor för alla utförare. Dietist, arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns att tillgå för alla utförare och är anställda av kommunen.

I avtal mellan kommunen och externa utförare regleras att kommunens MAS, MAR och NAD har samma ansvar för verksamhet hos externa utförare som i den interna verksamheterna.

LSS/SoL-bostad och daglig verksamhet LSS

LSS/SoL bostad och daglig verksamhet LSS drivs av kommunen. Det är 522 personer som bor i LSS bostad och 47 personer som bor i SoL-bostad. Inom daglig verksamhet LSS och dagverksamhet SoL finns 494 personer. Sektor funktionshinder har legitimerad personal anställd som består av distriktsköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras i SOSFS: 2011:9,4 kap. 6§, 7 kap. 2§ p3

Samverkan sker i flera olika former, bland annat genom:

- Lokal samverkansgrupp med primärvården. Här möts representanter, 4 gånger per år, för regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. En gemensam handlingsplan har beslutats i den region- och kommungemensamma fredagsgruppen. Under senare delen av året har samverkan dominerats av arbetet med det nya samverkansavtalet som börjar gälla från 1 januari 2026.
- Lokal samverkansgrupp, patientsäkerhet, LSG är representanter från regionens slutenvård och primärvård och kommunernas samtliga MAS/MAR. LSG har träffats 9 gånger under 2025. LSG har under året analyserat kommuners och regionens patientsäkerhetsberättelser. Under året har lokala arbetsgrupper arbetat med bland annat: nutrition, In till sjukhus, Säker läkemedelshantering, avvikelser i vårdens övergångar mm.
- MAS/MAR nätverk där MAS och MAR i länets kommuner träffas ca 10 gånger per år. Gruppen är också remissinstans för andra regionala samverkans forum där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
- MAS/MAR/NAD inom Vård och omsorgsförvaltningen har regelbundna träffar med verksamhetschef HSL
- KURHTS träffar (kvalitetsutveckling, riktlinjer, hälso- och sjukvårdsträffar, socialtjänst) genomförs två gånger per år för chefer, legitimerad personal och biståndshandläggare.

Informationssäkerhet

Vård- och omsorgsnämndens informationssäkerhetsarbete regleras genom HSLF-FS 2016:40 7 kap. 1§. Förvaltningen arbetar utifrån arbetssättet Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) där informationen kartläggs och åtgärder vidtas utifrån skyddsnivå. Vård- och omsorgsnämnden har en upprättad registerförteckning på de system som innehåller personuppgifter.

Vid upphandling av system ställs IT- och informationssäkerhetskrav. På samtliga system genomförs en konsekvensbedömning enligt artikel 35 i GDPR (EU:s dataskyddsförordning General Data Protection Regulation). I tillägg upprättas även alltid ett personuppgiftsbiträdesavtal i de fall systemet innehåller personuppgifter.

För varje system finns alltid en utsedd systemförvaltare och minst en systemadministratör beroende på systemets komplexitet. Tekniska och organisatoriska åtgärder vidtas alltid, dessa kan exempelvis vara tvåfaktorsautentisering och interna rutiner. Loggkontroller genomförs alltid, men frekvensen på loggkontroller kan variera utifrån bedömningar av det specifika systemet.

Alla medarbetare i organisationen får vid anställning information om kommunens rapporteringssystem där de rapporterar in eventuella IT- och informationssäkerhetsincidenter.

1.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur.

I Vård och omsorgsförvaltningen arbetar förvaltningens kvalitetsansvariga med övergripande analyser av respektive sektors risk och avvikelsearbete. Åtgärder utifrån analys av avvikelse, synpunkter, klagomål i respektive sektor redovisas i verksamheternas bokslut. Se resultat och analys av avvikelser under kapitel 4.

När det gäller arbetet med Vårdrelaterade infektioner VRI så finns det brister i följsamheten till de riktlinjer som finns. Varje år ska enheterna på särskilt boende redovisa totalt antal vårdrelaterade infektioner till Medicinskt ansvarig sjuksköterska. 2025 var det endast 6 enheter som redovisade detta.

Detta visar att arbetet behöver ses över för att bli en del i verksamheternas arbete.



1.3 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.

Vård och omsorgsförvaltningen har tagit fram introduktionsplaner i Kompetensportalen för respektive profession, med tillhörande utbildningspaket som nya medarbetare ska genomföra.

All fortbildning som planeras läggs om möjligt ut i kompetensportalen för anmälan vid behov.

Resultat från kompetensutbildning från Kompetensportalen

Exempel på utbildningar och antal på medarbetare som genomfört utbildningar i Kompetensportalen

Utbildning	2024	2025
Grundläggande praktisk omvårdnad /språk	105 /10	78
Metodövning Basutbildning diabetes (startade upp 6/2 2025)	-	37
Metodövning RIK	55	68
Delegering grund	315	344
Delegering språk	47	53
Jobba säkert med läkemedel - delegering av läkemedel *	31	281
Jobba säkert med läkemedel - delegering av läkemedel och ge insulin	23	132
Grundläggande utbildning om munhälsa och munvård	55	230
Habilitering/rehabilitering steg 1	-	23
Rehab steg 1	201	247
Lyftutbildning för intyg	239	241
Lyftutbildning för intyg språk	12	5

*Påminnelse gick ut till verksamheterna den 28/5 2025 om att utbildningen nu fanns i kompetensportalen. Går även att göra via Demenscentrum.

Exempel på utbildningar, föreläsningar mm som legitimerad personal genomgått under 2025:

- Fysioterapeutdagen
- Äldreomsorgsdagarna
- Palliativa dagen
- Erbjudna utbildningar via regionen angående olika hjälpmedel,



- Utbildning i Evondos
- Viva introduktionsfilm för legitimerad personal
- Primärvårdsdagar
- Läkemedelsstämma
- Föreläsning om nutrition för chefer och legitimerad personal
- Fortbildning i HSL dokumentation.

1.4 Patienten som medskapare

Patienters och närståendes delaktighet regleras i SFS 2010:659 3 kap. 4§.

Alla kontakter med medborgaren bygger på den enskildes självbestämmande och delaktighet.

Riktlinjer för planering av hälso- och sjukvård stödjer och uppmuntrar medborgarens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Riktlinjen kring egenvård stärker medborgaren till att kunna utföra viss hälso- och sjukvård själv eller med stöd av andra.

I det fallförebyggande arbetet engageras både medborgaren och närstående bland annat genom att delta i fallutredningar.

I samband med utredning av allvarliga händelser har MAS och MAR kontakt med medborgaren och/eller närstående. Medborgaren ges alltid möjlighet att lämna synpunkter, se kapitel 6.



2. Egenkontroll Hälso- och sjukvård

Varje år inhämtar MAS, MAR och NAD uppgifter via egenkontroll från de olika verksamheterna. Egenkontrollen innehåller både lagefterlevnad och volymuppgifter HSL.

Frågor i egenkontrollen rapporteras in i Stratsys från interna utförare och via mejl från externa utförare. Om inget annat anges så redovisas resultatet under oktober månad där enheten själv väljer dag för redovisning. Nytt från 2025 är att verksamheterna ska analysera och komma med åtgärder kopplade till inlämnade resultat från lagefterlevnad och volymuppgifter i verksamhetens bokslut.

Vissa uppgifter inhämtas direkt av MAS, MAR och NAD från exempelvis verksamhetssystem och kvalitetsregister eller via frågor riktade direkt till verksamheten.

3. Resultat och analys

Resultat och analys av verksamhetsövergripande områden

Ökad kunskap hos legitimerad personal för god omvårdnad, habilitering och rehabilitering

Aktivitet

- Enhetschef för legitimerad personal ska göra en kartläggning av legitimerad personals behov av utbildning och en årsplanering.

Resultat från kartläggning

Enhetscheferna för legitimerad personal inom hemsjukvård och SÄBO har genomfört kartläggning:

Behovet som framkommit på verksamhetsnivå är:

- fördjupad kunskap kring sår
- fördjupad kunskap inom palliativ vård
- fördjupad kunskap kring nutrition

- åtkomst till vårdprogram enligt Region HJ:s rutin
- fördjupad kunskap kring riskbedömningar
- utbildning i Viva
- fördjupad kunskap kring diabetes
- fördjupad kunskap av bedömningar upp till sjuksköterskenivå.

Åtgärder som genomförts:

- på enhet Centrala inom hemsjukvård kommer enhetschefen att utse såransvarig som kommer att få lämplig utbildning för uppdraget och vara den som kollegorna konsulterar vid sår och sårvård
- på enhet Centrala inom hemsjukvård finns även en plan på att lägga extra tid/utbildning angående palliativ vård då enheten har en dsk med erfarenhet av palliativ vård och en usk som går en vidareutbildning i palliativ vård
- inom SÄBO har de anställt en sjuksköterska med erfarenheter av diabetes.

Dokumentation i hälsojournal i tillräcklig omfattning och med god kvalitet

Aktiviteter

- Implementera metod för journalgranskning i Viva.
- Utveckla strukturen i Viva.
- Utveckla dokumentationen i hälsojournal för baspersonal genom att använda utbildningsfilmer och manualer på insidan Viva Vof.
- Implementera SBAR som stöd för legitimerad personal i kontakt med vård- och omsorgspersonal genom att använda framtagna checklistor.

Resultat från kollegial journalgranskning

Kollegial journalgranskning har genomförts under hösten inom sektor hemtjänst och särskilt boende samt inom sektor funktionshinder. Totalt har ca 25 journaler inom sektor hemtjänst och särskilt boende granskats och 10 journaler inom sektor funktionshinder. Samtliga med insatser från samtliga professioner (DSK/SSK, AT och FT).

De flesta granskade journalerna var bra skrivna och innehöll de viktiga delarna utifrån det som granskats.

De olika enheterna inom hemsjukvård och särskilt boende hade olika delar som behövde förbättras. Övergripande är att dokumentation vid riskbedömningar med core sets och sammanfattningar är ett utvecklingsområde på många enheter främst på SÄBO men även i hemsjukvård.

Inom sektor funktionshinder finns utvecklingsområde gällande status då det endast förekom hjälpmedel i status och beskrivning av behov/problem i hälsoplanerna. De som granskat upplevde det svårt att granska utifrån mallen och framför allt core sets då det går att dokumentera på flera koder.

Personal och chefer upplevde granskningen som mycket bra och givande. De uppmärksammade själva brister i dokumentationen och delar som varit otydliga. Det blev också tydligt att det var skillnader mellan enheterna.

Cheferna för legitimerad personal inom sektor hemtjänst och särskilt boende har efter granskningarna pratat om det på APT och informerat om vad som uppmärksammats i granskningarna. En stor del av den legitimerade personalen blev mer motiverade att gå dokumentationsutbildningar för att få mer kunskap.

Resultat gällande utveckling av strukturen i Viva

Arbetet med att utveckla strukturen i Viva pågår kontinuerligt, där superanvändare inom HSL-dokumentation stödjer processen. Under senare delen av 2025 har ett avtal tecknats med Inera för att

integrera Viva med Senior alert. Integrationen kommer påbörjas under februari 2026. Fortbildning i HSL-dokumentation har genomförts under året av MAS.

Resultat egenkontroll

Tabellen visar enhetens svar om vård- och omsorgspersonalens har god kunskap om var hälso- och sjukvårdsinsatser ska dokumenteras i hälsojournal

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Område Funktionshinder	32	2	1	8
Hemtjänst inkl externa utförare	11	0	2	1
SÄBO	12	0	5	1

Resultatet av att implementera SBAR som stöd för legitimerad personal

Beslut har tagits att avvakta användandet av SBAR, då andra metoder finns som anses likvärdiga.

Välfärdsteknik och e-hälsoverktyg införs och används på ett patientsäkert sätt

Aktiviteter

- Ta fram en modell för att patientsäkra test och införande av nya digitala verktyg inom hälso- och sjukvård

Resultat

Modell för att patientsäkra test och införande av nya digitala verktyg inom hälso- och sjukvård är påbörjat men inte färdigt.

Övriga resultat

Antalet läkemedelsautomater för medborgare i ordinärt boende med beslut enligt bilaga 10, har ökat från 2024 till 2025 från 45 till 59 stycken.

Analys och kommentarer

Under året har en kartläggning genomförts av legitimerad personals kompetensbehov inom SÄBO och hemsjukvård. Kartläggningen visar ett tydligt behov av fördjupad kunskap inom flera centrala områden: sårvård, palliativ vård, nutrition, riskbedömningar, diabetes och strukturerad dokumentation i Viva. Några enheter inom hemsjukvården har påbörjat riktade åtgärder, exempelvis utsedd såransvarig, förstärkt palliativ kompetens och rekrytering av sjuksköterska med specialistkunnande inom diabetes, vilket skapar goda förutsättningar för fortsatt kvalitetshöjning.

De kollegiala journalgranskningarna visar att många journaler håller god kvalitet. Det finns återkommande utvecklingsområden gällande bland annat dokumentation av riskbedömningar, utredningar med stöd av core set och status. Granskningarna upplevs vara ett viktigt lärandeverktyg och ökar motivationen till vidareutbildning. Arbetet med att utveckla Vivastrukturen pågår, och kommande integration med Senior alert förväntas ytterligare stärka dokumentationsflödena.

Egenkontrollen visar att majoriteten av enheterna uppger att omvårdnadspersonal har god eller delvis god kunskap om var HSL-insatser ska dokumenteras. Bortfallet i egenkontrollen behöver analyseras och följas upp på verksamhetsnivå.

Sammantaget har verksamheterna tagit flera steg framåt, men resultaten visar att en mer systematisk och enhetlig kompetensförsörjning, tydligare dokumentationsstöd och fortsatt utveckling av digitala arbetssätt behövs för att säkerställa hög och jämlik patientsäkerhet i hela organisationen.

3.2 Resultat och analys av LSS/SoL-bostad

God och säker habilitering och rehabilitering

Aktiviteter

- Implementering av introduktionsutbildning i ”Habilitering/rehabilitering steg 1” för vård- och omsorgspersonal

Resultat

En ny introduktionsutbildning i ”Habilitering/rehabilitering steg 1” för vård- och omsorgspersonal startade under 2025. Under året har 23 personal genomgått utbildningen men kapaciteten har varit betydligt större.

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen visar andel (%) av nyinflyttade (senaste 6 mån) som fått en habilitering-/rehabiliteringsbedömning

År	Andel med en habilitering-/rehabiliteringsbedömning
2025	59
2024	70
2023	54

Tabellen visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har all personal som använder personlyft godkänd utbildning i användande av personlyft?	27	2	4	7
Utför enheten intern kontroll av hjälpmedel enligt gällande riktlinje?	32	2	1	8

Identifiera hälsorisker

Aktiviteter

- Öka andelen HOV- (hälso- och vårdplanering) för medborgare som bor i LSS/SoL-bostad.

Resultat

Egenkontroll i november 2025. Svaren omfattar 479 personer.

Tabellen nedan visar resultatet utifrån egenkontrollsvaren:

År	Antal personer i egenkontroll	Aktuell HOV som inte är äldre än 1 år (%)	Antal personer som har risk för eller pågående undernäring	Antal personer med en dokumenterad riskbedömning enligt MNA/Tre riskfaktorer för undernäring, i hälsojournal? *	Andel (%) personer med fallrisk	Andel (%) personer med fallrisk med dokumenterade åtgärder
2025	479	54 %	14 st	13 st	16 %	64 %
2024	490	50%	13st	11st	12%	79%
2023	504	48%	13st	7st	11%	61%

2022	406	50%	9st	7st	43%	37%
2021	315	32%	-	-	-	-

*Frågan ändrad inför 2025

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

- Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (Phase-20)

Tabellen visar antal genomförda Phase-20 och Phase Proxy enligt statistik från Viva

År	Antal genomförda Phase-20	Antal genomförda Phase Proxy
2025	1	2
2024	4	-
2023	8	-
2022	6	-

Övriga resultat från egenkontrollen

Tabellen nedan visar andel personer med pågående skyddsåtgärder (HSL) med risk för upplevt tvång och begränsning t. ex. dörrlarm, rörelsesensorer, GPS-larm, rullstolsbord, bälte och andel med dokumenterad utredning. OBS! Från och med 2024 registreras alla skyddsåtgärder tillsammans.

År	Antal personer i egenkontroll	Andel (%) personer med skyddsåtgärder	Andel (%) personer med hjälpmedel som skyddsåtgärd *	Andel (%) med skyddsåtgärder med dokumenterad utredning
2025	474	19 %		77 %
2024	490	15 *		68
2023	504	15	4	84
2022	406	12	4	98
2021	315	19	8	88

*Frågan ändrad i egenkontrollen

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svar
Genomför enheten självskattning av basala hygienrutiner 1 ggr/kvartal	34	2	4	9
Vet vård och omsorgspersonal inklusive vikarier när man ska ta kontakt med sjuksköterska/distriktssköterska	34	2	0	7

Analys och kommentarer LSS/Sol-bostad

Verksamhetens egen analys:

Verksamhetens enheter har haft skilda förutsättningar och utmaningar utifrån målgrupp, uppdrag och organisatoriska förutsättningar, ett gemensamt fokus har varit att säkerställa en god och säker vård för den enskilde. Verksamhetschefer för legitimerad personal har initierat ett arbete för att tydliggöra hur de resurser enheten har ska fördelas för att medborgare med störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras samt att detta ska ske på ett likvärdigt sätt inom sektorn.

En framgångsfaktor i patientsäkerhetsarbetet har varit den goda samverkan mellan verksamheterna och legitimerad personal. Genom kontinuerlig dialog, tydliga ansvarsfördelningar och strukturerade arbetssätt har förutsättningar skapats för säkra bedömningar, ändamålsenliga insatser och en trygg vårdprocess. Samverkan har bland annat omfattat uppföljning av vårdinsatser, handledning, avvikelshantering och gemensamma förbättringsåtgärder.

Arbetet med att förebygga vårdskador har skett genom riskbedömningar, egenkontroller och analys av rapporterade avvikelser. Identifierade förbättringsområden har legat till grund för riktade insatser och utveckling av arbetssätt. Verksamheten har även arbetat med att stärka medarbetares kompetens och följsamhet till rutiner, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet över tid.

Sektorn har identifierat ett utvecklingsområde kopplat till svarsfrekvens på volymuppgifter. På merparten av frågorna är det tio av 37 enheter som inte besvarat frågorna. Hos vissa av de som svarat på volymuppgifterna finns även tecken på att de inte helt förstått hur de ska registreras, dessa faktorer påverkar möjligheten till adekvat analys. Inför 2026 kommer legitimerad personal att involveras på ett tydligare sätt för att utveckla arbetet. Inför 2026 kommer ett uppdaterat årshjul att spridas till alla chefer i sektorn för att tydliggöra vilka egenkontroller som ska besvaras.

Under 2025 har utsedda personer i sektorn deltagit i arbetet med det nya samverkansavtalet. En utmaning som identifierats i detta avtal är att den skörhetsskala som ska användas inte är anpassad för personer med funktionshinder vilket kan innebära ett större arbete under kommande år för att regionen och kommunen ska tolka avtalet likvärdigt. Sektorn ser ett behov av fortsatt samverkan med regionen för att säkerställa att arbetet flyter på enligt plan.

Sammantaget bedöms patientsäkerhetsarbetet ha bedrivits på ett ändamålsenligt sätt under året, med fortsatt behov av att anpassa insatser efter enheternas olika förutsättningar och samtidigt vidareutveckla den gemensamma samverkan med legitimerad personal.

Övrig analys av resultaten ovan:

Resultaten visar att arbetet med habilitering och rehabilitering utvecklats genom framtagandet av en ny introduktionsutbildning, men att implementeringen ännu befinner sig i ett tidigt skede. Andelen nyinflyttade som fått habiliterings- eller rehabiliteringsbedömning har minskat jämfört med föregående år. Vad som ligger bakom detta är oklart men viktigt att få fram för att säkerställa att medborgarna får tillgång till den habilitering och rehabilitering som de har rätt till.

Resultaten visar att antalet Phase20 bedömningar varit få under året. Phase20 ska användas i samband med fördjupad läkemedelsgenomgång vid behov. En orsak till det låga resultatet kan bero på att det i samband med enkel läkemedelsgenomgång bedömts att inte göra en fördjupad. Vilket ofta är tillräckligt för målgruppen. Avsaknad av dokumentation kring läkemedelsgenomgångar kan beror på att fel åtgärdskod används vid dokumentation.

3.3 Resultat och analys av SÄBO/Korttidsboende SoL

Tillräcklig kompetens hos vård- och omsorgspersonal för god vård och rehabilitering

Aktiviteter

- Enhetschef tillsammans med legitimerad personal ska göra en kartläggning av vård- och omsorgspersonalens behov av utbildning och en årsplanering. Kartläggningen ska minst innehålla dessa områden:
Palliativ vård
Nutrition
Munhälsa
Fallförebyggande arbete
Tryckskadeförebyggande arbete
Inkontinensvård
Hjälpmedelskunskap
- Gå igenom utbildningsmaterial som finns att tillgå utifrån områden ovan och komplettera med de delar som saknas.

Resultat

Uppgifter om genomförda utbildningar under 2025 finns redovisade under punkten 1.3. Verksamheten har även erbjudit dokumentationsombudsträffar både på våren och hösten.

MAS, MAR och NAD har påbörjat arbetet med att se över vilka utbildningsmaterial som finns men det har inte kompletterats med ytterligare utbildningar.

- Palliativ vård - utbildning saknas
- Nutrition - ingen specifik utbildning gällande nutrition
- Måltidsombudsträffar har genomförts under året
- Munhälsa - finns utbildning i Kompetensportalen
- Fallförebyggande arbete – finns framtaget utbildningsmaterial kopplat till riktlinjen för fall och förebyggande fall och fallskador
- Tryckskadeförebyggande arbete – utbildning saknas
- Inkontinensvård - utbildning saknas
- Hjälpmedelskunskap- finns med i rehab steg 1 och steg 2 samt i lyftutbildning. Även förtydligt i riktlinje för kontroll av hjälpmedel.

God och säker vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom

Aktiviteter

- Utredda och bedöma personer med kognitiv sjukdom och symtom enligt BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)
- Det ska finnas en dokumenterad teambaserad utredning för alla skyddsåtgärder HSL med risk för upplevd tvång- och begränsning.

Resultat från egenkontroll i november 2025.

Tabellen nedan visar andelen personer i BPSD-registret senaste 6 månaderna

År	Antal personer i egenkontroll	Andel (%) skattade personer i BPSD-registret
2025	592	15
2024	620	15
2023	559	14
2022	458	10
2021	490	9

Tabellen nedan visar andelen personer med skyddsåtgärder HSL och andel med dokumenterad utredning

År	Antal personer i egenkontroll	Andel (%) personer med passivt larm	Andel (%) med dokumenterad utredning, passivt larm	Andel (%) personer med hjälpmedel som skyddsåtgärd	Andel (%) med dokumenterad utredning, hjälpmedel
2025	592	35	77	16	70
2024	620	37	87	16	87
2023	559	46	80	20	99
2022	458	49	79	17	84
2021	490	36	63	15	78

God vård i livets slut

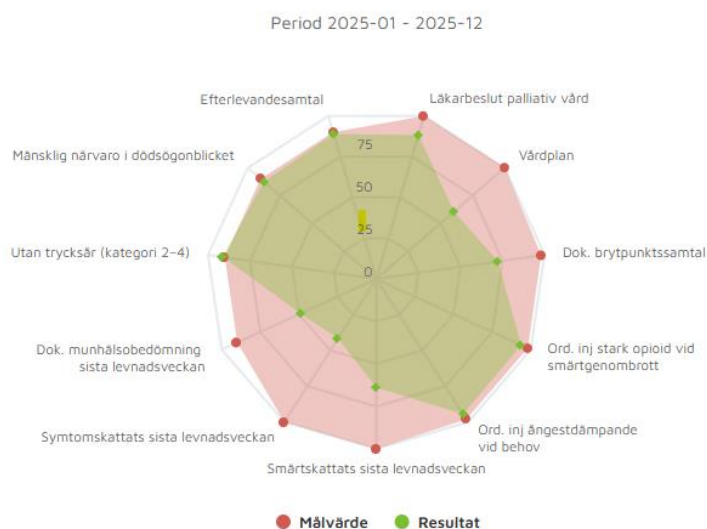
Aktiviteter

- Genomföra munvårdsbedömningar och smärtskattning sista levnadsveckan
- Upprätta hälsoplan vård i livets slut (=vårdplan i palliativa registret)
- Följa kvaliteten i Palliativa registret
- Journalföra brytpunktssamtal genomförda av läkare i hälsojournal.

Resultat

Diagrammet och tabellerna nedan är från Palliativa registret och gäller SÄBO och korttids under 2025.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



2025

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Läkarbeslut palliativ vård	88,2	100	112	127
Vårdplan	60,6	100	77	127
Dok. brytpunktssamtal	72,4	98	92	127
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	93,7	98	119	127
Ord. inj ångestdämpande vid behov	94,5	98	120	127
Smärtskattats sista levnadsveckan	63,8	100	81	127
Symtomskattats sista levnadsveckan	41,7	100	53	127
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	48,8	90	62	127
Utan trycksår (kategori 2-4)	91,3	90	116	127
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,4	90	111	127
Efterlevandesamtal	89,0	90	113	127

Resultat:

- Smärtskattning sista levnadsveckan har ökat från 53,8% 2024 till 68,3% 2025
- Dok munvårdsbedömning sista levnadsveckan har minskat från 56,1% 2024 till 48,8% 2025
- Vårdplan har minskat från 73,5% 2024 till 60,6% 2025
- Dokumenterat brytpunktssamtal har ökat från 67,4% 2024 till 72,4%.

Aktiviteter

- Genomföra fallutredningar vid risk med stöd av Core set (enligt Riktlinje för förebyggande av fall, fallskada särskilt boende/korttidsboende)

Resultat fallförebyggande arbete

Tabellen nedan visar andelen personer med riskbedömning, dokumenterade åtgärder och andel med höftskyddsbyxa

År	Antal personer i egenkontroll	Riskbedömningar % (andel av personer i egenkontroll)	Fallrisk % (andel av riskbedömda)	Dokumenterad utredning och åtgärder % (andel av personer med fallrisk) *	Höftskyddsbyxa % (andel av personer med fallrisk)
2025	592	85	82	76	17
2024	620	84	82	87	17
2023	559	79	76	80	21
2022	458	75	79	83	17
2021	490	68	76	90	20

*Frågan ändrad inför 2025

Övriga resultat från egenkontrollen:

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har vård- och omsorgspersonalen utbildats i fallprevention de senaste 12 månaderna med stöd av framtaget utbildningsmaterial?	14	3	0	1

Tabellen nedan visar resultat av fallhändelser och fall från avvikelssystemet DF-respons

År	Fallhändelser totalt	Fall - höftfrakturer	Fall - övriga fysiska skador
2025	2675	36	410
2024	2459	22	292
2023	2012	24	313
2022	1822	23	267
2021	1726	23	193

Förebygga undernäring och säkerställa en god nutrition

Aktiviteter

- Följa Riktlinje för att förebygga och behandla undernäring
- Alla personer med risk för eller med undernäring ska ha en dokumenterad orsaksutredning med stöd av Core set och behovsbedömning i hälsojournal för att säkerställa adekvata åtgärder
- Vid MNA 0-7 ska dietist inom SÄBO/Kortids konsulteras.

Resultat

Inom särskilt boende arbetas det regelbundet med nutritionsvårdsprocessen. Sjuksköterskorna är bra på att ta kontakt med dietist vid behov.

Tabellen nedan visar resultat från enheternas egenkontroll 2025 i procent

År	Antal personer i egenkontroll	Riskbedömning enligt MNA/Tre riskfaktorer för undernäring	Risk för undernäring	Pågående undernäring	Andel personer med risk eller undernäring som har dokumenterad utredning och åtgärder i hälsojournal *
2025	592	84 %	47%	11 %	68 %
2024	620	87%	43%	10%	43%
2023	559	79%	43%	10%	69%
2022	458	70%	49%	12%	81%
2021	490	72%	48%	11%	80%

*Frågan ändrad i egenkontrollen inför 2025

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Planerar enheten insatser för den enskilde så att det är minst 5 timmar mellan lunch och middag?	14	1	2	1
Serveras minst sex måltider per dag?	17	0	0	1
Har kommunens dietist kontaktats vid undernäring, MNA 0-7?	15	1	1	1

God munhälsa

Aktiviteter

- Utbilda vård- och omsorgspersonalens i munvård och munhälsa genom Socialstyrelsens webutbildning i munhälsa
- Genomföra utredningar vid risk med stöd av Core set (enligt Riktlinje för förebyggande arbete med stöd av Senior alert).

Resultat

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har vård- och omsorgspersonalen genomfört Socialstyrelsens utbildning i munhälsa de senaste 12 månaderna? (I kompetensportalen)	14	2	1	1

Frågan gällande utredning vid risk för ohälsa i munnen är inte ställd till enheterna i årets volymuppgifter och kan därför inte besvaras.

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen nedan visar resultat på andel riskbedömningar enligt ROAG

År	Andel riskbedömningar %
2025	78 %
2024	78%
2023	71%
2022	71%
2021	63%

Resultat av regionens munhälsobedömning

Tabellen nedan visar andel god och dålig munhälsa vid 13 av 18 särskilda boenden (interna och externa) 2025. Totalt har 372 personer erbjudits och tackat ja till uppsökande tandvård. Anledningen till att 5 enheter ej fått besök kommer tas upp på kommunträffen i februari.

År	Andel god munhälsa	Andel dålig munhälsa
2025	62 %	38 %
2024	55%	45%
2023	72%	28%
2022	60%	37%
2021	63%	37%

Förebygga tryckskada

Aktivitet

- Genomföra utredningar vid risk med stöd av Core set (enligt Riktlinje för förebyggande arbete med stöd av Senior alert).

Resultat

Frågan gällande utredning vid risk för tryckskada är inte ställd till enheterna i årets volymuppgifter och kan därför inte besvaras.

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har vård- och omsorgspersonalen fått fortbildning av sjuksköterska i att förebygga tryckskada de senaste 12 månaderna?	11	3	3	1

Goda toalettvanor och god inkontinensvård

Aktiviteter

- Utreda personens kontinensbehov (enligt Riktlinje för kontinens och inkontinensvård)
- Öka sjuksköterskors kompetens inom inkontinens.

Resultat

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025.

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Kartlägger enheten personers toalettvanor?	13	0	3	1
Genomför sjuksköterska utredning av inkontinens?	12	0	4	1

Alla sjuksköterskor har gått utbildningen i kompetensportalen, förskrivningsrätt, samt utför utredning blåsdysfunktion enligt Senior alert. Det finns ett behov av vidare utbildning kring inkontinens och utredning vid nytillkommen blåsdysfunktion.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktiviteter

- Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (Phase-20)

Resultat

Tabellen visar antal genomförda Phase-20 och Phase Proxy enligt statistik från Viva

År	Antal genomförda Phase-20	Antal genomförda Phase Proxy
2025	129	159
2024	315	-
2023	301	-
2022	102	-
2021	100	-

Övrigt resultat av egenkontroll

Resultat God och säker rehabilitering

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har all vård och omsorgspersonal som använder personlyft godkänd utbildning i användande av personlyft?	13	-	4	1
Utför enheten intern kontroll av hjälpmedel enligt gällande riktlinje?	14	1	2	1
Har all personal inklusive vikarier genomgått en introduktionsutbildning i rehabilitering?	8	-	9	1

Tabellen nedan visar andel (%) av nyinflyttade (senaste 6 mån) som fått en rehabbedömning

	Andel med rehabbedömning
2025	99
2024	96
2023	87

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Genomför enheten självskattning av basala hygienrutiner 1 ggr/kvartal	12	1	4	1
Vet vård och omsorgspersonal inklusive vikarier när man ska ta kontakt med sjuksköterska/distriktssköterska	17	0	0	1

Analys och kommentar SÄBO/Korttidsboende Sol

Verksamhetens egen analys - egenregi

Teambaserat arbete är väl etablerat inom flertalet enheter. Det finns behov av att stärka dokumentationen på vissa enheter kring avvikelser.

Resurs- och bemanningsutmaningar, framför allt relaterade till personalomsättning bland sjuksköterskor, har påverkat möjligheten att genomföra uppgifter inom patientsäkerhetsarbetet.

Arbetet med fallskador har inriktats på mer strukturerade fallutredningar, förbättrad dokumentation samt ett förstärkt förebyggande arbete.

Verksamhetens egen analys – externa utförare

Den samlade bedömningen visar att de externa utförarna bedriver ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete inom områdena fall, nutrition, munhälsa och rehabilitering. Samverkan mellan omvårdnadspersonal, HSL-personal, rehabilitering och läkare fungerar överlag väl.

Inom fallprevention har insatser som till exempel nattmål, anpassad bemanning och översyn av hjälpmedel bidragit till ökad säkerhet. Samtidigt har antalet fall ökat något, främst kvälls- och nattetid, vilket visar behov av fortsatt analys och riktade förebyggande åtgärder kopplat till tillsyn och toalettbesök.

Fokus gällande nutritionsarbetet ligger på måltidssituationer, berikning, mellanmål och att bryta nattfasta. Tillgång till dietist och utbildad personal finns. Viss viktförlust har dock noterats, vilket indikerar behov av förstärkt kompetens hos vikarier och fortsatt systematisk uppföljning.

Rutiner gällande munhälsa har förstärkts efter tidigare händelser och utbildning har genomförts för personalen. Svårigheter att utföra munvård hos vissa medborgare kvarstår och kräver fortsatt handledning och uppföljning.

Brister förekommer i signering och dokumentation av utförda rehabiliterande insatser. Behov av ökad kunskap om rehabiliterande arbetssätt och kontinuitet.

Övrig analys av resultaten ovan

Resultaten visar att antalet Phase20 bedömningar minskat markant under året jämfört med föregående år. Samtidigt har det uppmärksammats att enheterna använder Phase Proxy som alternativ vilket visar på att det genomförs läkemedelsgenomgångar på enheterna. Det skiljer sig dock i resultat mellan olika enheter, Vissa enheter har få bedömningar och kräver djupare analys om varför.

3.4 Resultat och analys av Hemtjänst

Ökad kunskap hos vård - och omsorgspersonal för en god vård och rehabilitering

Aktiviteter

- Enhetschef tillsammans med legitimerad personal ska göra en kartläggning av vård- och omsorgspersonalens behov av utbildning och upprätta en årsplanering.

Kartläggningen ska minst innehålla dessa områden:

- Palliativ vård
 - Nutrition
 - Munhälsa
 - Fallförebyggande arbete
 - Tryckskadeförebyggande arbete
 - Inkontinensvård
 - Hjälpmedelskunskap
- Gå igenom utbildningsmaterial som finns att tillgå utifrån områden ovan.

Resultat

Uppgifter om genomförda utbildningar i Kompetensportalen under 2025 finns redovisat under punkten 1.3. Verksamheten har även erbjudit Dokumentationsombudsträffar både på våren och hösten.

MAS, MAR och NAD har påbörjat arbetet med att se över vilka utbildningsmaterial som finns men har inte kompletterat med ytterligare utbildningar.

- Palliativ vård - utbildning saknas
- Nutrition - ingen specifik utbildning gällande nutrition
- Måltidsombudsträffar har genomförts under året
- Munhälsa - finns utbildning i Kompetensportalen
- Fallförebyggande arbete - finns framtaget utbildningsmaterial kopplat till riktlinjen för fall och förebyggande fall och fallskador.
- Tryckskadeförebyggande arbete - utbildning saknas
- Inkontinensvård - utbildning saknas
- Hjälpmedelskunskap - finns med i rehab steg 1 och steg 2 samt i lyftutbildning. Även förtydligt i riktlinje för kontroll av hjälpmedel.

God och säker rehabilitering

Aktiviteter

- Tydliggöra uppdrag för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemtjänst genom att ta fram ett nytt professionsuppdrag

Resultat

Det nya professionsuppdraget för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemtjänst är försenat på grund av det nya samverkansavtalet med regionen som startar upp 2026-01-01.

Övrigt resultat från egenkontroll

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har all personal som använder personlyft godkänd utbildning i användande av personlyft?	11	0	1	1
Utför enheten intern kontroll av hjälpmedel enligt gällande riktlinje?	9	0	3	1
Har all personal inkl. vikarier genomgått introduktionsutbildning rehabilitering från AT och FT?	9	0	3	1

God vård i livets slut

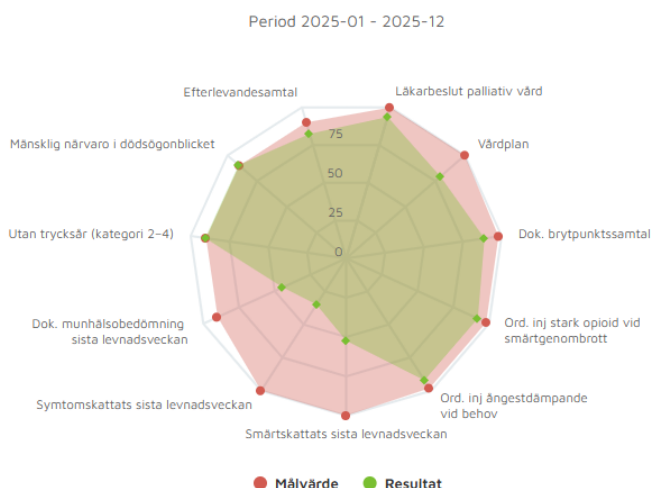
Aktiviteter

- Genomföra munvårdsbedömningar och smärtskattning sista levnadsveckan
- Upprätta hälsoplan vård i livets slut (= vårdplan i palliativa registret)
- Följa kvaliteten i Palliativa registret
- Journalföra brytpunktssamtal genomförda av läkare i hälsojournal.

Resultat

Diagrammet och tabellerna nedan är från palliativa registret och avser medborgare med hemtjänst och hemsjukvård under 2025:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



2025

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Läkarbeslut palliativ vård	93,7	100	59	63
Vårdplan	79,4	100	50	63
Dok. brytpunktssamtal	88,9	98	56	63
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	92,1	98	58	63
Ord. inj ångestdämpande vid behov	92,1	98	58	63
Smärtskattats sista levnadsveckan	52,4	100	33	63
Symtomskattats sista levnadsveckan	34,9	100	22	63
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	44,4	90	28	63
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,5	90	57	63
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,5	90	57	63
Efterlevandesamtal	82,5	90	52	63

Resultat:

- Smärtskattning sista levnadsveckan har ökat från 47% 2024 till 52,4% 2025
- Dokumenterad munvårdsbedömning sista levnadsveckan har minskat från 49,6% 2024 till 44,4% 2025
- Vårdplan har ökat från 50,4% 2024 till 79,4% 2025
- Dokumenterat brytpunktssamtal har minskat från 90,6% 2024 till 88,9%.

Systematiskt förebyggande och behandlade arbete utifrån nutrition, fall, munhälsa, tryckskada och blåsdysfunktion

Aktiviteter

- Genomföra riskbedömningar enligt gällande riktlinjer
- Alla personer med risk eller behov av behandling ska ha en dokumenterad orsaksutredning och behovsbedömning för att säkerställa adekvata åtgärder.

Resultat förebygga undernäring

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

År	Antal personer i egenkontrollen	Andel med riskbedömning	Andel med risk	Andel med undernäring	Andel med dokumenterad utredning vid risk och undernäring: resultat, orsaker och åtgärder i hälsojournal
2025	441	53 %	52 %	8 %	48 %*
2024	306	56%	46%	16%	55%
2023	368	42%	50%	11%	54%
2022	360	49%	40%	9%	76%
2021	379	38%	45%	14%	82%

*Frågan ändrad inför 2025 och gäller där utredning är genomförd.

Resultat förebygga fall

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

År	Antal personer i egenkontroll	Riskbedömningar % (andel av personer med hemsjukvård)	Fallrisk % (andel av riskbedömda)	Dokumenterad utredning och åtgärder % (andel av personer med fallrisk)	Individuell fysisk träning % (andel med fallrisk som erbjuds och tackar ja)
2025	441	48	78	74*	49* *
2024	306	57	77	70	54
2023	368	51	79	86	53
2022	360	45	83	71	49
2021	379	43	88	82	76

* Frågan ändrad inför 2025 och gäller där utredning är genomförd.

* * Flera erbjuds men tackar nej.

Tabellen nedan visar resultat från egenkontroll i november 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat

Har vård- och omsorgspersonalen utbildats i fallprevention de senaste 12 månaderna med stöd av framtaget utbildningsmaterial?	11	0	1	1
Erbjuds medborgare med fallrisk individuell fysisk träning enligt "Riktlinje för förebyggande av fall"?	12	0	0	1

Tabellen nedan visar resultat av fallhändelser och fall från avvikelssystemet DF-respons

År	Fallhändelser totalt	Fall-höftfraktur	Fall-övriga fysiska skador
2025	1790	14	161
2024	1616	10	101
2023	1835	9	119
2022	1544	10	116
2021	1429	11	106

Resultat Förebygga tryckskada/trycksår

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Har vård- och omsorgspersonalen fått fortbildning av sjuksköterska/distriktssköterska i att förebygga tryckskada de senaste 12 månaderna?	7	2	3	1

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktivitet

- Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (Phase-20)

Resultat

Tabellen visar antal genomförda Phase-20 och Phase Proxy enligt statistik från Viva

År	Antal genomförda Phase-20	Antal genomförda Phase Proxy
2025	116	2
2024	115	-
2023	159	-
2022	53	-
2021	54	-

Övriga resultat från egenkontroll

Tabellen visar resultat från egenkontroll 2025

	Ja	Nej	Delvis	Ej svarat
Genomför enheten självskattning av basala hygienrutiner 1 ggr/kvartal	8	3	1	1
Vet personal inklusive vikarier när man ska ta kontakt med SSK/DSK	12	0	0	1

Analys och kommentarer Hemtjänst

Verksamheternas egen analys:

Forened Care

Det fallpreventiva arbetet behöver stärkas då fallutredningar och riskbedömningar genomförs mer sporadiskt än inom andra områden, samtidigt som fall fortsatt utgör den största kategorin av HSL avvikelser. Orsaker bedöms vara att utredningar ofta görs först vid allvarligare händelser samt att otydligheter uppstår när medborgare växlar mellan att tillhöra, eller inte tillhöra hemsjukvården.

Nutrition bedöms fungera väl med etablerade rutiner.

Munhälsa kvarstår som ett betydande problemområde, särskilt för medborgare utan SoL-beslut om daglig hygien, vilket gör att behov inte alltid fångas upp.

Rehabiliteringsarbetet påverkas av schematekniska hinder som försvårar gemensamma genomgångar.

Analys av verksamhetens resultat saknas från övriga externa utförare.

Hemtjänst egen regi

Inom hemtjänsten egen regi finns ett behov av att stärka det grundläggande patientsäkerhetsarbetet, dels inom självskattnig av basala hygienrutiner, fortbildning för distriktssköterskor och strukturerad användning av riskbedömningar enligt Senior alert. En av orsakerna till detta är en bristande bemanning hos legitimerad personal som påverkat arbetets omfattning. Trots dessa utmaningar bedrivs regelbundna teamuppföljningar som ger stöd för ett fortsatt lärande och bidrar till att upprätthålla en grundläggande kvalitet och säkerhet i verksamheten.

4. Avvikelser hälso- och sjukvård

Avser perioden 24-12-01 – 25-11-30

Typ av händelse	År	Hemtjänst	Särskilt boende, inkl. korttids/anhörigavlösning SoL	LSS/ SoL Bostad, inkl. korttids	Övriga verksamheter*
Läkemedel (totalt)	2025	850	1202	556	21
	2024	717	1328	590	29
	2023	736	1483	454	64
	2022	714	1399	399	40
	2021	848	1851	544	56
Läkemedel -varav utebliven dos	2025	500	662	324	14
	2024	492	703	344	19
	2023	471	767	238	43
	2022	531	891	237	23
	2021	641	1241	345	42
Fallhändelser (totalt)	2025	1790	2675	236	59
	2024	1616	2459	243	4
	2023	1835	2012	224	74
	2022	1544	1822	195	46
	2021	1429	1726	177	77
Fall höftfraktur	2025	14	36	2	0
	2024	10	22	1	0

	2023	9	24	0	0
	2022	10	23	1	0
	2021	11	23	0	0
Fall övriga skador (fysiska skador)	2025	161	410	65	15
	2024	101	292	31	0
	2023	119	313	51	11
	2022	116	267	39	10
	2021	106	193	27	11
Brist i utebliven ordinerad vårdåtgärd/ utebliven vårdåtgärd i livets slut	2025	209	182	47	15
	2024	68	198	51	6
	2023	151	200	29	4
	2022	128	208	34	5
	2021	111	149	22	2
Brist i/ utebliven rehabilitering	2025	62	126	23	5
	2024	32	132	36	2
	2023	26	100	8	1
	2022	96	65	4	0
	2021	135	105	4	1
Hjälpmedel- felaktig hantering	2025	30	98	16	2
	2024	29	101	12	0
	2023	29	80	12	3
	2022	25	50	12	0
	2021	24	72	17	0
Tryckskada/ trycksår	2025	3	33	1	0
	2024	2	18	1	0
	2023	2	20	1	0
	2022	0	22	2	3
	2021	3	17	2	2
Nutrition	2025	28	64	4	0
	2024	21	63	3	1
	2023	8	48	4	5
Totalt antal avvikelser HSL	2025	1357	2151	714	58

exkl. fallhändelser utan fysisk skada					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

*Personlig assistans LSS, Elevboende LSS, Daglig verksamhet LSS/SoL, boendestöd

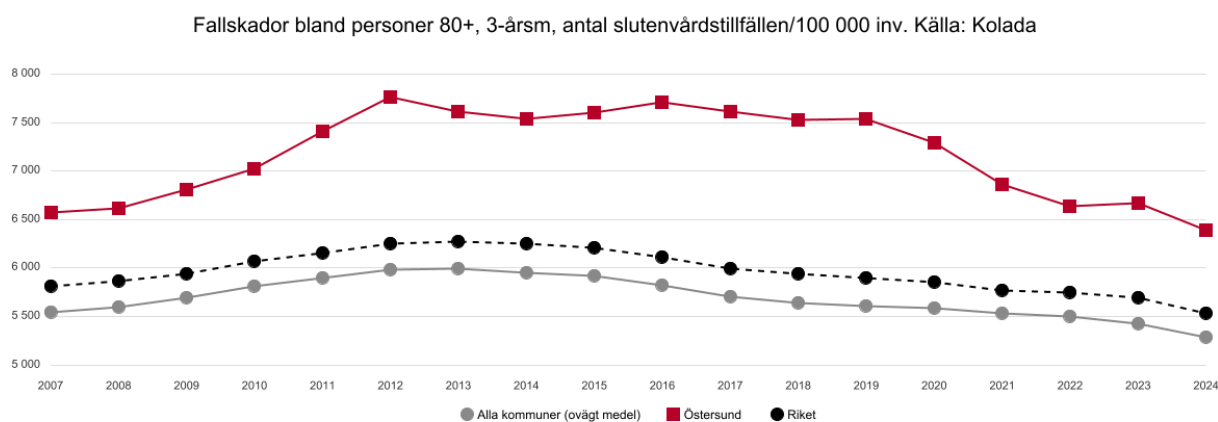
Avvikelser till och från regionen

	År	Hemtjänst/hemsjukvård	SÄBO inkl. korttids anhängavlösning SoL	LSS/ SoL bostad	Övriga verksamheter *
Avvikelser skickade till regionen	2025	40	29	30	8
	2024	18	35	30	6
	2023	37	15	31	1
	2022	40	11	10	0
	2021	62	15	16	0
Avvikelser från regionen	2025	6	2	0	0
	2024	5	1	1	4

*Personlig assistans LSS, Elevboende LSS, Daglig verksamhet LSS/SoL, boendestöd, Myndighetsenheten

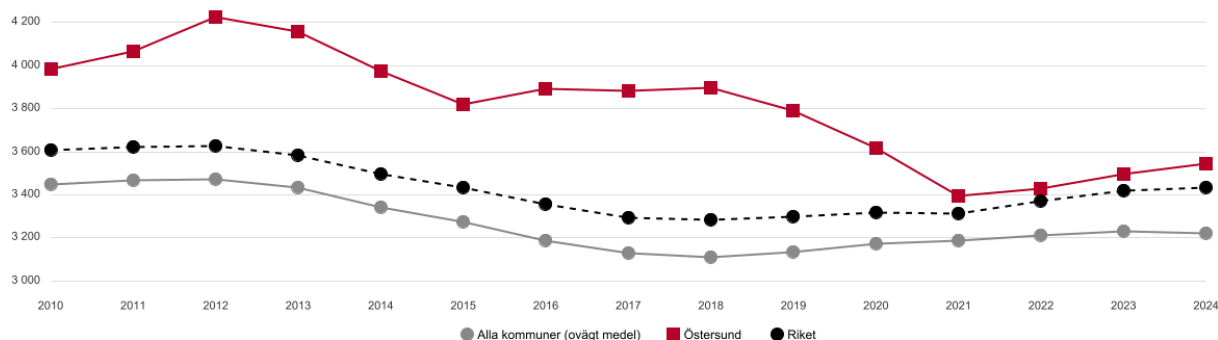
Diagrammet nedan visar antalet fallskador i Östersund för medborgare 80 +, resultatet avser 2024. Och gäller alla medborgare i Östersunds kommun.

Bild hämtad från Kolada



Diagrammet nedan visar antalet fallskador i Östersund för medborgare 65 +, resultatet avser 2024. Och gäller alla medborgare i Östersunds kommun.

Fallskador bland personer 65+, 3-årsrm, antal slutenvårdstillfällen /100 000 inv. Källa: Kolada



Analys och kommentar avvikelser

Avvikelsehanteringen inom Vård- och omsorgsförvaltningen är en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom att rapportera, analysera och följa upp avvikelser skapas förutsättningar för lärande, förbättrade arbetsätt och minskad risk för vårdskador. Årets avvikelsearbete visar tydliga mönster och förbättringsområden som är viktiga att adressera i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Sektor funktionshinder

- Läkemedelshändelser är den vanligaste avvikelsekategorin och handlar främst om uteblivna doser, brister vid iordningsställande och fel dos given
- Fallhändelser utgör den näst största
- Brister i ordinerade vårdåtgärder förekommer återkommande

Sektorns egen analys visar att många avvikelser uppkommer när personal inte följer gällande rutiner, även när arbetsätten är tydligt beskrivna och kända.

Åtgärder under året har omfattat samtal med personal, förstärkt samarbete med legitimerad personal och läkare, uppdaterade rutiner, extra tillsyn, byte av hjälpmedel och riktade utbildningsinsatser. I några händelser har avvikelsen lett till polisanmälan.

Hemtjänst och särskilt boende

- Fallrapporter dominerar avvikelserna men även fallskador och höftfrakturer ökar och det finns ett behov av fortsatt strukturerade utredningar och förebyggande insatser.

Enhetens egen analys visar att det finns ett behov av fortsatt strukturerade utredningar och förebyggande insatser. Avvikelsearbetet för övrigt bedrivs systematiskt där avvikelser granskas regelbundet, ofta varannan vecka, tillsammans med legitimerad personal. Denna struktur har lett till förbättrad uppföljning, stärkt samarbete och ökad kvalitetssäkring i verksamheterna.

Regionen

Av de avvikelser som skickas till regionen är det flest antal avvikelser som handlar om brist i samverkan gällande information och/eller kommunikation i samband med utskrivning från sjukhuset.

5. Händelser och vårdskador lex Maria

Här redovisas de händelser som anmälts enligt Lex Maria till IVO, Inspektionen för vård- och omsorg, identifierade orsaker och de beslutade åtgärderna. Syftet med dessa åtgärder är att minska risken för att liknande händelser ska upprepas.

Under 2025 anmäldes 8 händelser enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nedan ges en kort redovisning av händelserna, beslutade åtgärder och en sammanfattande slutsats om händelserna. Samtliga anmälningar är avslutade av IVO.

Lex Maria anmälningar över tid

År	Antal
2025	8
2024	5
2023	5
2022	3
2021	2

5.1 SÄBO/Korttidsboende SoL

Händelse 1 – Allvarlig händelse efter huvudskada

Sammanfattning av händelsen

En medborgare fick en huvudskada av okänd orsak. Ingen kontakt togs initialt med sjuksköterska. En vecka senare gjorde sjuksköterska en bedömning och ansåg att medborgaren var återställd. Efter ytterligare några dagar försämrades medborgaren och läkare kontaktades. Medborgaren avled kort därefter.

Identifierade orsaker

- Ingen omvårdnadsansvarig sjuksköterska på plats vid händelsen, och ingen kontakt togs med ansvarig sjuksköterska.
- Bristande dokumentation i samband med skadan.
- Otillräcklig kunskap hos personal om läkemedel och varningar.
- Fördröjd kontakt med läkare när symtom först noterades.
- Bristande kontinuitet bland sjuksköterskor.

Krav på åtgärder

- Utbilda all personal (inkl. vikarier) i dokumentation av förändringar, avvikelser och försämringar.
- Utbilda all personal om när sjuksköterska ska kontaktas.
- Utbilda dokumentationsombud om vikten av att läsa och förmedla uppmärksamhetsinformation.
- Se över och tydliggöra rutinen för samordning av sjuksköterskor vid frånvaro.
- Säkerställa att legitimerad personal använder bokningslistan för uppföljningar, särskilt vid frånvaro och under kvällar, nätter och helger.

Händelse 2 – Risk för vårdskada: Uppmärksammas viktnedgång

En medborgare på särskilt boende har haft en viktnedgång på 17 kg på 6 månader utan att detta uppmärksammats eller följts upp, trots regelbundna viktkontroller. Brister i rutiner, dokumentation och ansvarsfördelning ledde till uteblivna åtgärder för att förebygga undernäring.

Identifierade orsaker

- Riskbedömning vid inflyttning gjordes inte inom 7 dagar.
- Personalen förlitade sig på att sjuksköterska följde upp vikten i Viva.
- Ingen sjuksköterska dokumenterade eller jämförde viktresultat över tid.
- Ingen hälsoplan upprättades vid påbörjad viktnedgång.
- Saknas enhetlig rutin för uppföljning av vikt.
- Ostandardiserad dokumentation i VIVA (HSL/SoL).
- Bristande kontinuitet – 14 olika sjuksköterskor på avdelningen under perioden.

Krav på åtgärder

- Införa systematiskt arbetssätt för viktkontroller med tydlig uppföljning.
- Upprätta och följa hälsoplan vid viktnedgång, inklusive bokning för uppföljning.
- Säkerställa rapportering av viktkontroller till sjuksköterska.
- Utbildning i dokumentation samt nutrition och måltidsarbete.
- Säkerställa tillräckliga portioner.
- Skapa rutin för förebyggande arbete via Senior alert.
- Sjuksköterskor ska följa riktlinjer för att förebygga/behandla undernäring.

Händelse 3 – Försämrat munstatus p.g.a. utebliven hantering av tandbrygga

En medborgares tandbrygga har inte lossats och rengjorts sedan inflyttning, vilket uppmärksammades först vid ett besök av uppsökande tandvård flera månader senare. Detta har lett till ett försämrat munstatus.

Identifierade orsaker

- Bristande informationsöverföring kring hälsoplan till omvårdnadspersonalen.
- Genomförandeplan och hälsoplan är inte samordnade.
- Ordinerade HSL-insatser har inte följts av personal.

Identifierade bifynd

- Ingen uppföljning av remiss skickad till tandläkare.
- Ingen dokumentation av besök från uppsökande tandvård i vare sig SoL-journal eller hälsojournal.
- Inga åtgärder initierades i samband med att avvikelserna upprättades.

Krav på åtgärder

- Säkerställa grundläggande kompetens i munhälsa och munvård hos omvårdnadspersonal.
- Säkerställa att personal vet *hur och var* dokumentation ska ske i både SoL- och hälsojournal.
- Säkerställa att HSL-ordinationer följs.
- Förbättra informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.
- Säkerställa att legitimerad personal följer upp och dokumenterar planerade åtgärder.
- Avsätta tid för att gå igenom och synka genomförandeplan och hälsoplan, särskilt när insatsen berör både SoL och HSL.

Händelse 4 – Fördröjd bedömning efter fall med fraktur

En medborgare föll under natten och ådrog sig en fraktur. Personal kontaktade sjuksköterska, men ingen bedömning gjordes förrän på morgonen, vilket ledde till fördröjd diagnostik och operation.

Identifierade orsaker

- Bristande följsamhet till riktlinjen för fall och fallskador.
- Bristande dokumentation i SoL-journal.

Bifynd och andra upptäckta risker

- Otillräckliga språkkunskaper hos baspersonal.
- Bristande följsamhet till riktlinjer för förskrivning av skyddsåtgärder (HSL).
- Bristande dokumentation kring förskrivning av hjälpmedel i hälsojournal.
- Bristande dokumentation om hjälpmedel i hälsoplan.
- Saknade/otillräckliga ordinationer i läkemedelslistan (regionens ansvar).

Krav på åtgärder

- Gå igenom riktlinje och stödmaterial för skyddsåtgärder (HSL) med legitimerad personal.
- Påminna sjuksköterskor om att ordinationer alltid ska finnas i läkemedelslistan, enligt regionens riktlinjer.
- Gå igenom riktlinjen för fallprevention med all personal på enheten.
- Utbilda omvårdnadspersonal i omhändertagande vid fall.
- Säkerställa att personal dokumenterar alla fallhändelser i journal.
- Arbeta strukturerat med språkutveckling på enheten.

Händelse 5 – Allvarlig förstoppning p.g.a. bristande uppföljning

En medborgare utvecklade svår förstoppning på grund av bristande kontroller och uppföljning. Insatta åtgärder gav ingen effekt och medborgaren behövde slutenvård på sjukhus innan återgång till boendet.

Identifierade orsaker

- Bristande följsamhet till rutiner för uppföljning av avföring.
- Otillräcklig uppföljning av dokumenterade observationer.
- Otydlig ansvarsfördelning och bristande kommunikation mellan arbetspass.
- Bristar i dokumentation och begränsad tillgång till journalsystem.

Bakomliggande orsaker på systemnivå

- Bristar i kommunikation och informationsöverföring.
- Otillräcklig utbildning och kompetens.
- Begränsningar kopplade till teknik och utrustning.
- Organisations- och bemanningsrelaterade svårigheter.

Vidtagna och planerade åtgärder

- Uppdaterade genomförande- och hälsoplaner med daglig uppföljning av avföringsstatus.
- Förtydligade rutiner, dokumentationsstöd och införande av daglig teamuppföljning.
- Involvering av dietist och kompetenshöjande insatser för personal.
- Säkerställd teknisk åtkomst till journalsystem samt regelbundna journalgranskningar.
- Tydligare ansvarsfördelning, särskilt vid kvällar, helger och för ny personal.

5.2 Hemtjänst

Händelse 6 – Risk för vårdskada vid bristande uppföljning av blodsocker

En medborgare med diabetes (insulin- och tablettbehandling) samt långvariga infektioner utvecklade kraftigt förhöjt blodsocker. Bristande uppföljning av p-glukos vid försämring innebar en tydlig risk för vårdskada. (Händelsen är anmäld som Lex Maria 2023.)

Identifierade orsaker

- Ingen läkarkontakt togs när tablettbehandling för diabetes togs bort → ordinationer av insulin och p-glukoskontroller uppdaterades inte.
- Regelbundna p-glukoskontroller genomfördes inte.
- Sjuksköterska uppmärksammade inte tidigare höga blodsockervärden i journalen.
- En del personal saknade kunskap om när sjuksköterska ska kontaktas vid högt p-glukos.

Krav på åtgärder

- Läkare ska alltid kontaktas vid förändring i läkemedelsbehandling.
- Regelbundna p-glukoskontroller ska utföras; extra kontroller vid försämring eller ändrad diabetesbehandling. Resultat ska utvärderas tillsammans med läkare.
- Information och utbildning till personal om diabetesbehandling, symtom samt risker vid högt/lågt p-glukos.
- All personal ska veta när kontakt ska tas med sjuksköterska.

Händelse 7 – Skada vid RIK (ren intermittent kateterisering)

En medborgare fick hjälp med RIK då katetern fastnade. Personal gjorde ett nytt försök trots komplikationer, vilket ledde till **sår i urinröret**.

Identifierade orsaker

- Omvårdnadspersonal kontaktade inte distriktssköterska igen efter komplikationer utan försökte genomföra RIK på nytt trots blödning och stopp.
- Missförstånd i kommunikationen: personal uppfattade inte att distriktssköterskan skulle komma senare och utförde därför ytterligare ett försök själva.

Krav på åtgärder

- Repetera utförande, risker och handhavande vid RIK med delegerad personal.
- Förtydliga i hälsoplan att kontakt alltid ska tas med distriktssköterska vid **stopp, smärta eller blödning** vid RIK.

5.3 LSS verksamhet

Händelse 8 – Vårdskada efter utebliven tillsyn och läkemedelsgivning

En medborgare hittades med svåra kramper. Under morgonen och förmiddagen hade både tillsynsbesök och läkemedelsöverlämning uteblivit, vilket kan ha bidragit till försämringen och fördröjt upptäckten av kramperna.

Identifierade orsaker

- Uteblivna tillsynsbesök och att läkemedel inte gavs enligt ordination, vilket innebar att kramper inte observerades i tid.
- Personal följde inte läkemedelsordinationen.
- Otydlig kommunikation och ansvarsfördelning: personal nr 1 lämnade arbetsplatsen för att handla utan att överlämna ansvaret för tillsyn till annan medarbetare.

Krav på åtgärder

- Säkerställa att personal följer ordinationer och ger läkemedel enligt instruktion.
- Gå igenom riktlinjer för läkemedelshandling och ansvarsfördelning.

- Ge all personal – inklusive vikarier – information om epilepsi, epilepsibehandling och tecken på kramper.
- Tydlig uppmärksamhetsinformation om medborgarens epilepsi och vilka symtom personal ska vara observant på.
- Genomföra kunskapstest vid delegering för att säkerställa kompetens.
- Säkerställa att personal rapporterar över ansvar till varandra vid frånvaro eller byte av arbetsuppgifter.

Sammanfattande analys:

Händelserna visar återkommande systematiska brister i kommunikationen mellan personal, i följsamhet till rutiner och ordinationer samt i dokumentationen.

Otillräcklig kontinuitet bland sjuksköterskor på Särskilt boende bidrar till att uppföljningar uteblir och ansvar blir otydligt.

De föreslagna åtgärderna handlar framför allt om kompetenshöjning, tydligare och samordnade rutiner, förbättrade informationsflöden samt mer strukturerad uppföljning.

6. Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap3 och 6§, 7 kap2§ p6

Synpunkter och klagomål utreds enligt rutin av den chef som är ansvarig för berörd verksamhet.

Synpunkter och klagomål ska i första hand hanteras av verksamheten och lyftas till nästa chef i linjen om individen inte är nöjd eller inte fått återkoppling från ansvarig chef.

Klagomål och synpunkter kan ibland komma direkt till MAS/MAR/NAD och hanteras då av dem med hjälp av berörd verksamhet. Klagomål och synpunkter kan tas emot via telefon, brev eller e-post. De kan också komma till MAS/MAR:s kännedom via kommunens kundcenter som registrerar klagomål i ett kommunövergripande IT- stöd. Klagomål och synpunkter som kommer via MAS/MAR/NAD diarieförs i kommunens diarium.

Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till verksamhetschef HSL. Den som lämnat ett klagomål till MAS/MAR får återkoppling både skriftligt och muntligt. Klagomål/synpunkter kan föranleda särskild kvalitetsuppföljning av verksamhet. Statistik över klagomål/synpunkter redovisas till vård- och omsorgsnämnden en gång per år.

Under 2025 har det registrerats 2 synpunkter/klagomål som rör hälso- och sjukvården inom särskilt boende. Klagomålen har gällt uteblivna hälso- och sjukvårdsinsatser och otillräcklig information till anhörig.

Synpunkter och klagomål kan även komma från patientnämnden. Under 2025 hanterade de 5 ärenden som rörde Östersunds kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen.

- Bristande bedömning och dokumentation efter huvudskada – närstående upplevde att personal inte tog försämring på allvar; ärendet ledde till Lex Maria som utreddes av MAS i Östersunds kommun (Detta var en av synpunkterna som redovisades ovan.)
- Boende på särskilt boende upplever återkommande brister i vården – tidigare påtalat utan resultat; verksamheten svarar att åtgärder vidtagits
- Närstående upplever bristande delaktighet och att legitimerad personal inte tar försämring på allvar - önskemål om bättre utredning och kommunikation
- Närstående upplever brister i delaktighet och läkemedelshantering - utlovad medverkan i utvärdering uteblev när personal inte kände till planeringen

- Brister i vårdövergång från sjukhus till hemmet - patienten fick varken hjälp med toalettbesök eller läkemedel första dygnet; två avvikelser upprättades och personal utbildades.

7. Externa tillsyner och revisioner

7.1 Extern granskning av läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomfördes under 2025 av apoteket i samverkan och beställning av MAS.

Kvalitetsgranskningarna av läkemedelshantering i Östersunds kommun bygger på Socialstyrelsens föreskrift för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård HSLF-FS 2017:37, samt Östersunds kommuns riktlinjer för läkemedelshantering. Totalt besöktes 17 enheter, varav 6 SÄBO, 2 hemtjänst inklusive central enhet för jour- och nattorganisationen och 9 enheter inom LSS/SOL.

Kvalitetsgranskningarna omfattade:

- Genomlysning av lokala och skriftliga rutiner
- Granskning av ett urval av skåp i lägenhet
- Granskning av förvaring och hantering av läkemedel, samt narkotika i läkemedelsförråd
- Allmän diskussion av läkemedelshantering.

Personal med delegering för att ge läkemedel visade inspektörerna hur de gjorde när de överlämnade läkemedel. Vissa frågeställningar som är gemensamma för kommunen identifierades. Apoteket gick igenom och överlämnade en åtgärdsplan och rapport till MAS.

Resultatet från extern granskning visade:

Granskningen visade behov av tydligare och mer enhetliga riktlinjer/rutiner inom flera områden av läkemedelshantering. Exempelvis:

- överblivna läkemedel
- dokumentation vid generikautbyte och vid-behovs-läkemedel
- mer konsekventa rutiner för palliativa läkemedel, särskilt avseende narkotikajournal
- reglerna för förvaring av den enskildes läkemedel behöver förtydligas, liksom rutiner för narkotikakontroll
- behov av följesedel från hälsocentralen för samtliga läkemedel har lyfts vidare till regionen.

I de lokala rutinerna noterades att mallar behöver anpassas för olika verksamheter och att flera delar behöver förtydligas, bland annat hantering av läkemedelslista, dokumentation vid avvikelser från låst förvaring, kontroll av dospåsar, nyckelhantering och ansvarsfördelning kring patientbundna skåp.

Reservrutinen för digital signering behöver utvecklas, särskilt kring upprättande och arkivering av signaturförtydligandelistor.

Riktlinjen för delegering behöver förtydligas avseende skillnaden mellan uppföljning och förnyelse, hur dessa ska dokumenteras och hur processen ska genomföras. Granskningen visar också på behov av förbättrad intern samverkan för att säkerställa att sjuksköterskor informeras i god tid inför utfärdande av delegeringar.

7.2 Extern granskning av vårdhygien:

Under hösten 2025 genomfördes hygienronder av vårdhygien från regionen vid två särskilda boenden, ett med extern och ett med intern utförare.

Båda enheterna uppvisar god grundläggande följsamhet till basala hygienrutiner samt fungerande rutiner för utbildning inom vårdhygien.

Identifierade förbättrings och utvecklingsområden

- Städning, förvaring och ordning i desinfektionsrum
- Brister i loggbokföring
- Otillräcklig kontroll av disk- och spoldesinfektorer.
- Införa observationsmätningar av basala hygienrutiner (BHR)
- Återuppta årlig vårdhygienisk egenkontroll
- Stärka rutiner kring tappställen, hantering av textilier och kontroller av utrustning.
- Förbättrad struktur och hantering av sterilt material
- Tydligare rutiner för användning och kontroll av desinfektionsutrustning
- Korrekt hantering av städmaterial
- Fortsatt informations- och kunskaps spridning kring multiresistenta bakterier (MRB) och smittskydd.

8. Mål och strategier hälso- och sjukvård 2026

8.1 Mål och strategier, Verksamhetsövergripande områden

Ökad kunskap hos legitimerad personal för god omvårdnad, habilitering och rehabilitering

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Erbjuda legitimerad personal kompetensutveckling inom områdena: Sår, Palliativ vård, nutrition, riskbedömningar och diabetes	Enhetschef för Legitimerad personal	December 2026

Ökad kunskap hos vård- och omsorgspersonalen för en god och nära vård

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Komplettera med utbildningar i Kompetensportalen gällande: <ul style="list-style-type: none">• Palliativ vård• Nutrition• Tryckskadeförebyggande arbete• Inkontinensvård	MAS, MAR, NAD tillsammans med enheten för personal och kompetens	December 2026

Dokumentation i hälsojournal i tillräcklig omfattning och med god kvalitet

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Utveckla metoden för kollegial journalgranskning	MAS	December 2026

Välfärdsteknik och e-hälsoverktyg införs och används på ett patientsäkert sätt

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Ta fram en modell för att patientsäkra test och införande av nya digitala verktyg inom hälso- och sjukvård	Arbetsgrupp för digitalisering och automatisering	December 2026

8.2 Mål och strategier, LSS/Sol-bostad

God och säker habilitering och rehabilitering

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
-----------	----------	-------------

Implementering av introduktionsutbildning i ”Habilitering/rehabilitering steg 1” för vård- och omsorgspersonal	MAR tillsammans med utbildningsansvariga	December 2026
--	--	---------------

Identifiera hälsorisker

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Öka andelen HOV- (hälso- och vårdplanering) för medborgare som bor i LSS/SoL-bostad	Enhetschef LSS/SOL bostad, Enhetschef Leg personal	November 2026

8.3 Mål och strategier, SÄBO/Korttidsboende Sol

God och säker vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Utreda och bedöma personer med kognitiv sjukdom och symtom enligt BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	Enhetschef SÄBO och legitimerad personal	December 2026
Utveckla dokumentationen kring teambaserad utredning för alla skyddsåtgärder HSL med risk för upplevd tvång- och begränsning	MAS, MAR	December 2026

God vård i livets slut

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följa kvaliteten i Palliativa registret och se över arbetssätt kring områden som behöver förbättras	Enhetschef för legitimerad personal, legitimerad personal	December 2026
Kompetensutveckla omvårdnadspersonal i Palliativ vård	Enhetschef tillsammans med legitimerad personal	December 2026

Förebygga fall och fallskador

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följsamhet till Riktlinje för att förebygga fall och fallskador med fokus på <ul style="list-style-type: none">utredning av bakomliggande orsakerfallförebyggande åtgärder	Legitimerad personal	December 2026
Kompetensutveckla omvårdnadspersonal i fallförebyggande arbete	Enhetschef tillsammans med legitimerad personal	December 2026

Förebygga undernäring och säkerställa en god nutrition

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följsamhet till Riktlinje för att förebygga och behandla undernäring Med fokus på: <ul style="list-style-type: none">utredning av bakomliggande orsakerförebyggande och behandlande åtgärder	Legitimerad personal	December 2026
Kompetensutveckla omvårdnadspersonal i nutritionsfrågor kopplat till måltider.	Enhetschef tillsammans med legitimerad personal	December 2026

God munhälsa

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Utbilda vård- och omsorgspersonalens i munvård och munhälsa (kompetensportalen)	Enhetschef	December 2026
Genomföra utredningar vid risk för ohälsa i munnen med stöd av Core set (enligt Riktlinje för förebyggande arbete med stöd av Senior alert)	Legitimerad personal	December 2026

Förebygga tryckskada

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Genomföra utredningar vid risk av trycksår med stöd av Core set (enligt Riktlinje för förebyggande arbete med stöd av Senior alert)	Legitimerad personal	December 2026

Goda toalettvanor och god inkontinensvård

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följsamhet till Riktlinje för kontinens och inkontinensvård med fokus på <ul style="list-style-type: none">Utreda personens kontinensbehov enligt Core set för blåsdysfunktion	Legitimerad personal	December 2026
Kompetensutveckla omvårdnadspersonal i kontinens och inkontinens	Enhetschef tillsammans med	December 2026

	legitimerad personal	
--	----------------------	--

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Initiera läkemedelsgenomgång för personer på SÄBO (Phase-20, Phase Proxy)	Legitimerad personal	December 2026

8.4 Mål och strategier, Hemtjänst

God och säker rehabilitering

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Ta fram ett nytt professionsuppdrag för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemtjänst	MAR	December 2026

God vård i livets slut

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följa kvaliteten i Palliativa registret och se över arbetssätt kring områden som behöver förbättras	Enhetschef för legitimerad personal, legitimerad personal	December 2026
Kompetensutveckla omvårdnadspersonal i Palliativ vård	Enhetschef tillsammans med legitimerad personal	December 2026

Systematiskt förebyggande och behandlade arbete utifrån trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion.

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Följsamhet till riktlinjer utifrån trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion med fokus på: <ul style="list-style-type: none"> Riskbedömningar Utredning av bakomliggande orsaker 	Enhetschef hemtjänst, legitimerad personal	December 2026

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktivitet	Ansvarig	Uppföljning
Initiera läkemedelsgenomgång för personer med kommunal hälso- och sjukvård (Phase-20, Phase proxy)	Legitimerad personal	December 2026