



Patientsäkerhets- berättelse 2025

Välfärdsnämnden/ Välfärdsförvaltningen



**ÖRNSKÖLDSEVIKS
KOMMUN**



Innehållsförteckning

1 INLEDNING	3
2 SAMMANFATTNING	4
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	7
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	7
3.2 En god säkerhetskultur	10
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	11
3.4 Patienten som medskapare	12
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	16
4.3 Säker vård här och nu	20
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	22
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	28

1 INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



2 SAMMANFATTNING

Vision

God och säker vård, överallt och alltid.

Övergripande mål

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Kvalitetsmål

Inom välfärdsförvaltningen finns sex kvalitetsmål som syftar till att uppnå det övergripande mål och vision för hälso- och sjukvård. Det innebär en strävan till måluppfyllelse för hälso- och sjukvården genom systematiskt lärandestyrkt förbättringsarbete inom var och ett av nedan områden:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Säker
- Patientfokuserad
- Effektiv
- Jämlik
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid/tillgänglig.

De viktigaste åtgärder som vidtagits

Systematiskt patientsäkerhetsforum och lokal handlingsplan

En viktig framgångsfaktor i förvaltningens patientsäkerhetsarbete är det systematiska patientsäkerhetsforum som etablerats. Forumet samlar berörda verksamhetschefer, biträdande chefer, områdeschefer, verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt medicinskt ansvariga.

Forumet har regelbundet sammanträtt under året och fungerar som en central arena för att:

- planera och prioritera utvecklingsinsatser,
- driva det systematiska patientsäkerhetsarbetet framåt,
- följa upp resultat och identifiera förbättringsområden på förvaltnings-, verksamhets-, områdes- och avdelningsnivå.

Som en del av detta arbete utarbetas årligen en lokal handlingsplan för patientsäkerhet.

Handlingsplanen innehåller de aktiviteter som ska genomföras under året och följs upp kontinuerligt inom forumet. Detta skapar en tydlig struktur, möjliggör en gemensam riktning och bidrar till att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt och med hög kvalitet i hela förvaltningen.

Omvårdnadspersonals dokumentation i patientjournal

Förvaltningen har under året slutfört arbetet med att möjliggöra att omvårdnadspersonal kan dokumentera direkt i patientjournalen. Dokumentationen sker genom en särskilt framtagen "tunnel" mellan verksamhetssystemen Lifecare och Procapita, vilket säkerställer att uppgifter överförs på ett säkert och strukturerat sätt.

För att stödja införandet har cirka 90 dokumentationsombud utbildats av medicinskt ansvariga. Ombuden fungerar som lokala resurs- och stödfunktioner för sina kollegor och bidrar till att kvalitetssäkra samt vidareutveckla dokumentationsarbetet inom förvaltningen. Denna satsning stärker förutsättningarna för en enhetlig, korrekt och patientsäker dokumentation i hela verksamheten.

Yrkesintroduktion vård och omsorg för omvårdnadspersonal

Under året har projektet *Introduktion nyanställd (KFE)* pågått, där de medicinskt ansvariga har deltagit i en förvaltningsövergripande arbetsgrupp. Arbetet har haft som mål att stärka introduktionen för nyanställd omvårdnadspersonal och säkerställa att medarbetare får en strukturerad och kvalitetssäkrad start i sin yrkesroll.

Den befintliga kompetensstegen *Bas hälso- och sjukvård* har reviderats för att bättre spegla omsorgens utvecklade innehåll och kompetenskrav. Det nya förslaget omfattar en tredelad introduktionsmodell:

1. Att vara anställd (KFE) – Grundläggande information om uppdrag, arbetsgivarskap och förvaltningens övergripande regelverk.
2. Kompetensstege Bas – En kombination av nationella och lokala introduktionsfilmer samt praktiska moment inom bland annat förflyttningskunskap och personlig vård.
3. Arbetsplatsintroduktion – Lokal introduktion på arbetsplatsen, där medarbetaren introduceras till rutiner, arbetssätt och patientnära uppgifter.

Syftet med den reviderade modellen är att stärka grundkompetensen hos nyanställd omvårdnadspersonal, säkerställa en enhetlig introduktion och därigenom bidra till en trygg och säker vård för patienter och brukare.

Introduktion för enhetschefer

Under året har medicinskt ansvariga reviderat och vidareutvecklat ett befintligt introduktionsmaterial för enhetschefer. Materialet, som tidigare bestod av en enda film i Grade, har nu delats upp i 17 separata filmer. Denna struktur gör det enklare för enhetschefer att genomföra introduktionen i etapper samt att vid behov återgå till enskilda avsnitt för repetition.

Den nya introduktionen lanserades i oktober, och både befintliga och nya enhetschefer ska genomföra den senast under 2026. Syftet är att stärka enhetschefernas förutsättningar att ta ett tydligt och aktivt ansvar för patientsäkerheten inom sina respektive verksamheter.

Förebyggande arbete genom riskanalys på förvaltningsnivå

Ett förebyggande arbete med förvaltningsövergripande riskanalyser har genomförts av verksamhetschef för hälso- och sjukvård i nära samverkan med medicinskt ansvariga. Arbetet har utförts inför planerade förändringar och införandet av nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Syftet har varit att tidigt identifiera och bedöma potentiella risker samt att genom lämpliga åtgärder eliminera eller minimera dessa för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

Avvikelsehantering – vårdskada och risk för vårdskada

Den 1 april lanserades reviderade styrdokument för avvikelsehantering inom förvaltningen. Syftet med revideringen var att stärka arbetet kring identifiering, uppföljning och lärande av händelser som kan påverka patientsäkerheten.

De nya styrdokumenterna innebär:

- Tydligare ledtidsuppföljning som gör det möjligt för förvaltningen att följa ärenden genom hela processen.
- Förenklad hantering på enhetsnivå för händelser som inte bedöms som vårdskada, vilket skapar mer effektiv administration och stödjer tidigt omhändertagande av avvikelser.
- Fokus på allvarliga händelser, då verksamheterna ges bättre förutsättningar att prioritera utredning av avvikelser med potentiellt allvarliga konsekvenser. Detta bidrar till att minska risken för upprepning och stärker det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Sammantaget innebär förändringarna att avvikelsehanteringen blivit mer ändamålsenlig, mer riskfokuserad och bättre anpassad för att stödja ett kontinuerligt lärande i verksamheterna.

En blick framåt

Informationsöverföring och kontaktvägar

Förvaltningen arbetar vidare med att utveckla den förvaltningsövergripande rutinen för informationsöverföring. Syftet är att säkerställa tydlighet kring vem som ansvarar för att föra information vidare, vilken information som ska delas, när den ska delas och hur den ska överföras mellan professioner internt.

Rutinen omfattar även informationsutbyte med externa aktörer för att säkerställa att kommunikation och samverkan sker på ett säkert, strukturerat och patientsäkert sätt genom hela vårdprocessen. Arbetet bidrar till att stärka kontinuiteten, minska risken för informationsförluster och främja en säker och sammanhållen hälso- och sjukvård.

Vidareutveckling av avvikelsehantering

Under kommande år planeras flera utvecklingsinsatser som syftar till att ytterligare stärka

avvikelsehanteringen och det systematiska lärandet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Arbetet fokuserar på att öka transparensen, förbättra återföringen och säkerställa att allvarliga händelser analyseras på ett strukturerat och verksamhetsnära sätt.

Införande av modul för klagomål och synpunkter

Förvaltningen planerar att införa en särskild modul för hantering av klagomål och synpunkter. Syftet är att skapa ett enhetligt system för att ta emot, dokumentera och följa upp invånarnas synpunkter, vilket stärker möjligheten att identifiera risker tidigt och arbeta förebyggande inom patientsäkerhet.

Återföring av analyser på aggregerad nivå

Analysresultat av inkomna avvikelser kommer i högre utsträckning att återföras till hälso- och sjukvårdsverksamheterna via det systematiska patientsäkerhetsforumet. Detta ger chefer och medarbetare en tydligare överblick över mönster, riskområden och förbättringspotential, och skapar ökade förutsättningar för ett gemensamt lärande i hela organisationen.

Egenkontroll och analys av allvarlighetsgrad 1 och 2

Inför 2026 planeras ett fortsatt utvecklingsarbete för att stärka enhetschefernas förmåga att arbeta systematiskt med avvikelsehantering. Fokus kommer att ligga på att etablera tydliga stödformer och forum där enhetschefer får möjlighet att fördjupa sin kompetens i att ta fram och tolka statistik från avvikelsemodulen. Särskilt prioriterad blir förmågan att analysera avvikelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 på enhetsnivå, i syfte att mer effektivt identifiera återkommande mönster och trender. Detta ska skapa bättre förutsättningar för tidiga förebyggande insatser och därmed ytterligare stärka patientsäkerheten under kommande år.

Uppdrag kring avvikelser i vårdkedjan

LSG Äldre har gett i uppdrag till de medicinskt ansvariga, tillsammans med representanter från Region Västernorrland både inom slutenvården och primärvården, att gemensamt arbeta med avvikelser som uppstår i vårdkedjan.

Uppdraget omfattar:

- Kartläggning av avvikelser som påverkar patientens övergångar mellan kommun och region.
- Analys av bakomliggande orsaker och riskområden i samverkan mellan vårdgivarna.
- Förslag på förbättringsåtgärder som syftar till att stärka kontinuitet, samordning och säkerhet i vårdövergångarna.

Målet är att främja patientens hälsa genom att säkerställa att vårdkedjan fungerar sammanhållet och att identifierade brister leder till konkreta och hållbara förbättringar.

Övergång från Procapita till Lifecare HSL

Under 2026 kommer patientjournalen att övergå till en ny plattform hos samma leverantör. Den nya plattformen bygger på den nationella informationsstrukturen "*Ge hälso- och sjukvård*", som omfattar hela vårdprocessen: vårdbegäran, bedöma behov av att utreda, utreda, bedöma behov av åtgärd, åtgärda samt följa upp.

Övergången innebär ett nytt och mer strukturerat sätt att dokumentera för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Introduktion för legitimerad personal

Medicinskt ansvariga kommer under året att ta fram ett introduktionsmaterial för legitimerad personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att ge medarbetarna goda förutsättningar att fullt ut ta ansvar för sitt uppdrag och att säkerställa en hög och trygg patientsäkerhet. Syftet med introduktionen är att rusta legitimerad personal för deras övergripande roll inom kommunal hälso- och sjukvård. Utöver det gemensamma materialet behöver även professionsspecifik och verksamhetsnära introduktion tillföras utifrån respektive hälso- och sjukvårdsområde.

3 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.

3.1 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.



Förvaltningen har sedan 2022 ett systematiskt patientsäkerhetsforum som har möten sex gånger per år. Forumet består av verksamhetschef för hälso- och sjukvård, verksamhetschef för funktionsstöd, verksamhetschef för äldreomsorg, biträdande verksamhetschef för funktionsstöd, områdeschefer för ordinärt boende och särskilt boende samt medicinskt ansvariga (MAS och MAR).

Engagemang och kompetens har forumet byggt genom att arbeta utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet genom SKR:s analysverktyg *Agera för säker vård* för stärkt patientsäkerhetsarbete. Verktöget är ett stöd för utveckling av patientsäkerhetsarbetet i kommuner i samband med omställningen till en nära vård, och ska bidra till att belysa olika utvecklingsområden samt ge stöd till prioriterade insatser.

Syftet med forumet är att på en övergripande nivå arbeta för en ökad patientsäkerhet och att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs på alla nivåer och i alla led inom förvaltningen.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Vision

God och säker vård, överallt och alltid.

Övergripande mål

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Strategier

Strategin för förvaltningens patientsäkerhetsarbete är att utveckla och förankra ett systematiskt arbetssätt på alla nivåer i organisationen. Målsättningen är att skapa en struktur där samtliga medarbetare känner delaktighet, förståelse och engagemang i arbetet för att förebygga vårdskador och upprätthålla en hög patientsäkerhet. Strategin bygger på tydliga processer, återkommande uppföljning och en lärande kultur där kunskap delas och omsätts i praktiken.

3.1.2 Organisation och ansvar

Ansvarsfördelning för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som förvaltningen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete; att planera, leda och kontrollera verksamheten och vidta åtgärder för att förebygga vårdskada.

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamheten. Förvaltningschef har delegerat hälso- och sjukvårdsansvaret till verksamhetschef.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård är vårdgivarens verkställare av hälso- och sjukvård i verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i hälso- och sjukvården tillgodoses.

Medicinskt ansvariga ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområden.

Legitimerad personal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård samt bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Omvårdnadspersonal ska arbeta evidensbaserat, tillämpa ledningssystemets processer och rutiner samt bidra till hög patientsäkerhet i utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Chefer ska leda och utveckla verksamheten, implementera rutiner, riktlinjer och beslut samt följa upp och utvärdera verksamhetens resultat.

Stödfunktioner (till exempel verksamhetsutvecklare) ska stödja verksamheten i förbättringsarbete (leda, följa upp och utvärdera).

Andra stödfunktioner

För att klara av en utmanande beslutsmiljö inom hälso- och sjukvården behöver organisationen stödfunktioner med spetskompetens till organisationens specifika behov. Till stöd har kommunen:

- avtal med region Västernorrlands vårdhygien där avtalet reglerar 25% som vårdgivaren förfogar över
- region Västernorrlands smittskydd i specifika extraordinära händelser
- kompetenshöjande insatser i dialog med region Västernorrland i form av KTC, träningscenter där personal kan tränas i olika omvårdnadssituationer och åtgärder
- avtal med Hjälpmedel Västernorrland inom regionen för IT-system, hjälpmedelskonsulenter, service och besiktning av hjälpmedel och upphandling
- egna hjälpmedelstekniker som utför besiktning och service av viss grundutrustning.

3.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokal arbetsgrupp (LAG)

Inom den nationella kunskapsstyrningen där regionerna är en huvudaktör har det öppnats upp för vidare samverkan mellan vårdgivare. I en länsövergripande grupp representeras medicinskt ansvarig sjuksköterska från Örnsköldsviks kommun där nationella vårdprogram anpassas till länet. Utgångspunkten är patientens resa genom vården över vårdgivargränser där gemensamma vårdprogram, vårdriktlinjer eller vårdförlopp skapas.

MAR-nätverk i norr

Inom kunskapsstyrningen är ett område rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Programområdet vill ta fasta på det dynamiska samspelet mellan hälsa, funktionsförmåga och omgivningsfaktorer i samverkan med andra programområden så att rehabiliterings-, habiliterings- och försäkringsmedicinska insatser blir en naturlig och tillgänglig del i övrig vård och behandling. Uppdraget omfattar hela vårdkedjan med primär- och sekundärpreventiva insatser, primärvård och specialiserad vård, rehabilitering i öppen och slutenvård, specialiserad rehabilitering, habilitering och

försäkringsmedicinska insatser. I det regionala programområdet (RPO) för de 6 sjukvårdsregioner i norra Sverige representerar två MAR det kommunala perspektivet. I en samverkansgrupp med alla MAR i norr finns MAR från Örnsköldsviks kommun med.

Lokal samverkansgrupp (LSG äldre)

Gruppen representeras av ledning från Örnsköldsviks kommunen samt ledning från region Västernorrland. Syftet med samverkan är att tillgodose och samordna den äldres behov av insatser från olika vårdgivare och omsorgsgivare.

Äldreomsorgsnätverket

Gruppen representeras av verksamhetschefer för hälso- och sjukvård samt verksamhetschefer för äldreomsorgen från länets sju kommuner. Syftet med samverkan är en gemensam plattform för sitt nätverksarbete som skapar värde för verksamhetscheferna och i förlängningen för verksamheten i den egna kommunen.

MAS/MAR nätverket

Gruppen består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering från länets sju kommuner. Syftet med nätverket är att genom kollegialt utbyte skapa samsyn mellan kommunerna i länet och arbeta med gemensamma utvecklingsområden.

Nätverk för enhetschefer för legitimerad personal

Gruppen består av enhetschefer inom kommunens primärvård. Syftet med nätverket är att kollegialt utbyta information, samverka samt hitta möjligheter till gemensamma utvecklingsområden.

Nätverk för primärvården (region och kommun)

Gruppen består av enhetschefer från region Västernorrlands och Örnsköldsviks kommuns primärvård. Syftet är att skapa nätverk för dialog och delaktighet i aktuella samverkansfrågor.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén i Västernorrlands län utgör region Västernorrlands kommitté enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer. De verkar för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig, tillförlitlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. I samverkan arbetar länets vårdgivare tillsammans med läkemedelskommittén genom kontinuerliga träffar där olika nyheter, förändringar och frågeställningar diskuteras och skapar konsensus inom länets vårdgivare.

Hjälpmedelskommittén

I den överenskommelse som finns mellan region Västernorrland och länets sju kommuner regleras uppdragsbeskrivningen för den länsövergripande Hjälpmedelskommittén, där länets alla vårdgivare finns representerade. Hjälpmedelskommittén ska i sitt arbete verka för en jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning i länet. I uppdraget ingår bland annat:

- Hantera och besluta om regelverk och policyfrågor när det gäller samtliga individuella hjälpmedel.
- Ansvara för utveckling av besluts- och informationsstöd i samarbete med förvaltare av beslutsstöd.
- Besluta om införande av nya hjälpmedelsprodukter i sortiment via processen "Ordnat införande".
- Ansvara för obligatorisk forskrivartutbildning.
- Arbeta med stöd av sortimentsgrupper vars uppdrag är att bevaka utvecklingen inom hjälpmedelsområdena vård och behandling, förflyttning, kommunikation och aktiviteter i dagligt liv.

3.1.2.2 Informationssäkerhet

Personuppgiftsincidenter och åtgärder

Personuppgiftsincident 1

En incident inträffade där omvårdnadspersonal publicerade personuppgifter på Örnkom i syfte att få kontakt med medarbetare inom rehabenheten. Publiceringen skedde på ett sätt som inte är förenligt med gällande rutiner för hantering av personuppgifter.

Åtgärd

Det finns etablerade rutiner för hur kontakt med rehabenheten ska initieras. Fokus framåt är att säkerställa att dessa rutiner är välkända och efterlevs i hela verksamheten för att undvika liknande händelser samt stärka informationssäkerheten.

Personuppgiftsincident 2

Region Västernorrland rapporterade en avvikelse gällande missade eller försvunna säkra meddelanden som skickats från regionen till kommunen. Regionen hade avvecklat sina faxar och övergått till ett digitalt system för säker kommunikation utan att kommunen informerats. Detta ledde till att kommunens medarbetare saknade kännedom om hur meddelandena skulle öppnas och hur man säkerställde komplett mottagande av patientinformation.

Åtgärd

Incidenten resulterade i att ett gemensamt arbete mellan kommunen och regionen påbörjades för att ta fram tydliga instruktioner och rutiner för hur det digitala kommunikationssystemet ska användas.

- Manualer och riktlinjer för mottagande och skickande av säkra meddelanden har tagits fram.
- Listor över relevanta funktionsbrevlådor och tillhörande länkar har sammanställts och gjorts tillgängliga för medarbetarna via Örnkom. Syftet med dessa åtgärder är att säkerställa ett robust informationsflöde och därmed upprätthålla hög patientsäkerhet.

Övriga genomförda åtgärder inom informationssäkerhet

Förberedelser inför införandet av säker digital kommunikation (SDK)

Kommunen och region Västernorrland har initierat ett samarbete för att säkerställa att säker kommunikation kring patientuppgifter kan upprätthållas fram till att projektet *Säker Digital Kommunikation (SDK)* är fullt implementerat och testat.

Projektet beräknas vara redo våren 2026. En gemensam arbetsgrupp med representanter från både kommun och region driver införandet och utvecklingen av SDK.

Rutin för loggkontroll

En rutin för loggkontroll inom förvaltningen har färdigställts. Rutinen innebär att loggkontroller kommer att genomföras minst två gånger per år. Syftet är att säkerställa att medarbetare endast tar del av den information som är nödvändig för deras arbetsuppgifter. Detta stärker integritetsskyddet för patienter och bidrar till ökad informationssäkerhet.

3.2 En god säkerhetskultur

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



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation (MTO). Vårdförvaltningens hälso- och sjukvård behöver stark resiliens (förmågan att anpassa sig) för att hantera förändringar, återhämta sig och vidareutvecklas. En god säkerhetskultur på arbetsplatserna minskar risken för vårdskador. Det innebär att alla är medvetna om riskerna och har både kunskap och vilja att reducera dem.

Pågående och planerade åtgärder

För att stärka säkerhetskulturen arbetar förvaltningen med flera riktade insatser som ska genomsyra hela organisationen och främja en öppen och dialogbaserad arbetsmiljö:

- Genomförande av riskanalyser vid förändringar och införande av nya arbetssätt – med fokus både på patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- Varje riskanalys resulterar i tydliga åtgärdsförslag och handlingsplaner som följs upp kontinuerligt.

Målet att successivt utveckla en robust säkerhetskultur där alla medarbetare känner trygghet i att rapportera avvikelser, lyfta risker och bidra till ett gemensamt förbättringsarbete – vilket i förlängningen leder till en mer säker och tillitsfull vård för patienterna.

3.3 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.



Kompetens för ökad patientsäkerhet

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, det vill säga hos personalen, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. Kunskapen behövs för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer, kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder kring den enskilda patienten. Inom förvaltningen arbetar medicinskt ansvariga för att stärka kunskapen inom organisationen genom:

- introduktionsutbildning om patientsäkerhet till chefer
- introduktionsutbildning om patientsäkerhet till legitimerad personal
- kompetensstege inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet till omvårdnadspersonal

Under slutet av 2025 har utbildning till omvårdnadspersonal genomgått omarbetning för att ge en samlad introduktion av både socialtjänst och hälso- och sjukvård med lärarledda träffar för teoretisk utbildning och praktiska genomgångar.

Patientsäkerhetsforum och delaktighet

För att främja ett systematiskt och kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete finns flera etablerade forum inom förvaltningen. Dessa syftar till att öka delaktighet, stärka kompetensen och skapa samsyn kring rutiner och säkerhetsrelaterade frågor:

- Kontinuerliga träffar med legitimerad personal, med fokus på yrkesspecifika frågor, avvikelser och kvalitetsarbete.
- Regelbundna möten med avdelningschefer och verksamhetschef, där uppföljning, riskområden och utvecklingsinsatser diskuteras.
- Nätverk för ombud inom viktiga patientsäkerhetsområden såsom hygien, förflyttning, hjälpmedel och dokumentation. Dessa ombud fungerar som lokala kunskapsbärare och stöd för sina arbetsplatser.

Metod för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården utgör en säkerhetskritisk miljö där samspelet mellan människa, teknik och organisation (MTO) är avgörande för att skapa en trygg och säker vård. För att förebygga vårdskador och oönskade händelser behöver vårdgivaren upprätta och följa rutiner som minskar sannolikheten för fel och begränsar konsekvenserna när de inträffar. Detta ställer krav på tydliga arbetssätt som är kända, tillgängliga och används av medarbetarna i det dagliga arbetet.

3.4 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.



Analys av klagomål och synpunkter

Förvaltningen arbetar löpande med inkomna klagomål, men analysarbetet behöver genomföras mer systematiskt och fördjupat. En starkt analysförmåga är nödvändig för att tydligare identifiera mönster, riskområden och bakomliggande orsaker – och för att säkerställa att åtgärder leder till konkreta förbättringar i verksamheten.

Patientinvolvering i vårdens utveckling

Det finns pågående insatser för att öka patienters och närståendes delaktighet, men arbetet behöver stärkas ytterligare. Tydligare strukturer och metoder behövs för att säkerställa att patienternas erfarenheter och perspektiv tas tillvara både i det enskilda vårdmötet och i det övergripande förbättringsarbetet.

Genom att fortsätta utveckla dessa områden skapas bättre förutsättningar för en trygg, tillitsfull och säker vård där patientens röst är en naturlig del av kvalitetsarbetet.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.



Extern läkemedelshantering

Inom särskilt boende har extern granskare genomfört egenkontroll på utvalda boenden utifrån föreskriften för läkemedelshantering HSLF-FS 2017:37. Kontrollen visar på en god följsamhet till läkemedelsföreskriften. Utvecklingsområden som egenkontrollen visade är följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel, tydliggörande av arbetssätt för kassation av läkemedel, säkerställande av lokala instruktioner och ansvarsfördelningar för läkemedelshantering samt avvikelshantering kopplat till läkemedel.

Hantering av medicintekniska produkter (grundutrustning)

Förvaltningen ansvarar för att medicintekniska produkter hanteras, används och underhålls på ett sätt som säkerställer hög patientsäkerhet. Arbetet utförs av förvaltningens hjälpmedelstekniker i enlighet med gällande regelverk för medicintekniska produkter, vilket innebär att kontroller, service och besiktningar genomförs enligt tillverkarens anvisningar, nationella krav och interna rutiner.

Kompetensutveckling

För att säkerställa en hög och aktuell kompetens har hjälpmedelsteknikerna under året genomfört följande utbildningar och fortbildningar:

- Hjälpmedelscenter Sverige: Besiktning och funktionskontroll av personlyftar och vårdsängar.
- Produktutbildningar från åtta olika företag som förvaltningen har avtal med

Denna kompetensutveckling säkerställer att teknikernas arbete följer kraven i medicintekniska regelverk och bidrar till en trygg hantering av utrustningen.

Besiktning av medicinteknisk utrustning

Besiktningar genomförs för att säkerställa att utrustningen fungerar säkert och enligt tillverkarens krav. Resultat för året:

Utrustning	Totalt antal
Diskdesinfektorer	16
Spoldesinfektorer	52
Taklyftar	330
Golvlyftar	27
Takskena/taktravers	651

Utrustning	Totalt antal
Uppresningsstol Raizer	16

Arbetet fortsätter löpande för att säkerställa fullständig och säkerställd funktion i all grundutrustning.

Servicearbete

Under 2025 har teknikerna utfört 1 387 servicearbeten, utöver rådgivning och problemlösning via mejl och telefon. Snabb och korrekt service minskar risken för avbrott och bidrar till säkra vårdmiljöer.

Genomförda uppdrag och särskilda insatser

Hjälpmedelsteknikerna har under året bland annat:

- utfört service och installation av uppresningssäng Rotobed,
- skött transport av utvalda hjälpmedel,
- paketerat och transporterat Raizer inför tillverkarbesiktning,
- genomfört omfattande service på disk- och spoldesinfektorer,
- deltagit i arbetet med kravspecifikationer vid upphandling av grundutrustning (sängar, taktravers, taklyftar),
- installerat 16 nya rullstolsvågar,
- genomfört 44 byten av befintliga takskenor/taktravers till nya,
- bytt ut 5 Raizer,
- säkrat 150 Robin takmotorer utifrån tillverkarens och Läkemedelverkets säkerhetsmeddelande.

Sammanfattning

Arbetet med medicintekniska produkter bidrar till ökad patientsäkerhet genom att:

- all hantering utförs enligt regelverk för medicintekniska produkter,
- utrustningen regelbundet besiktigas och servas,
- teknikerna har aktuell och kvalificerad kompetens,
- verksamheterna får stöd i drift, installationer och upphandling.

Detta skapar tryggare vårdmiljöer och minskar risken för vårdskador kopplade till medicinteknisk utrustning.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Utredning av händelser

När en händelse inträffar som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada genomförs en strukturerad utredning av enhetschef i samverkan med berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Ansvarig legitimerad medarbetare gör en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhet med stöd av riskmatris, medan enhetschef leder analysarbetet och identifierar orsaker och möjliga förbättringsåtgärder.

Från och med 1 april 2025 gäller ett reviderat arbetssätt för avvikelshantering.

- Händelser med allvarlighetsgrad 1–2 utreds på enheten genom en förenklad analys och följs upp inom ramen för ett systematiskt förbättringsarbete.
Händelser med allvarlighetsgrad 3–4 utreds först på enhetsnivå och flödas därefter vidare till MAS/MAR för en utökad utredning. Efter avslutad utredning tar medicinskt ansvariga ställning till om händelsen ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Arbetet utifrån det reviderade arbetssättet har kommit igång men förvaltningens verksamheter behöver utveckla metoder för att stärka analys och lärande

Händelseanalyser

Under 2025 rapporterades 245 avvikelser där legitimerad personal bedömt allvarlighetsgrad 3 eller 4. Vid den fördjupade utredningen kan MAS/MAR revidera den slutliga allvarlighetsgraden, beroende på vad analysen visar.

Vid allvarliga och/eller komplexa händelser har medicinskt ansvariga genomfört händelseanalyser tillsammans med berörda professioner på enheten. Resultaten har därefter tagits vidare av områdeschef eller verksamhetschef till chefsträffar för erfarenhetsutbyte och spridning av lärande, med målet att förhindra upprepning.

Genomförda händelseanalyser 2025

Totalt genomfördes två händelseanalyser under året, kopplade till de mest allvarliga händelserna:

1. En fallhändelse inom särskilt boende.
2. En händelse kopplad till intern samverkan.

Analysen visade bakomliggande orsaker på systemnivå inom följande områden:

- processer, rutiner och riktlinjer
- kommunikation, information och dokumentation
- utbildning och kompetens
- intern samverkan
- samverkan mellan vårdgivare

Utifrån dessa identifierades och initierades förbättringsåtgärder, bland annat implementering och förtydligande av rutiner, förbättrad dokumentation, stödmaterial samt insatser för att öka kunskapen om varandras verksamheter.

4.2 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.



Enhet	Svar	Egenkontroller	Svar	Frågor
Välståndsnämnden/Välståndsförvaltningen	Delvis uppfyllt	Följsamhet till vårdhygienisk standard, basala hygienrutiner och klädregler	Ej uppfyllt	Har enheten deltagit i PPM undersökning?
			Delvis uppfyllt	Har enheten genomfört egenkontroll utifrån vårdhygieniskt perspektiv?
			Delvis uppfyllt	Har enheten hygienombud?
			Delvis uppfyllt	Har enheten genomfört introduktion och utbildning enligt rutin för basala hygien- och klädregler för sin personal?
			Delvis uppfyllt	Spoldesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion?
			Delvis uppfyllt	Diskdesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion?
			Delvis uppfyllt	Kvalitetskontroller (veckokontroller) av spol- och diskdesinfektorer genomförs och dokumenteras?

Enhet	Svar	Egenkontroller	Svar	Frågor
Funktionsstöd		Följsamhet till vårdhygienisk standard, basala hygienrutiner och klädregler	 Ej uppfyllt	Har enheten deltagit i PPM undersökning?
				Har enheten genomfört egenkontroll utifrån vårdhygieniskt perspektiv?
				Har enheten hygienombud?
				Har enheten genomfört introduktion och utbildning enligt rutin för basala hygien- och klädregler för sin personal?

Enhet	Svar	Egenkontroller	Svar	Frågor
Ordinärt boende		Följsamhet till vårdhygienisk standard, basala hygienrutiner och klädregler	 Ej uppfyllt	Har enheten deltagit i PPM undersökning?
				Har enheten genomfört egenkontroll utifrån vårdhygieniskt perspektiv?
				Har enheten hygienombud?
				Har enheten genomfört introduktion och utbildning enligt rutin för basala hygien- och klädregler för sin personal?

Enhet	Svar	Egenkontroller	Svar	Frågor
Särskilt boende	 Delvis uppfyllt	Följsamhet till vårdhygienisk standard, basala hygienrutiner och klädregler	 Ej uppfyllt	Har enheten deltagit i PPM undersökning?
			 Delvis uppfyllt	Har enheten genomfört egenkontroll utifrån vårdhygieniskt perspektiv?

Enhet	Svar	Egenkontroller	Svar	Frågor
	◆ Delvis uppfyllt		Har enheten hygienombud?	
	◆ Delvis uppfyllt		Har enheten genomfört introduktion och utbildning enligt rutin för basala hygien- och klädregler för sin personal?	
	◆ Delvis uppfyllt		Spoldesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion?	
			Diskdesinfektor finns och används korrekt för rengöring och desinfektion?	
	◆ Delvis uppfyllt		Kvalitetskontroller (veckokontroller) av spol- och diskdesinfektorer genomförs och dokumenteras?	

Basal hygienrutiner och klädregler

Resultat och nyckeltal

Egenkontrollerna av basala hygienrutiner under 2025 visar en ojämn följsamhet mellan verksamhetsområden och enheter, där merparten (60%) inte genomfört kontroller enligt plan. Introduktion och utbildning i basala hygienrutiner och klädregler fungerar överlag väl, vilket ger en god grundläggande kunskapsnivå. Det finns också en god, men inte fullständig, täckning av hygienombud på respektive enhet vilket är en förutsättning för att ytterligare stärka arbetet med följsamhet till vårdhygienrutiner. Inom särskilt boende konstateras brister i korrekt användning och framför allt regelbundna kvalitetskontroller av spol- och diskdesinfektorer.

Huvudsakliga bristområden

- Låg andel fullföljda egenkontroller enligt plan, vilket tyder på att det saknas en systematik för hur egenkontroll ger stöd i att identifiera bristområden och möjlighet att arbeta med riktade förbättringsåtgärder på enhetsnivå
- Brister i kunskap och kontroll gällande disk- och spoldesinfektorer
- Brist på svar inom flera frågor förstärker bilden av otillräcklig dokumentation och uppföljning, vilket i sig är en patientsäkerhetsrisk.

Samlad bedömning

Förvaltningen har en stabil kunskapsgrund genom hög andel introducerad personal och en redan etablerad struktur med hygienombud på majoriteten av enheterna. Samtidigt kvarstår betydande brister i genomförande, uppföljning och dokumentation av egenkontroller, teknikanvändning och kvalitetskontroller. Dessa områden måste prioriteras för att minska risken för vårdrelaterade infektioner och säkerställa en hög och likvärdig patientsäkerhet inom välfärdsförvaltningen under 2026.

Prioriterade åtgärder 2026

- Säkerställa att alla enheter har utsedda hygienombud med tydligt uppdrag och utbildningsplan (mål: 100 % täckning).
- Tydliggöra och planera egenkontroller vårdhygien enligt årshjul
- Utveckla nätverket för hygienombud för att tydliggöra uppdraget och stärka ombuden i sin roll. Utbildningar planeras i samverkan med Vårdhygien på region Västernorrland.
- Stärka kompetens och kontroll kopplat till disk- och spoldesinfektorer i särskilt boende

4.3 Säker vård här och nu

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



Kommunal hälso- och sjukvård i förändring – betydelsen av säker vård här och nu

Den kommunala hälso- och sjukvården är en växande och allt viktigare del av det samlade vårdssystemet. Förändringar i vårdens struktur – såsom ökade möjligheter till avancerad vård i hemmet, kortare sjukhusvistelser och snabbare utskrivningar – innebär att kommunerna i större utsträckning möter patienter med mer komplexa vårdbehov.

Omställningen till nära vård och en demografisk utveckling med fler äldre och personer med kroniska sjukdomar ställer dessutom högre krav på kontinuitet, samordning och tillgänglighet i det vardagsnära vårdutförandet.

I denna föränderliga kontext är det avgörande att säkerställa säker vård i realtid. Förutsättningar kan snabbt förändras genom interaktioner mellan personal, teknik och organisation. Verksamheterna behöver därför ha förmåga att snabbt identifiera avvikelser, agera omedelbart för att begränsa risker och anpassa arbetssätt efter patienternas aktuella behov.

Denna operativa förmåga kompletterar det långsiktiga och systematiska patientsäkerhetsarbetet och är en viktig grund för en robust och trygg kommunal hälso- och sjukvård.

Förvaltningen fortsätter med att identifiera och följa upp relevanta utvecklingsområden inom organisationen för att ytterligare stärka patientsäkerheten och säkerställa att vården kan möta både nuvarande och framtida krav.

4.3.1 Riskhantering

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

Riskhantering

Riskhantering är en grundläggande del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom riskanalyser arbetar förvaltningen förebyggande för att identifiera händelser och situationer som kan innebära risker för patientsäkerheten. Riskanalys ska omfatta verksamhetens alla delar och säkerställa att krav enligt lagar och föreskrifter, såsom 3 kap. PSL och HSLF-FS 2017:40, kan uppfyllas.

Samlad analys

I samband med att verksamheterna genomför riskanalyser kopplade till arbetsmiljö görs vid behov även riskanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Fokus är att identifiera händelser som kan medföra brister i vårdens kvalitet, kontinuitet eller säkerhet.

Under 2025 har riskanalyser genomförts inom följande områden:

På länsnivå

- Efter införande av Lifecare SP i länet

På förvaltningsnivå

- Omvårdnadspersonals dokumentation på annan enhet
- Uppföljning av riskanalys införande av heltid som norm
- Inför, under och efter införandet av Lifecare SP i länet
- Införande av tillfällig rutin för Lifecare SP lokalt i Örnköldsvik
- Utökat verksamhetsområde för delegering

Rehabenheten – arbetsterapeuter och fysioterapeuter

- Teamträffar korttidsboende Lejonbacken
- Nedstängning av Sörängets vård- och omsorgsboende
- Minskning av korttidsplatser och växelvård samt flytt av demensboende till Prästbordet
- Uppstart av närsjukvårdsteam
- Beställning av grundutrustning (överfört till hjälpmedelssamordnare)
- Driftsättning av Lifecare SP
- Inför sommaren samt inför julhelgen

Enheter för sjuksköterskor

- Inför sommaren och julhelgen
- Införande av ny resursorganisation
- Organisatorisk flytt av HSL-undersköterskor
- Utökat verksamhetsområde för delegering

Äldreomsorg – ordinärt boende

- Inför sommarschema
- Införande av VAS och heltid som norm
- Organisationsförändringar (förändrade enhetsgränser och områden)
- Införande av medicingivare

Äldreomsorg – särskilt boende

- Flytt av växelvårdsplatser från Lejonbacken till Prästbordet (avslås då riskerna bedömdes som för höga)
- Pilot medicingivare särskilt boende (ej breddinfört p.g.a. otillräckliga förutsättningar)
- Återöppnande av boendeplatser på Valla vård- och omsorgsboende (avslås p.g.a. lokalernas skick)
- Pausade platser – kontinuerlig uppföljning utifrån rekryteringsförutsättningar
- Enhetschefernas arbetsmiljö – resulterade i flera åtgärder, bl.a. tydlig prioriteringsordning
- Inför sommaren och kompetensförsörjningsutmaningar – nya områdesgrupper för ökad samplanering
- Heltid som norm – arbetsgrupper arbetar vidare med centrala risker

- Brandförelägganden och renoveringar
- Boendeplatser och placering på Lejonbacken – resulterade i omfördelning och återöppnande av fyra platser
- Chefernas förutsättningar (stora personalgrupper) – arbete påbörjat med att dela större enheter
- Sjukfrånvaron – handlingsplan framtagen
- Skydds- och begränsningsåtgärder

Funktionsstöd

- Inga riskanalyser ur patientsäkerhetsperspektiv har genomförts under 2025.

Viktiga lärdomar

Risikanalyser på olika nivåer i organisationen bidrar till att förebygga problem, stärka beslutsfattandet och öka beredskapen. Genom att systematiskt identifiera risker och åtgärda brister förbättras verksamhetens förmåga att upprätthålla en trygg och säker vård. De analyser som genomförts under 2025 har lett till ökad medvetenhet om vilka processer och rutiner som behöver vidareutvecklas.

Lifecare SP - riskhantering

Vid införandet av Lifecare SP genomfördes en riskanalys som visade fortsatt mycket höga risknivåer kopplade till att medarbetare utan aktuell eller kommande vårdrelation kan få tillgång till patientuppgifter. Detta innebär risk för överträdelser av både patientdatalagen och patientsäkerhetslagen.

Trots identifierade åtgärder kvarstår den höga risken under de vårdtillfällen där kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser inte är aktuella.

För att minska risken beslutade verksamhetschef för hälso- och sjukvård, verksamhetschef för äldreomsorg och medicinskt ansvarig att arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer inom Valfärdsförvaltningen Örnsköldsviks kommun ska returnera inskrivningsmeddelanden när professionen inte har ett pågående eller tidigare uppdrag för patienten. Syftet är att motverka sekretessbrott och säkerställa att åtkomst till patientuppgifter sker i enlighet med lagstiftning.

Beslutet har resulterat i en lokalt upprättad rutin med regionen. Parallellt har länets kommuner genomfört en gemensam riskanalys för olika scenarier utifrån lagkrav kopplade till Lifecare SP, och under inledningen av 2026 pågår ett länsövergripande arbete för att säkra arbetssättet framåt med följsamhet till krav i lagar och föreskrifter. I detta arbete har Örnsköldsvik haft stöd av kommunens jurist.

4.4 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.



Palliativa registret

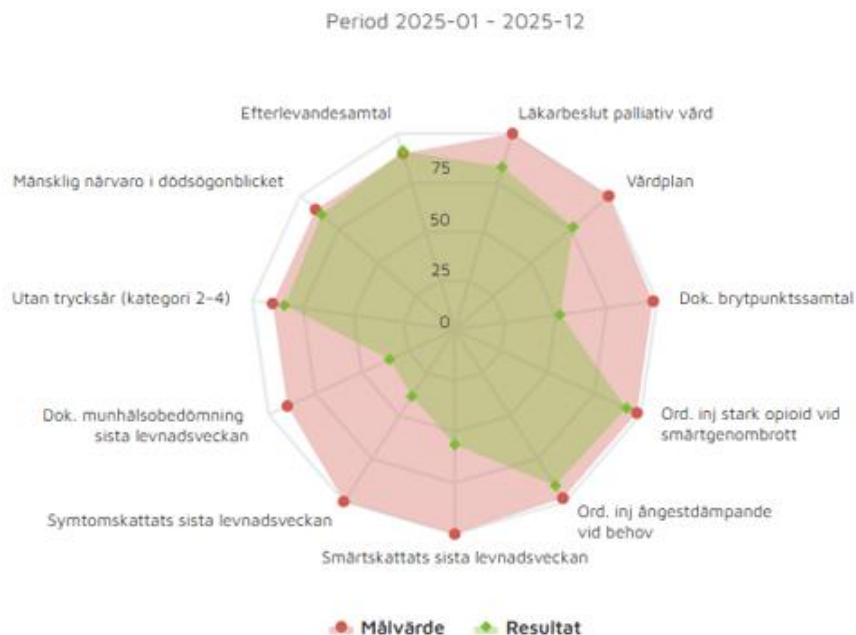
Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka trettio frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet.

Nedanstående bild visar ett sammanlagt resultat för verksamheterna inom välfärdsförvaltningen. Resultatet visar att välfärdsförvaltningens verksamheter når till ett nationellt målvärde i en av elva kvalitetsindikatorer och ligger angränsande till målvärdet i fyra områden. Årets kvalitetsindikatorer redovisas i nedanstående tabell uppdelat i män och kvinnor. Fördelningen mellan kön visar på skillnader mellan där män i högre utsträckning fått munhälsobedömning och symtomskattning sista levnadsveckan.

Det krävs ytterligare analys av skillnader mellan könen för att kunna ge en djupare förståelse för de underliggande faktorerna och vidta åtgärder för att motverka ojämlik vård. Under senare delen av 2025 gjordes ett större arbete med att revidera rutiner och arbetssätt för palliativ vård. Arbetet pågår under 2026 med fortsatt implementering av framtagna rutiner för att nå målvärde i kvalitetsindikatorerna.

Kvalitetsindikator	Resultat (målvärde)	Man	Kvinna
Läkarbeslut palliativ vård	83,0 (100)	84,6	81,9
Vårdplan	76,8 (100)	78,2	75,9
Dokumenterat brytpunktssamtal	52,1 (98)	57,7	48,3
Ordinerat smärtlindrande läkemedel	92,3 (98)	96,2	89,7
Ordinerat ångestdämpande läkemedel	90,7 (98)	94,9	87,9
Smärtskattad sista levnadsveckan	56,2 (100)	60,3	53,4
Symtomskattats sista levnadsveckan	38,7 (100)	46,2	33,6
Munhälsobedömning	38,7 (90)	42,3	30,2
Utan trycksår	84,0 (90)	85,9	82,8
Närvaro i dödsögonblicket	86,1 (90)	87,2	85,3
Efterlevandesamtal	91,2 (90)	93,6	89,7

Spindeldiagram med målvärde och resultat för Örnsköldsviks kommun. Resultatet visar en sammanslagning av män och kvinnor



Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Under 2024 påbörjades en utvärdering av särskilt boendes samlingsrutin, den huvudprocess som beskriver avdelningens uppdrag och genomförande. Under 2025 har arbetsmaterialet justeras och ett bättre stödmaterial har arbetats fram av en arbetsgrupp. Detta material kommer att introduceras under mars 2026 för nya (men också nygamla) chefer/medarbetare. Varför detta arbete görs är bland annat för att avdelningen har många nya enhetschefer och en del enheter har således en låg följsamhet till huvudprocessen då introduktionen kopplat till detta varit bristfällig. Särskilt boende har inte enbart haft fortsatta utmaningar gällande introduktionen och följsamheten till huvudprocessen utan även till kompetensförsörjningen och hög sjukfrånvaro. Många ombud har således varit frånvarande vilket påverkar kvalitén ute i verksamheterna.

I och med ovanstående utmaningar inom avdelningen har även arbetet med de nationella kvalitetsregistren påverkats, eftersom de ligger som en central del i huvudprocessen. Ett omtag kommer nu att påbörjas kring Senior Alert. Avdelningen har även en plan för att arbeta med att minska sjukfrånvaron under 2026 och framåt som i sin tur också kommer leda till en förbättrad kontinuitet hos medarbetare och individer. På så sätt kommer ombudsrollen för Senior Alert samt arbetet med huvudprocessen kunna stabiliseras.

BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med kognitiva sjukdomar/demenssjukdom. BPSD-registrets syfte är att genom multiprofessionella vårdåtgärder öka livskvalitén för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom genom att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demens prioriterar åtgärden *Strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder* högt.

Inom förvaltningen pågår arbete med att säkerställa arbetssätt utifrån BPSD-registrets intentioner. Avdelning särskilt boende prioriterar att alla enheter ska erhålla utbildning i BPSD. Under hösten 2025 har fyra särskilda boenden utbildat team varav ett boende också genomfört utbildningstillfälle för

övrig personal. Övriga tre har inbokad utbildning till personal under våren 2026. Under året har en ökning skett i antalet unika personer som fått en skattning (från 82 till 91 personer) samt en ökning i totala antalet skattningar (från 124 till 133). Andelen skattningar som har gjorts i multiprofessionella team har också ökat från 83% år 2024 till 90% år 2025.

Journalgranskning

Under året har medicinskt ansvariga genomfört journalgranskning inom flera delar av verksamheten. Granskningen har omfattat all hälso- och sjukvårdspersonal; arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal på begäran av enhetschef samt i samband med utredning av avvikelser gällande vårdskada eller risk för vårdskada. Syftet har varit att säkerställa kvaliteten i dokumentationen och identifiera områden som kräver fortsatt utveckling.

Journalgranskningen visar följande:

- En generell förbättring i legitimerad personals journalföring, särskilt avseende upprättande och dokumentation av kompletta hälsoplaner.
- Ett tydligt utvecklingsbehov av sjuksköterskors dokumentation vid förskrivning av hjälpmedel, där följsamhet till gällande rutiner behöver stärkas.
- Att implementeringen av omvårdnadspersonalens dokumentation i patientjournalen till största del har gått enligt plan, men att vissa enheter och enskilda medarbetare fortsatt behöver stöd för att uppnå en god och enhetlig dokumentationskvalitet.

Arbetet fortsätter under 2026 med fokus på att ytterligare stärka dokumentationen i patientens journal. Målet är att säkerställa att uppgifter är korrekta, fullständiga och aktuella, vilket är en central del i att förebygga vårdskador och upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Resultat av nationell mätning Öppna Jämförelser

Ärligen rapporterar Sveriges kommuner in data till Öppna jämförelser som sammanställs till ett nationellt kvalitetsregister. För Örnsköldsviks kommun visar kvalitetsregistret goda resultat för patientsäkerhetsarbetet och verksamhetsförslag utbildning för legitimerade. Däremot var regional samverkan gällande palliativ vård ett förbättringsområde.

4.4.1 Avvikelser

Verksamheten har i sitt introduktionsmaterial till medarbetare information om rapporteringsskyldigheten om vårdskada/risk för vårdskada. Rapporteringen sker digitalt via dator eller mobil i verksamhetssystemet för avvikelshantering. Rapportör erhåller ett rapportnummer och kan på så sätt följa status på rapporten och dess hantering. I huvudsak är det omvårdnadspersonal som rapporterar fördröjd, felaktig eller utebliven ordination. Legitimerad personal rapporterar cirka 5% av alla händelser.

Mått	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025
Totala antalet avvikelser	6496	5569	6323	6153	6285
Antal ej hanterade rapporter	195	376	500	186	216
Utredning pågår					1226
Genomsnittlig utredningstid	54	75	67	94	70

Det totala antalet avvikelser i verksamheten ligger på en stadig nivå de senaste åren. Jämfört med föregående år ses att utredningstiden i snitt minskat något men fortsatt ligger över målet på 60 dagar.

Avvikelseyp	Antal
Fallhändelse (särskilt boende)	2227
Läkemedel	3167
Medicintekniska produkter	224
Rehabilitering/habilitering	151
Vård och behandling	397
Vårdkedja extern	117
Vårdkedja intern	120
Övrig avvikelse annan vårdgivare	100

Den vanligaste avvikelseypen är läkemedelsavvikelser, där det främst handlar om utebliven läkemedelsdos, och fallhändelse i särskilt boende.

Avvikelser i vårdkedjan

Patientens resa genom vårdkedjan innebär att kommunen behöver samverka med andra vårdgivare. I syfte att tidigt upptäcka brister och öka patientsäkerheten ska därför avvikelser upprättas mellan vårdgivarna när felhändelser uppstår.

I statistiken framkommer att Örnsköldsviks kommun upprättat 117 avvikelser i vårdkedjan där de flesta riktats mot Örnsköldsviks sjukhus, främst ortopedavdelningen och akutmottagningen, samt mot regionens primärvård. Avvikelserna har främst handlat om brister i läkemedelshantering och brister i informationsöverföring i samband med hemgång från sjukhus.

100 avvikelser i vårdkedjan har mottagits av Örnsköldsvik där ingen enhet i kommunen sticker ut i statistiken. Avvikelser inkommer främst från olika avdelningar på Örnsköldsviks sjukhus samt från regionens primärvård. Avvikelser berörde främst brister i information/samordning och planering.

För att nå en djupare förståelse för bakomliggande orsaker och därmed kunna vidta relevanta åtgärder krävs en samverkan mellan vårdgivarna för att på aggregerad nivå analysera avvikelser.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Sammanställning synpunkter och klagomål

Invånare kan digitalt via kommunens webbplats lämna klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården. Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg eller mejl registrera i diariet och skickas till ansvarig handläggare.

I dagsläget redovisas klagomål och synpunkter inte utifrån lagrum. Det innebär att den redovisning som finns i kvalitetsberättelsen kan innehålla klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården. Utifrån de underlag som inkommit från verksamheterna ses att vissa klagomål besvaras direkt vid kontakt och därmed inte rapporteras in. Det innebär en viss underrapportering i statistiken. Det pågår ett förvaltningsövergripande utvecklingsarbete gällande klagomålshanteringen vilket förväntas bidra till kvalitetsförbättring.

Antal

Till förvaltningen har det inkommit synpunkter och klagomål via:

- Patientnämnden (8)
- Till enhetschef för rehabiliteringsenheten (3)
- Till enhetschef för hemsjukvårdens sjuksköterskor (4)
- Till förvaltningschef (1)
- Kommunens hemsida (1)

Analys

Synpunkterna och klagomålen har handlat om:

- Avgifter för hembesök och intyg
- Bristande kommunikation och planering
- Brister i bemötande
- Brister i vård och omsorg i livets slutskede
- Brister i informationsöverföring mellan Region och Kommun
- Brister i samordning/informationsöverföring mellan hemtjänst och hemsjukvård

Åtgärder har varit att samtal med patient och/eller anhörig för att reda ut missförstånd, tydliggörande av hur muntlig och skriftlig kommunikation till patient samt förbättring av informationsflöden vid utskrivning från sjukhus.

4.5 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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Vårdhygieniskt ansvar och arbete

I samverkan med Regionens vårdhygien har det vårdhygieniska arbetet stärkts inom välfärdsförvaltningen genom att Regionen erbjuder en länsgemensam utbildning till kommunens ledning, enhetschefer och hygienombud. Inom välfärdsförvaltningen har hygienombud och sjuksköterskor deltagit i ett antal utbildningstillfällen under året.

Patientsäkerhetsdag med fokus på tillgänglighet

Årets patientsäkerhetsdag samlade cirka 60 deltagare, med medarbetare från förvaltningen och representanter från brukarorganisationer som målgrupp. Temat för dagen var tillgänglighet, och programmet innehöll inspirerande föreläsningar från både SKR och interna föreläsare från vår egen förvaltning. Denna kombination gav en värdefull helhet där nationella perspektiv mötte lokala erfarenheter.

Flera utställare deltog och visade praktiska exempel och verktyg kopplade till patientsäkerhet och tillgänglighet. En uppskattad tipsrunda med fina priser skapade ytterligare engagemang och möjligheter till dialog över organisationsgränserna.

Det samlade omdömet från deltagarna blev 4,2 av 5, vilket visar att dagen upplevdes som välorganiserad, innehållsrik och värdefull för det fortsatta arbetet med patientsäkerhet och tillgänglighet.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Vision

God och säker vård, överallt och alltid.

Mål

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Strategier

Strategin för förvaltningens patientsäkerhetsarbete är att utveckla och förankra ett systematiskt arbetssätt på alla nivåer i organisationen. Målsättningen är att skapa en struktur där samtliga medarbetare känner delaktighet, förståelse och engagemang i arbetet för att förebygga vårdskador och upprätthålla en hög patientsäkerhet. Strategin bygger på tydliga processer, återkommande uppföljning och en lärande kultur där kunskap delas och omsätts i praktiken.

Planerade åtgärder och aktiviteter

Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Utföra aktiviteterna i lokal handlingsplan för 2026.

Informationsöverföring och kontaktvägar

Förvaltningen arbetar vidare med att utveckla den förvaltningsövergripande rutinen för informationsöverföring. Syftet är att säkerställa tydlighet kring vem som ansvarar för att föra information vidare, vilken information som ska delas, när den ska delas och hur den ska överföras mellan professioner internt.

Rutinen omfattar även informationsutbyte med externa aktörer för att säkerställa att kommunikation och samverkan sker på ett säkert, strukturerat och patientsäkert sätt genom hela vårdprocessen. Arbetet bidrar till att stärka kontinuiteten, minska risken för informationsförluster och främja en säker och sammanhållen hälso- och sjukvård.

Vidareutveckling av avvikelshantering

Under kommande år planeras flera utvecklingsinsatser som syftar till att ytterligare stärka avvikelshantering och det systematiska lärandet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Arbetet fokuserar på att öka transparensen, förbättra återföringen och säkerställa att allvarliga händelser analyseras på ett strukturerat och verksamhetsnära sätt.

Införande av modul för klagomål och synpunkter

Förvaltningen planerar att införa en särskild modul för hantering av klagomål och synpunkter. Syftet är att skapa ett enhetligt system för att ta emot, dokumentera och följa upp invånarnas synpunkter, vilket stärker möjligheten att identifiera risker tidigt och arbeta förebyggande inom patientsäkerhet.

Återföring av analyser på aggregerad nivå

Analysresultat av inkomna avvikelser kommer i högre utsträckning att återföras till hälso- och sjukvårdsverksamheterna via det systematiska patientsäkerhetsforumet. Detta ger chefer och medarbetare en tydligare överblick över mönster, riskområden och förbättringspotential, och skapar ökade förutsättningar för ett gemensamt lärande i hela organisationen.

Egenkontroll och analys av allvarlighetsgrad 1 och 2

Inför 2026 planeras ett fortsatt utvecklingsarbete för att stärka enhetschefernas förmåga att arbeta systematiskt med avvikelshantering. Fokus kommer att ligga på att etablera tydliga stödformer och forum där enhetschefer får möjlighet att fördjupa sin kompetens i att ta fram och tolka statistik från avvikelsemodulen. Särskilt prioriterad blir förmågan att analysera avvikelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 på enhetsnivå, i syfte att mer effektivt identifiera återkommande mönster och trender. Detta ska skapa bättre förutsättningar för tidiga förebyggande insatser och därmed ytterligare stärka patientsäkerheten under kommande år.

Uppdrag kring avvikelser i vårdkedjan

LSG Äldre har gett i uppdrag till de medicinskt ansvariga, tillsammans med representanter från

Region Västernorrland både inom slutenvården och primärvården, att gemensamt arbeta med avvikelser som uppstår i vårdkedjan.

Uppdraget omfattar:

- Kartläggning av avvikelser som påverkar patientens övergångar mellan kommun och region.
- Analys av bakomliggande orsaker och riskområden i samverkan mellan vårdgivarna.
- Förslag på förbättringsåtgärder som syftar till att stärka kontinuitet, samordning och säkerhet i vårdövergångarna.

Målet är att främja patientens hälsa genom att säkerställa att vårdkedjan fungerar sammanhållet och att identifierade brister leder till konkreta och hållbara förbättringar.

Övergång från Procapita till Lifecare HSL

Under 2026 kommer patientjournalen att övergå till en ny plattform hos samma leverantör. Den nya plattformen bygger på den nationella informationsstrukturen "*Ge hälso- och sjukvård*", som omfattar hela vårdprocessen: vårdbegäran, bedöma behov av att utreda, utreda, bedöma behov av åtgärd, åtgärda samt följa upp.

Övergången innebär ett nytt och mer strukturerat sätt att dokumentera för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Introduktion för legitimerad personal

Medicinskt ansvariga kommer under året att ta fram ett introduktionsmaterial för legitimerad personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att ge medarbetarna goda förutsättningar att fullt ut ta ansvar för sitt uppdrag och att säkerställa en hög och trygg patientsäkerhet. Syftet med introduktionen är att rusta legitimerad personal för deras övergripande roll inom kommunal hälso- och sjukvård. Utöver det gemensamma materialet behöver även professionsspecifik och verksamhetsnära introduktion tillföras utifrån respektive hälso- och sjukvårdsområde.

Egenkontroller

Under 2026 kommer arbetet med egenkontroller att fortsätta utvecklas för att ytterligare stärka patientsäkerheten och säkerställa följsamhet till gällande regelverk. Fokus kommer att ligga på att skapa hållbara strukturer, tydligare uppföljning och ökat lärande i organisationen.

Prioriterade fokusområden för 2026

- Öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, med målet att uppnå hög och jämn efterlevnad i hela verksamheten.
- Stärka informationssäkerheten genom systematisk loggkontroll och kontinuerlig uppföljning av behörigheter i journalsystem och digitala verktyg.
- Utveckla kvaliteten i avvikelshanteringen så att analys, återkoppling och förbättringsarbete blir mer enhetligt och kunskapsdrivet.
- Skapa en egenkontrollplan så att den speglar aktuella risker, nationella krav och lokala behov.