

Patientsäkerhetsberättelse för Härnösands kommun År 2025



Datum: 2026-02-27

Ansvarig för innehållet: Jens Hallner och Anders Engelholm

Diarienummer: SOC2026-00041

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Resultat för år 2025 – de viktigaste iakttagelserna.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador Anders	6
Ett hälsosammare och friskare, Bedömning och insatsteamet	8
Informationssäkerhet.....	8
Nytt vårdplaneringssystemet	8
SDK – säker digital kommunikation.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat.....	9
Patientsäkerhetskultur mätning.....	9
Professionsträffar	10
Öka kompetensen kring patientsäkerhet.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare.....	11
Synpunkter och klagomål	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering Anders	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Klagomål och synpunkter Anders.....	15
Patientnämnden.....	15
Avvikelsehantering	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18
Bilaga 1. Satsning kring svårsläktade sår	19
Bilaga 2. Resultat från Svenska Palliativregistret	20
Bilaga 3. Resultat från BPSD-registret	21
Bilaga 4. Resultat kring olämpliga läkemedel	23
Bilaga 5. Resultat kring senior alert och trycksår	24

SAMMANFATTNING

2025 års patientsäkerhetsberättelse (PSB) utgår, som tidigare från Sveriges Kommuner och Regioner SKR:s mall för PSB, som både regioner och kommuner använder i Sverige. Mallen bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-30. Uppföljningen och berättelsen har sin utgångspunkt i att vården ska vara god och säker, överallt, alltid och utgå från fyra grundläggande områden och fem fokusområden. Under 2021 genomfördes ett analysarbete av verksamheten utifrån den nationella handlingsplanen och en lokal handlingsplan togs fram som guide till verksamhetens kvalitetsutveckling. Med en ny nationell handlingsplan, behöver den lokala analysen i Härnösand göras om. I och med socialförvaltningens arbete med att ta fram nya riktlinjer och rutiner kring det systematiska säkerhetsarbetet, där patientsäkerhetsperspektivet är en viktig komponent, kommer nationella handlingsplanen bli en del av detta.

Som läsare av 2025 års PSB kommer du ledas genom dessa grundläggande områden och fokusområden som stakats ut i nationella handlingsplanen.

Resultat för år 2025 – de viktigaste iakttagelserna

2025 års nulägesmätning av läkemedel visar att användning av olämpliga läkemedel fortsatt att minska mot resultaten 2023-24, med något undantag. Det är en positiv utveckling som indikerar att det förebyggande arbetet har gett resultat. Dessa läkemedel ökar riskerna för vårdskador och försämrar den enskildes livskvalité. För att komma till rätta med överanvändningen av dessa olämpliga läkemedel till äldre har flera åtgärder genomförts; medvetandegörande i verksamheten om resultaten, föreläsning av läkemedelskommittén till kommunens sjuksköterskor om risker och nackdelar med dessa läkemedel, utveckling av nya rutiner och stöd kring skyddsåtgärder, där lugnande läkemedel ibland används som kemiska begränsningar för den enskilde patienten. En arbetsgrupp fortsätter arbetet med implementering av de nya rutinerna och stöden kring skyddsåtgärder. Arbetet kommer behöva vara långsiktigt.

Behovet av analysverktyg för analys och visualisering av verksamhetsdata från verksamhetssystemet Lifecare, som beskrevs som ett viktigt utvecklingsområde i 2023 års PSB, har det arbetats vidare med under 2024 och 2025. En förstudie har genomfördes på uppdrag av förvaltningschef. Slutrapporten överlämnades i början av 2025. Efter detta har avtal tecknats med två leverantörer av BI-system, ett för visualisering av verksamhetsdata och ett redan befintligt system som har utökats med att hantera avvikelsestatistik på ett bättre sätt än grundsystemet i Lifecare klarar av. Systemen kom i drift under 2025 i olika grad och de kommer fortsätta att utvecklas löpande under de kommande åren, med ny funktionalitet. En viktig del i detta är utbildning för verksamhetens medarbetare och chefer. Utbildning har påbörjats och kommer ske i olika steg beroende på hur verksamhetsdata successivt hanteras i de nya systemen samt i hur dessa resultat kan användas i verksamhetens lokala kvalitetsarbete. Verktygen är välkomna tillskott, vilket kommer att möjliggöra analyser av socialförvaltningens olika processer och utgöra underlag till välgrundade beslut.

Som en del i det förebyggande arbetet samarbetar kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet med regionens lokala vaccinationsenhet. Samverkan fungerar väl och under 2025 blev Härnösand befolkning bäst vaccinerade mot både covid-19 och influensa av länets sju kommuner. En hög vaccinationstäckning är den enskilt viktigaste åtgärden för att minska risken för allvarlig sjukdom för framför allt sköra äldre och andra medborgare med riskfaktorer. Läs mer på sidan 7.

Hälso- och sjukvården har många utmaningar. Denna PSB kan förhoppningsvis ge dig som läsare en god bild kring hälso- och sjukvårdens nuvarande kvalité och lite kring vart det är på väg.

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 §

Under 2024 togs en ny styrmodell kring målstyrning fram av socialförvaltningen.

Målstyrningen bygger på fem olika ansvarsnivåer:

	Lokal inriktning	Mål	Indikator	Nyckel-aktivitet	Strategi	Aktivitet
Kommun	Ja					
Nämnd		Ja	Ja	Ja		
Förvaltning					Ja*	Ja*
Avdelning/verksamhet					Ja	Ja**
Enhet						Ja

* Endast om strategi för förvaltningsnivån finns. ** Endast om aktivitet för avd/verks. Finns.

Uppföljning av styrmodellens resultat kommer ske i verksamhetsstödet Hypergene, där verksamhetens ledning rapporterar och kan ta del av de förflyttningar som sker. Visualiseringar av verksamhetsresultat kommer från verksamhetssystemet och de nya BI-systemen¹ Kuben, Hypergene samt andra nya lösningar för visualisering och analys som börjar komma på plats. Se mer nedan under rubriken ”Ny organisering av det systematiska kvalitetsarbetet”, sidan 6.

Organisation och ansvar

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

Hälso- och sjukvården är en verksamhet inom socialförvaltningen och verkar inom tre av fyra verksamhetsområden i förvaltningen, dvs i hemtjänsten (ordinärt boende), särskilt boende (Säbo) och inom funktionsstöd. Hälso- och sjukvårdens sjuksköterskor är tillgänglig dygnet runt årets alla dagar.

Inom hälso- och sjukvården arbetar totalt fyrtio sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor, sju fysioterapeuter, sju arbetsterapeuter och fyra undersköterskor. Ledningsgruppen består av tre enhetschefer och en verksamhetschef.

Metodrum

Det finns en plan att skapa ett metodrum i det nya särskilda boendet som planeras att byggas. När det ska bli färdigställt är dock oklart, men tidigast 2029 – vilket är långt bort. Istället ska Socialförvaltningen samverka med vuxenutbildningen och samnyttja det metodrum som redan finns på plats i Johannesbergshuset. Metodrummet ska tillföras nyare utrustning som läkemedelsskåp och

¹ Ett Business Intelligence (BI) system är en teknik och verktyg som används för att samla in, lagra, analysera och presentera data för att stödja beslutsfattande inom en organisation (beslutsstödsystem).

läkemedelsautomat som används i verksamheten idag. Allt för att ge ny personal en så verklighetsanpassad miljö som möjligt. Lokalerna på Komvux kommer även samnyttjas för delegeringsutbildningar och kunskapstest inför läkemedelshantering, som 2026 får nya och tydligare normeringar från Socialstyrelsen.

Syftet med ett metodrum är annars att skapa förutsättningar för medarbetare att kunna träna på och lära sig olika moment och arbetssätt som förekommer i förvaltningens verksamheter. Det kommer finnas möjlighet att träna på både hälso- och sjukvårdsuppgifter och omvårdnadsåtgärder, exempelvis provtagning, blodtrycksmätning, personlig omvårdnad, förflyttningsteknik, osv.

Ny ledningssystem för utveckling av socialtjänstens kvalité

På uppdrag av förvaltningschef har det bildats en arbetsgrupp som har till uppgift att ta fram ett nytt ledningssystem kring systematiskt kvalitetsarbete. Det tidigare arbetet med analysverkstäder och kvalitetsråd kommer vävas in i det nya ledningssystemet.

Ledningssystem för ständig förbättring – Socialförvaltningen, Härnösands kommun



Broschyr/info
Kortversion
För alla



Styrdokument
Riktlinje
För personal



Arbetsmodell
Intranät
För personal
• Processer
• Riktlinjer
• "Hållplatser"
• Mötesstruktur
• Workshopmaterial



Dokumentation
Hypergene SOSFS
För rapporterande personal
• Internkontrollplan
• Riskvärdering
• Avvikelse
• Egenkontroller
• Årshjul
• Rapportering
• Åtgärder och förbättring
• Kvalitetsberättelse
• Patientsäkerhetsberättelse



Statistik
Undersökningar och mätverktyg
För rapporterande personal
• Enkäter
• Nationella undersökningar
• [Lifecare](#)
• Kuben
• Etc.



Härnösands
kommun

Med stöd av de nya BI-system på plats i verksamheten kan data och resultat visualiseras och analyseras på ett mycket mer effektivt sätt och som beslutsunderlag till ledningen av socialförvaltningen. I bilden ovan kan de viktigaste komponenterna ses och som kommer bli en del av det nya ledningssystemet.

Egenkontroller

De nya egenkontrollerna som togs fram under 2023, basala hygienrutiner, kulturmätningar, registerdata från kvalitetsregister och följsamhet till nya delegeringsrutinerna, fortsätter att följas. Med stöd av de nya BI-systemen kommer förutsättningarna att kunna följa verksamhetens resultat och kvalité öka kraftigt och nya egenkontroller kan utvecklas – men då även redovisas på ett bättre sätt för verksamhetens chefer och ytterst medarbetarna som arbetar närmast patienter.

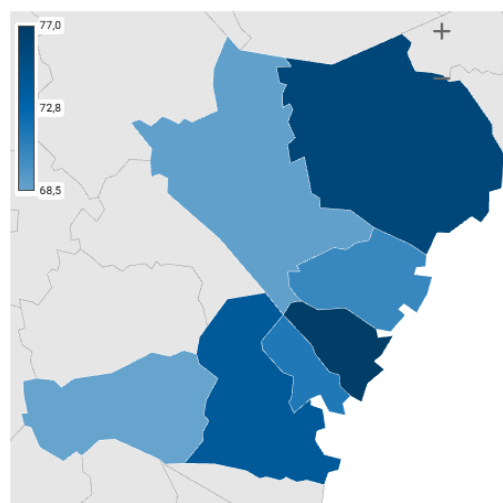
Samverkan för att förebygga vårdskador Anders

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

Under året har den lokala samverkansgruppen för primärvård som bedrivs inom kommunen, regionen och privat utförare (Premicare) träffats återkommande. Verksamhetschefer och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) deltar i dessa för att diskutera samverkansfrågor, exempelvis läkarmedverkan.

Under våren och hösten 2025 har vaccinationer mot covid-19 och influensa genomförts på särskilda boenden och i ordinärt boende i samarbete med Regionens vaccinationsenhet. Målet från WHO och smittskyddsläkare är 75% av medborgare 65+ ska få vaccin mot influensa. Något mål finns inte för covid-19. Härnösands kommun lyckades bäst i länet med en vaccinationstäckning på 69 procent mot influensa för +65 år och för +75 år blev resultatet 77 procent. Regionen genomför olika informationskampanjer för att nå den äldre gruppen, som kommunen mer sällan har kontakt med. Regionen lyfter tillsammans med Härnösand det goda samarbetet mellan sig – vilket den relativt goda täckningsgraden vittnar om. När det gäller covid-19 ligger Härnösand på 64 procent i åldersgruppen 65+, 77 procent i gruppen 75+– även det bäst i länet. Se resultat covid-19-vaccin 75+ till höger.

Covid-19-vaccinationstäckning. Aktuell dos från 1 sept 2025 efter åldersgrupp, per kommun. Andel (procent). Centrera under kartan.



Figur 1. Vaccintäckning covid-19, 75+.

Lokal och organisering sjuksköterskor

Under året har det planerats kring flytt till nya hemsjukvårdslokaler i Johannesberghuset. Inflytt beräknas ske i början av 2026. I samband med byte av lokaler kommer verksamheten även införa en ny organisering av sjuksköterskor med syftet att främja samarbete, skapa bättre förutsättningar för återhämtning, en mer jämn fördelad arbetsbelastning, effektivare resursanvändning och en ökad kontinuitet gentemot brukarna. Kortfattat innebär organisationsförändringen ett ökat samarbete mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och på särskilt boende där man arbetar i team och mer utgår från geografi istället för placering i verksamheten. Planen är att införa arbetssättet i liten skala och sedan utvärdera kontinuerligt under året.

Nära vård – teamarbete i ordinärt boende

Kommunen har fått statliga medel till utvecklingen som kan användas till nya digitala lösningar, utveckling av nya arbetsmetoder mm. Området har nära koppling till samverkan kring in- och utskrivning från sjukhus.

En satsning kring utbildning av personal med hjälp av VR-teknik har påbörjats under 2025 och planeras fortsätta under 2026. Utbildningsinsatserna kommer i huvudsak att rikta in sig på tre olika områden:

1. Utbildning i arbetssätt och bemötande, fokus på ett personcentrerat- och rehabiliterande arbetssätt.
2. Utbildning kring riskbedömningar, exempelvis fallrisk, trycksår och undernäring.
3. Utbildning i bemötande av personer med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Arbetet med att skapa förutsättningar för digitala hembesök av läkare i ordinärt boende och i särskilt boende har under året pågått i mindre skala tillsammans med Regionen, med planen att succesivt kunna utöka arbetssättet.

Arbetet kring läkemedelsautomater har fortsatt under året. Dock har takten för antalet automater som börjat användas av brukare varit långsammare än planerat. Bedömningen är att det finns relevanta orsaker till det. Därför är fokus nu på ”nya” brukare där ett behov av hjälp med läkemedelshantering uppstår. Över tid så bedöms antalet automater som används i verksamheten succesivt att öka.

Ett hälsosammare och friskare, Bedömning och insatsteamet

Under 2024 har ett bedömnings- och insatsteam skapats inom projektet ”Ett hälsosammare och friskare Härnösand”, där arbetssättet utgår från att vara mer stödjande och förebyggande. Målet är att fånga upp invånare vars livssituation och hälsa sannolikt snart kommer leda till ett behov av hemtjänstinsatser och i ett tidigt skede sätta in förebyggande insatser.

Bedömnings- och insatsteamet består av en sjuksköterska, en fysioterapeut, en arbetsterapeut och två undersköterskor. Teamets uppdrag är att bl.a. att identifiera de individer som har rehabiliteringspotential, där förebyggande insatser kan vara verkningsfulla med syfte att stärka brukaren, göra dem friskare och mer självständiga och minska deras nuvarande eller framtida behov av hemtjänst och andra insatser.

Insats- och bedömningsteamet har under 2025 börjat arbetat operativt och utgår från tre olika spår som är, fallförebyggande insatser, funktions- och aktivitetsbedömning och intensiv hemrehabilitering.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Samverkan sker med regionen på övergripande nivå kring säker kommunikation. Inloggning till regionens journal och vårdplaneringssystemet Lifecare Samordnad Planering (Lifecare SP) sker med säker autentisering, vid inloggning i läkemedelslistan i Pascal, samt till kvalitetsregister. Inloggning i verksamhetssystemet Lifecare sker med ny säker inloggning med kod-dosa. Systemadministratörerna fortsätter arbetet med att ta fram ett nytt system kring loggkontroller.

Kring förvaltning av HSA-katalogen², togs nya processer fram och satts i drift under 2024. Regelbundna egenkontroller genomförs för att HSA-katalogen ska vara aktuell och uppdaterad. SKRs helägda bolag INERA som ansvarar för HSA-katalogen har utvecklat en ny digital plattform, som börjat användas i kommunen. HSA-katalogen skapar säker åtkomst till olika system med hälsodata, exempel Pascal läkemedelslista, kvalitetsregister med flera. Även samverkan med Skolförvaltningens elevhälsoteam ingår i arbetet – då även deras legitimerade medarbetare använder HSA och SITHS-kort³ för identifiering i olika hälsodataregister.

Nytt vårdplaneringssystemet

Region Västernorrland upphandlade ett nytt vårdplaneringssystem (klient), som ersatte det gamla under 2025. Nya klienten Lifecare SP gick i skarp drift under oktober 2025 efter flera förseningar.

Vårdplaneringssystemet används som kommunikationsväg när patienter som vårdats på sjukhus och bedömt behöva insatser av kommun och primärvård efter utskrivning – för att minska risker i vårdens övergångar.

SDK – säker digital kommunikation

Kommunen startade under 2024 det nya verksamhetsstödet för säker digital kommunikation (SDK). Stödet införs successivt under 2025-26. Planen var att ha detta klart under 2025, men då regionen, som är den stora motparten för kommunikation via SDK, inte kommit igång med sin lösning förrän sent 2025, behöver implementering fortsätta under 2026. Den lokala klienten i Härnösand, Sefos, kommer användas när integritetskänslig information om brukare och patienter behöver överföras mellan olika huvudmän och organisationer, exempelvis när sjuksköterska behöver överföra hälsodata eller annan information

² HSA-katalogen är en databas som samlar information om alla personer och verksamheter inom sjukvården i Sverige. Informationen som finns i HSA används bland annat som behörighetsgrundande information vid inloggning i olika IT-system.

³ SITHS är en elektronisk och används till exempel vid inloggning i tjänster, för elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system.

kring en patient till ansvarig läkare på vård-/hälsocentralen. Utöver säkra krypterade meddelanden kommer nya tjänsten även kunna användas till säkra videomöten. Vid både SDK och säkra videomöten måste personal identifieras sig med digitalt id, som BankID eller FrejaID för att få åtkomst till informationen.

En god säkerhetskultur

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

Öppna och transparenta resultat är en förutsättning för engagemang och ger verksamhetens medarbetare feedback på det arbete som genomförs. Genom att öppet lyfta fram både bra resultat och resultat som kan bli bättre avdramatiseras området. Det handlar inte om att peka ut brister – utan att visa på goda exempel. Det kan även bidra till att verksamheter samarbetar bättre och hjälps åt för att tillsammans skapa en mer likvärdig vård och omsorg, oavsett var vård- och omsorgstagaren får sitt stöd.



Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat

Den nya modellen kring systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen stödjer användningen av öppna oidentifierade data. Med stöd av det nya analysverktyget Kuben och Hypergene kan hälsodata och avvikelser från verksamhetssystemet Lifecare kunna visualiseras och vara underlag för styrning och kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetskultur mätning

Efter första baslinjemätning våren 2024 genomförs mätning av patientsäkerhetskulturen i hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde varje år. Resultaten och förändringarna mellan åren kan nu analyseras bättre, när det finns tre mätningar. Dock har antalet som deltagit och svarat på mätningen minskat från de två första årens mätningar. Resultatet visar att ett 40-tal medarbetare svarat på kulturmätningen (2024, 37 medarbetare, 2025, 41 medarbetare), för att sedan sjunka till 25 svar 2026.

Sammanfattande slutsatser

Resultaten kring mätning av patientsäkerhetskulturen visar att grunden är stark inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Områden som utmärker sig som särskilt starka är:

- Mycket hög psykologisk trygghet
- God riskmedvetenhet
- Stabil säkerhetskultur

2025 var ett tydligt negativt år, där resultaten minskade inom flera frågeområden.

- Flera indikatorer sjönk, som att lära av det som fungerar bra och våga prata om egna misstag
- Fritext visar bemannings- och ledningsproblem
- Sannolikt verksamhetsbelastning eller organisationspåverkan

2026 visar att en viss återhämtning har skett, men inte fullt ut.

- Flera mått förbättras, som att anpassa arbetet utifrån nya förutsättningar och bemötande på arbetsplatsen när medarbetaren behöver hjälp
- Men teamarbete och patientdelaktighet halkar efter
- Fortsatt kritik mot ledarskap och kompetens

Största utvecklingsområdena handlar om utveckla:

- Patientdelaktighet/personcentrering
- Teamarbete
- Upplevelse av förbättringsarbete
- Ledningsnärvaro och stöd
- Kompetens i baspersonal

Resultatet ska tolkas med viss försiktighet, då antalet svar sjunkit framför allt vid 2026 år mätning. Resultatet kommer analyseras vidare och återföras till hälso- och sjukvårdens medarbetare, både för att fånga upp viktiga utvecklingsområden, men även för att vid nästa mätning kunna öka deltagandet i undersökningen.

Professionsträffar

Inom hälso- och sjukvården genomförs löpande så kallade professionsträffar där det finns möjlighet att diskutera områden och delar som verksamheten behöver utveckla. Det kan exempelvis vara att lära sig nya arbetssätt, användning av ny medicinteknisk utrustning mm.

Öka kompetensen kring patientsäkerhet

Under 2025 nådde verksamheten inte målet att all leg personal ska gå Socialstyrelsens webbutbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”. Därför är detta ett fortsatt mål även under 2026.

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.



Kontinuitet och bemanning

Under större delen av året har verksamheten haft ett visst behov av konsultsjuksköterskor pga. vakanta tjänster, föräldraledigheter och sjukskrivningar. Läget har succesivt förbättrats i slutet av året och förväntas stabiliseras än mer under våren 2026.

Utvärdering av sommaren 2025 för hälso- och sjukvårdspersonalen skedde via en enkät som skickades ut till varje enskild medarbetare, som då hade möjlighet att ge feedback på hur de upplevde att sommaren hade varit utifrån exempelvis arbetsbelastning och samverkan. Syftet är att identifiera eventuella områden som behöver utvecklas inför nästa sommarperiod. Resultatet visar att sommaren har upplevts som mycket bra. Exempelvis har all legitimerad personal svarat att man rankar sin arbetsmiljö till 7.8 på en 10-gradig skala. Analysen av resultatet visar att de bakomliggande orsakerna till det positiva resultatet var det nya planeringsupplägget för semesterperioderna (4 överlappande perioder), organisering av sjuksköterskor (samma som planeras införas vid byte av lokal) samt sommaranställda hälso- och sjukvårdsassistenter.

All personal inom hälso- och sjukvården som arbetar vårdnära har möjlighet att få en repetitionsutbildning i hjärt- och lungräddning (HLR). Hälso- och sjukvården har egna instruktörer som utbildar. Det har gjorts en planering för att återkommande kunna utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i HLR. På samma sätt får alla sjuksköterskor utbildning i klinisk bedömning och i beslutstödet ViSam, som används i Härnösand sedan några år tillbaka.

Förflyttningsombuden som funktion har avvecklats. Förflyttningsombuden nyttjades inte tillräckligt för att kunna motivera regelbunden utbildning av dem. Ombuden avvecklades därför under 2025.

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 §

Under 2025 har samverkan mellan hälso- och sjukvården och anhörigstödet fortsatt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har bjudits in till anhörigträffar inom demensområdet. Samverkan kommer fortsätta under 2025. Tema har också hållets kring den nyligen inrättade Bedömnings- och insatsteamet, hur fall och fallskador kan förebyggas och sprida användningen av Appen Säkra steg – som kan hjälpa den enskilde att förebygga fall och fallskador med enkla övningar i hemmet.

Synpunkter och klagomål

Under 2024 startades en ny modul i Lifecare för att ta emot klagomål och synpunkter kring hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Till den nya modulen har det under 2025 inkommit 15 ärenden, varav tre stycken berör hälso- och sjukvården. Två ärenden handlar om kommunikation och en om vårdnivå och ansvar i hemsjukvården.

Närståendeenkät efter att en anhörig avlidit

Försök som påbörjades 2023, genom att erbjuda närstående att svara på frågor hur de upplevt vården i livets slutskede, har permanentats och ingår från 2024 som en del i att utveckla vården i livets slutskede. Resultaten förs in direkt i Svenska Palliativregistret och verksamheten kan sedan ta del av resultaten. Följsamheten kring att erbjuda anhöriga detta var 48% under 2025, men något lägre än 2024. Övriga resultat kring vård i livets slut, se bilaga 2.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

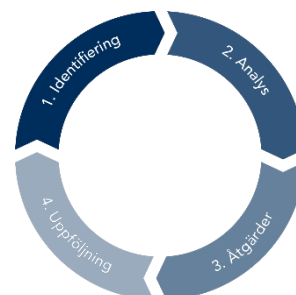
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024, har legat till grund för förvaltningens analys och lokala handlingsplan, som antogs av Socialnämnden mars 2022.

Handlingsplanen har legat som en grund för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Under 2024 har Socialstyrelsen arbetat med att revidera den nationella handlingsplanen och den beslutades under våren 2025, för att sedan gälla fem år mellan 2026 och 2030. I och med detta ska den lokala analysen i Härnösand uppdateras, utifrån den nya nationella handlingsplanen.

Under området ”Agera för säker vård” används arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att följa fyra steg:

1. Identifiering
2. Analys
3. Åtgärder
4. Uppföljning av åtgärd



Resultat i korthet

Område	Mål	Resultat	Analys	Åtgärd	Källa
Olämpliga läkemedel	Minska i säbo	Stående 8,4% Vid behov 3,1%	Minskat Ökat	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Olämpliga läkemedel	Minska i hemsjukvård	Stående 7,4% Vid behov 2,5%	Minskat Minskat	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Sömn läkemedel Säbo	Minska	2023 – 26,7% 2024 – 18,4% 2025 – 20,3%	Ökat med 1,9%	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Neuroleptika Säbo	Minska	2023 – 21,2% 2024 – 15,6% 2025 – 14,0%	Minskat med 1,6%	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Trycksår	Minska	2023 – 25 st 2024 – 27 st 2025 – 31 st	Ökat antal personer med trycksår	Sprida resultat och öka kompetens inom området med en satsning kring svårsläkt sår.	Kvalitetsregister, löpande
Undernäring	<Antal med BMI<22	2023 – 114 st 2024 – 82 st 2025 – 74 st	Minskat antal personer med BMI <22	Riktlinje kring undernäring, öka kompetens med stöd av digital utbildning via Foodix.	Kval.register löpande
Fall med skada	Minska	2023 – 152 st 2024 – 134 st 2025 – 136 st	Oförändrat antal	Fler förebyggande insatser som minska olämpliga läkemedel	Hypergene BI-system
Ohälsa mun	Minska	2023 – 95 st 2024 – 96 st 2025 – 106 st	ökat antal personer med ohälsa i munnen	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Kval.register löpande
Blåsdysfunktion	Öka	2025 – 8 registreringar	Öka antalet registreringar	Ökad kompetens inom området och stöd av modern teknik	Kval.register löpande

Tabell 1: Se detaljerade resultat i bilagorna 5-7

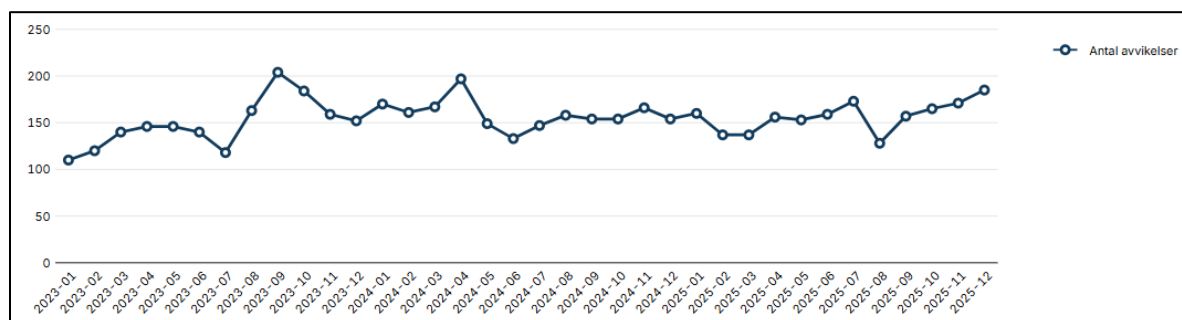
Öka kunskap om inträffade vårdskador

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?

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering av avvikelser kan avvikelser följas i realtid. Linjediagram kan visa antalet avvikelser per månad ner på verksamhets- och avdelningsnivå. Med det nya stödet kommer förekomsten av risker och systembrister i verksamheten, samt konsekvenser för den enskilde som varit föremål för en brist eller risk kring hälso- och sjukvård, att kunna följas av den enskilda verksamheten och som underlag för det lokala kvalitetsarbetet.



Figur 2. Antal avvikelser alla riskområden från januari 2023 till december 2025. Resultatet visar en svag uppåtgående trend. Sannolikt beror detta på att mörkertalet minskar och fler avvikelser rapporteras av vård och omsorgens medarbetare.

Vilka olika typer av patientsäkerhetsrisker som förekommer i verksamheten är också viktiga att kunna följa. Det är dock när sammanställningar av resultaten till verksamhetens medarbetare sker som effekter kan uppnås. Verksamhetens medarbetare kan då ställa sig frågan, hur gör vi i vår verksamhet för att minska fel kring läkemedel, när inträffar fall och fallskador, mm.

Nedan redovisas resultat från modulen ”Lifecare vårdskada”, som även återfinns i det nya BI-systemet.

Typ av avvikelse	2023	2024	2025	Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Avvikelse i vårdkedjan inkommande	21	23	24	Läkemedel fel person	0	11	5
Avvikelse i vårdkedjan utgående	65	57	44	Läkemedel fel tid	23	30	32
Fall med skada	148	129	132	Läkemedel injektion/infusion	6	5	7
Fall utan skada	505	454	431	Läkemedel saknas/försvunna	33	56	51
Olycksfall/halkolycka (SoL)	181	141	140	Läkemedel utebliven dos	240	281	221
Hjälpmedel	11	20	16	Trycksår	3	12	7
Information	42	35	19	Vård och behandling	32	48	73
Läkemedel fel dos	36	29	27	Vårdrelaterad infektion	1	0	1

Tabell 2. Fall med skada tenderar att minska, vilket även fall utan skada har gjort. Det finns ett starkt samband mellan olämpliga läkemedel för äldre och risken för fall. Andelen av olämpliga läkemedel har minskat, vilket kan ge denna positiva effekt på fallen. Läkemedel till fel person har minskat från toppnoteringen 2024 – vilket även det är bra. Helst ska inga sammanblandningar av patienter kunna ske.

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.



Uppföljning, egenkontroller kopplat till patientsäkerhet

Under senaste åren har ett flertal uppföljningsverktyg och egenkontroller utvecklats, för att på ett enkelt sätt kunna säkerställa att system och processer är väl fungerande och för att minska risken för undvikbara kvalitets- och patientsäkerhetsrisker. Det har handlat om egenkontroller kring basala hygienrutiner, mätning av olämpliga läkemedel, förekomst av svårläkta sår, systematisk i hantering av avvikelser, mm. Med nya BI-system på plats kan nya och än bättre egenkontroller utvecklas som verksamheten dessutom kan ta del av i realtid och följa själva i sin verksamhet.

Nya föreskrifter kring delegering 2026

Under 2025 har arbete och planering genomförts för att anpassa kommunens riktlinjer och stöd till de nya föreskrifterna kring läkemedelshantering som börjar gälla 1:a januari 2026. De gamla föreskrifterna, som var från 1997, har tagits bort av Socialstyrelsen och nya normeringar kring delegering av läkemedelshantering har tillförts läkemedelsföreskriften⁴ istället. I samband med detta ändrades flera delar i delegeringsprocessen som föranlett att kommunen behöver hitta nya lösningar kring hur personalens kompetens ska utvecklas kring läkemedelshantering och hur kunskaperna ska kunna testas och följas upp. Den nya föreskriften från Socialstyrelsen innehåller övergångsbestämmelser, så kommunen har större delen av 2026 på sig att ta fram bra stöd, utbildningar och rutiner kring området – som ska skapa goda förutsättningar för en god och säker hantering av läkemedel. Vid övriga delegeringar inom hälso- och sjukvårdsområdet, ska Patientsäkerhetslagen tillämpas.

⁴ HSLF-FS 2017:37

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.



Riskhantering Anders

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 händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

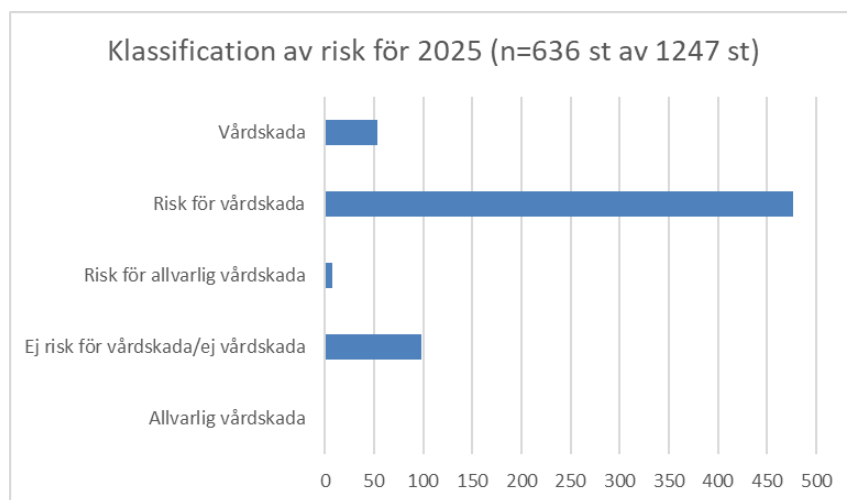
Varje avvikelse ska bedömas av ansvarig handläggare, oftast enhetschefer i verksamheten. Enhetschefen ska bedöma sannolikhet kring att händelsen kan inträffa igen, samt konsekvenser. Sannolikheten för upprepning bedöms utifrån fyra nivåer samt allvarlighetsgrad i fyra nivåer. Se tabell nedan. Ju högre riskpoäng, ju större anledning att utreda den enskilda avvikelsen. Sedan kan sannolikheten vara låg, men konsekvensen vara katastrofal och då ska alltid medicinska ansvarig sjuksköterska informeras.

Sannolikhet för upprepning	Allvarlighetsgrad				
		Katastrofal(4)	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)
	Mycket stor(4)	16	12	8	4
	Stor(3)	12	9	6	3
	Liten(2)	8	6	4	2
	Mycket Liten(1)	4	3	2	1

Figur 3. Riskmatris som används i avvikelssystemet.

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering kan resultat kring dessa två axlar – för värdering av hälso- och sjukvårdens risker – följas på ett bättre sätt.

Utöver denna tvåaxlade bedömningen ska enhetschef, ofta tillsammans med legitimerad personal, klassificera avvikelsen. I diagrammet nedan ses fördelningen av utredda avvikelser. Av 1247 stycken rapporterade avvikelser har 636 stycken bedömts, vilket är en lägre andel än 2024.

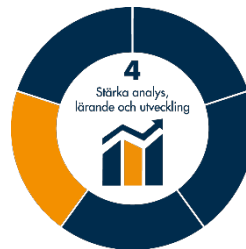


Figur 4. Andelen avvikelser som fått en riskklassning är lågt och behöver förbättras. Enhetscheferna behöver stöd för att minska handläggningstiden och utreda avvikelser hela vägen till avslut, vilket även analyseras nedan.

Med stöd av det nya systemet för visualisering kan möjligheten att analysera och även återföra avvikelser och dess resultat till verksamhetens medarbetare öka. Utan feed back på det som medarbetarna rapporterar som fel och brister i verksamheten – minskar viljan och förutsättningarna att arbeta med kvalitetsutveckling.

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?

Användning av kvalitetsregister kommer att förbättras, genom att en journalintegration skapas mellan patientjournalen Lifecare HSL och olika kvalitetsregister. Först ut är kvalitetsregistret Senior alert som stödjer arbetet kring vårdprevention. Arbeta pågår för att integrera kvalitetsregistret Senior alert i Lifecare HSL. Andra viktiga register är Rikssår samt Svenska Palliativregistret. Även inom demensområdet kan resultat från kvalitetsregistren BPSD⁵-registret samt Svedem⁶ bidra med viktiga resultat för utveckling av vårdens kvalitet. Enligt planer från systemleverantören skulle detta arbete vara påbörjat redan under 2022 – men någon exakt tidsplan för arbetet har leverantören Tieto inte kunnat ge. Resultat kring kvalitetsregistren återfinns i bilagorna.

Klagomål och synpunkter Anders

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

Synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården kan från 2024 komma in antingen muntligt eller via brev, e-post till förvaltningen, genom kommunens e-tjänst ”Synpunkt felanmälan”, eller via förvaltningens nya modul för Klagomål och synpunkter som startades upp våren 2024. Under 2025 har det inte inkommit något ärenden i e-tjänsten ”Synpunkt felanmälan” som berör hälso- och sjukvården. I den nya modulen i Lifecare för att ta emot klagomål och synpunkter kring hälso- och sjukvården samt socialtjänst har det under 2025 inkommit 13 ärenden, varav 4 stycken berör hälso- och sjukvården. Två ärenden handlar om sårvård och ett handlar om hjälpmedel i hemmet. Alla tre har blivit hanterade och besvarade av verksamheten. Ett ärende har avvisats, då det rör en intern avvikelse mellan medarbetare.

Det är positivt att medborgare vänder sig till kommunen när de upplever brister eller fel. Det stödjer verksamheten att ständigt utveckla kvalitén och möta upp medborgaren på ett bättre sätt.

Patientnämnden

Ungefär 2 procent av de registrerade ärendena som inkommit till Patientnämnden (från samtliga kommuner i regionen som är anslutna till Patientnämnden) avsåg ”Kommunal vård”. Det är en ökning från 21 ärenden 2024 till 29 ärenden 2025. Kommunala ärenden avser den sjukvård som kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för. Det är främst anhöriga som inkommit med ärenden rörande sina äldre anhöriga. Jämfört med föregående år har ärenden gentemot den kommunal hälso-och sjukvård ökat på regionnivå, men från mycket låga nivåer. Av samtliga kommunala ärenden under 2025 (29 st) gäller sex stycken Härnösand. En handlar om kommunikation, två om vårdansvar och organisation samt tre om vård och behandling. Patientnämndens nyhetsbrev, rapporter och sammanställningar samt årliga

⁵ BPSD – ett kvalitetsregister som inriktas mot att minska Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

⁶ Svedem – ett kvalitetsregister som inriktas på att höja kvalitén på demensutredningarna.

verksamhetsberättelser publiceras löpande på intranätet för personalen att läsa och ta del av. Varje gång det sker en ny publicering skapas en nyhet på intranätet för att uppmärksamma nya rapporter mm.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Härnösand	1	2	2	2	1	3	0	6

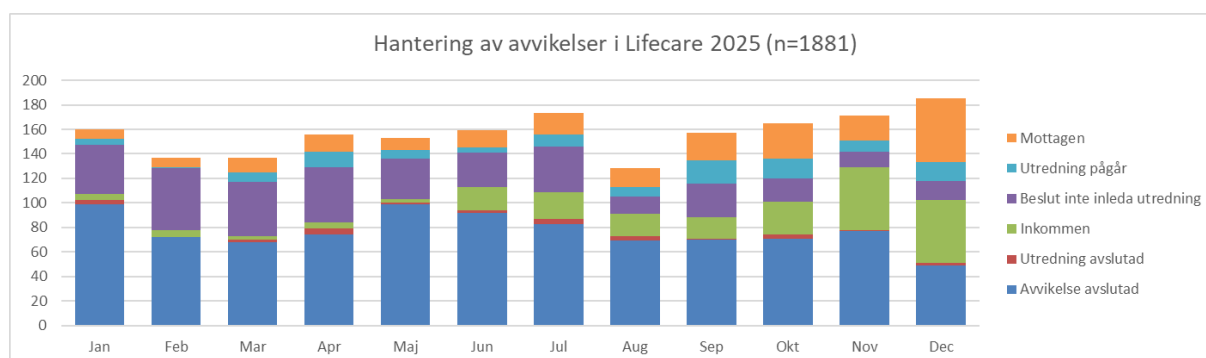
Tabell 3. Inkomna ärenden gällande hälso- och sjukvård till Patientnämnden.

Avvikelsehantering

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

För att löpande kunna följa och utveckla verksamhetens kvalitet ställer lagar och myndighetsregler krav på verksamheten att rapportera och analysera avvikelser som inträffar. Dessa ska enligt lokala riktlinjer hanteras inom en månad från att rapporten kommit in.

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering, kan hantering av avvikelser kunna följas i realtid, vilket kommer underlätta både hantering lokalt av verksamhetens enhetschefer, men även kunna säkerställa på mer aggregerad nivå att hanteringen sker i enlighet med förvaltningens rutiner. Detta har inte varit möjligt tidigare. I figuren nedan framgår hur hanteringen av avvikelser sett ut under 2025. Relativt många avvikelser, som är flera månader gamla har fortfarande inte tagits emot för utredning (gröna) och ett flertal är mottagna, men utredning inte påbörjad (orange). Med stöd av denna typ av visualisering i det nya BI-systemet kan respektive enhetschef se hur det ser ut i den egna verksamheten. Detta var mycket svårt att få en övergripande bild av tidigare. Även högre chefer (verksamhetschefer) kan följa hur hanteringen av rapporterade avvikelser hanteras inom sitt verksamhetsområde. I riktlinjen kring avvikelshantering finns det beslut på att hantering av avvikelser ska påbörjas inom 14 dagar efter händelsen och vara hanterade och avslutade inom en månad.



Figur 5 Visualisering av hantering av inrapporterade avvikelser. Denna nya visualisering finns i det nya BI-systemet som finns på plats från senhösten 2025. Nu pågår successiv implementering och utbildning i hur detta nya stöd kan användas av verksamhetens chefer.

Målet i riktlinjen för avvikelshantering är att avvikelser ska vara slutförda inom en månad. Om avvikelser inte hanteras inom rimlig tid riskerar den bli svårare att hantera och sätta in förebyggande åtgärder. Bakgrunden till detta är att inblandade medarbetare kommer ha svårt att minnas vad som hänt, vilket försvårar utredning av händelser.

Analys och åtgärder

Avvikelser i avvikelssystemet tenderar att bli allt för gamla innan de hanteras, eller inte hanteras alls. Med stöd av de nya visualiseringarna finns förhoppningen att detta ska bli tydligare hur respektive verksamhet ligger till i sin lokala hantering. Resultaten kan aggregeras och ses från avdelningsnivå, upp till verksamhetsnivå och övergripande nivå – det kan skapas ett förväntanstryck att respektive verksamhet ska ha ordning på sina avvikelseflöden.

Ny teknik – till stöd för ökad patientsäkerhet och patientmedverkan Anders

Under 2025 har nya arbetssätt med stöd av ny teknik fortsatt att spridas och utvecklas i verksamheten. Målet med den nya tekniken har bland annat varit att stödja befintliga arbetssätt, öka kvalitet och säkerhet och involvera den enskilde patienten med assisterad egenvård.

De nya områdena har bland annat varit:

- **Användning av BI-system för att visualisera resultat från verksamhetssystemet:** Under våren 2025 påbörjades uppsättning och implementering av två nya BI-system, som ska hjälpa till att visualisera resultat från verksamhetssystemet Lifecare olika delar, som det beskrivits om på flera ställen i detta dokument. Avvikelse visualiseras i det redan befintliga systemet Hypergene. Där finns aktuella data från avvikelsesystemet tillgängligt för chefer och annan ledningspersonal. Övriga delar från Lifecare verksamhetssystem visualiseras i Kuben, ett system inriktat mot att visualisera data från bl.a. socialtjänstens olika delar som; IFO, hemtjänst, särskilt boende funktionsstöd och hälso- och sjukvården. Från senhösten 2025 finns hälso- och sjukvårdens samtliga åtgärder inom alla verksamhetsgrenar, utom IFO (där kommunen saknar hälso- och sjukvårdsansvar), upplagt. Arbete pågår för att få in socialtjänstens uppgifter kring hemtjänst, särskilt boende, funktionsstöd och daglig verksamhet/dagverksamhet. Det som saknas är framförallt IBIC⁷-bedömningar på mer detaljerade nivåer. IBIC bedöms redan idag under biståndsbedömningen, men bara på en övergripande nivå. Detta arbetssätt ska ändras och när detta är på plats kan Kubens visualiseringar komma till sin fulla rätt, som beslutsstödsystem, resurssättning och kunna följa kvalitet och belastning på verksamheten i realtid.
- **Användning av läkemedelsautomater i ordinärt boende:** Från hösten 2024 påbörjades breddinförande av läkemedelsautomater och vid årsskiftet 2023-24 hade 45 patienter i ordinärt boende tillgång till stödet. Efter detta har antalet aktiva läkemedelsautomater förändrats med en topp på 50 stycken läkemedelsautomater för att sedan minska till 36 stycken i slutet av 2025. Nedgången behöver analyseras, för att få veta mer om orsakerna till nedgången. Följsamheten till läkemedelshanteringen vid användning läkemedelsautomat är så pass hög som 99.4-99.8% - vilket är en mycket hög följsamhet.
- **Sensorskydd i den basala utredningen av blåsdysfunktion/inkontinens:** Att använda modern teknik i denna typ av utredningar fortsätter att spridas inom hälso- och sjukvården.
- **Mätning av cirkulation i benan hos patienter med bensår:** För att snabba på och stödja en snabbare sårhäkning vid svårläkta sår på framförallt underben, ska verksamheten börja använda moderna mätinstrument för mätning av cirkulation i benen. Det är ett välkommet verktyg som kommer gynna både patienten och verksamhetens resurser. Se mer i bilaga 1.

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.

Hantering av oväntade händelser

Kontinuitetsplanen för hälso- och sjukvården revideras och uppdateras kontinuerligt under året. En specifikt avdelat funktion finns anställd på förvaltningen, för att stödja verksamheterna i kontinuitetsplaneringen. Kontinuitetsplanen ska vara ett tydligt stöd i verksamheten vid oförutsedda



⁷ IBIC – Individens Behov I Centrum – ett standardiserat sätt för biståndshandläggare att utreda en brukarens behov och nedsättningar på – som underlag till beslut om bistånd.

händelser som påverkar verksamhetens ordinarie drift, exempelvis vid strömavbrott eller driftstörningar i verksamhetssystem. Alla verksamhetsområden ska ha aktuella kontinuitetsplaner. Riktlinjen kring hantering vid värmebölja reviderades inför sommaren 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2024 pekade Socialnämnden ut det förebyggande arbetet som ett prioriterat område, samt arbetet med att minska användningen av olämpliga läkemedel hos sköra äldre. Detta arbete kommer fortsätta under 2025.

Utöver detta ska följande områden fortsätta att utvecklas:

- Äldres hälsa kopplat till nutrition, utifrån nya och reviderade föreskrifter från Socialstyrelsen, genom bland annat användning av stödet Foodix,
- Utveckling inom området blåsdysfunktion, fler som erbjuds en basal utredning samt får individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och med stöd av digitala sensorskydd,
- Genomföra Socialstyrelsens utbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”,
- Öka användningen av kvalitetsregistret Senior alert, för att stötta det systematiska arbetet och ge feed back till verksamhetens medarbetare, Målet kommer vara mer nåbart i och med journalintegrationen
- Påbörja anslutning till Svenska demensregistret (SveDem),
- Fortsätta arbetet med att minska olämpliga läkemedel, genom ökad samverkan med ansvariga läkare,
- Fortsätta breddinförande av läkemedelsautomater i ordinärt boende,
- Utveckla samverkan med läkare för att stärka teamet i framför allt i ordinärt boende,
- Fortsätta arbetssättet och samverkan kring digitala väntrum,
- Fortsätta utveckla dokumentationen i nya verksamhetssystemet Lifecare HSL, med fokus på bedömning av hälsa,
- Fortsätta utvecklingsarbetet kring svårläkta sår med både kunskap och digitala stöd, se nedan,
- Fortsätta implementering och användning av de nya BI-systemen för visualisering och analys av hälsodata från verksamhetssystemet och patientjournalen,
- Genomföra en ny analys av hälso- och sjukvården utifrån Socialstyrelsens reviderade nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030 kommit i tryck under 2025
- Starta upp arbetsgrupp i socialförvaltningen kring tillämpning av nya lagstiftningen samordnad vård och omsorgsinformation (SVOD) och producent av hälsodata till nationell patientöversikt (NPÖ), samt;
- Fördjupad samverkan tillsammans med vård/hälsocentraler – inom ramen för en OMTÄNKT-allians – där kommunen får stöd av forskare för att testa nya sätt att organisera vård och omsorg kring sköra äldre.

Många av ovanstående utvecklingsområden behöver även samverkas med och samordnas tillsammans med socialtjänstens övriga verksamheter samt med Region Västernorrland och då framförallt kommunens lokala vård-/hälsocentraler.

Bilaga 1. Satsning kring svårläkta sår

I data från kvalitetsregister och egenkontroll har det visat sig att antalet patienter med svårläkta sår är högt i Härnösands kommuns verksamheter, jämfört med andra kommuner i länet och landet. Detta är plågsamt för den enskilde patienten, men kostar även stora personella resurser vid omvårdnad och omläggningar av såren samt kostnader för omläggningsmaterial. För att få rätsida på detta bristområde beslutades att genomföra en satsning kring svårläkta sår och med stöd av ett specialistutbildat sårvårdsteam. Satsningen har innehållit olika delar som föreläsningar kring svårläkta sår, handledning på plats av specialistsjuksköterska i sårvård samt digitalt stöd via app, som med stöd av AI (artificiell intelligens), bedömer sår. Arbetssättet bygger på strukturen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd kring svårläkta sår.

Satsningen har pågått sedan våren 2024 och kan följas av verksamhetsledningen via en resultatportal.



Figur 6. Under våren 2025 övergick verksamheten successivt till en ny teknisk lösning kring registrering av sår, därav ser antalet sår ut att öka. Totala antalet sår har dock legat på ungefär 60 sår, med en något minskande trend.

Resultat

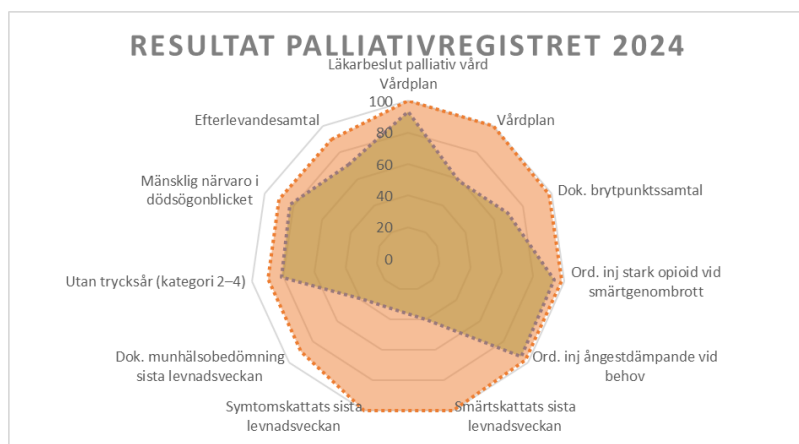
Under 2025 har totalt 84 sår läkt, med en genomsnittlig läkningstid på 60 dagar. Varje sår som läker är en vinst för både den enskilde individen, men ger även en viktig feed back till teamet runt den enskilde. Under 2025 har det även visat sig att andelen sår utan diagnos fortsatt har legat högt ~25-30 procent, medan bensår legat lågt. Troligen är det avsaknad av cirkulationsmätning som gjort att venösa bensår inte fått en korrekt diagnos och då påverkat läkningen negativt. Kommunen har inte haft tillgång till utrustning för mätning av cirkulation i underbenen, men i dialog under hösten beslutades att investera i en sådan utrustning – för att säkerställa att alla patienter med bensår får en korrekt diagnos och individuellt anpassad behandling. Målet är att öka andelen korrekta diagnoser och få fler sår att läka snabbare.

Teamarbete

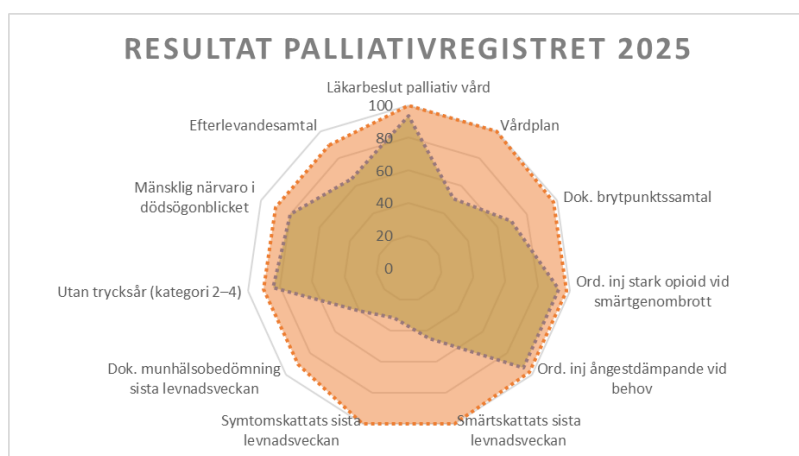
En lokal arbetsgrupp med legitimerade medarbetare från hälso- och sjukvården har under 2025 arbetat fram nya rutiner kring hantering av sår och svårläkta sår i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska. En helt ny vårdprocess har utvecklats och målet är att fastställa denna under våren 2026 och i samverkan med de lokala vård-/hälsocentralerna. Arbetet kring svårläkta sår är ett teamarbete, där teamets olika medlemmar ansvarar för olika delar kring patienten – men i samverkan med varandra, alltför att ge så bra betingelser som möjligt för att såret läka.

Bilaga 2. Resultat från Svenska Palliativregistret

God vård i livets slut är ett viktigt och angeläget område att utveckla. Genom att använda Svenska Palliativregistret kan kvalitén följas över tid. I spindeldiagrammen nedan visas resultat mellan 2024 och 2025. Antalet registreringar har ökat successivt mellan åren, från 2021 med 27 registreringar till 2023 med 80 registreringar. För 2025 var antalet 75, samma som 2024. Verksamheten kan ta del av sina lokala resultat för att utveckla vården i livets slutskede.



Figur 7. Resultat från Svenska palliativregistret 2024.



Figur 8. En ny indikator tillkom under 2024, vårdplan i livets slut. Målet är 100 procent och kommunen ligger fortsatt på 60 procent. Där finns det utvecklingsarbete att göra.

Inhämta anhörigas upplevelser

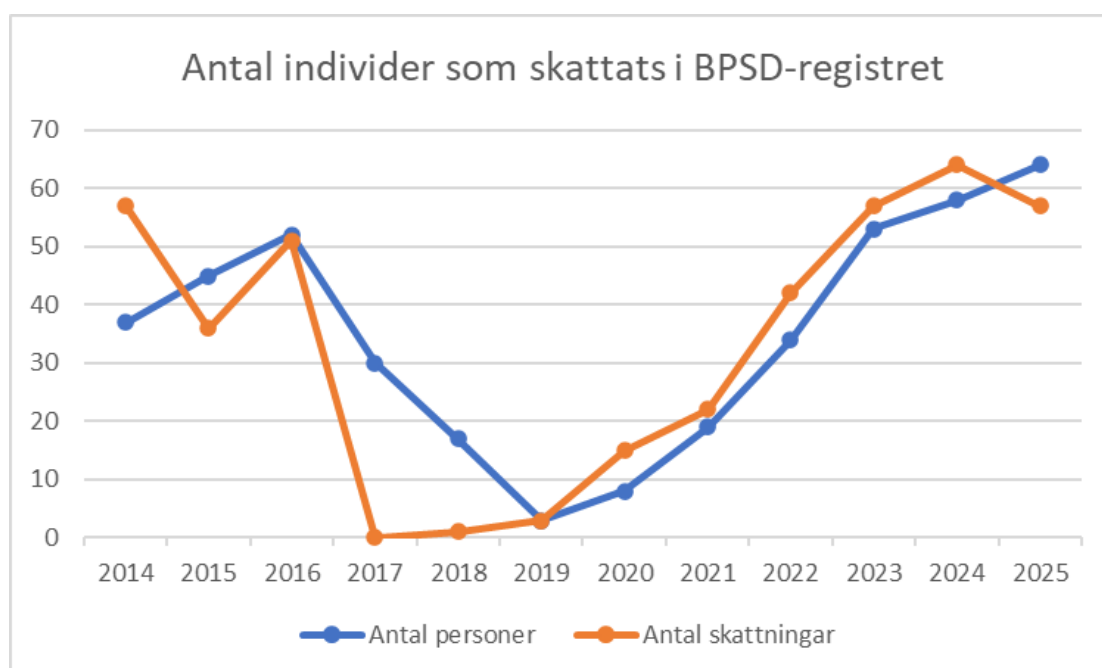
Från 2024 har rutinen att erbjuda efterlevande anhöriga möjlighet att besvara en enkät hur de upplevt sin närståendes sista tid i livet genomförts. Av 75 dödsfall 2025 hade detta erbjudande gått till 46 procent, vilket är ett mycket bra resultat för en så pass ny rutin, men något lägre än 2024. Resultatet kan tas ut av verksamheten själv och användas i det lokala förbättringsarbetet.

Bilaga 3. Resultat från BPSD-registret

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men påverkar även för närstående och vårdpersonal med en ökad belastning.

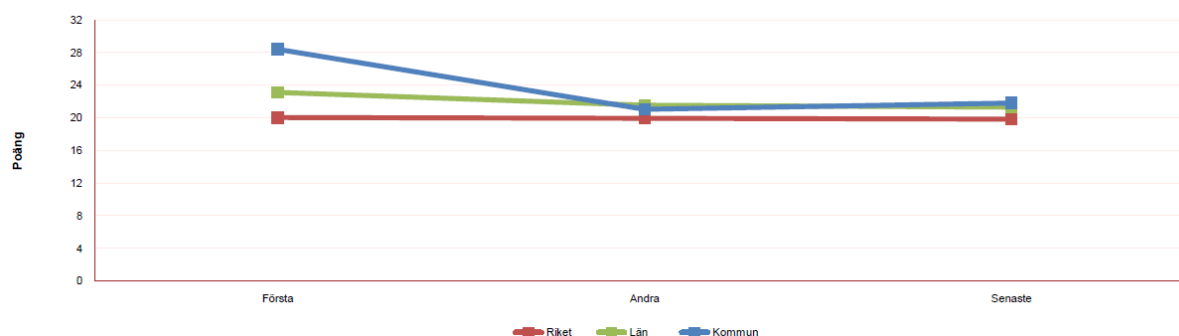
Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, Nursing Home (NPI-NH) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. När personalen arbetat med åtgärderna under en bestämd tidsperiod, utvärderas dessa genom att göra en ny NPI-skattning och upprepa processen.



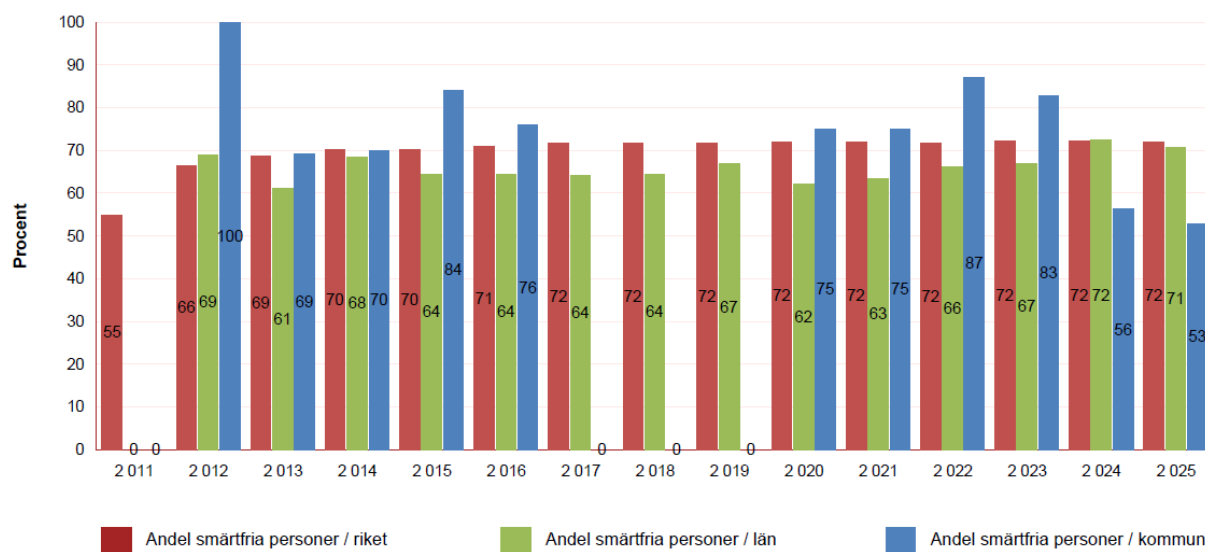
Figur 9. Antalet unika personer och skattningar har ökat varje år från 2020. Det innebär att resultaten nedan blir mer och mer tillförlitliga varje år.

NPI-poäng över tid för samtliga registrerade personer vid skattning av BPSD-symtom.



Figur 10. På aggregerad nivå i Härnösand förbättras den enskildes mående initialt (fjärre NPI-poäng). NPI-poängen ligger sedan på en stabil nivå per skattningstillfälle.

Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år.



Figur 11. Blå staplarna = Härnösand, gröna = Västernorrland. Andelen individer på aggregerad nivå i Härnösand som är smärtfria låg lägre i Härnösand mot både riket och övriga kommuner i länet för 2025.

Utvecklingsarbete

Härnösands kommun har certifierade utbildare, som dels utbildar nya administratörer för att arbeta med BPSD-registret, men även som handledare och metodstöd till verksamhetens medarbetare.

Under 2025

Under 2025 har 1 chef, 1 arbetsterapeut, 1 fysioterapeut, 1 sjuksköterska, 1 biståndshandläggare och 3 undersköterskor utbildats i BPSD-registret. BPSD-registret har använts i samband med handledning i särskilt boende, totalt 65 unika patienter i skarpa registret, vilket är kommunens högsta siffra sedan starten med registret 2014. Testdatabasen har använts vid skattning av färre patienter mot tidigare år, vilket är bra. 6 personer inom hemtjänsten och 9 personer i särskilda boenden. Orsaken till att dessa "sidoskattningar" är att dessa brukare saknar en demensdiagnos satt av läkare. Kommunens medarbetare behöver fortsätta att påtala behovet till ansvarig läkare om vikten av en demensdiagnos. Diagnosen är många gånger en grundläggande uppgift för att kunna ge en god och bra omsorg till dessa brukare.

Den certifierade utbildaren har även vid flera tillfällen varit ute på särskilda boenden, och på gymnasiet och föreläst om registret och om demenssjukdomar. Handledning har även genomförts mot chefer, legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal samt biståndshandläggare.

Bilaga 4. Resultat kring olämpliga läkemedel

Nulägesmätning av läkemedel – i samverkan med regionen

När det gäller stående ordinerade läkemedel så har Härnösand legat kring genomsnittet i länet. Detta har dock förändrats under de senaste åren. 2023 låg särskilda boenden Härnösand högst i länet, medan det sjunkit något i ordinärt boende. 2025 har denna positiva trend fortsatt i både särskilda boende och ordinärt boende, se tabell nedan. Andelen vidbehovsläkemedel ligger på länsmedlet eller strax under för både särskilda boenden och ordinärt boende.

Användning av sömnläkemedel, neuroleptika och oxazepam (ett lugnande läkemedel) har ändrats marginellt sedan 2024 med en viss minskning kring neuroleptika. Alla tre läkemedelsgrupperna är olämpliga att använda över tid till sköra äldre. Användning av dessa läkemedelsgrupper på sköra äldre riskerar ett ökat antal vårdskador och sämre mående hos gruppen som får sin vård och omsorg av kommunen. Användning av läkemedel för att dämpa personer med utåtagerande beteende kan betraktas som en kemisk begränsningsåtgärd, som inte har stöd i lagstiftningen. För att komma tillrätta med detta behövs sannolikt mer kunskaper och metoder kring utmanande beteende (exv. BPSD) till både chefer, legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal.

Andel stående läkemedel per patient i Härnösand

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SÄBO	7,4	7,2	7,0	7,5	7,7	8,2	8,7	8,7	9,8	9,0	8,4
Ordinärt boende	5,9	6,7	6,7	7,0	7,1	7,4	7,0	7,9	7,7	7,9	7,4

Tabell 4. Antalet läkemedel per patient har ökat i särskilt boenden för äldre och sjunkit i ordinärt boende

När det gäller symtombedömning inför läkemedelsgenomgång (LMG) ligger kommunen på 74 procents genomförandegrad för särskilda boenden, vilket är klart lägre mot tidigare. Orsaken till detta är att brister i bemanning med sjuksköterskor på ett särskilt boende. Räknar man bort detta ligger kommunen fortsatt högt. När det gäller ordinärt boende har andelen minskat från 17 procent (2023), 36 procent (2024) – till att landa på 2 procent 2025. Orsaken till detta behöver analyseras och åtgärdas i verksamheten. Dock har inte de faktiska resultaten försämrats på grund av detta. Både stående ordinationer och ordinationer vid behov har minskat i ordinärt boende.

Åtgärder

En arbetsgrupp från flera av socialtjänstens verksamhetsområden bildades hösten 2023 för att titta närmare på området skyddsåtgärder. Det finns nu nya riktlinjer utarbetade och flera stöd på plats till stöd för verksamhetens förebyggande arbete. Arbetsgruppen har nu övergått till att arbeta med implementering av materialet. Arbetet kommer att behöva vara långsiktigt. En specifik sida på Insidan har utvecklats och den fylls på successivt som ny kunskap kommer fram och målbilden är att den ska utvecklas till en inspirationssida med goda exempel från verksamheten.

För att fortsätta att öka andelen som får en läkemedelsgenomgång genomförd i ordinärt boende samverkar kommunen med vård-/hälsocentralerna i Härnösand. Kommunens sjuksköterskor ska vara drivande och påtala behovet av läkemedelsgenomgångar kring de sköra äldre som har hälso- och sjukvård från kommunens primärvård i ordinärt boende. Lokala rutiner kring hur arbetet ska genomföras ska skrivas ner i samverkan mellan kommunen och respektive vård-/hälsocentral. Kommunens del i arbetet är att genomföra en symtomskattning, efter överenskommelse med den enskildes primärvårdsläkare. Med stöd av BI-systemet kommer läkemedelsgenomgångar kunna följas månadsvis – förutsatt att dessa dokumenteras på ett korrekt sätt i patientjournalen.

Bilaga 5. Resultat kring senior alert och trycksår

Senior alert

Under 2025 har fler unika patienter fått en riskbedömning med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Målet bör vara drygt 300 unika individer i särskilt boende. I ordinärt boende saknas idag ett aktivt kvalitetsarbete med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Dock pågår ett utvecklingsarbete och under 2026 kommer en journalintegration mellan kommunens patientjournal och kvalitetsregistret Senior alert att drifställas. Målet är att hela processen från identifierad risk till åtgärder och uppföljning ska hämtas från patientjournalen. Detta kommer öka följsamheten till rutinerna, öka täckningsgraden samt minska förekomsten av dubbeldokumentation som förekommer idag.

		Vårdprevention					Utfall					
Uppåt		Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde	
	Härnösands kommun	2021	229	95%	84%	89%	43%	13	73	7	72	
			318 av 333	266 av 318	284 av 318	128 av 300	8 personer	personer	6 personer	personer		
	Härnösands kommun	2022	261	95%	90%	90%	61%	27	108	45	78	
			366 av 387	329 av 366	328 av 366	189 av 312	25 personer	personer	24 personer	personer		
	Härnösands kommun	2023	247	97%	81%	88%	71%	30	114	26	95	
			320 av 329	259 av 320	282 av 320	211 av 296	23 personer	personer	14 personer	personer		
	Härnösands kommun	2024	205	94%	73%	91%	78%	34	81	22	95	
			278 av 295	202 av 278	254 av 278	131 av 169	28 personer	personer	18 personer	personer		
	Härnösands kommun	2025	245	90%	83%	94%	79%	31	74	72	106	
			308 av 342	256 av 308	291 av 308	163 av 207	25 personer	personer	30 personer	personer		

Figur 12. Resultat från kvalitetsregistret Senior alert.

Senior alert, området Blåsdysfunktion

Alla som har urinläckage eller andra urinvägsproblem, även kallat blåsdysfunktion, ska få sina besvär utredda, åtgärder insatta samt få individuellt utprovade inkontinensskydd förskrivna av legitimerade sjuksköterskor. Allt för få sköra äldre i särskilda boenden får detta, vilket kan ses i resultat från öppna jämförelser samt i onödigt höga kostnader för hjälpmedel.

För att komma tillrätta med detta kan modulen blåsdysfunktion användas i Senior alert samt användning av inkontinenshjälpmedel med sensorer – som mäter när ett läckage inträffar. Ett utvecklingsarbete påbörjades 2024, men det har inte medfört någon ökad aktivitet kring detta i Senior alert. Dock kan vi se under kring användning av sensorskydd inom några utvalda särskilda boenden i kommunen. Detta arbete kommer fortsätta under 2026. Utbildningar till sjuksköterskor har givits kring blåsdysfunktion och en tydlig kravställning att öka antalet utredningar finns nu på plats. Förhoppningen är att detta ska ge effekt.

Trycksår

Andelen med trycksår har ökat i Härnösand senaste åren, och kommunen har legat något över rikssnittet. I en punktmätning (PPM) i alla kommuner i länet visade det sig att Härnösand dessutom har ett större antal svårläkta sår, där trycksår kan ingå. Detta orsakar patienter ett onödigt litande, samt är resurskrävande – både vad gäller personal som ska sköta om sårerna och dyra omläggningsmaterial. En satsning kring svårläkta sår har pågått sedan 2024 för att komma tillrätt med detta bristområde. Förekomsten av trycksår kommer nu både kunna följas inom ramen för sårvårdssatsningen, men resultat finns även att följa i kvalitetsregistret Senior alert. Vi ser i utdata från det digitala stödet kring svårläkta sår att sårerna läker och att kostnaden för sårvård minskat något sedan starten. Arbetet är långsiktigt och ska samordnas med de lokala vård-/hälsocentralerna.