

## Sammanträdesprotokoll Gemensam nämnd för närvård Frostviken 2026-03-10

### Sammanträdet's plats och tid

Forsgården i Gäddede klockan 11-15

### Beslutande

David Adervall (S), ordförande

Morgan Olsson(S)

Katarina Rosberg (S) tjänstgörande ersättare

Maritha Granqvist (M)

Marie-Louise Oscarsson (C)

### Justerare

Marie-Louise Oscarsson (C) utses att justera protokollet, paragraf 13 - 24.

Justeringen sker digitalt inom 14 dagar.

### Underskrifter

---

David Adervall, ordförande

---

Eva Lif, sekreterare

---

Marie-Louise Oscarsson, justerare

2026-03-10

---

## Anslag/Bevis

Protokollet är justerat och närvårdsnämnden publicerar det på kommunens webbplats under perioden 23 mars till 14 april. Protokollet förvaras på vård- och socialförvaltningen i Strömsund.

## Övriga närvarande

Eva Lif, sekreterare,

Lars Kvemo, verksamhetschef

Emma Djärf-Björklund, bitr. Verksamhetschef

Erika Blom (S), ej tjänstgörande ersättare

Katrin Djusberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska §18

Diarienummer NVF.2026.2 700

## § 13 Fastställande av föredragningslista

### Närvårdsnämndens beslut

Föredragningslistan fastställs

den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.10 700

## § 14 Verksamhetsprognos per februari 2026

Lars Kvemo, verksamhetschef redovisar verksamhetsprognos per februari.

### Närvardsnämndens beslut

Närvardsnämnden tar del av och godkänner presenterad verksamhetsprognos per februari 2026.

Närvardsnämnden ger närvardschefen i uppdrag att fortsatt arbete för att komma inom budgetram.

### Närvarld Frostvikens förslag till beslut

Närvardsnämnden föreslås ta del av och godkänna presenterad verksamhetsprognos per februari 2026

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvardsnämnden beslutar enligt förslaget samt ger verksamhetschefen att fortsatt arbete för att komma inom budgetram.

### Sammanfattning av ärendet

Tilldelad ram för 2026 är 26.540 tkr, prognosen per februari visar på ett förväntat underskott på -710 tkr.

Vi ser inga stora poster som avviker i detta skede, på ambulansen har ju gjort mindre justeringar för OB och jourersättning.

Gällande hemvården så gör vi en mindre justering för kvalificerad övertid, samt lön timanställda.

Personalläget ser fortsatt bra ut för 2026 och vi har redan börjat säkra upp sommarvikarier.

### Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Verksamhetsprognos per februari 2026

### Beslut skickas till

Närvarld Frostviken

Period 2026-03

KONTO 3000-8999

ANSV 8\*

Förvaltning #99

AKT #255

PROJ #4

Verksamhet #8651-8653,8701,8702,8704

Förvaltning	Huvudverksamhet	Verksamhet	Budget År	Prognos År	Avvikelse År
86 Närvård Frostviken	860 Närvård Frostviken	1008 Närvård Frostviken	72	72	0
		5001 Hälsocentral	2 051	2 086	-35
		5002 Ambulans	501	769	-268
		5101 Särskilt boende	11 688	11 681	7
		5102 Trygghetsboende	1 331	1 331	0
		5103 Fotvård	40	40	0
		5400 Hemvård	6 155	6 496	-341
		5401 Ledning och administrat.	3 484	3 531	-47
		5406 Hemsjukvård	1 217	1 243	-26
	<b>Summa 860</b>		<b>26 540</b>	<b>27 250</b>	<b>-710</b>
<b>Summa 86</b>			<b>26 540</b>	<b>27 250</b>	<b>-710</b>
			<b>26 540</b>	<b>27 250</b>	<b>-710</b>

Document reference: 6049\_202603200821027721773991262772

den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.11

## § 15 Verksamhets och kvalitetsberättelse RJH 2025

Lars Kvemo, verksamhetschef presenterar verksamhets och kvalitetsberättelse 2025 avseende region Jämtland-Härjedalen.

### Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner redovisningen av verksamhets- och kvalitetsberättelse gällande Region Jämtland Härjedalen för 2025.

### Närvård Frostvikens förslag till beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner redovisningen av verksamhets- och kvalitetsberättelse gällande Region Jämtland Härjedalen för 2025.

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden beslutar enligt förslaget.

### Sammanfattning av ärendet

Redovisning av upprättad verksamhets- och kvalitetsberättelse för hälsovalet inom region JH.

Listningsläge, 686 st per januari 2026 vilket är en mindre ökning jämfört med 2025, då vi i januari hade 684 st listade.

CNI, Care need index ökar även i år. Ligger på 0,95, vilket är det högsta på 10 år. Detta speglar att vi har en hög medelålder i Frostviken men samtidigt ligger det som grund vid ersättningsberäkningarna

### Produktion

Under 2025 hade vi 3963 st patientbesök vilket utgjordes av 658 patienter en minskande siffra jämfört med 2024. Då vi hade 4508 st på 711 individer.

Besöksfrekvensen för våra listade på akutmottagning har ökat från 102 st 2024, till 120 st 2025. Trolig orsak är den ökande medelåldern.

Hembesök, 56 patienter har under året haft enskilda hembesök 207 gånger.

Läkarmedverkan på särskilt boende, Kravet på läkarmedverkan efterlevs på vi har teamsamverkan med sjuksköterska varje vecka. Årlig läkarbedömning till alla som bor på SÄBO.

den 10 mars 2026

---

Tillfredställande bemanningssituation, kravet på 50% Distriktssköterska efterlevs och från november har vi ytterligare en distriktssköterska i vår verksamhet.

Täckningsgrad. Andel av listades besök som tillgodosetts på primärvårdsnivå i förhållande till deras totala antal öppenvårdsbesök. Vi ligger på 70% vilket är en bra nivå i jämförelse med länsnittet på 62%. Även om vår nivå sjunkit något jämfört med 2024 då vi låg på 74%.

Kontinuitetsindex för alla patienter senaste 18 månader, läkare och sjuksköterska. Baseras på patienter som gjort minst 3 fysiska besök hos den aktuella professionen. För läkare har vi en lägre siffra för 2025 jämfört med tidigare å r. 0,24 mot 0,38, siffran för riket ligger på 0,36. Gällande sjuksköterskor så har vi bäst nivå i hela Sverige, vi ligger på 0,48 medans riksgenomsnittet ligger på 0,28.

Erbjuds fast läkarkontakt och vårdkontakt till alla som önskar. Ja i båda fall.

Diabetsvården fungerar bra där samtliga som erbjudits deltagande i nationella diabetesregistret har tackat ja. 52 stycken. Samtliga träffar. Diabetessjuksköterska 1 gång / år och läkare 1 gång / år.

Riktade hälsosamtal till 40-, 50-, 60- & 70-åringar. Under 2025 genomfördes 14 samtal.

### **Underlag till beslut**

Tjänsteskrivelse

### **Beslut skickas till**

Närvård Frostviken

Kommunstyrelsen

Region Jämtland-Härjedalen

Diarienummer NVF.2026.12 700

## **§ 16 Verksamhets- och kvalitetsberättelse Närvård Frostviken 2025**

Lars Kvemo, verksamhetschef presenterar verksamhets och kvalitetsberättelse 2025 (Strömsunds kommun)

### **Närvårdsnämndens beslut**

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner verksamhets- och kvalitetsberättelse för Närvård Frostviken 2025.

### **Närvård Frostvikens förslag till beslut**

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner verksamhets- och kvalitetsberättelse för Närvård Frostviken 2025.

### **Yrkande**

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden beslutar tar del av redovisningen och ger verksamhetschefen att fortsatt arbete för att komma i.

### **Sammanfattning av ärendet**

Verksamhets- och kvalitetsberättelse för Närvård Frostviken redovisas, gällande 2025.

### **Underlag till beslut**

Tjänsteskrivelse  
Verksamhetsberättelse NVF 2025

### **Beslut skickas till**

Närvård Frostviken  
Kommunstyrelsen



den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.9 700

## **§ 17 Handlingsplan våld i nära relationer 2026 -**

Emma Djärf-Björklund, biträdande verksamhetschef redogör för handlingsplan våld i nära relationer.

### **Närvardsnämndens beslut**

Närvardsnämnden fastställer handlingsplan våld i nära relationer

### **Närvarld Frostvikens förslag till beslut**

Närvardsnämnden fastställer handlingsplan våld i nära relationer

### **Yrkande**

Ordförande yrkar att närvardsnämnden beslutar enligt förslaget.

### **Sammanfattning av ärendet**

Kommunfullmäktige fastställde den 11 november 2020 §80 Program mot våld i nära relationer. Närvarld Frostvikens handlingsplan mot våld i nära relationer utifrån programmets inriktning förslår följande aktiviteter inom närvardsnämndens ansvarsområde:

### **Uppsökande och förebyggande arbete**

Skriftlig information finns tillgängligt på svenska och sydsamiska, mer information och flera språk finns tillgängligt på kommunens hemsida.

Närvarld Frostviken deltar i projekt Barnsäkert där föräldrar i samband med BVC träffar svarar på enkät gällande riskfaktorer, bland annat frågor kring våld i nära relationer.

### **Kompetens och förhållningssätt i stödinsatser**

Samtlig personal utbildas och informeras på arbetsplatsträffar under året kring förhållningssätt gällande våld i nära relationer, samt av information och kontaktvägar som finns på kommunens hemsida.

### **Samverkan**

Våld i nära relation finns med på dagordning för de samverkansträffar som genomförs.

den 10 mars 2026

---

### **Underlag till beslut**

Tjänsteskrivelse

Handlingsplan Våld i nära relationer

### **Beslut skickas till**

Vård- och socialförvaltningen

Diarienummer

**Titel: Handlingsplan mot våld i nära relationer**

**Giltighetstid: tillsvidare**

Reviderad: NVN §x 2026-03-10

Vad (aktivitet)	Hur (metod)	För vem (målgrupp)	Tid	Vem (ansvar)	Uppföljning NVN månad och år
<b>Uppsökande och förebyggande arbete</b>					
Skriftlig information skall finnas	Broschyr på svenska och sydsamiska ska finnas tillgänglig. I andra hand våra övriga minoritetsspråk.	Kommunmedborgare	Kontinuerligt	Närvårdschef	Oktober
<b>Kompetens och förhållningsätt i stödinsatser</b>					
Höja kunskapsnivån inom samtliga verksamhetsområden i förvaltningen, all personal ska veta vad de gör vid misstanke om våld.	All personal utbildas och informeras kring den hjälp som finns att få. Kompletterande information på Strömsund sidan.	Alla anställda	Kontinuerligt	Närvårdschef	Oktober
<b>Samverkan</b>					
Lokal samverkan i frågor kring våld i nära relationer.	Våld i nära relationer ska finnas på dagordningen för lokala samverkansarenor.	Personal som möts i samverkansarenor.	Kontinuerligt	Närvårdschef	Oktober

den 10 mars 2026

---

Diarienummer HSV-NVF.2026.13 770

## § 18 Patientsäkerhetsberättelse 2025

Katrin Djusberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska redovisar patientsäkerhetsberättelsen.

### Närvardsnämndens beslut

Närvardsnämnden tar del av och godkänner 2025 års patientsäkerhetsberättelse

### Närvarld Frostvikens förslag till beslut

Närvardsnämnden tar del av och godkänner 2025 års patientsäkerhetsberättelse

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvardsnämnden beslutar enligt förslaget.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som nåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller information om hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården, beskrivning av hur vårdpersonalen har bidragit till patientsäkerheten, hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats, samt redogörelse för resultat som uppnåtts under föregående år.

Patientsäkerhetsberättelsen skrivs enligt Socialstyrelsens nationella handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete, Agera för säker vård.

### Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Patientsäkerhetsberättelse

### Beslut skickas till

Närvarld Frostviken

---

## Patientsäkerhetsberättelse för Strömsunds kommun År 2025

### Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b>	<b>4</b>
1. Engagerad ledning och tydlig styrning	4
2. En god säkerhetskultur	9
3. Adekvat kunskap och kompetens	9
4. Patienten som medskapare	12
<b>Agera för säker vård</b>	<b>13</b>
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
2. Tillförlitliga och säkra system och processer	22
3. Säker vård här och nu	23
4. Stärka analys, lärande och utveckling	24
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>32</b>

### Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

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

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

Strömsunds kommuns patientsäkerhetsberättelse följer Socialstyrelsens mall "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård 2020-2024." Den är indelad i två avsnitt – Grundläggande förutsättningar för säker vård, samt Agera för säker vård.

## **Sammanfattning**

Under året har kommunen bedrivit patientsäkerhetsarbete enligt lagstiftning och nationella mål om en god och säker vård. Målet är att ingen patient ska drabbas av vårdskada och att vården ska vara personcentrerad, trygg och av god kvalitet.

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelas mellan nämnd, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer, legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal. Samverkan har skett både internt och externt, genom bland annat vårdplanering, samordnad individuell plan, läkemedelsgenomgångar, samverkansgrupper samt gemensamma utvecklingsområden inom bland annat sårvård, nutrition och palliativ vård.

Läkemedelshantering har varit en av de största riskerna för patientsäkerhet. Rutiner har reviderats och förtydligats och utbildningsinsatser har genomförts för delegerad personal. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har identifierat förbättringsområden som har åtgärdats genom bland annat tydligare lokala rutiner.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts i samverkan med läkare.

Fallprevention och systematiska riskbedömningar har genomförts. Antalet riskbedömningar i Senior Alert har ökat och andelen patienter med aktuell riskbedömning har förbättrats under året. Risker för fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion identifieras i hög utsträckning och åtgärdsplaner upprättas i de flesta fall. Kommunen har för andra året i rad uppmärksammat som Guldkommun i Senior Alert. Samtidigt visar

---

uppföljningar att fler patienter har risk för undernäring och trycksår, vilket innebär att fortsatt utvecklingsarbete krävs.

Vårdhygien och förebyggande av vårdrelaterade infektioner har följts genom mätningar av basala hygienrutiner samt registrering av vårdrelaterade infektioner. Följsamheten till hygienrutiner har förbättrats jämfört med föregående år men är fortsatt otillräcklig, särskilt avseende handdesinfektion före patientkontakt. Utbildningar, hygienronder och lokala handlingsplaner har genomförts. Andelen vårdrelaterade infektioner ligger under rikets nivå, men utbrott av magsjuka och luftvägsinfektioner har förekommit och visar vikten av fortsatt arbete.

Avvikelsehantering och säkerhetskultur är en central del i det systematiska förbättringsarbetet. Under året rapporterades 1 569 avvikelser, vilket tyder på en god rapporteringskultur. De största riskområdena är fall och läkemedel. Avvikelser utreds teambaserat och har resulterat i förebyggande åtgärder på individ-, rutin- och organisationsnivå. Två händelser anmäldes enligt Lex Maria. Arbetet med analys, återkoppling och lärande har stärkts genom regelbunden uppföljning och dialog i verksamheterna.

Utöver dessa områden har utvecklingsarbete bedrivits inom palliativ vård, där förbättringsbehov identifierats gällande dokumentation, brytpunktssamtal och symtomskattning. En tvärprofessionell arbetsgrupp har bildats för att stärka kvaliteten i vård i livets slut. Kompetensutveckling har genomförts brett inom organisationen och bemanningssituationen inom kommunrehab har förbättrats.

Under de kommande åren ska arbetet fokusera på att minska identifierade risker och vidareutveckla fungerande strukturer och arbetsätt. Den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025–2030 betonar särskilt säkerhetskultur, lärande organisation, systematiskt avvikelsearbete samt ökad patientdelaktighet genom personcentrerad vård.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

### 1. Engagerad ledning och tydlig styrning

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

### Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet i kommunen är att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, samt att vårdskador förebyggs. Kvalitet och patientsäkerhet följs via intern- och egenkontroller samt deltagande i nationella mätningar och kvalitetsregister. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i ledningssystem på kommunens intranät. Vården för patienten ska vara personcentrerad.

Socialnämndens mål 2025 för hemsjukvården:

- Förebyggande riskbedömning görs för 90% av kvinnor och män med hemsjukvård
- 100% av personal inom vård och omsorg ska följa basala hygienrutiner

### Organisation och ansvar

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

### Socialnämnden/Närvårdsnämnden

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. I nämndens ansvar ingår att planera, leda och



kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden fastställer och följer upp mål i kvalitetsarbetet.

#### **Verksamhetschef/Närvårdschef**

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355)
- besluten om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av risk för vårdskador samt för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- anmälan görs till kommunal nämnd och Inspektionen för Vård och omsorg om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling, eller utsatts för risk för det.

#### **Enhetschef**

Enhetschef ser till att riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är väl kända och för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs i yrkesutövningen. De ansvarar även för att identifiera och rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, utreda, åtgärda och följa upp/återkoppla avvikelser, samt leda förbättringsarbete.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ansvarar även för att identifiera och

rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, samt utreda, åtgärda och följa upp.

### **Vård och omsorgspersonal**

Vård- och omsorgspersonal anses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och utför ordinerade och/eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed också en skyldighet att bidra till att patientsäkerhet upprätthålls genom att identifiera och rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

### **Externa funktioner**

Kommunen har genom samverkansavtal tillgång till stödfunktioner som primärvårdsläkare, smittskydds- och vårdhygienisk expertis, läkemedelsenhet.

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

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

Samverkan har skett både internt och med andra vårdgivare och aktörer genom:

- Vårdplanering och överrapportering för säkerhet i vårdens övergångar, mellan kommun och region via digitalt informationssystem (Cosmic Link). Samordnad individuell planering (SIP) vid behov med syfte att tillgodose individens behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet när det finns flera vårdgivare. Samverkan och vårdplanering mellan aktörer inom kommunen.
- Läkarmedverkan i hemsjukvård i samarbete med andra vårdgivare. Läkemedelsgenomgång av läkare enligt föreskrift för att öka kvalitet och säkerhet i läkemedelsbehandlingen, tvärprofessionellt för de patienter där sjuksköterska har övertagit läkemedelsansvaret.
- Vårdtagaruppföljningar/teamträffar för samverkan kring patienter boende på särskilt boende och med hemtjänst- eller LSS-insatser.
- Modellen Trygg och säker hemma i samarbete med region och privat vårdgivare, för att överföra information om personer där risker för ohälsa identifierats, för vidare uppföljning.

- Möten mellan region och länets kommuner i samverkansfrågor, ex nytt samverkansavtal för hälso- och sjukvård. Gemensamma arbetsgrupper inom sårvård, palliativ vård, nutrition, läkemedel.
- Möten i Lokal Samverkansgrupp Patientsäkerhet månadsvis där MAS/MAR i länets kommuner samverkar i gemensamma frågor med samverkanspartners inom regionen.
- Lokal samverkansarena på strategisk och operativ nivå, där representanter från region- och privatdriven primärvård, elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens verksamheter träffas med syfte att utveckla god och nära vård i kommunen utifrån politiskt beslutad inriktning och upprättad gemensam plan för primärvårdsnivå inom regionen
- MAS/MAR-samverkan mellan länets kommuner runt gemensamma riktlinjer och rutiner för en patientsäker och jämlik vård- och omsorg i länet.
- Avvikelsehantering mellan region och kommun via MAS och berörda aktörer. Samverkan i förekommande fall med patientnämnden och inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i ärenden som inkommit till dessa myndigheter som rör kommunens hälso- och sjukvård.
- Hygienronder på kommunens särskilda boenden av vårdhygienisk expertis.
- Nödvändig tandvård/upsökande verksamhet har erbjudits dem som har stora omvårdnadsbehov, via Folktandvården.
- Kompetenshöjande utbildningar via externa aktörer

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhetsarbetet sker integrerat i verksamheten utifrån lagar och föreskrifter som styr informationssäkerhet och efterlevnad följs genom bl.a. journalgranskning och loggkontroller. Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram

- Fysiska skydd: t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

Digital legitimering sker via e-id, vilket innebär en förstärkt säkerhet vid inloggning med SITHS-kort.

System	Syfte	Informationssäkerhet	Incident
Procapita / Lifecare	Journalföring	Loggkontroller Behörighetstilldelning Rutin vid driftstörning Inloggning i Lifecare med tvåfaktorsinloggning	Planerade stängningar för uppgradering, förlängd avbrottsstid/störningar i funktioner vilket medfört att reservrutiner tagits i bruk
Cosmic Link, för samordnad vårdplanering	Informationsöverföring mellan vårdgivare vid behov av vårdplanering	Inloggning med SITHS-kort Loggkontroller Behörighetstilldelning Rutin vid driftstörning	Ingen rapporterad
NPÖ	Möjlighet för legitimerad personal att ta del av andra vårdgivares journalhandlingar	Samtycke inhämtas från den enskilde Loggkontroller Behörighetstilldelning Inloggning med SITHS-kort Rutin vid driftstörning	Ingen rapporterad
Senior Alert	Nationellt kvalitetsregister och verktyg för riskbedömning och åtgärdsplanering vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion	Information lämnas om registrering i kvalitetsregister Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad
Palliativa registret	Nationellt kvalitetsregister för att höja kvaliteten på den palliativa vården	Information lämnas om registrering i kvalitetsregister Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad
Lifecare mobil omsorg Lifecare utförare	Informationsöverföring samt signering planerade HSL-insatser digitalt	Loggkontroll, signering. Rutin vid driftstörning Inloggning med tvåfaktorsinloggning	Fel i uppdrag/planering förekommer
RiksSår	Nationellt kvalitetsregister för att höja kvaliteten inom sårvård av svårsläkta sår	Information lämnas om registrering i kvalitetsregister Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad

## Strålskydd

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

### 2. En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

All personal informeras vid anställning och därefter årligen om syftet med och skyldigheten att rapportera avvikelser, vilket enhetschef ansvarar för.

Inrapporteringen av avvikelser i kommunen bedöms vara god. Avvikelse rapporteras in framförallt av vård- och omsorgspersonal som identifierar en risk eller händelse. Avvikelserna utreds i tvärprofessionella team och tas upp som en stående punkt på enheternas teamträffar, där legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal och enhetschef deltar. Även patient och närståendes deltagande ska beaktas i utredning. Vid identifierade/uppkomna patientsäkerhetsrisker sätts åtgärder in, dessa kan vara ur organisations-, arbetsmiljö-, personal-, eller patientperspektiv. Återkoppling av utredning och åtgärder ger utrymme för lärande och reflektion. MAS deltar i avvikelseutredningar utifrån behov, exempelvis allvarlighetsgrad och händelse.

Systematiska bedömningar av risk för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion utförs i verksamheterna. Bedömningarna följs upp på enhetens teamträff vilket ger ytterligare tid för lärande och reflektion och möjligheter att identifiera förbättringsarbeten.

### 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.

Arbetet med säkerställande av kompetent personal i vården pågår ständigt. Bemanningsläget på kommunrehab har under året förbättrats och är för

första gången på bemannade enligt planering med fysioterapeuter, arbetsterapeuter och rehabiliteringsassistenter. Sjuksköterskor har under året rekryterats för att täcka behov, men bemanningssjuksköterskor har i perioder behövs för att säkerställa vården. Även timvikarierande sjuksköterskor (pensionärer) har tagits in vid behov.

Sjuksköterska finns alltid i tjänst dag- och kvällstid i kommunens fyra områden. Inom särskilt boende finns 14,8 platser per sjuksköterska vardagar dagtid (riket 21,7) och helgdagar 72,8 platser (riket 158,2). Nattetid finns i cirka 2/3 av nätterna sjuksköterska i aktiv tjänstgöring. Övriga pass finns sjuksköterska i beredskap mellan klockan 0-07.

Medarbetarnas kompetens och erfarenhet beaktas vid schemaläggning och planering för att god och säker vård ska bedrivas. Introduktionsprogram för nyanställd vårdpersonal har reviderats och förts in i lärportal (Kommunutbildningar). Introduktionen inkluderar även en dags praktisk undervisning och träning i metodrum. Legitimerad personal utbildar och handleder vård- och omsorgspersonal i hälso- och sjukvårdsuppgifter utifrån behov. Utbildning i läkemedelshantering getts vid sju tillfällen för vårdpersonal som är aktuella för att ta emot delegering för första gången. Via lärportalen finns utbildningar tillgängliga för alla personalkategorier att ta del av.

Under året har flera kompetenshöjande aktiviteter för legitimerad personal genomförts, bland annat:

- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har deltagit på utbildningar och visningar av olika typer av hjälpmedel.
- Två fysioterapeuter och två arbetsterapeuter har påbörjat handledarutbildning för studenter.
- En sjuksköterska slutförde vidareutbildning till distriktssköterska.
- En arbetsterapeut har genomfört utbildning i axelbesvär
- En arbetsterapeut har gått fördjupningsutbildning i kognitionshjälpmedel.
- Tre arbetsterapeuter deltog på hjälpmedelsmessa.
- Tre sjuksköterskor och en arbetsterapeut deltog på äldreomsorgsdagarna, teman bland annat existentiell hälsa, vikten

av god hjärnhälsa och FINGER-modellen som redskap i äldreomsorgen.

- Sju sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut deltog på Norrländska geriatriska dagarna, temat psykisk hälsa - hur vi kan möjliggöra ett liv i världen och inte i vården för vår åldrande befolkning.
- Tre sjuksköterskor och en arbetsterapeut deltog på nationella palliativa konferensen, tema palliativ vård – nya perspektiv. Dessutom deltog 14 undersköterskor och vårdbiträden
- Deltagande har på regionens primärvårdsdagar (ex. på föreläsningar om hud, diabetes, förstoppning, samverkansavtalet).
- Fyra sjuksköterskor har utbildats i tåtrycksmätning.
- I samverkan med övriga vårdgivare i kommunen en dag utbildning om nytt samverkansavtal inom regionen.
- En inspirationsdag i palliativ vård, bland annat vikten av tidig integrering och samtal vid allvarlig sjukdom. Både legitimerad personal och vårdpersonal deltog.

Decentraliserade universitetsutbildningar för utbildning till sjuksköterska och arbetsterapeut är placerade i kommunen.

Lokala yrkesträffar med legitimerad personal, MAS och verksamhetschef HSL har skett fyra gånger under året. Föreläsare och gäster har bjudits in och utbildat inom bland annat nutrition, hot och våld, våld i nära relationer, skörhetsbedömning av äldre, handledning av studenter. Yrkesträffarna har också varit tillfällen för att dela erfarenheter och kunskap samt diskutera förbättringsarbeten exempelvis teambaserade arbetssätt för strukturerade riskbedömningar, genomgång av journalföring och organisations- och samverkansfrågor.

Legitimerad personal från samtliga områden i kommunen har under året inlett gemensamma arbeten för att identifiera utvecklingsområden och höja kompetens inom palliativ vård, nutrition, avancerad sårvård och kognitiv svikt.

#### 4. 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 §*

Vården ska vara personcentrerad. Patienter erbjuds vara delaktiga i planeringen av vården exempelvis genom SIP, planering av åtgärder, uppföljningar och målsättningar. Närstående kan bidra med värdefull information och ska erbjudas delaktighet genom att exempelvis närvara vid, läkarkontakt, SIP/vårdplaneringar och upprättande av planer, informeras om riskbedömningar och planerade åtgärder. Närstående erbjuds även efterlevandesamtal samt närståendeenkät vid dödsfall.

Patienter tillfrågas om samtycke för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan hämta/lämna information i dennes journal för att dela med andra vårdgivare och aktörer inom kommunen. Patienter kan också begära att få ta del av sin journal. Patient och/eller närstående informeras om registrering i kvalitetsregister och möjligheten att avstå.

Patienter och/eller närstående till patient som drabbats av risk för vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller vårdskada/allvarlig vårdskada ska informeras och ges möjlighet att delge sin upplevelse av händelsen.

Information lämnas också om möjlighet till att lämna in synpunkter och klagomål till kommunen eller Patientnämnden för att förbättra vården.



## 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 är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

### 1. 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.

### Avvikelser

Risker och händelser inom hälso- och sjukvården som medfört eller kunnat medföra vårdskada/allvarlig vårdskada rapporteras enligt rutiner i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Anmälan enligt Lex Maria görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS. Sammanställning av avvikelser inom hälso-och sjukvården rapporteras till nämnd.

Inrapporterade avvikelser går till enhetschef som därefter har huvudansvar för utredning, åtgärd och uppföljning. Medutredare läggs till beroende på den inträffade händelsen och utredningen sker teambaserat. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning görs enligt riskmatris och slutligen klassificeras avvikelsen (ej risk för vårdskada/ej vårdskada, risk för vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller vårdskada/ allvarlig vårdskada). MAS deltar i utredning/utför händelseanalys utifrån allvarlighetsgrad eller behov. Utredning ska inledas inom fem dagar och bör vara slutförd inom en

månad. Orsak till händelsen ska identifieras, lämpliga åtgärder sättas in, följas upp och återkopplas till berörda, även patient och närstående.

Under året har 1.569 avvikelser rapporterats in inom avvikelse typerna fall, läkemedel, medicintekniska produkter och HSL övriga händelser vilket är en ökning med 146 rapporter från 2024. 66% av rapporterna tas emot inom 0-3 dagar.

Av de rapporterade avvikelserna är 1.360 kopplade till en utredning av händelsen. Anledningar till att utredning av avvikelser inte inletts (36 rapporter) är att händelsen redan är utredd, händelsen berör annat lagrum eller felregistrering. Flera avvikelser som berör samma patient eller händelse kan kopplas ihop inom samma utredning, vilket innebär att antalet utredningar är färre än antalet rapporter. 45% av utredningarna är avslutade inom en månad.

Totalt 840 åtgärder för att förebygga liknande händelser är kopplade till utredningarna. De flesta är åtgärder för den som får insatser (216), rutiner och processer (164), kommunikation/dokumentation (119). Övriga åtgärder är t ex personalinsatser, organisation och bemanning, utbildning och handledning. Alla utredningar avslutas inte med dokumenterad åtgärd. 152 rapporter har förmedlats till extern aktör, i huvudsak fallhändelser hos personer som inte har kommunal hälso- och sjukvård där hälsocentral ansvarar för vidare utredning inom HSL.

Två avvikelser gällande har bedömts som risk för allvarlig vårdskada, utretts och anmälts enligt Lex Maria. En gällde fördröjd diagnos och behandling i samband med fallhändelse, bedömningen från Inspektionen för vård och omsorg var att de vidtagna åtgärderna var tillräckliga. Den andra anmälan gjordes på grund av brister i kommunikation och dokumentation, återkoppling väntas komma under 2026. Vidare har 70 avvikelser bedömts som vårdskada och 653 som risk för vårdskada, övervägande inom områdena fall och läkemedel. De största identifierade riskområdena är läkemedelshantering (498 avvikelser) och fall (830 avvikelser).

Avvikelser till/från vårdgivare utanför kommunens verksamheter hanteras och återkopplas av MAS. Under året har en avvikelse inkommit till

kommunen från annan vårdgivare. Från kommunen har 34 avvikelser skickats, framförallt gällande händelser i samband med vårdens övergångar.

Statistik över avvikelserapportering och utredning har under året sammanställts per kvartal. Enhetschefer har även egen tillgång till att följa enhetens avvikelser i verksamhetssystemet.

Se bilaga 1 för tabeller och diagram över avvikelser.

### **Läkemedel**

Av de 498 rapporterna har 452 utredningar genomförts. I 207 utredningar har uppgift om typ av händelse och tid angivits. Utebliven dos är den vanligaste händelsen, följt av förskjuten dos och fel i iordningställande. I de allra flesta fallen uppges att ingen känd/bedömlig påverkan på patienten. 29 patienter har drabbats av smärta, rädsla/oro.

Orsaken till avvikelserna är övervägande bristande kommunikation/ansvarsfördelning och att personal ej följt gällande rutin/glömska.

### **Fall**

Av de 830 rapporterna har 702 utredningar gjorts. 75% är patienter 80 år eller äldre och den största andelen fall skedde inomhus, när personen var ensam. 253 fall inträffade mellan kl. 21-07, 162 fall mellan kl. 7-13 och 220 fall mellan kl. 13-21. I 359 av fallen hade personen fallit tidigare inom den senaste månaden.

Inom vissa enheter står ett fåtal personer för ett högt antal fall, trots insatta fallförebyggande åtgärder. I majoriteten av fallen drabbas inte personen av skada. Vanligast är att drabbas av mjukdelsskada som sår eller blåmärke, följt av smärta och fraktur.

### **Övriga händelser och medicintekniska produkter**

Övriga händelser innefattar totalt 186 avvikelser. Avvikelseerna gäller framförallt brister i dokumentation, utebliven/felaktigt utförd HSL-insats, samverkan/informationsöverföring. Det rapporterades 25 avvikelser rörande medicintekniska produkter, framförallt hjälpmedel som varit bristande vid leverans eller felaktiga.

## Basala hygienrutiner

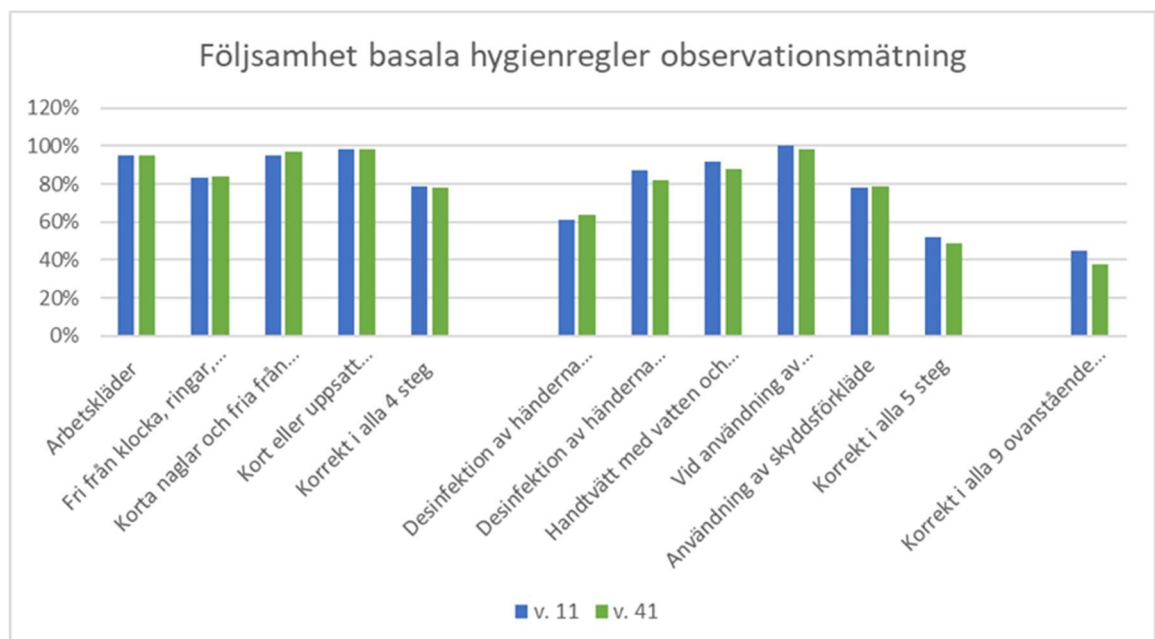
Målet är att alla medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler (BHK).

Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till BHK har gjorts genom dolda observationer inom hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende vid två tillfällen, utifrån avsett protokoll från Socialstyrelsen.

Vecka 11 gjordes 189 observationer. Resultatet visar att 45% av personalen följer samtliga steg i basala hygienrutiner och klädregler. Följsamhet till klädreglerna är högst (79%), medan följsamheten till alla hygienregler var 52%. Den lägsta följsamheten var att använda handdesinfektion före patientkontakt (61%).

Vecka 41 utfördes årets andra mätning, 125 observationer gjordes. Resultatet visade att 38% följde alla stegen i hygienkraven. Följsamheten till klädreglerna låg i nivå med föregående mätning (78%) och 49% följde alla steg i hygienreglerna. Desinfektion av händerna innan patientkontakt har fortsatt lägst följsamhet, 64%.

Diagram: Följsamhet basala hygienregler observationsmätning



Självskattning av följsamhet till BHK har gjorts tre gånger under året med totalt 618 besvarade enkäter inom hemtjänst, hemsjukvård, särskilt boende och stöd och service. I självskattningen anges följsamheten vara relativt god i de flesta avseenden. Exempelvis anger sammantaget vid de tre självskattningarna 97% att handdesinfektion utförs före patientkontakt. Den självskattade följsamheten till att använda skyddsförkläde vid städning är lägre, sammantaget 74%.

### Riskbedömningar

Målet är att 90% av kvinnor och män med hemsjukvård ska ha en förebyggande riskbedömning.

Antalet riskbedömningar av trycksår, fall, undernäring, munhälsa (TFUM) och blåsdysfunktion per enhet har följs via kvalitetsregistret Senior Alert. Totalt registrerades 607 riskbedömningar av TFUM i nationellt kvalitetsregister Senior Alert, på 329 unika personer. Dessutom registrerades 337 bedömningar av risk för blåsdysfunktion, på 237 unika personer.

Antal patienter med aktuell riskbedömning (gjord inom 6 månader) varierar vid mätningar, men ökade under året från 68% i april till 88% i augusti hos patienter med hemsjukvård.

Av de utförda riskbedömningarna av TFUM identifierades risk i 88% (534 st). I 25% av riskbedömningarna förelåg risk för trycksår, i 51% risk för undernäring, i 73% risk för fall och i 34% risk för munhälsa. Bakomliggande orsaker till risker utreddes i 85%. I 94% åtföljdes de identifierade riskerna av en åtgärdsplan och i 76% av de med risk har åtgärderna följts upp.

Av de 337 bedömningarna av risk för blåsdysfunktion visade 82% (275) på risk. I 88% identifierades bakomliggande orsaker, och i 94% åtföljdes de identifierade riskerna av en åtgärdsplan. 69% av åtgärderna har följts upp och i 12% sågs en förbättring vid uppföljning.

Risk	Utfall
Trycksår	34 personer
BMI <22 (undernärd)	103 personer
Fall	29 personer
Munhälsa grad 2	88 personer

Diagram: Antal patienter med riskbedömning inom 6 månader säbo/korttids april-dec

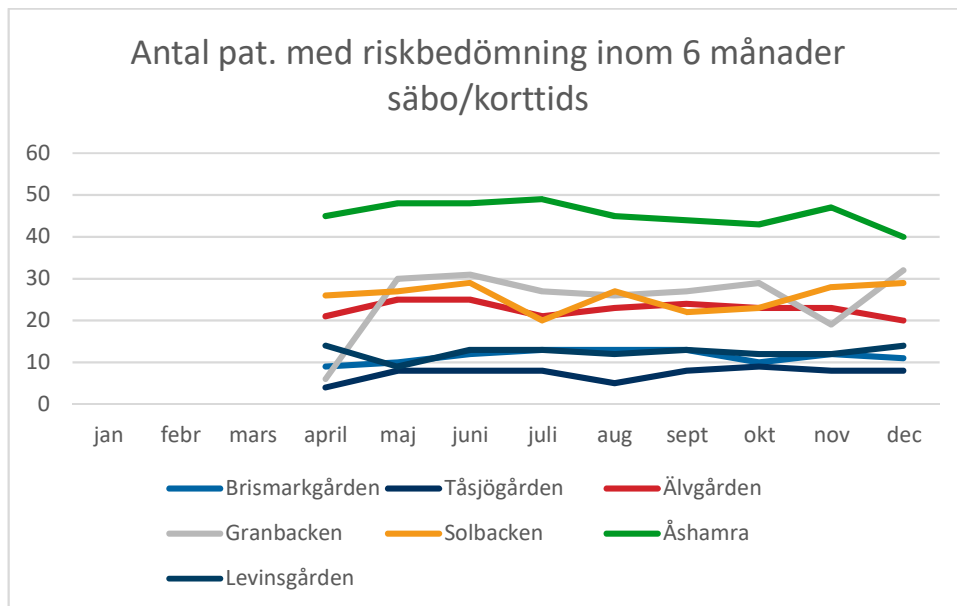


Diagram: Antal patienter med riskbedömning inom 6 månader distrikt april-dec

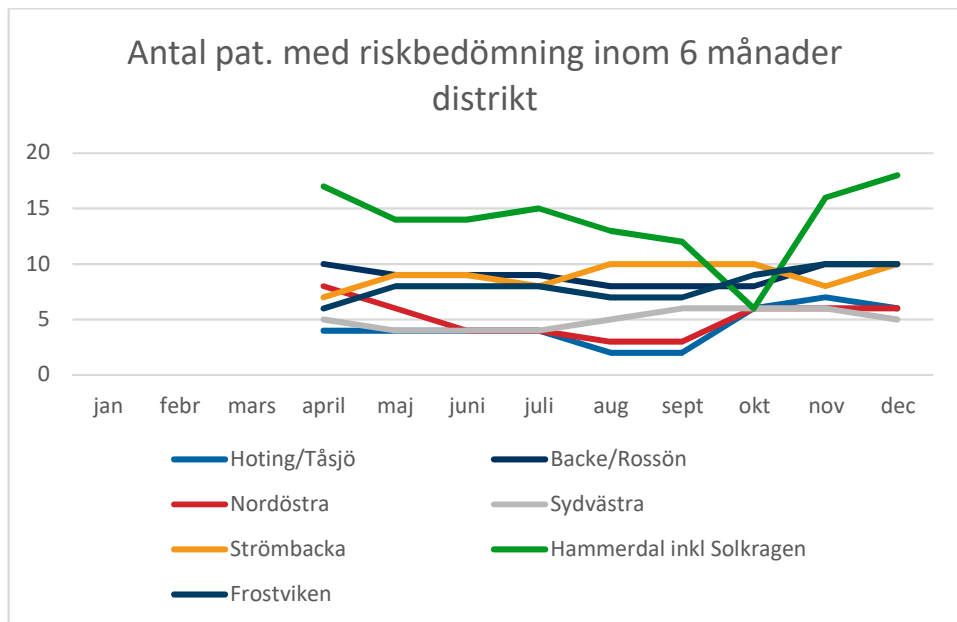
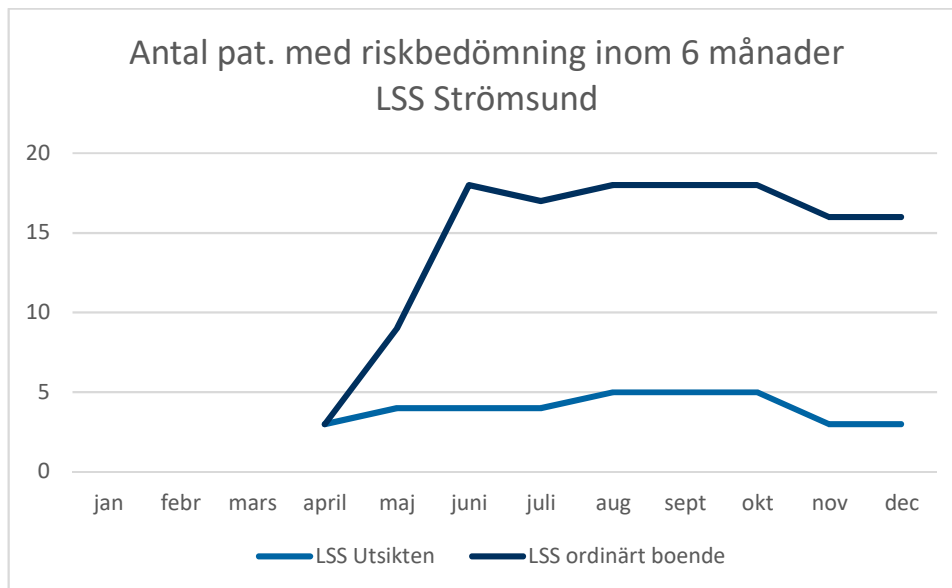


Diagram: Antal patienter med riskbedömning inom 6 månader LSS april-dec



### Palliativ vård

Målet är att uppnå nationella mål för respektive kvalitetsindikator samt registrera alla dödsfall och erbjuda närståendeenkät.

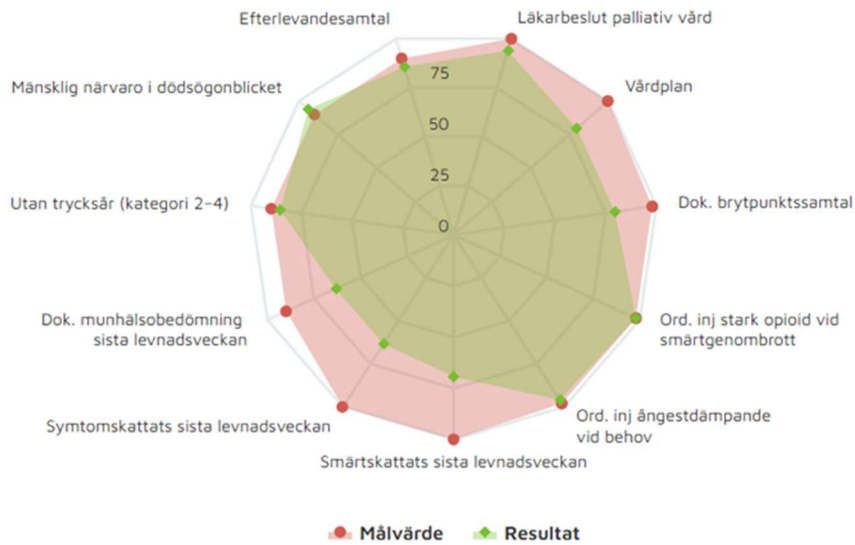
Kvalitet på palliativ vård mäts via indikatorer ur Svenska Palliativa (SVP) registret en gång per år. Under 2025 avled 90 patienter anslutna till hemsjukvård (33 i ordinärt boende/gruppboende, 57 på särskilt boende/korttidsplats). 49 patienter registrerades i SVP (6 i ordinärt boende, 43 i särskilt boende/korttidsplats). Samtliga av de registrerade dödsfallen var väntade. Hemsjukvården har även haft patienter som vårdats i samarbete med Storsjögläntan, registreringen i SVP görs då via den specialiserade vården.

Av väntade dödsfall uppnåddes målen för mänsklig närvaro i dödsögonblicket och ordinerad stark opioid vid smärtgenombrott. Däremot uppfylldes inte målen för ordinerad injektionsbehandling med ångestdämpande vid behov, dokumenterad vårdplan, brytpunktssamtal, smärtskattning sista levnadsveckan, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan eller att patienten var utan trycksår (kategori 2–4). Under året dokumenterades 22 brytpunktssamtal i journalerna.

21 närståendeenkäter har lämnats ut under året, 6 besvarades.

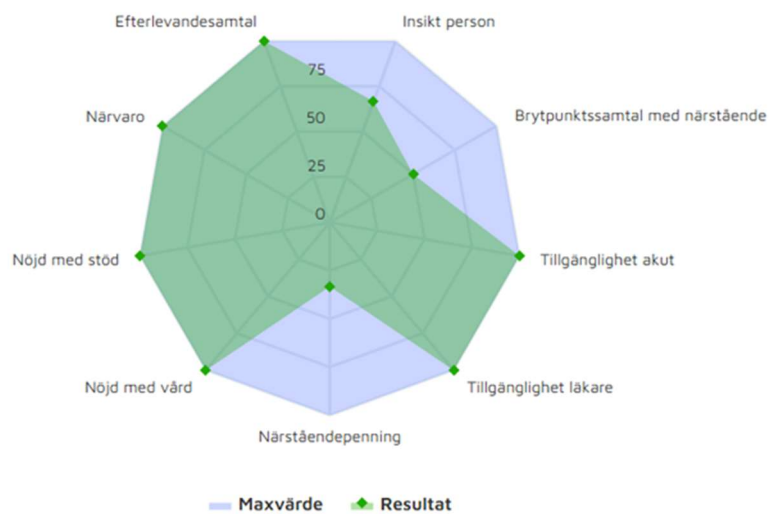
## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



## Spindeldiagram över närståendeenkäten

Period 2025-01 - 2025-12





## Vårdrelaterade infektioner

Målet är att antalet vårdrelaterade infektioner (VRI) ska minska och/eller ligga under rikets nivå.

Alla särskilda boenden deltar årligen i Svenska HALT som stöds av Folkhälsomyndigheten. HALT är ett verktyg för att samla data gällande VRI, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning.

Mätning gjordes vecka 46, 179 patienter registrerades och inga vårdrelaterade infektioner förelåg. Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner finns, där urinkateter (10%) och andra sår (8%) är vanligast.

Antibiotikaanvändning förekom hos 2%.

Enhet	Totalt ant	Antal vårc	Antal kvin	Antal män	Antal >80	Antal >85	Antal vårc	Totalt anta	Antal vårc	Antal tera	Antal prof	Totalt ant
Tåsjögårde	10	0	5	5	7	4	0	0	0	0	0	0
Levinsgård	12	0	11	1	9	7	0	0	0	0	0	0
Brismarks	13	0	10	3	10	8	0	0	0	0	0	0
Åshamra	50	2	32	18	37	23	0	0	1	1	0	2
Solbacken	38	4	20	18	28	22	0	0	1	1	0	1
Älgården	23	0	11	12	17	10	0	0	0	0	0	0
Granbacke	33	1	22	11	23	18	0	0	2	0	3	0

Förekomst av vårdrelaterade infektioner registreras månadsvis inom säbo och resultat redovisas fyra gånger per år till MAS. I registreringarna förekommer främst luftvägsinfektioner och gastrointestinala infektioner samt urinvägsinfektioner. Utbrott av calici har förekommit vid två tillfällen och även utbrott av luftvägsinfektioner.

Vaccinering mot influensa, covid-19 och pneumokocker görs enligt riktlinjer från Smittskydd. Täckningsgraden bedöms god framförallt inom särskilt boende.

## RiksSår

RiksSår är ett kvalitetsregister för svårläkta sår. Kommunen har varit anslutna till kvalitetsregistret men inga registreringar har gjorts senaste åren. Under hösten gjordes omtag och tre patienter registrerades, med totalt 5 sår. För kort tid har löpt för att vidare statistik ska kunna tas fram.

## 2. Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Ändamålsenliga processer, dokumentationssystem och utrustning är centrala för att upprätthålla patientsäkerheten. Under året genomfördes en överföring av ledningssystemet till ett uppdaterat intranät, vilket också medförde en översyn och aktualisering av flera rutiner. Det nya intranätet har förenklat tillgången till information och styrande dokument, vilket bedöms stärka möjligheten att följa korrekta arbetsprocesser. Efterlevnad av ledningssystemet följs upp genom egenkontroller och regelbunden journalgranskning.

MAS genomför journalgranskning fyra gånger per år, med cirka tio journaler per tillfälle, samt ytterligare riktad granskning vid behov. Granskningen omfattar bland annat uppgifter av betydelse för uppmärksamhetsymbolen, dokumenterat samtycke, fast vårdkontakt, samt upprättade hälsoplaner med bedömningar och uppföljningar. Vid ett tillfälle utfördes kollegial granskning av legitimerad personal.

Dokumentationen är generellt tillräcklig, men vissa brister kvarstår. Exempelvis behöver rätt KVÅ-koder användas konsekvent, uppföljning av behandlingsplaner samt genomförande av planerade åtgärder förbättras. I vissa fall saknas dokumentation. Kontroll av utskrivningsbesked från slutenvården har visat att brister i planering förekommer, men informationsinsatser under året har lett till en ökad andel utskrivningsplaner, vilket stärker patientsäkerheten vid vårdövergångar.

Patientsäkerhetsrisker kvarstår i samband med informationsöverföring mellan personal, särskilt vid brister i dokumentationen. Journalföring är därför ett kontinuerligt utvecklingsområde. En tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeuter har bildats för att driva förbättringar inom området.

Säker läkemedelshantering har kontrollerats genom extern kvalitetsgranskning. Flera brister upptäcktes, bland annat i ordinationer och

ordinationshandlingar, temperaturkontroller, förvaring av nycklar och läkemedel, samt hållbarhet och kassering av läkemedel. Som åtgärd har rutiner uppdaterats och skärpts, inklusive skriftliga lokala rutiner för varje enhet.

Risker med läkemedelsbehandling identifieras systematiskt via läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkare, enligt föreskrift för personer  $\geq 75$  år som har minst fem ordinerade läkemedel vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning på särskilt boende, samt därefter årligen. Under året genomfördes 118 enkel och 31 fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är sannolikt att fler genomgångar utförts men inte dokumenterats korrekt med KVÅ-kod, vilket kan påverka uppföljning och riskbedömning. Personer på särskilt boende ska även erbjudas årligt läkarbesök. Antalet läkemedelsgenomgångar behöver ökas för att säkerställa en systematisk identifiering av risker.

Enligt Region Jämtland Härjedalens uppföljningar har Strömsunds kommun högre förekomst av olämpliga läkemedel hos personer över 80 år jämfört med länet och riket, särskilt vad gäller smärtlindring och sömnmedel. Det totala antalet doser har minskat jämfört med föregående år, vilket indikerar viss förbättring. Variationer mellan vårdgivare förekommer.

### **3. Säker vård här och nu**

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

#### **Riskhantering**

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

Flexibilitet och omprioritering av arbetsuppgifter görs kontinuerligt i verksamheterna utifrån behov, vilket minskar risk för vårdskador genom att rätt insats görs för rätt person i rätt tid. Fastställd prioriteringsordning finns och personal omfördelas vid behov. Kontinuitet bland legitimerad personal har under året varit relativt god, i de fall bemanningspersonal tagits in så har det varit för längre tidsperioder vilket bidrar till bättre kontinuitet. Vid nyanställning planeras inskolning, men behov finns av tydligare struktur och stöd. Utbildningar genomförs för att stärka kompetens, exempelvis inom

identifierade områden där avvikelser rapporterats in eller behov identifierade genom egenkontroller. Digital teknik är infört både som en del i patientsäkerhet och för att använda resurser effektivt, exempelvis genom utökat användande av läkemedelsautomater med videofunktion.

Det förekommer att vissa läkemedel, nutritionsprodukter och sjukvårdsmaterial exempelvis för sårvård inte finns att tillgå i den omfattning som krävs vilket är ett nationellt problem. Ingen vårdskada har rapporterats in på grund av utebliven leverans. Verksamheterna är förberedda genom att i viss mån lagerhålla läkemedel och material som vanligen förbrukas.

#### **4. 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*

Alla medarbetare har informerats om syftet med avvikelserrapportering och skyldigheter i samband med anställning och därefter årligen. Rutiner och skriftlig information finns i ledningssystem. Kunskapen om vikten av att identifiera risker och att rapportera avvikelser bedöms överlag vara bra men vidare utvecklingsbehov finns för att skapa god säkerhetskultur på alla nivåer, i alla verksamheter.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla avvikelser till berörda och att använda sig av dem som underlag till förbättringsarbeten på enhetsnivå men även föra vidare i organisationen för att komma tillrätta med systemfel eller annat som identifierats som risk.

Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser är något högre föregående år (ökat med 17). Orsakerna är lika som föregående år, flest avvikelser gäller utebliven eller fördröjd dos. För att stärka säkerheten i läkemedelshanteringen har omfattande revidering av gemensamma rutiner

gjorts och enhetsspecifika rutiner tagits fram. Digital signering är infört på samtliga enheter och ansvar har förtydligats för att säkerställa uppföljning av ej utförda åtgärder. Verksamhetssystemet har uppdaterats, vilket har förbättrat överblicken över planerade och genomförda läkemedelsinsatser inom särskilda boenden. Vidare har utbildning och kunskapsprov inför delegering reviderats för att säkerställa adekvat kompetens. Under hösten har arbete inletts för att tydliggöra ansvarsfördelningen i enlighet med kommande förändringar i föreskrifter vid delegering av läkemedelshantering. Utvecklingen av läkemedelsrelaterade avvikelser behöver fortsatt följas, med ytterligare insatser för att stärka patientsäkerheten.

Antalet fallhändelser har ökat med 24 jämfört med föregående år. Det höga antalet fall speglar en patientgrupp med hög ålder, samsjuklighet och ofta kognitiv svikt, där fallrisk är svår att helt förebygga. Att en mindre grupp personer står för en stor andel av fallen indikerar behov av mer individanpassade och tvärprofessionella insatser snarare än generella åtgärder. Som tidigare år leder de flesta fallen inte till någon skada, men frakturer och mjukdelsskador uppstår som en konsekvens. Fortsatta teambaserade samarbeten är avgörande för att fallhändelser i möjligaste mån ska förebyggas och skador undvikas, exempelvis via systematiska riskbedömningar, gemensam utredning av fallavvikelser och planering av insatser och uppföljning, läkemedelsgenomgångar samt bedömning enligt BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

### **Klagomål och synpunkter**

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

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till förvaltningen på olika sätt, t. ex via brev, mejl, telefon, direkt till förvaltningen, till verksamheten och olika yrkesutövare. Under året har inget ärende gällande kommunens hälso- och sjukvård inkommit till Patientnämnden.

### **Basala hygienrutiner och vårdrelaterade infektioner**

Resultaten kring mätningar i basala hygienrutiner (BHK) visar att efterlevnaden i vissa delar är god, men det finns variation mellan enheter och mellan olika moment. Verksamheten når inte målet att alla ska följa de

basala hygienreglerna, men en förbättring ses jämfört med föregående år vilket tyder på ökad medvetenhet.

Resultat av mätningar har återkopplats till enhetschef löpande samt redovisats för verksamhetschefer och Socialnämnden. Enhetschef ansvarar för att arbeta med resultaten tillsammans med medarbetarna, samt för att upprätta och följa upp handlingsplaner utifrån den egna enhetens resultat. Orsaker till brister i följsamhet uppger bland annat vara stress, slarv eller bristande kännedom om rutiner. Gemensamma åtgärder i handlingsplanerna består till stor del av utbildningsinsatser, förbättring av organisatoriska och praktiska förutsättningar, kontinuerliga påminnelser samt systematisk uppföljning.

Digitala utbildningar och informationsmaterial finns tillgängliga för samtliga medarbetare. Praktisk träning sker i metodrum i samband med introduktion samt vid behov. I samband med nyanställning och därefter årligen informeras medarbetarna om rutinerna. Hygienombud kan delta i nätverksträffar och funktionen återinfördes under slutet av året på vissa enheter. Även om insatser har gjorts under året behövs återkommande träning och påminnelser för att säkerställa att rutinerna alltid följs. Skillnaden mellan självskattad och observerad följsamhet till basala hygienrutiner är tydlig och tyder på att hygienrutinerna inte är fullt integrerade i det dagliga arbetet. Bristerna i följsamhet kan även vara en kultur- och beteendefråga, vilket betyder att insatser behöver fokusera på arbetssätt och kulturförändring förutom utbildning.

En hög efterlevnad till BHK är avgörande för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) och för att skydda både patienter och personal. Minskad följsamhet ökar risken för smittspridning och leder till risk för vårdskador. Under året har utbrott av magsjuka och luftvägsinfektioner förekommit.

Andelen VRI på särskilt boende mättes i nationell HALT-mätning och har minskat från fjolåret (4% 2024) och ligger under rikets nivå (1%). Riskfaktorer som urinkateter, trycksår och övriga sår har ökat från 2024 men ligger under rikets nivå. Antibiotikaanvändning ligger under rikets nivå (3%). Antal personer med inkontinens har minskat.

Förekomst av VRI på särskilda boenden följs månadsvis och sjuksköterska ansvarar för åtgärder i de fall förekomst ökar. 13 avvikelserapporter är skrivna gällande vårdrelaterade infektioner, vilket är lägre än det antal som registreras vid månatliga mätningar och ett utvecklingsområde.

Vidtagna åtgärder följs upp via upprepade mätningar av förekomst av vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

### **Riskbedömning**

Under året har antalet genomförda riskbedömningar ökat. Riskbedömning för trycksår, fall, undernäring och munhälsa utfördes på 31 fler personer än 2024, risk för blåsdysfunktion på 62 fler. Ökningen kan kopplas till ett vidmakthållet teambaserat och systematiskt arbetsätt där riskidentifiering är en naturlig del av det dagliga arbetet. Att kommunen för andra året i rad utsågs till en av årets Guldkommuner i Senior Alert visar att det finns en stabil struktur inom särskilt boende. För att bli en Guldkommun krävs en täckningsgrad på minst 90% på särskilt boende, och i minst 75% ska bakomliggande orsaker ha utretts och nödvändiga åtgärder genomförts.

Jämfört med 2024 har andelen identifierade risker ökat från 83 % till 88 %. Det kan delvis förklaras av att fler personer inkluderas i registret, vilket innebär att risker upptäcks i större omfattning med också spegla en ökad vårdtyngd och mer komplex sjukdomsbild hos patienterna. Antalet individer med trycksår har ökat från 21 till 34, antal undernärda (BMI <22) från 85 till 103 och antal med munhälsa grad 2 från 66 till 88 personer. Ökningen tyder på att patientgruppen har omfattande behov, där förebyggande arbete är viktigt och adekvat åtgärder behövs. Antalet registrerade fall i kvalitetsregistret överensstämmer inte med det faktiska antalet, vilket är ett förbättringsområde.

Andelen uppföljda åtgärder har minskat, från 85% till 76%. Minskningen återfinns inom samtliga riskområden och är särskilt tydlig inom munhälsa, där 64 % av åtgärderna har följts upp. Inom riskområdena blåsdysfunktion och munhälsa genomfördes färre riskbedömningar, samtidigt som en hög andel av de bedömda har risk. Det indikerar på att dessa områden inte är

lika förankrade i det systematiska arbetet som exempelvis fall och trycksår är.

Verksamheterna identifierar risk och upprättar i stor utsträckning åtgärdsplaner (94 % vid risk), men systematiken brister i uppföljning och säkerställande av effekt. Om uppföljning inte görs finns risk att det vårdpreventiva arbetet inte får effekt, vilket kan bidra till det ökade utfallet inom trycksår, undernäring och munhälsa jämfört med 2024.

Variationer mellan enheter tyder på att arbetsätt och metoder inte är fullt ut införda och kan utvecklas vidare genom tydligare struktur och kompetensutveckling. Arbetet har följts upp genom månadsvisa mätningar och återkoppling på flera nivåer i organisationen. Riskbedömningar diskuteras vid teamträffar och kompetenshöjande insatser inom nutrition och sårvård har genomförts under året, men fortsatta insatser behövs.

### **Palliativ vård**

Fler registreringar (ökat med 16) gjordes i kvalitetsregistret än föregående år. Årets resultat visar en försämring jämfört med föregående år i indikatorerna läkarbeslut palliativ vård, brytpunktssamtal, smärt- och symtomskattning, förekomst av trycksår, mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Förbättring ses i vårdplan, ordinerade injektioner mot oro/ångest och smärta, munhälsobedömning sista levnadsveckan och efterlevandesamtal.

Flera områden i kvalitetsindikatorn ligger under nationella målvärdet; dokumentation av brytpunktssamtal, vårdplan, systematisk smärtskattning och symtomskattning under sista levnadsveckan, samt munhälsobedömning och förekomst av trycksår. Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och läkarbeslut om palliativ vård nådde målen.

Närståendeenkäten visar en ökad svarsfrekvens och möjliggör för första gången en samlad bedömning av närståendes upplevelse. Resultaten visar att närstående är nöjda med vården och stödet, samt med personalens närvaro och tillgänglighet. Däremot finns förbättringspotential vad gäller brytpunktssamtal med närstående och deras insikt om vårdens i livets slut.

En möjlig förklaring till resultatet är komplexa vårdförlopp, att patienter skrivs ut tidigare från sjukhus, brister i vårdplanering eller att insatser



behöver sättas in snabbt. Hög arbetsbelastning och brister i systematiska arbetssätt och teamarbete kan påverka möjligheten att genomföra och dokumentera brytpunktssamtal i rätt tid. Det kan också finnas variation i kunskap och trygghet kring samtal om vårdens inriktning i livets slut.

Resultatet förtydligar behovet av att förbättra samtalen kring vårdens inriktning i livets slutskede med både patienter och närstående, samt att säkerställa att närstående får tillräcklig information och stöd för att kunna vara delaktiga och känna sig trygga. Skillnader i dokumentation och genomförande tyder på behov av tydligare struktur och gemensamma rutiner. Brister i dokumentation betyder inte nödvändigtvis att vård inte har givits, men utan dokumentation saknas möjlighet att säkerställa kvalitet, kontinuitet och uppföljning.

Den tvärprofessionella arbetsgrupp som inrättats under året är en viktig utvecklingsinsats. För att förbättring ska ske behöver arbetet framåt fokusera på tidig identifiering av patienter i behov av palliativ inriktning, stärkt kompetens och trygghet i att identifiera behov av brytpunktssamtal, systematiserad användning av symtomskattningsinstrument och uppföljning av indikatorer på enhetsnivå. Det finns en grundläggande struktur och en påbörjad utvecklingsprocess, men arbetet behöver bli mer konsekvent och integrerat i det dagliga arbetet.

## 5. 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.

Risk- och sårbarhetsanalyser har tagits fram under året för att kunna göra kontinuitetsplanering gällande den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att kunna säkerställa god vård även vid krissituationer. Samordning av ett gemensamt beredskapslager för sjukvårdsmaterial, läkemedel och skyddsmaterial utreds. Detta för att öka robustheten i den samhällsviktig verksamhet.

Allt mer avancerad sjukvård flyttas ut till hemmet, vilket innebär att kommunens personal behöver arbeta på toppen av sin kompetens för att

klara av att vårda allt mer sjuka personer i hemmet. Samarbete med specialiserade vården finns i förekommande fall med exempelvis möjlighet att ta kontakt för riktad utbildning.

## **Mål, strategier och utmaningar för kommande år**

Under kommande år kommer fokus att ligga på att stärka de områden där risker identifierats, samtidigt som vidare utveckling ska ske i de strukturer och arbetssätt som redan gett resultat. En lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030 har tagits fram och bland de prioriterade områdena för 2026 är att fortsätta arbeta för en god säkerhetskultur genom utveckling av teamträffar, gå mot en lärande organisation och arbeta med avvikelser som en del i förbättringsarbete. Patientens delaktighet och medskapande i vården behöver stärkas och utvecklas genom personcentrering.

Läkemedelshantering är ett av de största riskområdena. Under året kommer förändrade rutiner för delegering av läkemedelshantering implementeras, med tydligare ansvarsfördelning och krav på kunskap och kompetens hos den som tar emot en delegering. Inrapporterade läkemedelsavvikelser kommer följas regelbundet på enhetsnivå. Målsättningen är att minska antalet läkemedelsrelaterade händelser och förbättra säkerhetskulturen för att identifiera risker i tid.

Fallförebyggande insatser är fortsatt betydelsefulla och behöver inriktas på att förbättra uppföljning av vidtagna åtgärder hos personer som faller ofta. Tvärprofessionell samverkan behöver stärkas för att förebyggande och stödjande insatser ska sättas in. Målet är att minska antalet fall och framförallt minska antalet som skadas vid fall.

Det vårdpreventiva arbetet via riskbedömningar i kvalitetsregister ska fortsätta utvecklas. Målsättningen är att en ännu större andel patienter ska ha aktuella riskbedömningar och att identifierade risker alltid ska följas av åtgärder och uppföljning, samt att utfallet ska sjunka. Uppföljning kommer att ske mer systematiskt på både enhets- och organisationsnivå.

Följsamheten till basala hygienrutiner är grundläggande för att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska risken för smitta. Under nästa år

---

fortsätter arbetet genom tydligare återkoppling av mätresultat och stärkt roll för hygienombud. Målet är att skapa en kultur där hygienrutiner är en självklar och integrerad del av det dagliga arbetet.

Arbetet med dokumentation och informationsöverföring behöver utvecklas vidare. Kvaliteten i journalföring och vårdplanering behöver stärkas, särskilt i vårdens övergångar. Genom riktade journalgranskningar och utbildningsinsatser vid behov ska dokumentationen bli mer strukturerad, ändamålsenlig och patientsäker.

För den palliativa vården ska utvecklingsarbetet implementeras och fortsätta för att förbättra bristerna ibland annat dokumenterade brytpunktssamtal, vårdplaner samt systematisk symtom- och smärtskattning. Genom gemensamma rutiner, utbildning och samverkan med regionen ska kvaliteten i vård i livets slut stärkas.

Verksamheten står inför utmaningar kopplade till en åldrande befolkning och att allt mer avancerad vård bedrivs i hemmet samtidigt som det är svårt med kompetensförsörjning, vilket ställer krav på samverkan och flexibilitet.

## Bilaga 1

### Antal rapporter per organisation, rapporttyp Vårdskada

Organisation	År	2025				Antal
	Avvikelseyp	Fall	HSL övriga händelser	Läkemedel	Medicintekniska produkter	
Extern verksamhet			2	1	1	4
NVF Distrikt Frostviken		35	4	23		62
NVF Levinsgården		56	4	20		80
VSF Brismarksgården		32	12	28	1	73
VSF Daglig verksamhet 9§10		2	1	1		4
VSF Distrikt Backe		19	1	2	3	25
VSF Distrikt Hammerdal		56	24	76	1	157
VSF Distrikt Hoting		14	8	13	1	36
VSF Distrikt Nordöstra		94	16	22	1	133
VSF Distrikt Sydvästra		111	8	16	3	138
VSF Granbacken		60	7	35	2	104
VSF Gästis		7	2	4		13
VSF Lövbergavägen		3	1	3		7
VSF Personlig assistans 9§2		1		2	1	4
VSF Pumphusgatan		18		9		27
VSF Solbacken		71	22	54		147
VSF Solkragen		12	3	15		30
VSF Strömbacka		49	20	59	2	130
VSF Strömsvägen		10		8	1	19
VSF Teknik- och planering			1			1
VSF Tingvalla			1			1
VSF Tåsjögården		21	6	14		41
VSF Utsikten		3	8	6		17
VSF Älvgården		67	11	21	4	103
VSF Åshamra		89	54	66	4	213
<b>Antal</b>		<b>830</b>	<b>216</b>	<b>498</b>	<b>25</b>	<b>1569</b>

### Antal utredningar per avvikelsetyp

-	År 2025	Antal
<u>Avvikelsetyp</u>	-	
Fall		702
HSL övriga händelser		186
Läkemedel		452
Medicintekniska produkter		20
<u>Antal</u>		<u>1360</u>

### Åtgärder inom rapporttyp Vårdskada

-	År 2025	Antal
	Rapporttyp	
<u>Åtgärdstyp</u>	-	
Arbetsrättsliga åtgärder/personalinsatser		73
Extern aktör/myndighet		152
Förändring av fysisk miljö		22
Kommunikation/dokumentation		119
Organisation och bemanning		5
Rutiner och processer		164
Teknik och utrustning		58
Utbildning/handledning		31
Åtgärder för den som får insatser		216
<u>Antal</u>		<u>840</u>

### Klassificering av avvikelser per avvikelsetyp

-	År	2025				Antal
	Avvikelsetyp	Fall	HSL övriga händelser	Läkemedel	Medicintekniska produkter	
<u>Klassificering av avvikelser</u>	-					
Ej risk för vårdskada/ej vårdskada		233	81	263	12	589
Risk för allvarlig vårdskada		1	1			2
Risk för vårdskada		398	79	168	8	653
Vårdskada		47	16	7		70
<u>Antal</u>		<u>679</u>	<u>178</u>	<u>438</u>	<u>20</u>	<u>1315</u>

**Läkemedel typ av händelse – tidpunkt år 2025**

<u>Läkemedel-Typ av händelse</u>	<u>Tidpunkt</u>	<u>Antal</u>
Fel i iordningställande	04-07	1
	07-10	5
	10-13	1
	13-17	2
	17-21	8
	Vet ej	4
Fel i iordningställande, Utebliven dos	07-10	1
	17-21	1
	Vet ej	1
Fel i ordinationsfas	07-10	1
	10-13	4
	13-17	3
	17-21	5
	21-00	1
	Vet ej	3
Fel i ordinationsfas, Utebliven dos	07-10	1
	10-13	1
Förskjuten dos	07-10	11
	10-13	3
	13-17	4
	17-21	4
Förskjuten dos, Utebliven dos	Vet ej	1
Förväxling av dos med vårddagare	10-13	2
Förväxling av dos med vårddagare, Utebliven dos	21-00	1
Utebliven dos	00-04	2
	04-07	1
	07-10	50
	10-13	13
	13-17	30
	17-21	31
	21-00	7
Vet ej	4	
<b><u>Antal</u></b>		<b><u>207</u></b>

### Läkemedel - Konsekvens av händelse

	År 2025	Antal
	Avvikelse <span>typ</span>	
<u>Skada/ konsekvens</u>	-	
Ej bedömbart nu		<u>41</u>
Ej bedömbart nu, Ingen känd		<u>6</u>
Ingen känd		<u>365</u>
Ingen känd, Rädsla/oro		<u>1</u>
Rädsla/oro		<u>10</u>
Rädsla/oro, Smärta		<u>3</u>
Smärta		<u>12</u>
<b>Antal</b>		<b><u>438</u></b>

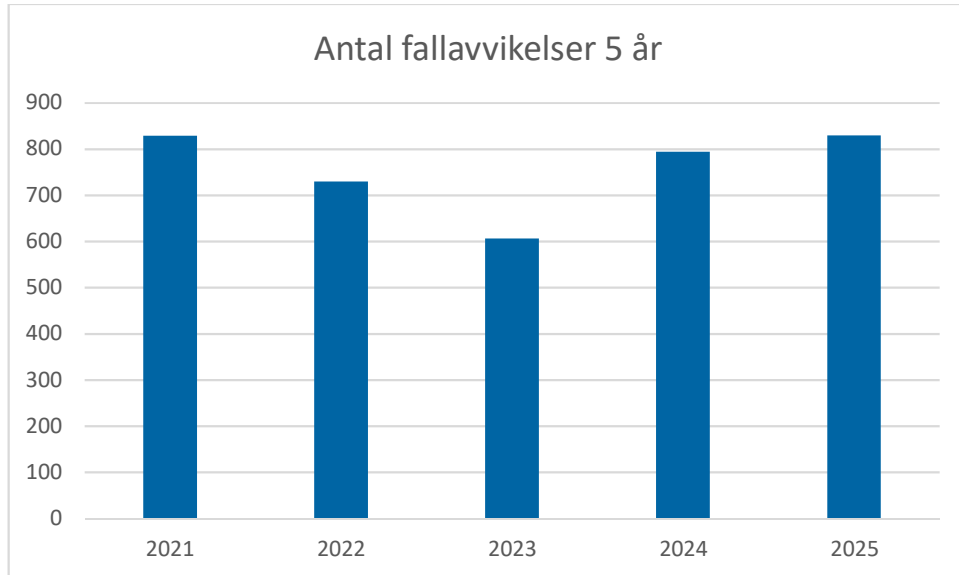
### HSL övrig händelse – typ av händelse

	År 2025	Antal
<u>HSL-övriga händelser. Typ av händelse</u>	-	
Dokumentation		<u>10</u>
Dokumentation, Fördröjd/missad diagnos, Samverkan/informationsöverföring		<u>1</u>
Dokumentation, Fördröjd/missad diagnos, Samverkan/informationsöverföring, Trycksår, Undernäring		<u>1</u>
Dokumentation, Fördröjd/missad diagnos, Samverkan/informationsöverföring, Trycksår, Undernäring, Utebliven/felaktig HSL-insats		<u>2</u>
Dokumentation, Rehabilitering t.ex. uteblivna rehabinsatser, Trycksår		<u>1</u>
Fördröjd/missad diagnos		<u>9</u>
Fördröjd/missad diagnos, Samverkan/informationsöverföring, Undernäring		<u>1</u>
Rehabilitering t.ex. uteblivna rehabinsatser		<u>7</u>
Samverkan/informationsöverföring		<u>28</u>
Samverkan/informationsöverföring, Utebliven/felaktig HSL-insats		<u>1</u>
Trycksår		<u>1</u>
Utebliven/felaktig HSL-insats		<u>47</u>
<b>Antal</b>		<b><u>109</u></b>

**Fall - Konsekvens av händelse – klassificering av avvikelser**

	År	2025				Antal
	Klassificering av avvikelser	Ej risk för vårdskada/ ej vårdskada	Risk för allvarlig vårdskada	Risk för vårdskada	Vårdskada	
<b>Skada/konsekvens</b>						
Ej bedömbart nu		39		59	6	<u>104</u>
Ej bedömbart nu, Ingen känd		2		5		<u>7</u>
Ej bedömbart nu, Ingen känd, Mjukdelsskada tex. hematom/sår, Smärta					1	<u>1</u>
Ej bedömbart nu, Rädsla/oro				1		<u>1</u>
Fraktur		4	1	8	11	<u>25</u>
Ingen känd		468		482	13	<u>963</u>
Ingen känd, Mjukdelsskada tex. hematom/sår				2		<u>2</u>
Ingen känd, Mjukdelsskada tex. hematom/sår, Rädsla/oro, Smärta				1		<u>1</u>
Ingen känd, Rädsla/oro				3		<u>3</u>
Ingen känd, Smärta				1	1	<u>2</u>
Mjukdelsskada tex. hematom/sår		34		30	20	<u>84</u>
Mjukdelsskada tex. hematom/sår, Rädsla/oro, Smärta		1		3	3	<u>8</u>
Mjukdelsskada tex. hematom/sår, Smärta		7		10	4	<u>21</u>
Rädsla/oro		8		11	2	<u>21</u>
Rädsla/oro, Smärta		1		5	3	<u>9</u>
Smärta		21		24	4	<u>49</u>
<b>Antal</b>		<b>585</b>	<b>1</b>	<b>645</b>	<b>68</b>	<b><u>1301</u></b>





den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.14 739

## **§ 19 Avvikelser inom närvardsnämndens ansvarsområde**

Lars Kvemo, verksamhetschef redo

### **Närvardsnämndens beslut**

Närvardsnämnden tar del av och godkänner redovisning av Lex Maria, Lex Sarah samt synpunkter och klagomål.

### **Närvarld Frostvikens förslag till beslut**

Närvardsnämnden tar del av och godkänner redovisning av Lex Maria, Lex Sarah samt synpunkter och klagomål.

### **Yrkande**

Ordförande yrkar att närvardsnämnden beslutar enligt förslaget.

### **Sammanfattning av ärendet**

#### **Lex Maria**

En rapport har upprättats under året och granskats av IVO, Inspektionen för vård och omsorg. Ärendet avslutats och inga ytterligare åtgärder vidtagits. IVO bedömer att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata.

#### **Lex Sarah**

Inga inkomna ärenden under året 2025

### **Synpunkter och klagomål**

Ett ärende har inkommit via 1177.se där patient i hemmet hade synpunkter på ambulanspersonalens bemötande i en sårbar situation. Ärendet har avslutats och inga ytterligare åtgärder vidtagits.

### **Underlag till beslut**

Tjänsteskrivelse

### **Beslut skickas till**

Närvarld Frostviken

den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.15 709

## § 20 Genomlysning Närvård Frostviken

Slutrapporten hanteras i fortsättningsvis av representanter från Strömsunds Kommun och Region Jämtland-Härjedalen.

### Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del informationen gällande översyn av gemensam nämnd för Närvård Frostviken och dess verksamheter.

### Närvård Frostvikens förslag till beslut

Närvårdsnämnden föreslås ta del av och godkänna rapporten gällande översyn av gemensam nämnd för Närvård Frostviken och dess verksamheter.

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden tar del av informationen gällande översyn av gemensam nämnd för Närvård Frostviken och dess verksamheter.

### Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av Region Jämtland Härjedalen och Strömsunds kommun har Governo genomfört en genomlysning av befintligt avtal och tagit fram förslag på fortsatt samarbete framåt.

I uppdraget ingick även att granska frågan om eventuell etablering av landningsplats för ambulanshelikopter.

### Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Slutrapport översyn av gemensam nämnd Närvård Frostviken

### Beslut skickas till

Närvård Frostviken

Diarienummer NVF.2026.16 700

## § 21 Anhörigstöd

### Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av informationen och ger Närvård Frostviken i uppdrag att återkomma med förslag till sammanträdet i september.

### Närvård Frostvikens förslag till beslut

Närvårdsnämnden tar del av informationen och ger Närvård Frostviken i uppdrag att återkomma med förslag till sammanträdet i september

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden beslutar enligt förslaget.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och socialförvaltningen fick i uppdrag från arbetsutskottet den 3 december §127 anhörigstöd att komma med förtydligande gällande utformning av anhörigstöd. Därför behöver även Närvård Frostviken utreda och besluta i samma ärende.

Anhöriga som ger stöd, vård och omsorg till närstående utgör en viktig resurs i välfärden. För att säkerställa att kommunens anhörigstöd är ändamålsenligt, tillgängligt och anpassat efter aktuella behov behöver en kartläggning genomföras. Vidare bedöms det finnas behov av en tydlig funktion för projekthantering som kan samordna arbetet, driva utvecklingsinsatser och säkerställa en långsiktig struktur för anhörigstödet.

### Bakgrund

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ansvar för att erbjuda stöd till anhöriga som vårdar eller stödjer närstående. Behovsbilden bland anhöriga förändras över tid, bland annat till följd av demografiska förändringar, ökad psykisk ohälsa och fler personer som vårdas i hemmet. Idag saknas en samlad bild av vilka behov som finns och i vilken utsträckning unvarande insatser motsvarar dessa. Det finns även behov av att stärka samordningen mellan olika verksamheter som möter anhöriga.

den 10 mars 2026

---

### **Beskrivning av ärendet**

Ärendet kan genomföras genom exempelvis intervjuer, enkäter, dialogmöten och analys av befintlig statistik och tidigare utredningar.

Kartläggningen ska belysa:

- Vilka grupper av anhöriga som finns i kommunen.
- Vilket stöd som efterfrågas respektive erbjuds idag.
- Upplevda brister och utvecklingsområden.
- Hur anhöriga upplever tillgänglighet och kvalitet i stödet.

### **Funktion för projekthantering.**

För att säkerställa genomförande och långsiktig utveckling föreslås en funktion för projekthantering tillsätts. Funktionen kan organiseras som ett tidsbegränsat uppdrag eller integreras i befintlig organisation.

Funktionen ska bland annat:

- Leda kartlägningsarbetet.
- Samordna berörda verksamheter.
- Ta fram förslag på åtgärder och handlingsplan.
- Följa upp och rapportera resultat.

### **Underlag till beslut**

Tjänsteskrivelse

### **Beslut skickas till**

Närvård Frostviken

Diarienummer NVF.2026.3 700

## § 22 Aktuell information till närvårdsnämnden 2026

Lars Kvemo, verksamhetschef informerar om följande:

- \* omorganisation inom Strömsunds kommun. Närvård Frostviken berörs inte av den.
- \*personalläget inom respektive yrkesområde, samt planerad förändring kring tjänsten administration/vårdarbete .
- \*samarbete med Strömsunds HC kring ex läkarfunktion, rehab.samordnare, HSL-undersköterska på delegation.

### Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av informationen.

### Yrkande

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden tar del av informationen.

den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.6 700

## § 23 Delegationsbeslut

Inga delegationsbeslut att redovisa.

den 10 mars 2026

---

Diarienummer NVF.2026.7 700

## § 24 Delgivningar 2026

### Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av informationen som läggs handlingarna

#### Yrkande

Ordförande yrkar att närvårdsnämnden tar del av informationen som läggs till handlingarna.

#### Sammanfattning av ärendet

Närvårdsnämnden tar del av :

Regionfullmäktige §21 Valärenden 2026

IVO Beslut (dnr 3.1.1-04187/2026.1S)



NAME OF SIGNER	IDENTIFIER	TIME	ELECTRONIC ID
Karl-David Adervall	5dd3becc8871385c0ff774 0c0ded7d9a602737f5	20.03.2026 10:14:47 CET	Mobilt BankID SE

NAME OF SIGNER	IDENTIFIER	TIME	ELECTRONIC ID
Eva Marie-Louise Oscarsson	73253669a4f93eff961933 6dfcad05a4bcb87288	25.03.2026 14:50:14 CET	Mobilt BankID SE

NAME OF SIGNER	IDENTIFIER	TIME	ELECTRONIC ID
EVA INGEBORG LIF	597ef0e168de39a2dc907 08de01cb217dc063a7e	25.03.2026 16:53:10 CET	Mobilt BankID SE

Document reference: 6049\_202603200821027721773991262772

- This is a PDF document digitally signed by IN Groupe's E-Signing service.
- The document's integrity is protected by signing and sealing the contents with a certificate issued to IN Groupe by a third party. Validating the signature confirms that the contents have not been modified since the time of signing.
- For more information about document formats, see <https://doc.ingroupe.com/developer>