

# Patientsäkerhetsberättelse

## Region Västernorrland

### 2025



Ansvarig för innehållet  
Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet  
Diarienummer 26HSN814, 26RS1408

## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

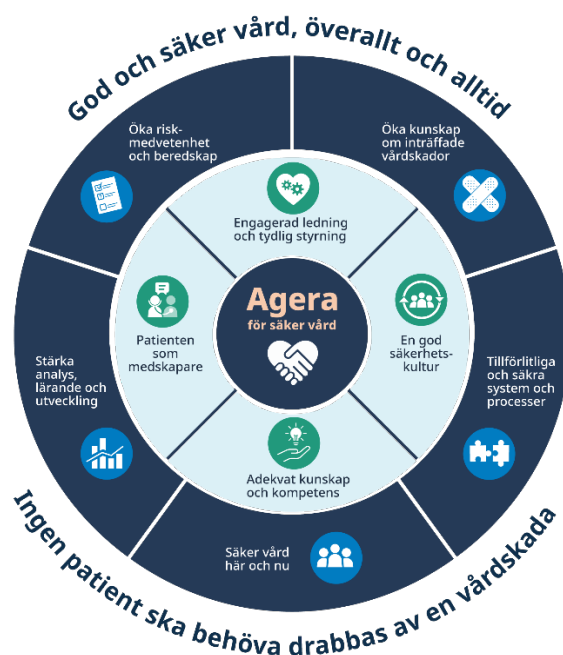
Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025-2030”

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
Strålskydd.....	7
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
Mätningar och egenkontroll .....	10
Arbete mot antibiotikaresistens - Strama .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
Har vården varit säker? .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?.....	13
Säker vård här och nu .....	13
Är vården säker idag? .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?.....	15
Förbättringsarbete .....	15
Avvikelse .....	16
Klagomål och synpunkter.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	18
Hur kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?.....	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	19

## SAMMANFATTNING

År 2025 har kännetecknats av omfattande systemförändringar, strategiska beslut och ett fortsatt högt tempo i omställningsarbetet inom Region Västernorrlands hälso- och sjukvård. Parallellt har hälso- och sjukvården hanterat bestående strukturella utmaningar, såsom kompetensförsörjning, ekonomisk obalans, demografiska förändringar och ökade krav på tillgänglighet. Trots dessa omständigheter har verksamheterna genomfört betydande framsteg och lagt en stabil grund för den framtida utvecklingen.

Införandet av det nya journalsystemet Cosmic har varit en av de mest centrala och genomgripande förändringarna under året för samtliga verksamhetsområden. Implementeringen har påverkat produktion, arbetsmiljö, statistikuppföljning och tillgänglighet i hela regionen. Stora utbildningsinsatser har krävts för att personalen ska kunna använda det nya systemet. Många medarbetare har visat stort engagemang och tålamod under införandet.

Vad gäller patientsäkerhet har hälso- och sjukvården under 2025 tagit stora steg mot en säkrare vård. Genom strukturerade säkerhetsinitiativ, ökat fokus på förebyggande arbete och en förstärkt säkerhetskultur, där ledningens engagemang och personalens delaktighet står i centrum, har patientsäkerheten förbättrats. De positiva effekterna märks i både primärvård och specialistvård – från psykiatrins suicidpreventiva framsteg till specialistvårdens bättre avvikelshantering – och skapar en tryggare, mer patientsäker vårdmiljö för invånarna i Västernorrland. Arbetet fortsätter under 2026 med oförminskad kraft, med fokus på att ytterligare integrera patientsäkerhet i alla beslut och stärka det förebyggande säkerhetsarbetet.

# 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.

## 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 §*

Regionplanen pekar ut regionens övergripande mål - att bedriva en kunskapsbaserad, trygg och säker hälso-och sjukvård samt tandvård.

Patientsäkerhetsarbetet ska ses som en självklar del av vardagen, med fokus på proaktivt arbete och ett tillåtande, öppet och integrerat risktänkande, där arbetsmiljö och patientsäkerhet kopplas samman. Vidare ska en patientsäker läkemedelshandling säkerställas, där kontinuerlig omvärdering av läkemedelsbehandling ingår liksom bra information till patienter och allmänhet.

Den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet beslutas på politisk nivå och är en del av hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. Planens prioriterade områden bryts ner på förvaltning, område, verksamhet och enhetsnivå utifrån vad respektive nivå ser för behov av aktiviteter för att stödja organisationen i att nå målet. Den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet följs upp under året i samma struktur som verksamhetsplanen det vill säga vid delårs- och årsbokslut.

## Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer där huvudansvaret för patientsäkerheten följer linjeorganisationen. Hälso- och sjukvårdsdirektör har det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Västernorrland. Verksamhetschef ansvarar för att patientsäkerhetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, följs upp i verksamhetsberättelsen och att egenkontroller utförs. Vårdvalsverksamheten utgår från uppdragsbeskrivning för primärvård och ligger till grund för vårdavtalet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) och sammanställer patientsäkerhetsarbetet i den årliga rapporten där även de privata vårdgivarna ingår.

Området patientsäkerhet, utveckling och forskning (PUF) verkar på uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i enlighet med gällande författningar och ansvarar för stöd och samordning

av patientsäkerhetsarbetet. Ytterst ligger stödet i verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet (KP), där bland annat funktioner som vårdhygien, chefläkare och läkemedelsservice verkar.

Smittskydd, Läkemedelskommitté, Patientnämnd och Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) har också viktiga roller i att samordna och driva utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet tillsammans med verksamheterna men ligger utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen.

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

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

Västernorrlands län har en formaliserad samverkan, HälSam, med syftet att skapa mervärde för de människor som behöver stöd, vård och omsorg från hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Inom HälSam förs dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor som även berör socialtjänst och/eller skola. Samverkansstrukturen följer kunskapsstyrningen och lokala samverkansgrupper, LSG, finns kopplat mot varje kommun för ansvarsområdena barn och unga, vuxna samt äldre.

In- och utskrivningsprocessen är en central och viktig del inom samverkan och en arbetsgrupp, tillhörande LSG Äldre, finns nu etablerad för att fortsätta utveckla arbetet framåt. Stödsystemet för att samordna och kommunicera planeringen av insatser för patienter efter utskrivning från slutenvården byttes ut under hösten 2025. Systembytet har inneburit betydande förändringar i arbetssätt, för alla parter, vilket har medfört ytterligare utmaningar i utskrivningsprocessen.

Nedan följer några samverkansarbeten som pågår:

- Inom psykiatri är en central del den gemensamma beroendepåbudsplanen mellan Region Västernorrland och länets sju kommuner. Planen har varit under implementering i flera år och har lagt en stabil grund för den kommande "samsjuklighetsreformen" som regeringen väntas besluta om våren 2026. Reformen innebär att regionens hälso- och sjukvård får huvudansvaret för all vård och behandling av personer med skadligt bruk och beroende, vilket innebär en stor förändring för socialtjänstens arbete och kräver utbyggnad av både öppen- och slutna beroendevård
- Projekt i nära samarbete med Örnsköldsviks kommun:
  - Närsjukvårdsteam - professioner från både region och kommun samverkar för att stödja patienter i hemmet.
  - Valfärdsguide på Akuten - Biståndshandläggare från kommunen finns på akutmottagningen för att tidigt fånga upp behov av insatser.
  - Ett multidisciplinärt demensteam (MOD) har pilottestats
- Vaccinationsenheten har i samverkan med Härnösands kommun testat ett nytt arbetssätt med ett mobilt team, där båda parter bidrar med resurser. Målgruppen är patienter med hemsjukvårdsinsatser som har svårt att ta sig till en vaccinationsenhet.

Den regioninterna samverkan mellan olika områden och verksamheter sker kontinuerligt. Som exempel kan nämnas:

- Folkandvården har ökat sin samverkan mellan kliniker och specialistområden, vilket har lett till förbättrade patientflöden, stärkt kompetens och bättre stödstrukturer. Resursutbyte och gemensamma initiativ har förbättrat både tillgänglighet och kvalitet.
- ÄLSa-teamet samverkar med slutenvården, där teamets sjuksköterskor deltar i dagliga styrningar för att identifiera patienter som kan vårdas hemma istället för inneliggande. Detta har avlastat vårdplatsläget och förbättrat vårdflödet.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Informationssäkerhetsorganisationen består av informationssäkerhetsansvarig, IT-säkerhetsansvarig, informationssäkerhetssamordnare, dataskyddsombud, dataskyddsföreträdare, jurist och vid behov andra resurser som till exempel arkivarie. Region Västernorrland har ett ledningssystem för informationssäkerhet som består av ett 80-tal regiongemensamma styrdokument som ägs, förvaltas och uppdateras av informationssäkerhetsorganisationen.

Informationssäkerhetsorganisationen har kontinuerliga incidents- och handläggningsmöten som tillser att Region Västernorrland lever upp till de lagkrav som finns gällande rapportering av personuppgifts-, informations- och IT-säkerhetsincidenter till respektive tillsynsmyndighet för bland annat dataskyddsförordningen och lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Informationssäkerhetsorganisationen arbetar också löpande och kontinuerligt med hantering av Region Västernorrlands informationshanteringsplan, implementering av regionens system för tillgångshantering IMS, klassificering av information, riskanalyser, upphandlingskrav, personuppgiftsbiträdesavtal och instruktioner, analys av informationshantering, bedömningar samt stöd och vägledning.

Under 2025 har ett stort arbete bedrivits avseende informationssäkerhet kopplat till införandet av journalsystemet Cosmic.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Centrala strålsäkerhetsrådet och de lokala strålsäkerhetsråden har haft kontinuerliga möten, vilka har bidragit till ett mer strukturerat strålsäkerhetsarbete i verksamheterna.

Centrala strålsäkerhetsrådet har dock identifierat följande förbättringsområden:

- vissa verksamheter saknar strålskyddsbokslut
- andelen verksamheter med giltig strålsäkerhets- och handhavandeutbildning behöver öka

Centrala strålsäkerhetsrådet har en handlingsplan för fortsatt utredning av avvikelserna från den övergripande revision som gjordes i slutet av 2024.

Strålsäkerhetsmyndigheten har genomfört en extern inspektion av Strålbehandlingen.

Återkoppling väntas under 2026.

Efter flera år av dispens har Region Västernorrland tagit fram riktlinjer för remittering för diagnostiska undersökningar.

Regionfullmäktige har beslutat att genomföra fortsatt projektering avseende etablerande av PET/DT- kapacitet och cyklotron vid sjukhuset i Sundsvall i enlighet med beslutsunderlag, samt att godkänna kompletteringsbudget om sammanlagt 10 miljoner kronor för projektering av projektet.

Sammanfattningsvis visar 2025 års underlag att regionen bedriver ett säkert, systematiskt och patientsäkert strålningsarbete, med tydliga förbättringsområden inom utbildning och optimeringsarbete inför 2026.

## En god säkerhetskultur

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



En utvecklad säkerhetskultur ska genomsyra arbetet med patientsäkerhet, från ledning och styrning till bemötande och handling. Säkerhetskulturen stärks där strukturerade arbetsätt, ett systematiskt arbetsmiljöarbete och en aktiv avvikelshantering tillämpas konsekvent.

Bemanningsbrist är den största återkommande arbetsmiljö- och patientsäkerhetsrisken som verksamheterna lyfter fram och har så varit under flera år. Detta påverkar säkerhetskulturen på så sätt att det ges få möjligheter till att arbeta med kultur- och bemötandefrågor i arbetsgrupperna. Ytterligare belastning under det gångna året har varit införandet av journalsystemet Cosmic. En generell utmaning för hela organisationen som medfört en ökad belastning på medarbetare, ledning och stödfunktioner. Produktionen, arbetsmiljön och uppföljningen har påverkats negativt, men införandet har också lett till förbättrade rutiner.

Trots ett arbetsintensivt år lyckas hälso- och sjukvården på övergripande nivå nå det uppsatta målet, att bibehålla resultatet från året innan, av indexet Ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE) på 78. HSE är en del av medarbetarenkäten, som mäts en gång per år och som ska presenteras och genomarbetas på varje arbetsplats.

Flera verksamheter beskriver att kontinuerliga samtal är viktiga för att hålla säkerhetsfrågorna ständigt aktuella. Inom Rättspsykiatrien beskriver man att det råder en öppenhet kring risker och avvikelser och medarbetare upplever trygghet i att rapportera. Det finns dock möjlighet att förbättra och öka patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Regelbundna säkerhetsronder genomförs inom Länsjukvårdsområde psykiatri och habilitering och deras säkerhetsgrupp arbetar aktivt med tvångsvårdsrutiner, våldsprevention och larmrutiner. Länsjukvårdsområde somatik har påbörjat ett arbete med att stärka organisationskulturen och ledarskapet, som del av en långsiktig strategi för att förbättra både arbetsmiljö och säkerhetskultur.

## 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.



En kvalitativ verksamhet bygger på att medarbetarna har rätt kompetens oavsett uppdrag och var i verksamheterna man arbetar. Hälso- och sjukvården befinner sig i ständig förändring, både avseende arbetssätt, teknisk utrustning och inte minst den digitala omställningen. På det övergripande planet är det av stor vikt att organisationen har ett gott samarbete med yrkeshögskolor, högskolor och universitet.

De årliga medarbetarsamtalen ger en kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare och verksamheterna redovisar pågående arbeten med kompetensutveckling och fortbildning. Bristen på egen personal påverkar i vilken grad utbildning kan genomföras, såväl interna som externa utbildningar. Regelbunden utbildning av personal avseende avvikelser och hur dessa hanteras sker vanligen vid enheternas APT. Flera verksamheter fortsätter att ha Socialstyrelsens webbutbildning i patientsäkerhet som ett obligatorium under året. Nya chefer deltar i den obligatoriska chefsutbildningen i patientsäkerhet.

Vården är kunskapsintensiv och utbildningsinsatser sker i stor omfattning. Stödfunktioner bistår i den kontinuerliga utbildningsverksamheten, så som Kliniskt träningscentrum (KTC), Medicinsk teknik, Regionhälsan, Läkemedelskommitté och Kvalitet och patientsäkerhet med flera. Därtill sker kunskapsdelning och utbildningar vårdverksamheter emellan utifrån specialistområde.

Under året har det genomförts utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser inom bland annat följande områden:

- Ledningsgruppsutveckling
- Förändringsledningsutbildning
- Modell för fadderskap och stärkt chefsintroduktion
- Utbildning i AI-verktyget Copilot
- Fortsatt utbildning i Cosmic och nya digitala funktioner
- Fördjupad användning av Hypergene
- Vidareutbildning och kompetensväxling inom verksamheter
- Införande av kompetenspatienter i Folktandvården

## 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 §*

Patientens och vårdens resurser och kunskaper tillsammans ger möjligheter för att fortsätta utveckla

ett personcentrerat förhållningssätt. Det handlar om att se hela personen som en resurs – med kunskap, eget ansvar och förmåga att förstå och ta beslut kring sin situation. Vårdgivaren ska erbjuda patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet samt ta emot synpunkter och klagomål. Vid händelser som har medfört en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren i utredningen inkludera patientens beskrivning och upplevelse av händelsen.

I samband med internutredningar och händelseanalyser av allvarliga vårdskador tillfrågas patient eller anhöriga om att lämna en egen redogörelse av det som inträffat. Efter avslutade utredningar ges återkoppling till patient eller anhörig om vad utredningen kommit fram till.

Inom samtliga områden har det under året funnits ett tydligt fokus på personcentrerad vård, där patienten inte enbart är mottagare av insatser utan också en aktiv part i utvecklingen av vården. Detta har skett genom bland annat genom en strukturerad patientdelaktighet i vårdplanering, systematisk insamling av patienters erfarenheter (enkäter, dialoger och återkoppling), utveckling av digitala stöd som stärker patientens egen roll samt i samverkan med patienter och närstående i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Psykiatrin lyfter fram ”Blå appen” och ”Psykosguiden”, två digitala tjänster som effektiviserat och förenklat administrationen samt ökat patienters delaktighet i sin vård. Närsjukvårdsområde Väster har arbetat med ”Patienten i Fokus” (PIF), som kopplat samman förbättringsarbete för arbetsmiljö och vårdkvalitet med ökad patientdelaktighet.

### Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården, där regionen deltar. NPE genomfördes 2025 för specialiserad slutenvård respektive öppenvård samt primärvård.

Svarsfrekvensen i mätningarna av den specialiserade vården var under 60 procent. Av de som svarat ges ett gott helhetsintrycket av vården. Det varierar mellan 82 och 88 procent.

Resultatet för primärvården är inte offentliggjort när denna rapport sammanställs.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

### Mätningar och egenkontroll

I slutet av 2023 fattade SKR ett beslut om att avsluta genomförandet av nationella punktprevalensmätningar (PPM) och därmed lades också den nationella databasen för PPM ned. Arbete i regionen påbörjades för att säkerställa att fortsatta mätningar skulle kunna genomföras, men



då byte av journalsystem låg nära i tid utvecklades inga nya lösningar. Implementeringen av journalsystemet Cosmic under 2025 behövde ske först för att se vilka utdata som skulle bli möjliga från systemet. Ambitionen är att skapa automatiserade mätmetoder så långt det är möjligt och arbete pågår. Införandet av journalsystemet Cosmic har inneburit brister i tillgång till säkerställda data, vilket försvårar uppföljning och analys. I nuläget finns inget samlat resultat avseende genomförda mätningar för hälso- och sjukvården.

Under 2024 genomfördes en kartläggning av patientsäkerhetsarbetet, vilken visade tydligt att det saknas en systematik kring uppföljning av patientsäkerheten, där ledningen på olika nivåer löpande efterfrågar resultat och där egenkontroll utgör grunden. De mätningar som tidigare har gjorts har varit på enhets- och verksamhetsnivå, men inte efterfrågats på en aggregerad och övergripande nivå. Därav var fokus för 2025, i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, att säkra systematisk egenkontroll och tillskapa ett kvalitetsledningssystem för hela hälso- och sjukvården. Arbetet är påbörjat och kommer att fortsätta under 2026.

**Vårdhygienisk egenkontroll** - egenkontroll av vårdhygienisk standard är ett verktyg för verksamheterna att använda i arbetet med att kvalitetssäkra och följa upp den vårdhygieniska standarden. Checklistan för egenkontroll omfattar följande områden: basala hygienrutiner och klädsel, disk- och spoldesinfektorer, förrådshantering och hygienombud. Vid brister som framkommit i egenkontrollen och behov av riktade insatser kan Vårdhygien kontaktas för stöd i förbättringsarbetet och eventuellt genomförande av hygienrund.

### **Arbete mot antibiotikaresistens - Strama**

Det regionala arbetet för att förebygga och begränsa antibiotikaresistens i Västernorrland samordnas av Strama Västernorrland, som organisatoriskt ingår i Smittskydd Västernorrland. Som tidigare finns resurser motsvarande 50 procent läkartjänst och 40 procent apotekartjänst, vilket är lägre än riktmärket för Stramaarbete. I den regionala Stramagruppen ingår familjeläkare, infektionsläkare, hygiensjuksköterska, klinisk mikrobiolog, urolog och tandläkare som deltar i gruppens arbete genom mötesnärvaro fyra gånger per år samt att sprida information till sina enheter.

Utbildningsinsatser för AT/BT-läkare, föreläsningar kring urinvägsinfektion (UVI) för SÄBO-personal, utbildning av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i kommuner samt lunchföreläsning för regionens samtliga medarbetare har ägt rum under 2025.

Stramas 250-mål är ett nationellt mål om maximalt 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år. Västernorrland klarade inte målet 2024, men med gemensamma ansträngningar har förskrivningen 2025 minskat till drygt 239 recept per 1000 invånare, vilket gav en 5:e placering på listan över Sveriges samtliga regioner. Västernorrland har högst andel kinoloner vid urinvägsinfektion hos kvinnor bland landets regioner med cirka 13 procent, vilket är en försämring jämfört med 2024. Målet är tio procent vilket åtta regioner uppfyller och rikssnittet är 10,07 procent. Andel PcV vid luftvägsinfektioner hos barn 0-6 år, där målet är högre än 80 procent, uppnåddes 2023 men har nu försämrats två år i rad och var under 2025 74,05 procent.

Reflekterande antibiotikasamtal i primärvården är en obligatorisk aktivitet i regelboken för Vårdval Västernorrland och 2025 deltog 25 av 31 hälsocentraler vilket motsvarar cirka 80 procent. Årets tema var UVI och Strama Västernorrland var fysiskt på plats på de hälsocentraler i länet som hade sämst

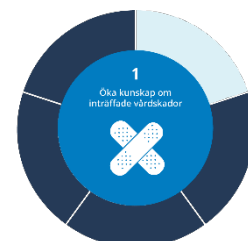
statistik på Stramas 250-mål. Introduktionsmaterial till nya medarbetare/stafetter med länkar till Stramaresurser.

Som tidigare kan endast försäljning av antibiotika genom rekvisition i slutenvården följas. Ett utvecklingsarbete pågår för att säkerställa bättre underlag framöver.

## 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.



### Har vården varit säker?

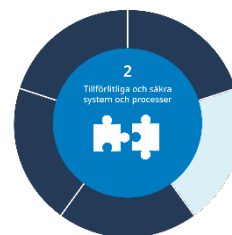
Varje vårdgivare är skyldig att ha ett system för kvalitetsledning och avvikelshantering och i Region Västernorrland används stödsystemet Platina. De avvikelser som bedöms av verksamheten som misstänkt allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skickas som chefläkarärende via avvikelssystemet. I de fall som chefläkare bedömer att en mer omfattande utredning ska göras för eventuell anmälan enligt lex Maria, tas beslut tillsammans med verksamheten om hur utredning/händelseanalys ska genomföras. De allvarliga händelser som inträffat inom folktandvården eller den rättspsykiatriska regionkliniken utreds av analysteam inom dessa områden på egen hand. Verksamheten följer upp de åtgärder som framtagits utifrån skapad handlingsplan. En uppföljning av insatta åtgärder sex månader efter avslutad utredning görs också.

Under 2025 har utredningsbehovet kommit i bättre balans, efter att det under flera år till stor del utförts centrala utredningar vilket har inneburit fördröjd hantering. Balans har uppnåtts genom en medveten satsning utifrån den beslutade regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025. Det pågår fortsatt arbete med att stärka verksamheternas egen utredningsförmåga och det påbörjade proaktiva patientsäkerhetsarbetet med bland annat patientsäkerhetsdialoger kommer utvecklas vidare kommande år.

Inom hälso- och sjukvården rapporterades under 2025 cirka 10 800 avvikelser, vilket är en ökning med 600 jämfört med föregående år. Cirka 1 procent (123 stycken) av avvikelserna skickade vidare till chefläkare för bedömning och för 68 stycken beslutades att en händelseanalys eller internutredning skulle genomföras som underlag till eventuell Lex Maria-anmälan. Av dessa var 61 allvarliga händelser. Under 2025 gjordes 46 anmälningar enligt Lex Maria, vilket är en minskning med 16 jämfört med föregående år.

## 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.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

Hälso- och sjukvården har framtagna arbetsprocesser för att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att arbeta med personcentrerade och standardiserade vårdförlopp och minska oönskade variationer. Ett kvalitetsledningssystem, i sin helhet, saknas dock men arbete är påbörjat under året, där utbildningsinsatser getts såväl till hälso- och sjukvårdsnämnden som till hälso- och sjukvårdsledningen.

KP som stödfunktion har styrt om arbetet under året till att i större omfattning vara inriktat på det proaktiva arbetet. Genom samtal med områdesdirektörerna har en struktur för patientsäkerhetsdialoger börjat ta form, även om arbetet än så länge fortfarande är i en utforskande fas.

Avvikelsehanteringen är central i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete med fokus på lärande och återkoppling. Avvikelser rapporteras brett och följs upp regelbundet. Återkoppling sker till arbetsgrupper vanligtvis via APT, professionsmöten och ledningsgrupper. Vidare ser man att det stärker säkerhetskulturen genom att en ökad rapportering ses som positivt och att avvikelsehanteringen leder till konkreta förändringar i arbetssätt.

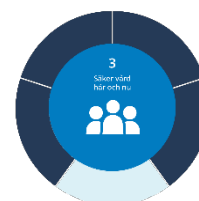
Att händelseanalyser genom internutredning hålls nära verksamheten ser man ökar det egna lärandet i verksamheten, ledtiderna mellan händelse och åtgärd kan förkortas och det bidrar till att skapa större ägarskap hos chefer och medarbetare.

För att uppmärksamma och analysera risker används riskanalys, en metod som kan användas i befintlig verksamhet men även proaktivt inför förändringar. Metoden är utvecklad för att identifiera och värdera brister i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön. Riskbedömningar görs med fördel gemensamt inom patientsäkerhet och arbetsmiljö. Riskanalysen resulterar i förslag till åtgärder för att minimera riskerna eller minimera riskernas konsekvenser.

I en god hygienisk standard ingår att lokaler och utrustning är utformade och hanteras på ett sätt som minimerar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Inför om- och nybyggnationer har samarbetet mellan vårdgivare, projektansvariga och vårdhygien förbättrats under året och hittat en bra struktur för arbetet framåt.

## 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.



## Är vården säker idag?

Vård med hög kvalitet är vård där risker identifieras tidigt och hanteras systematiskt. Hälso- och sjukvården har under 2025 tagit stora steg mot en säkrare vård. Genom strukturerade säkerhetsinitiativ, ökat fokus på förebyggande arbete och en förstärkt säkerhetskultur, där ledningens engagemang och personalens delaktighet står i centrum, har patientsäkerheten förbättrats. De positiva effekterna märks i både primärvård och specialistvård – från psykiatrins suicidpreventiva framsteg till somatikens bättre avvikelshantering – och skapar en tryggare, mer patientsäker vårdmiljö för invånarna i Västernorrland.

Under 2025 har hälso- och sjukvården lyckats öka andelen fast anställda och således minskat hyrberoendet, vilket är mycket positivt. Trots det har belastningen inom slutenvården generellt sett varit hög och det har förekommit både överbeläggningar och utlokaliseringar, vilka är kända patientsäkerhetsrisker. Därutöver har införandet av det nya journalsystemet Cosmic varit en av de mest centrala och genomgripande förändringarna under året för samtliga verksamhetsområden. Implementeringen har påverkat både produktionen och arbetsmiljön och stora utbildningsinsatser har genomförts. Många medarbetare har visat stort engagemang och tålamod under införandet och trots utmaningarna ser verksamheterna positivt på framtiden med Cosmic. Situationen förbättras successivt och möjligheten till nya digitala arbetssätt lyfts som särskilt positivt.

Inför sommaren såg det samlade vårdplatsantalet periodvis ut att bli otillräckligt och en gemensam övergripande handlingsplan togs fram i syftet att kunna utöka antalet disponibla vårdplatser och maximera utnyttjandet av ledigt vårdgolv på avdelningar. Planen aktiverades två gånger under sommaren och det var ett gott samarbete mellan verksamheterna.

Ett organisationsövergripande arbete har genomförts under året för att införa en systematisk och samordnad produktions- och kapacitetsstyrning, (PKS). Arbetet ska säkerställa att patienter får vård i rätt tid och på rätt nivå samt att verksamheterna använder de begränsade resurserna mer effektivt.

Vårdhygien bevakar kontinuerligt det epidemiologiska läget genom övervakning av provsvar för vissa smittämnen. Det saknas tillförlitlig statistik på hur ofta överbeläggningar och utlokalisering av patienter har orsakat utbrott och vårdrelaterade infektioner.

## Riskhantering

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

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

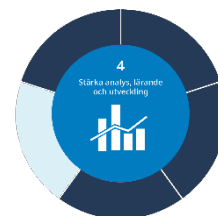
KP har en stödande funktion i verksamheternas arbete med risk och riskhantering. En riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan utföras både på lokal, verksamhets och organisatoriskt övergripande nivå. Tidigare har riskanalysarbetet nära uteslutande utförts under ledning av KP tillsammans med personal från verksamheten. Ett stödmaterial finns för att underlätta för verksamheterna att själva genomföra förenklade riskanalyser. Ett arbete

kvarstår dock för att systematiskt använda riskanalys som en väletablerad metod i hela organisationens arbete med det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Alla verksamheter redovisar att man använder avvikelssystemet Platina för att identifiera och hantera risker.

## 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.



### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Många verksamheter redovisar att system och arbetssätt förbättras utifrån avvikelser och händelseanalyser. Kvalitetsregister används också som underlag för förbättringsarbete i flera verksamheter. Vissa verksamheter till exempel ambulansen och lung-hud-infektion arbetar med markörbaserad journalgranskning (MJG) som ett verktyg i arbetet. Rättspsykiatrin sammanställer avvikelser kvartalsvis och gör årligen en mer djupgående sammanställning.

Mätning av vårdskador behöver utvecklas för att ge ett nuläge, kunna se förbättring över tid och för att inkludera alla delar av hälso- och sjukvården. Såväl befintliga som nya metoder för identifiering, mätning och uppföljning behöver utvecklas. En viktig del att komma vidare med i att skapa ett kvalitetsledningssystem, som inkluderar egenkontroll och uppföljning, är att förenkla följsamhet till styrande dokument. Samarbetet mellan förvaltningarna behöver även utvecklas för att säkerställa att patientsäkerhetsperspektivet är en del av värderingen inför utformning och beslut.

### Förbättringsarbete

Några exempel på förbättringsarbeten som pågår inom hälso- och sjukvården:

- Suicidprevention har varit ett fortsatt viktigt fokusområde för psykiatrin. Under 2025 har Vuxenpsykiatrins och BUP's verksamheter i Sundsvall, samt några somatiska verksamheter, tillsammans med LÖF arbetat med projektet "Säker suicidprevention". Projektet syftar till att förbättra det suicidpreventiva arbetet. En åtgärdsöverenskommelse har tagits fram och varje verksamhet kommer bland annat arbeta vidare med att säkerställa att riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetare samt att utbildningsinsatser kommer genomföras.
- Inom Länsjukvårdsområde somatik har ett arbete påbörjats för att stärka förutsättningarna för ett hållbart ledarskap. En modell för fadderskap har tagits fram och nuvarande chefsintroduktion har utvecklats. Modellen är applicerbar för såväl verksamhetschefer som enhetschefer.
- Läkemedelsenheten har de senaste åren arbetat fram ett koncept "vårdnära farmaceut", där vårdavdelning får stöd i läkemedelshanteringen och kan på så sätt

frigöra tid för sjuksköterskorna på avdelningen. Under 2025 har ännu en avdelning gått in i samarbetet och efterfrågan är stor från verksamheterna. Konceptet förfinas löpande och anpassas utifrån vårdavdelningens förutsättningar och behov.

## Avvikelser

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

Avvikelseberättelserna ses som viktiga och uppmuntras i hög grad i verksamheterna. Avvikelsestatistiken uppdateras varje dygn och kan tas ut för hela regionen eller mer detaljerat på alla nivåer. I statistikverktyget Power BI finns en analysflik och i avvikelseystemet finns en framtagen rapport för att underlätta analys och uppföljning. Utbildning i analys och uppföljning av avvikelser har under flera år erbjudits avvikelsehandläggare och andra intresserade professioner för att kunna ta fram underlag för förbättringsarbete. Under 2025 har 12 genomfört utbildningen, av dem var åtta för avvikelsesamordnare.

Det förekommer sannolikt en underrapportering av avvikelser, vilket innebär att det behöver kompletteras med andra metoder, exempelvis journalgranskning, för att få en heltäckande bild.

### *Avvikelsestatistik*

Totalt för regionen registrerades 2025 drygt 11 300 avvikelser. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är handläggande organisation till cirka 10 800 av dessa. Av dessa är cirka 8 200 stycken klassificerade med patientsäkerhet som säkerhetsområde.

En övergripande analys av avvikelserna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen visar att det vanligaste avvikelseområdet är, liksom tidigare år, inom Vårdprocess Vårdadministration med cirka 2 400 stycken (22 procent). Där ingår bland annat produktions- och resursplanering, journalhantering, remisshantering och samordnad vård- och omsorgsplanering. De vanligaste orsakerna till avvikelser inom detta område anges vara brister i omgivning och organisation där arbetsmiljö med hög arbetsbelastning, stress och överbeläggningar ingår. Mänskliga faktorer anges även som vanlig orsak. Den vanligaste åtgärden som rapporterats är information och kommunikation, exempelvis genomgång, påminnelse och information till berörda. Trots att brister i omgivning och organisation är registrerats som den vanligaste orsaken i cirka 2000 avvikelser har åtgärder inom detta område endast registrerats i drygt 500 avvikelser.

Vårdprocess Diagnostik och utredning är även ett stort avvikelseområde med drygt 2000 avvikelser. Där ingår bland annat provhantering, undersökning och diagnostisering samt bild och funktionsmedicin. De vanligaste orsakerna till avvikelser inom detta område anges vara brister i omgivning och organisation och där mänskliga faktorer sticker ut, men även

bristande följsamhet till rutiner och brister i kommunikationen. Den vanligaste åtgärden är information och kommunikation.

Inom avvikelserområdet Vårdprocess Omvårdnad har cirka 1200 avvikelser rapporterats, där fall/fallskador står för cirka en tredjedel av dessa. Cirka 250 av avvikelserna hade registrerats som Allmän omvårdnad där bland annat kontroll/uppföljning och trycksårsprofylax ingår. Vanligaste orsaken har bedömts som patientens tillstånd samt brister i omgivning och organisation, ofta kopplat till mänskliga faktorer eller arbetsmiljö. Även bristande följsamhet till styrande dokument som är den näst vanligaste orsaken till att man brister i omvårdnaden. Den vanligaste åtgärden som man angett är även här information och kommunikation som till exempel genomgång/påminnelse och informera berörda.

I avvikelserområdet Vårdprocess-Kommunikation rapporteras cirka 1500 avvikelser där man framför allt har bedömt att orsaken är brister i muntlig kommunikation.

En rapport ”Beläggningsgrad och avvikelserrapporter i vården sommaren 2025” sammanställdes under hösten. Det var femte året i rad rapporten togs fram med syftet att redovisa beläggningsdata samt inkomna avvikelserrapporter kopplade till bemanning och vårdplatsituation utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Vid jämförelse med tidigare år innehåller resultatet inga förändringar. Färre vårdplatser, fler överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt mer ansträngd bemanningssituation har tidigare år visat ha samband med ökat antal avvikelser och så även i år. Som tidigare år fanns tydliga skillnader mellan regionens sjukhus gällande beläggningsgrad. Vid Sundsvalls sjukhus låg medelbeläggningsgraden på 111,7 procent, medan motsvarande siffror var 93,7 procent vid Örnsköldsviks sjukhus och 86,7 procent vid Sollefteå sjukhus.

Liknade skillnader ses gällande antalet inrapporterade avvikelser. I Örnsköldsvik och Sollefteå har få avvikelser inrapporterats trots flera toppar med en beläggning på över 100 procent på flera avdelningar. En tänkbar förklaring till detta kan möjligtvis vara skillnader i avvikelserapporteringskultur på de olika sjukhusen. Utifrån detta kan man inte dra slutsatsen att vården varit säkrare där få avvikelser rapporterats.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Under 2025 inkom 1 409 klagomål och synpunkter till patientnämnden, vilket motsvarar en ökning på cirka 11 procent jämfört med föregående år. Det vanligaste området gällde kommunikation, följt av vård och behandling. Den största ökningen av ärenden återfanns inom tillgänglighet, därefter vårdansvar och organisation samt administrativ hantering.

Somatisk specialistvård stod för flest ärenden, följt av primärvård. Samtliga verksamhetsområden visade en ökad ärendemängd jämfört med föregående år, där somatisk och psykiatrisk specialistvård hade de största ökningarna.

Utvecklingen, särskilt inom kommunikation, tillgänglighet, vårdansvar och administrativ hantering, visar på återkommande utmaningar som kräver fortsatt systematiskt förbättringsarbete. De ökade volymerna inom somatisk och psykiatrisk specialistvård understryker behovet av riktade insatser inom dessa verksamheter.

#### *Begäran om svar och vårdgivarens åtgärder*

Andelen ärenden som skickades vidare till vårdgivaren med begäran om svar uppgick till 35 procent. I flera fall har svar inte inkommit inom utsatt tidsram. I 30 procent av ärenden med begäran om svar har patientnämnden behövt skicka en eller flera påminnelser innan svar lämnats. Detta påverkar både handläggningstiden och patientens möjlighet till återkoppling och upplevd delaktighet.

Samtidigt framgår det av vårdgivarnas svar att flera åtgärder vidtagits som bedöms kunna stärka patientsäkerheten på både individ- och systemnivå. Åtgärderna omfattar bland annat förtydligande av rutiner, identifierade kompetensutvecklingsbehov och genomförda utbildningsinsatser.

Dessa insatser visar att klagomål och synpunkter fortsatt utgör en viktig källa till förbättring, lärande och riskreducering i verksamheterna.

#### *Patientsäkerhetsperspektiv*

Arbetet med att främja en mer nära och personcentrerad vård är centralt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. De inkomna ärendena under 2025 visar att patienter och närstående efterfrågar tydligare information, bättre samordning och en mer sammanhållen vårdprocess – faktorer som är grundläggande i omställningen till nära vård. Brister i kommunikation, tillgänglighet och ansvarsfördelning är återkommande teman i klagomålen och illustrerar behovet av strukturer som stärker kontinuitet, delaktighet och trygghet i kontakten med vården.

## **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.



### **Hur kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?**

Regionen, privata aktörer och kommuner behöver samarbeta mer för att möta våra framtida utmaningar och trygga invånarnas vård och omsorg. Det gäller både på lokal nivå samt med våra grannregioner i norr och genom att samverka kring nationella resurser i ett komplext hälso- och sjukvårdssystem.

Hälso- och sjukvården ansvarar genom sitt grunduppdrag för flera samhällsviktiga funktioner som ska fungera även i händelse av kris, krigsfara eller krig. Regionen arbetar intensivt med den civila

beredskapen och det kommer fortsatt att krävas resurser och arbete med strukturer, rutiner, organisering, utbildning och övning.

Patientsäkerhetsarbetet generellt behöver gå från att vara starkt fokuserat på medicinska risker till att se hela patienten, att lyfta och prioritera omvårdnadsrisker. För patienten kan omvårdnadsriskerna leda till stora lidanden och dom riskerar också att medföra medicinska risker, om de inte omhändertas. Särskilt fokus på ett långsiktigt strategiskt arbete är därför fortsatt prioriterat i regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Vidare ska det proaktiva patientsäkerhetsarbetet få än mer framdrift nu när den långa utredningskö som funnits under flera år är hanterad.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För att erhålla ett långsiktigt och hållbart arbetssätt ger den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet riktning fram till år 2028 med specifika mål för innevarande år. Förutom de av Socialstyrelsen framtagna fyra grundförutsättningarna har utifrån tidigare kartläggning och dialoger i organisationen, ytterligare ett område inom grundläggande förutsättningar lagts till, digitala verktyg.

Prioriterade områden inom de *grundläggande förutsättningarna* fram till 2028:

- Kontinuerlig uppföljningsstruktur
- Regional handlingsplan för patientsäkerhet inarbetas i verksamheternas verksamhetsplan
- Efterfråga resultat på alla nivåer
- Identifiera utbildningsbehov och behov av stöd för chefer och medarbetare
- Stärka arbetet med kompetensförsörjning
- Driva utvecklingen mot personcentrering
- Involvera patientföreningar
- Verktyg för uppföljning
- Stödsystem för digitala arbetssätt

Prioriterat arbete inom *fokusområdena* för det kommande året, 2026:

- Systematisk egenkontroll - kvalitetsledningssystem
- Stärka utredningskompetensen i organisationen
- Omvårdnadsstrategi
- Handlingsplan VRI

Prioriterat arbete inom *fokusområdena med ett längre perspektiv*, fram till 2028:

- Förbättra patientsäkerheten i vårdens övergångar
- Patientsäkerhetsperspektivet i alla beslut
- Flytta fokus till det förebyggande arbetet med patientsäkerhet

En av hörnstenarna i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är förståelsen för den egna kvaliteten genom fakta och analys. Arbetet med att möjliggöra detta kommer fortsätta under tidsperioden, att driva på utvecklingen av såväl digitala verktyg som en ökad förståelse inom organisation hur ett systematiskt kvalitetsarbete bör bedrivas och dess betydelse. Att utveckla indikatorer för uppföljning av patientsäkerhetsområdet är en del av arbetet, vilka ska återspegla den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.