

Rapport över hälso- och sjukvårdsavvikelser för Socialnämnden halvår 2026

Beslutsdatum: 2026-09-03

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Syfte	3
Omfattning	3
Resultat	3
Avvikelser enligt hälso- och sjukvård (HSL)	4
Typ av HSL-avvikelse	5
Läkemedel.....	6
Fall.....	7
Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser	8
Följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser	9
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	10
Avvikelse i vårdkedjan.....	12
Utredning och uppföljning	13
Led- och utredningstid.....	14
Allvarlighetsgrad	17
Lex Maria	18
Säkerhetskultur och hållbart säkerhetsengagemang (HSE)	19
Samlad bedömning och fortsatt riktning.....	19

Bakgrund

Enligt *Riktlinje för hälso- och sjukvård inom Socialnämndens ansvarsområde* ska MAS årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse samt en halvårsrapport avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser för årets två första kvartal.

Halvårsrapporten ska redovisas till socialnämnden under augusti eller september. Denna rapport utgör halvårsrapporten för första halvåret 2026.

Syfte

Halvårsredovisningen syftar till att analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdsavvikelser inom olika områden i verksamheterna. Genom att identifiera mönster, orsaker och trender kan lämpliga åtgärder vidtas för att förbättra respektive verksamhet och därmed öka patientsäkerheten.

Omfattning

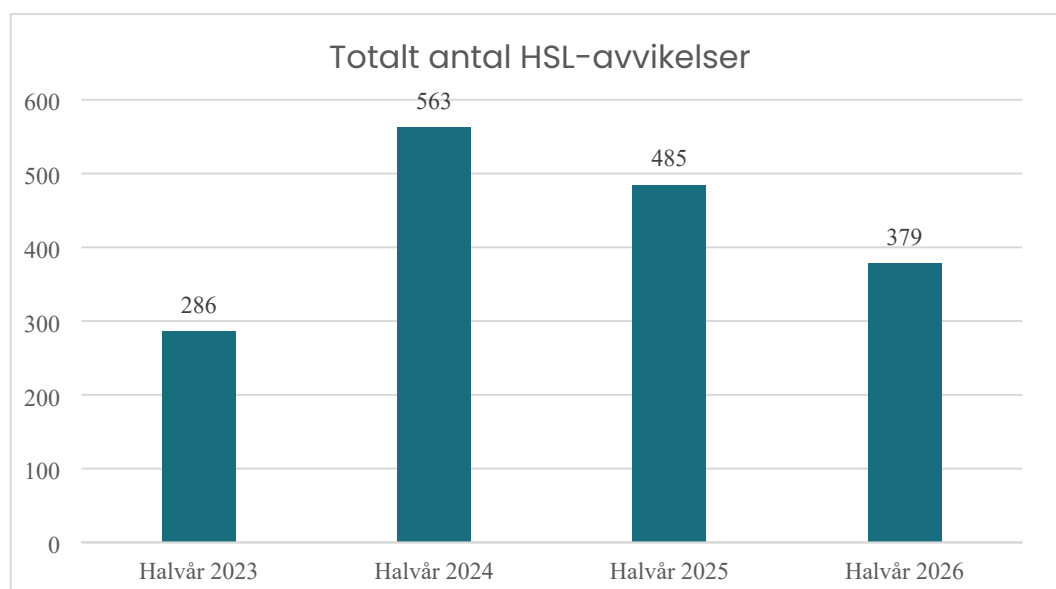
Denna halvårsredovisning undersöker och analyserar hälso- och sjukvårdsavvikelser inom egen regi av hemsjukvård, hemtjänst, särskilda boendeenheter, stödboende, personlig assistans samt Attendo hemtjänst och gruppboendena S:t Maria, Dadelvägen och Lyckåsens.

Utöver avvikelshantering omfattar redovisningen även en analys av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) samt följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser, vilka tillsammans med avvikelseområdet är prioriterade målområden i patientsäkerhetsberättelsen för 2026. Rapporten omfattar även en redovisning av medarbetarnas upplevelser av patientsäkerhet och säkerhetskultur, vilka utgör ett kompletterande underlag för den samlade bedömningen och det fortsatta förbättringsarbetet.

Resultat

Nedan redovisas resultaten inom de olika områdena. När halvårsvis redovisning anges avses perioden 1 januari till och med 30 juni.

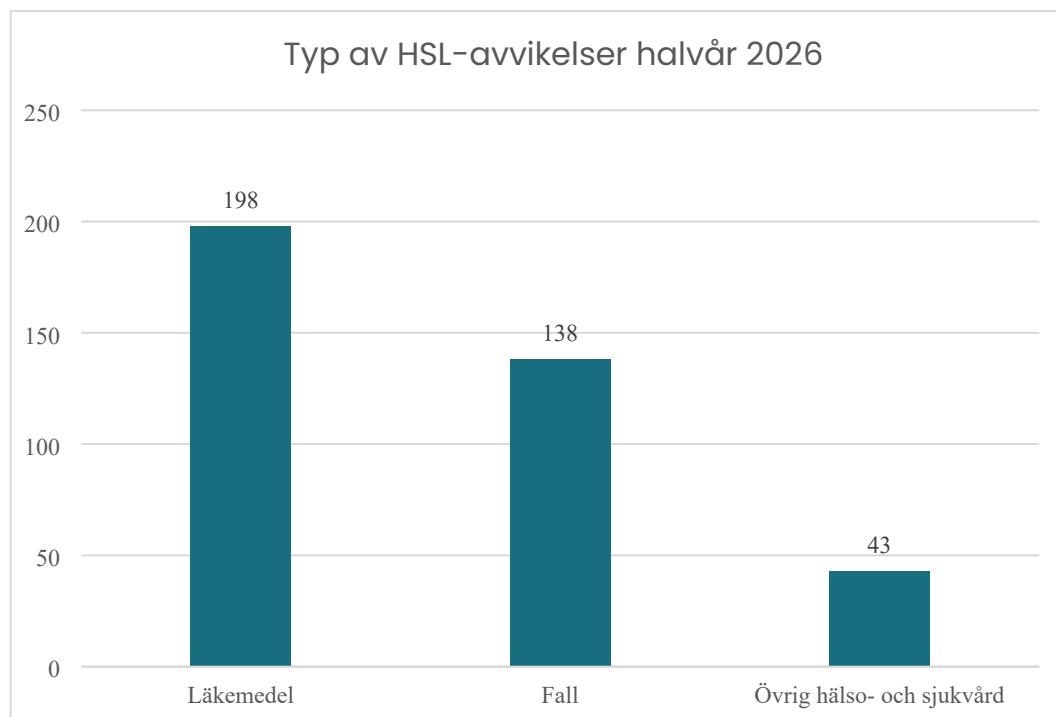
Avvikelser enligt hälso- och sjukvård (HSL)



Tabellen beskriver antal rapporterade avvikelser enligt HSL oavsett kategori.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns fortsatt en väl etablerad rapporteringskultur av hälso- och sjukvårdsavvikelser. Antalet rapporterade avvikelser under första halvåret 2026 är lägre än under motsvarande period föregående år. Samtidigt visade helårsutfallet för 2025 att rapporteringen ökade under årets senare del och uppgick till den högsta nivån hittills. Erfarenheterna från 2025 visar att rapporteringsnivån kan variera mellan årets första och andra hälft. Halvårsutfallet bör därför tolkas med viss försiktighet. De förbättrade rutinerna och den ökade medvetenheten kring avvikelshantering bedöms fortsatt ha fått ett varaktigt genomslag i verksamheten, och rapporteringsnivån bedöms ge en mer rättvisande bild av den faktiska händelsebilden än före utbildningsinsatsen 2024.

Typ av HSL-avvikelse



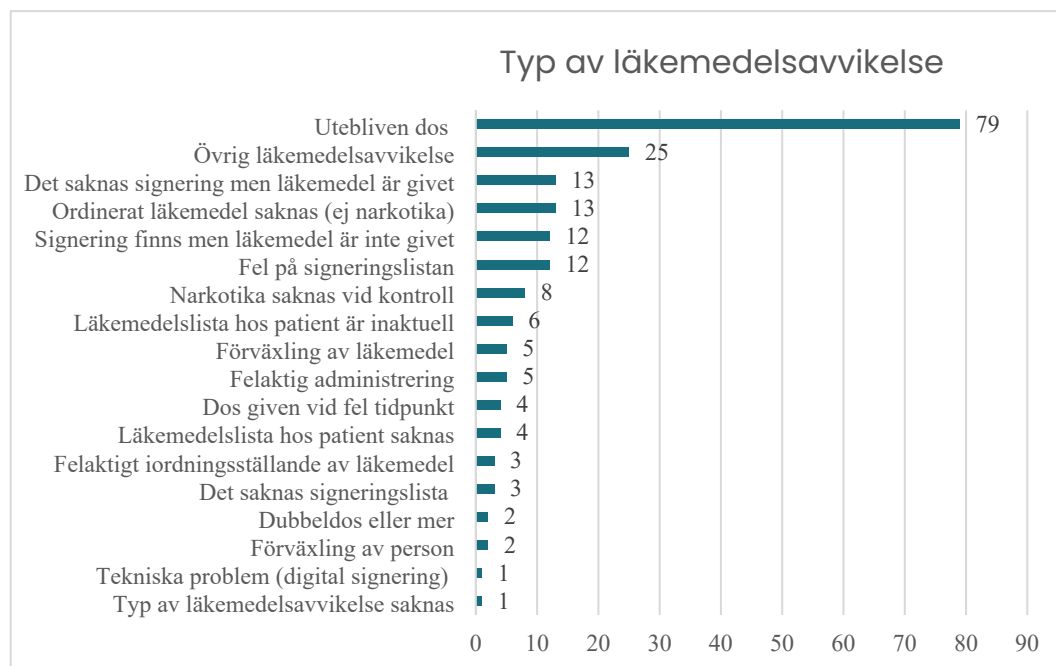
Tabellen beskriver antal avvikelser inom respektive typ av hälso- och sjukvårdsavvikelse som rapporterats under perioden 2026-01-01 till 2026-06-30.

Läkemedelsavvikelser utgör även under första halvåret 2026 den största andelen av de rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna, följt av fallavvikelser. Fördelningen mellan avvikelse typerna är i huvudsak oförändrad jämfört med motsvarande period föregående år, även om antalet rapporterade läkemedels- och fallavvikelser har minskat något. Antalet avvikelser inom kategorin övrig hälso- och sjukvård är i stort sett oförändrad.

Fördelningen bedöms fortsatt spegla att läkemedelsavvikelser och fallincidenter är händelser som är tydliga och relativt lätta att identifiera i det dagliga arbetet, vilket bidrar till en hög rapporteringsgrad inom dessa områden. Inom övrig hälso- och sjukvård kan det i större utsträckning vara svårare att uppmärksamma vad som utgör en avvikelse, vilket kan påverka rapporteringsfrekvensen.

Resultaten analyseras närmare under respektive avvikelse typ.

Läkemedel



Tabellen beskriver de olika typerna av läkemedelsavvikelser i antal som rapporterats in under perioden 2026-01-01 till 2026-06-30.

Utebliven dos är fortsatt den vanligaste typen av läkemedelsavvikelse, följt av övriga läkemedelsavvikelser. Därefter följer avvikelser kopplade till signering och ordinationshantering, såsom saknad signering trots administrerat läkemedel och ordinerat läkemedel som saknas. Liksom tidigare år bedöms dessa avvikelser huvudsakligen kunna kopplas till brister i rutinföljsamhet och användningen av det digitala signeringssystemet.

Under första halvåret 2026 registrerades drygt 125 000 stående läkemedelsinsatser i det digitala signeringssystemet (exklusive insulin). Signeringsgraden uppgick till 98,3 %, varav 90 % administrerades inom korrekt tidsram. För de insatser som administrerades utanför tidsramen var den genomsnittliga tidavvikelsen endast 12 minuter. Signeringsgraden ska dock inte likställas med andelen administrerade läkemedel, eftersom även insatser där patienten avböjt läkemedlet eller där insatsen inte kunnat utföras av andra skäl registreras som signerade i systemet. Om dessa registreringar, liksom uteblivna signeringar, exkluderas visar resultaten att minst 94,6 % av samtliga läkemedelsinsatser faktiskt administrerats enligt ordination. Det faktiska utfallet kan dessutom vara något högre, eftersom larm i vissa fall kan ha åtgärdats utan att systemet därefter genererat en signering av administreringen.

Av de insatser som saknade signering bedöms endast omkring 0,25 % av samtliga registrerade läkemedelsinsatser utgöra faktiska uteblivna doser. Den faktiska förekomsten av uteblivna doser är därmed fortsatt mycket låg i relation till den stora volymen läkemedelsinsatser.

Hemtjänsten i egen regi står fortsatt för merparten av de uteblivna doserna, trots att verksamheten omfattar färre läkemedelsinsatser än exempelvis särskilt boende. Resultatet indikerar att läkemedelshanteringen inom hemtjänsten fortfarande är mer sårbar, vilket sannolikt kan relateras till verksamhetens organisatoriska förutsättningar, där läkemedel administreras vid många patientbesök utspridda över ett större geografiskt område.

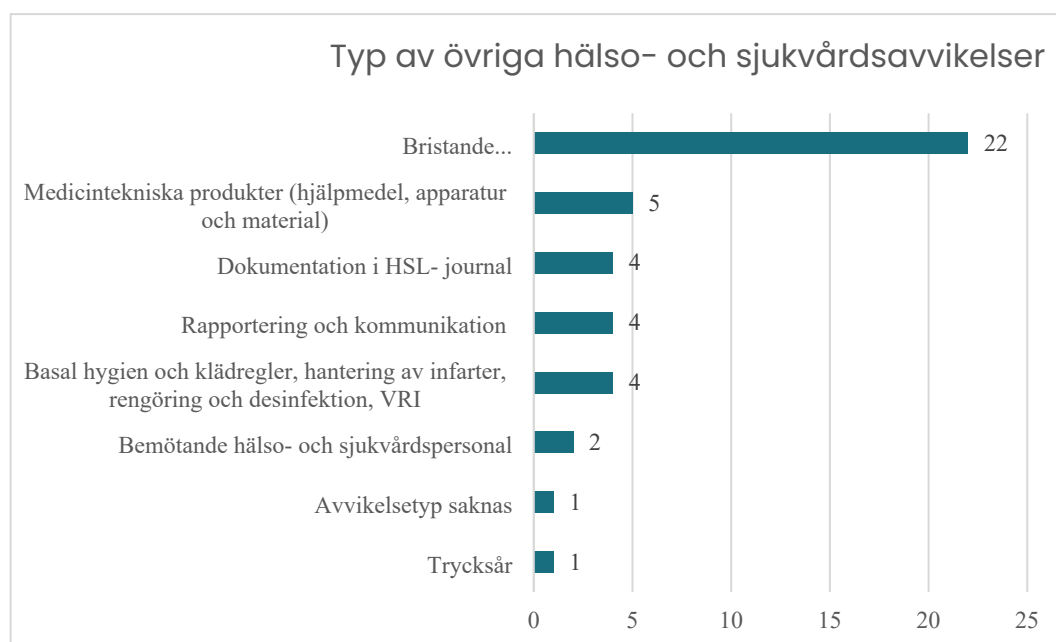
Fall

Antalet rapporterade fallavvikelser är något lägre än under motsvarande period föregående år, medan fördelningen mellan verksamheterna i huvudsak är oförändrad. Estrids gård och Hemtjänst egen regi står fortsatt för merparten av de rapporterade fallavvikelseerna, vilket är ett förväntat resultat då dessa verksamheter har flest brukare och därmed också flest personer med risk för fall.

Under årets andra kvartal rapporterades fler fall än under det första kvartalet. Ökningen bedöms delvis kunna förklaras av att ett fåtal individer på Estrids gård haft en hög fallfrekvens under perioden. Samtidigt har hemsjukvården arbetat aktivt med att identifiera och dokumentera fallavvikelser, vilket också kan ha bidragit till att fler fall rapporterats.

I likhet med tidigare år visar utredningarna att vanliga bakomliggande orsaker till fall är nedsatt kognitiv förmåga, nedsatt balans och ett försämrat hälsotillstånd. Fallen inträffar främst i den enskildes hemmiljö och kan ofta kopplas till att personen försöker genomföra förflyttningar självständigt trots behov av stöd eller hjälpmedel, vilket är särskilt utmanande vid kognitiv svikt. Resultatet understryker vikten av ett fortsatt systematiskt fallpreventivt arbete med tidig identifiering av personer med ökad fallrisk, individuellt anpassade förebyggande åtgärder samt uppföljning av inträffade fall för att minska risken för upprepade händelser.

Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser

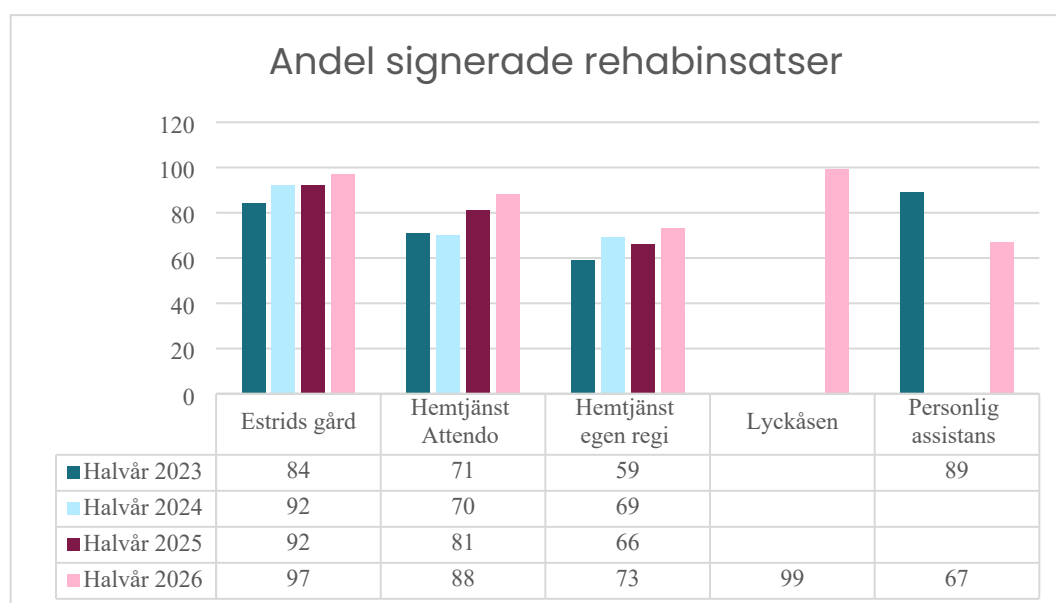


Tabellen beskriver vilka typer av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser som har rapporterats under 2026-01-01 till 2026-06-30.

Fördelningen mellan de olika avvikelsestyperna är i huvudsak oförändrad jämfört med motsvarande period föregående år. Bristande eller utebliven behandling, omvårdnad och rehabilitering är fortsatt den vanligaste avvikelsestypen inom kategorin.

En viss förändring kan ses mellan de mindre avvikelsekategorierna, men antalet rapporterade händelser är lågt och variationerna bör därför tolkas med försiktighet. Bland annat har antalet avvikelser där avvikelse typ saknas minskat, vilket kan tyda på en ökad medvetenhet om vikten av att klassificera rapporterade avvikelser korrekt. Samtidigt har antalet rapporterade medicintekniska avvikelser ökat något, medan bemötandeavvikelser minskat. Fördelningen bedöms, liksom tidigare, delvis kunna förklaras av att flera av dessa avvikelsestyper omfattar brister i arbetssätt, dokumentation och utförande som kan vara svårare att identifiera och klassificera än exempelvis fall- och läkemedelsavvikelser.

Följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser



Tabellen beskriver andelen signerade rehabinsatser i procent fördelat på enheterna.

Följsamheten till ordinerade rehabiliteringsinsatser följs upp genom andelen signerade rehabiliteringsinsatser. Målsättningen är att minst 80 procent av ordinerade rehabiliteringsinsatser ska signeras. Under första halvåret 2026 uppnår Estrids gård, Hemtjänst Attendo och Lyckåsen målsättningen, medan Hemtjänst egen regi och Personlig assistans fortfarande ligger under målnivån. Samtidigt visar Hemtjänst egen regi en förbättring jämfört med motsvarande period föregående år.

Resultaten bör tolkas med hänsyn till verksamheternas olika förutsättningar. Hemtjänst Attendo har ett betydligt mindre antal ordinerade rehabiliteringsinsatser än Hemtjänst egen regi, vilket innebär att förutsättningarna för att upprätthålla en hög följsamhet skiljer sig mellan verksamheterna. Även Lyckåsen har ett begränsat antal ordinerade rehabiliteringsinsatser och omfattar endast de två sista månaderna av första halvåret, då ordinerade rehabiliteringsinsatser först började förekomma under denna period. Det begränsade antalet ordinerade rehabiliteringsinsatser har sannolikt bidragit till bättre förutsättningar att upprätthålla en hög följsamhet.

Utöver skillnader i antalet ordinerade rehabiliteringsinsatser påverkas följsamheten även av verksamheternas organisatoriska förutsättningar. Inom särskilt boende finns personal kontinuerligt på plats, vilket ger större möjlighet att anpassa tidpunkten för en rehabiliteringsinsats om den inte kan genomföras enligt plan. Inom ordinärt boende är förutsättningarna mer komplexa, eftersom insatserna är knutna till planerade besök och det ofta är svårare att skapa ytterligare tillfällen om en patient exempelvis avböjer en insats vid den planerade tidpunkten. Detta bedöms delvis kunna förklara den högre följsamheten inom

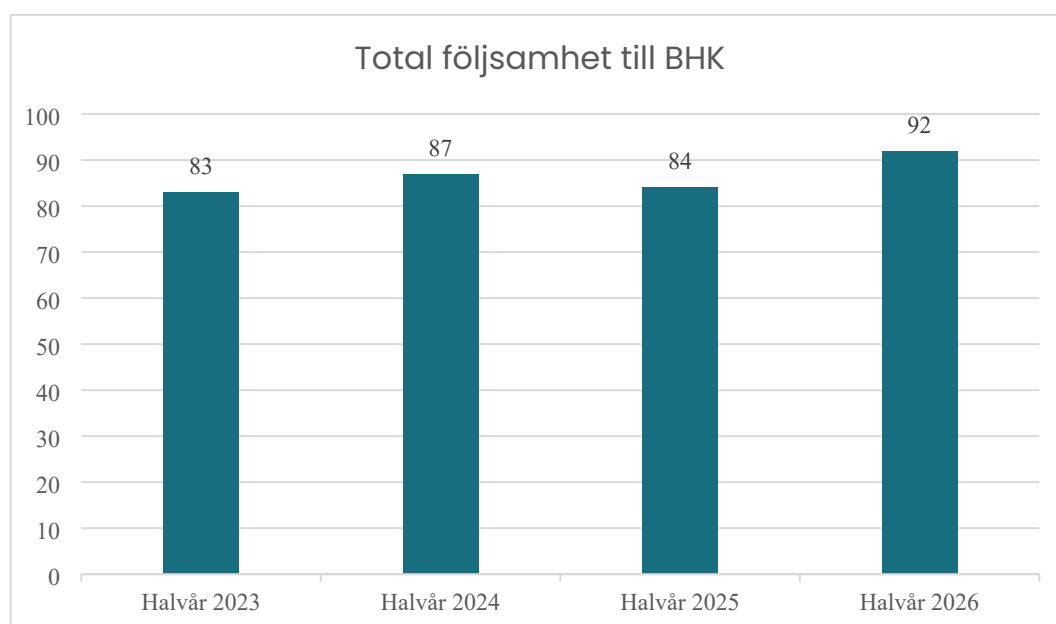
särskilt boende jämfört med hemtjänsten, trots att särskilt boende och Hemtjänst egen regi hanterar ett stort antal ordinerade rehabiliteringsinsatser.

För personlig assistans uppgick följsamheten till 67 procent. Verksamheten uppger att resultatet främst beror på hur den aktuella rehabiliteringsinsatsen är planerad och registrerad. Insatsen är registrerad som daglig för att ge brukaren möjlighet att själv välja vilka dagar den ska genomföras, medan den ordinerade omfattningen är två tillfällen per vecka. Den redovisade följsamheten speglar därför inte fullt ut följsamheten till den faktiska ordinationen.

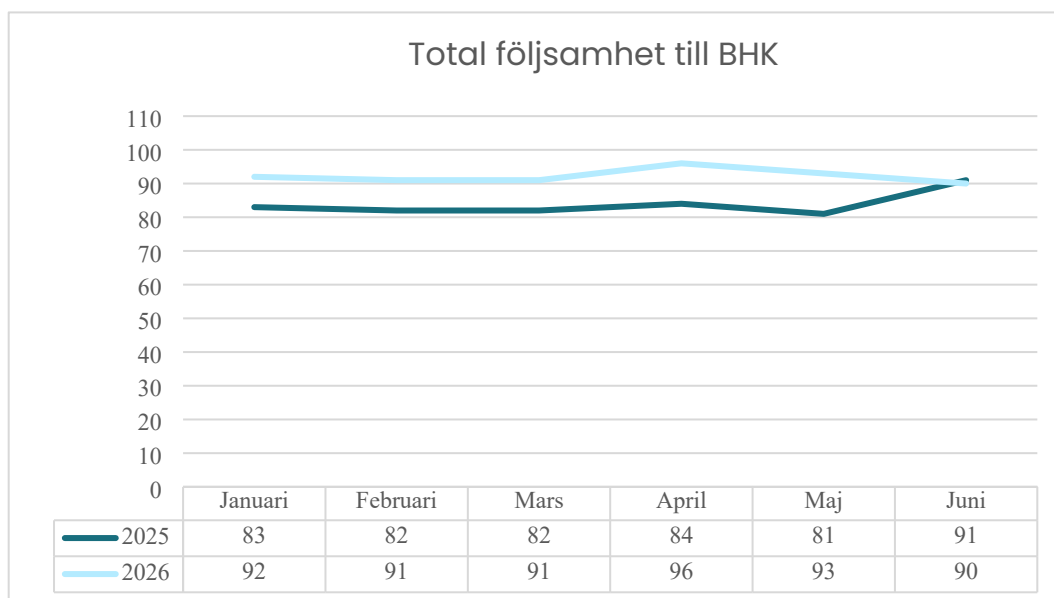
Den positiva utvecklingen inom flera verksamheter talar för att det arbete som bedrivits för att stärka följsamheten till ordinerade rehabiliteringsinsatser har haft effekt. Samtidigt kvarstår behovet av fortsatt uppföljning inom de verksamheter som ännu inte når den fastställda målnivån. En låg följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser kan innebära att ordinerade insatser inte genomförs eller inte dokumenteras genom signering. När uteblivna insatser inte heller återfinns i avvikelssystemet kan det indikera att avvikelser inom denna kategori fortfarande inte rapporteras i tillräcklig utsträckning.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Månatliga observationsmätningar ska genomföras inom samtliga verksamheter för att övervaka efterlevnad av BHK. I verksamheter där observationsmätningar inte är möjlig, exempelvis där mycket ensamarbete sker, används självskattning i samma omfattning som ett alternativ. Målsättningen är 100 % följsamhet enligt överenskommelse mellan Vårdhygien, smittskydd samt länets kommuner.



Ovanstående tabell beskriver den totala följsamheten till BHK i procent hos Estrids gård, S:t Maria, Dadelvägen, Lyckåsen, hemtjänsten egen regi samt Attendo, daglig verksamhet, personlig assistans och hemsjukvården. Det är ett medelvärde för perioden 1 januari till och med 30 juni respektive år.



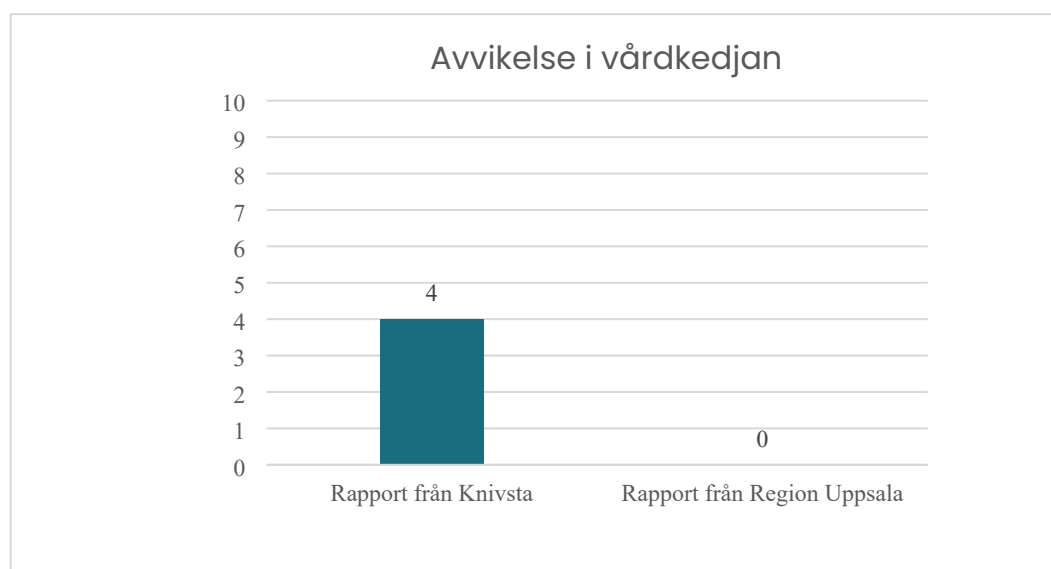
Tabellen beskriver den genomsnittliga följsamheten till BHK i procent, fördelad per månad under första halvåret 2025 respektive 2026. Den totala följsamheten avser samtliga verksamheter som genomfört och rapporterat BHK-mätningar under respektive månad.

Den genomsnittliga följsamheten till BHK uppgår under första halvåret 2026 till 92 %, jämfört med 84 % under motsvarande period 2025. Resultatet visar en tydlig förbättring jämfört med föregående år och innebär att följsamheten fortsatt ligger på en hög nivå. Samtidigt förekommer variationer mellan verksamheter och mellan olika månader. Flera verksamheter uppvisar fortsatt en hög och stabil följsamhet, medan andra uppvisar större variationer under perioden. Arbetet med BHK bedöms fortsatt vara väl etablerat inom verksamheterna, även om fortsatt förbättringsarbete krävs för att successivt närma sig målsättningen om 100 procents följsamhet.

Enstaka verksamheter har inte rapporterat resultat vid samtliga månatliga mätningar, men den övergripande täckningsgraden bedöms vara tillräcklig för att ge en rättvisande bild av följsamheten under perioden. Resultaten följs upp både på enhetsnivå och i HSL-ledningen, där de används för att identifiera utvecklingsområden, följa effekten av genomförda förbättringsåtgärder och vid behov initiera handlingsplaner.

Under första halvåret har endast fyra avvikelser kopplade till bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler rapporterats, trots att mätningarna visar att brister fortfarande förekommer. Detta talar för att identifierade brister inte alltid rapporteras som avvikelser, vilket begränsar möjligheterna att analysera bakomliggande orsaker och följa upp vidtagna åtgärder på ett systematiskt sätt. Ett fortsatt arbete behövs därför för att stärka kopplingen mellan resultaten från BHK-mätningarna och avvikelshanteringen, så att identifierade brister i högre utsträckning leder till analys och förbättringsåtgärder.

Avvikelse i vårdkedjan



Tabellen beskriver antal avvikelser i vårdkedjan som har skickats från respektive inkommit till Knivsta kommun under perioden 2026-01-01 till 2026-06-30.

Under första halvåret 2026 identifierades fyra vårdkedjeavvikelser från Vård- och omsorgskontoret till Region Uppsala. Två av avvikelserna har rapporterats under första halvåret, medan övriga två identifierades sent under kvartal 2 och därför rapporterades i början av kvartal 3. Samtliga avvikelser har riktats till Akademiska sjukhuset, slutenvården inom somatiken. Under samma period har inga vårdkedjeavvikelser inkommit från regionen till kommunen. Detta innebär en lägre rapporteringsnivå än under motsvarande period föregående år.

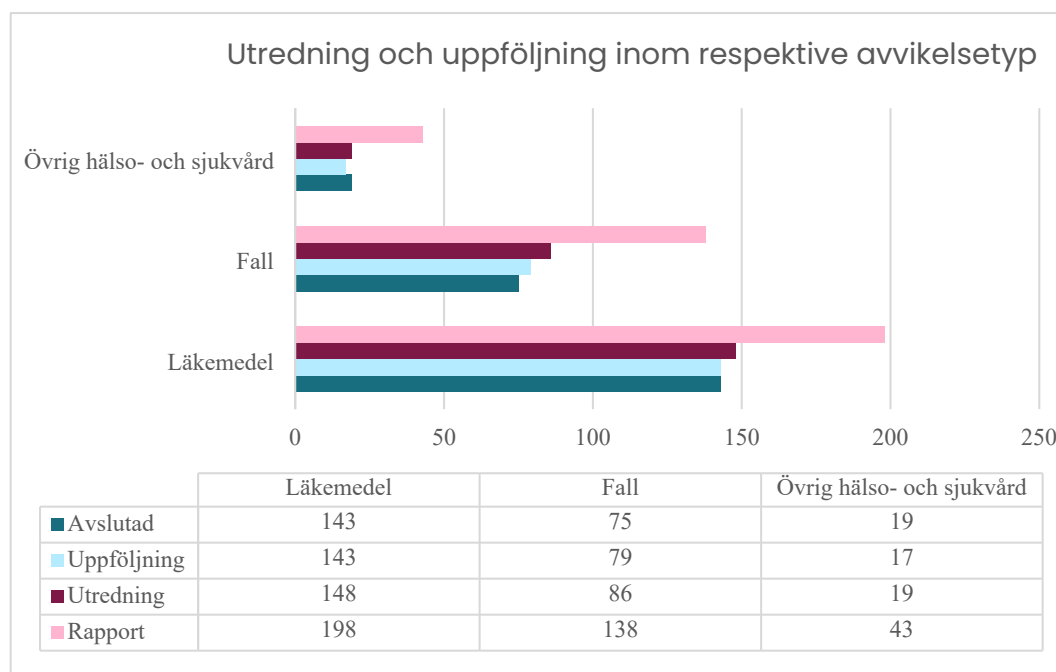
Samtliga vårdkedjeavvikelser avser brister i utskrivningsprocessen. Avvikelserna rör bland annat brister i informationsöverföring, kommunikation och samordning i samband med patienters utskrivning från slutenvården. Resultatet ligger därmed i linje med de utvecklingsområden som även tidigare identifierats inom samverkan mellan huvudmännen och överensstämmer med den analys som gjordes i patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

Under perioden inkom även en vårdkedjeavvikelse avseende en patient placerad på HVB-hem. Vid genomgång konstaterades att kommunen inte hade hälso- och sjukvårdsansvar i det aktuella ärendet, då det medicinska ansvaret för personer placerade på HVB-hem ligger hos Region Uppsala. Avvikelsen föranledde därför ingen vidare utredning från kommunens sida. Återkoppling lämnades till avsändaren, som därefter skickade avvikelsen vidare till rätt vårdgivare.

Den minskade rapporteringen under första halvåret behöver tolkas med försiktighet. Erfarenheterna från 2025 visar att antalet vårdkedjeavvikelser kan variera mellan årets första och andra hälft, vilket innebär att halvårsutfallet inte nödvändigtvis är representativt för helåret. Analysgruppen för vårdkedjeavvikelser har därför planerat att under tredje kvartalet analysera den

minskade rapporteringen för att bedöma om utvecklingen speglar en faktisk förbättring i samverkan eller om den kan förklaras av andra bakomliggande faktorer, exempelvis förändrade arbetssätt eller organisatoriska förutsättningar. Resultatet av analysen kommer att ligga till grund för den fortsatta bedömningen i patientsäkerhetsberättelsen för 2026.

Utredning och uppföljning



Tabellen visar följsamheten till hela avvikelseprocessen från upprättad avvikelse till utredning och uppföljning och därefter avslutad rapport under perioden 2026-01-01 till 2026-06-30.

Under första halvåret 2026 har cirka 67 % av de rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna en påbörjad utredning vid tidpunkten för sammanställningen. Resultatet ligger i nivå med helårsutfallet för 2025, men något lägre än vid halvårsuppföljningen 2025. Skillnaden bedöms huvudsakligen bero på att avvikelshanteringen är en pågående process och att samtliga rapporterade avvikelser ännu inte hunnit utredas vid tidpunkten för datauttaget.

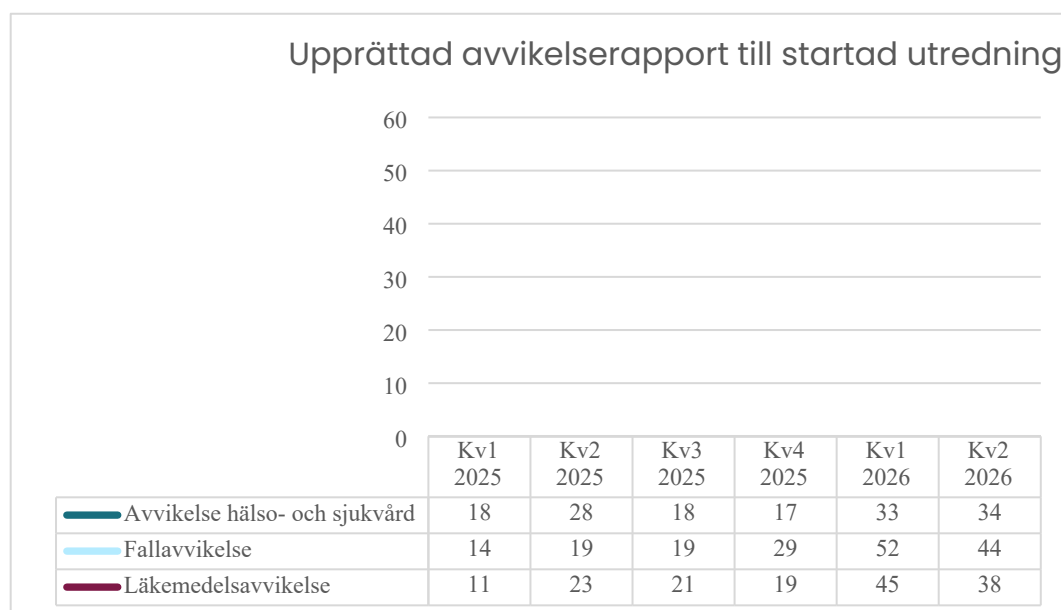
En påbörjad utredning innebär att hanteringen av avvikelserna har initierats, men säger i sig inget om att processen är avslutad eller om kvaliteten i utredningsarbetet. Kvalitetsgranskningar och återkoppling från verksamheterna visar, i likhet med bedömningen i patientsäkerhetsberättelsen för 2025, att det fortfarande finns förbättringspotential vad gäller innehåll och analysdjup i utredningarna.

Av de avvikelser som haft en påbörjad utredning har cirka 94 % en dokumenterad uppföljning. Resultatet visar att följsamheten till de efterföljande stegen i avvikelseprocessen fortsatt är hög när utredningsarbetet väl har initierats. Läkemedels- och fallavvikelser uppvisar även under första halvåret en hög

följsamhet till uppföljning. Inom kategorin övrig hälso- och sjukvård är andelen uppföljda avvikelser lägre. Resultatet behöver dock tolkas med viss försiktighet, eftersom avvikelser inom denna kategori ofta skiljer sig åt i både omfattning och komplexitet. Mer omfattande utredningar eller åtgärder kan innebära att uppföljning och avslut sker senare i processen, vilket påverkar utfallet vid tidpunkten för datauttaget.

Resultaten ska ses som en ögonblicksbild av avvikelseprocessen. Antalet rapporterade, utredda, uppföljda och avslutade avvikelser behöver därför inte överensstämma, eftersom ärenden befinner sig i olika faser av processen vid tidpunkten för datauttaget. Exempelvis kan avvikelser som rapporterats under föregående år avslutas under 2026, medan nyligen rapporterade avvikelser fortfarande är under utredning eller uppföljning.

Led- och utredningstid

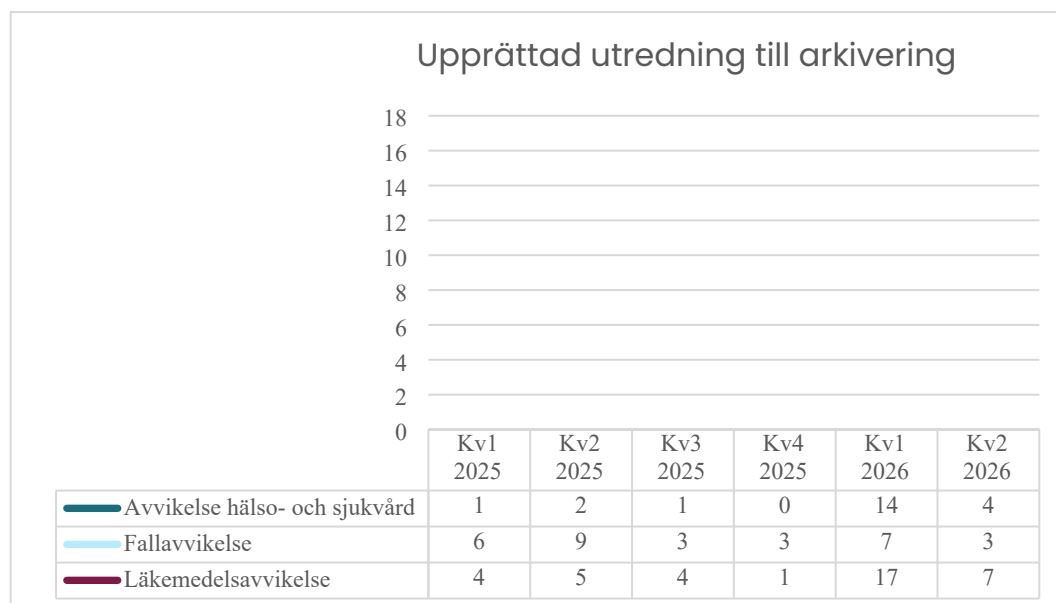


Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från att avvikelserna upprättas till startad utredning. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2025–2026.

Den genomsnittliga ledtiden från upprättad avvikelse till startad utredning har under första halvåret 2026 varit längre än under motsvarande period 2025 för samtliga avvikelse typer. Samtidigt kan en viss förbättring noteras mellan årets två första kvartal, där den genomsnittliga ledtiden minskat för både fall- och läkemedelsavvikelser. För övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser är ledtiden i stort sett oförändrad.

Enligt gällande rutin ska utredning påbörjas inom 14 dagar från det att en avvikelse rapporteras. Resultaten visar att målvärdet inte uppnåtts under första halvåret 2026 för någon av avvikelse typerna. En kort ledtid är en viktig förutsättning för en kvalitativ avvikelseutredning. När utredningen påbörjas nära händelsen finns bättre förutsättningar att samla in relevanta uppgifter medan

händelseförloppet fortfarande är aktuellt för berörd personal. Detta stärker kvaliteten i analysen och möjliggör att risker kan identifieras och åtgärdas tidigare.

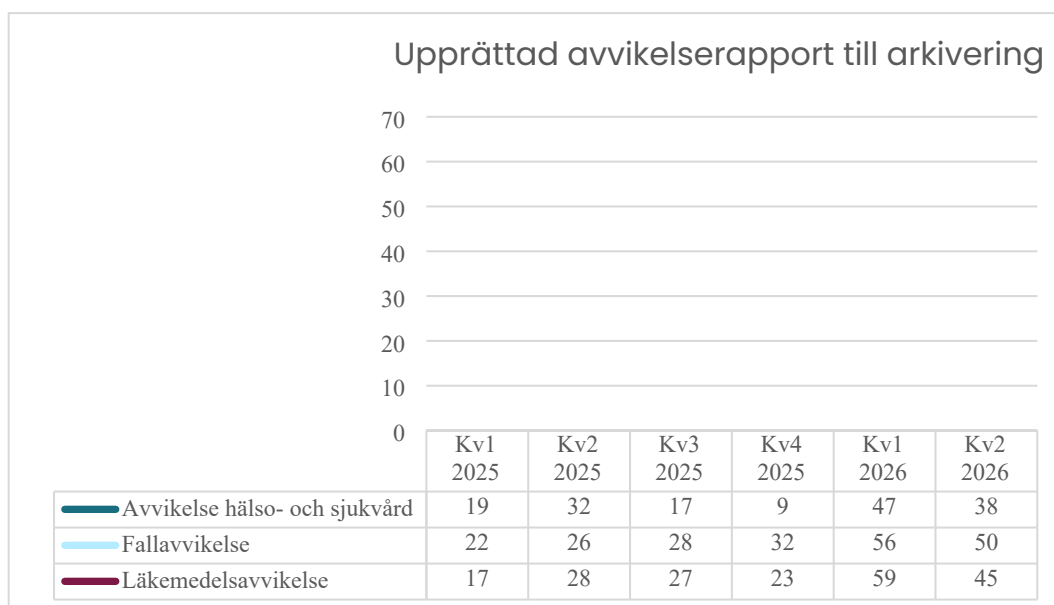


Diagrammet visar ett medelvärde av antal dagar från upprättad utredning till arkivering. Redovisningen är kvartalsvis och för år 2025–2026.

Ledtiden från upprättad utredning till arkivering har varierat mellan årets två första kvartal. Under det första kvartalet 2026 ökade ledtiderna för samtliga avvikelsetyper jämfört med motsvarande period föregående år, medan en tydlig minskning noterades under det andra kvartalet. Trots variationerna rör det sig fortsatt om förhållandevis korta ledtider.

En kort ledtid mellan utredning och arkivering kan vara positiv om den speglar en effektiv och väl fungerande avvikelseprocess. Samtidigt väcker mycket korta ledtider frågor om hur väl utredning, genomförande av åtgärder och uppföljning hinner genomföras innan ett ärende avslutas. För att kunna bedöma effekten av vidtagna åtgärder krävs ofta viss tid för uppföljning, vilket inte alltid återspeglas i statistiken.

Liksom tidigare beskriver verksamheterna att utredningar, åtgärder och uppföljningar många gånger genomförs parallellt med det löpande arbetet och att dokumentationen därefter registreras i nära anslutning till varandra, ofta i samband med enheternas avvikelseråd. Detta kan förklara de korta ledtiderna, men innebär också att statistiken inte nödvändigtvis speglar den faktiska tidsåtgången för det samlade förbättringsarbetet.



Tabellen visar medelvärdet av antal dagar från att avvikelserapporten upprättats till arkiveringen. Redovisningen är kvartalsvis för åren 2025–2026.

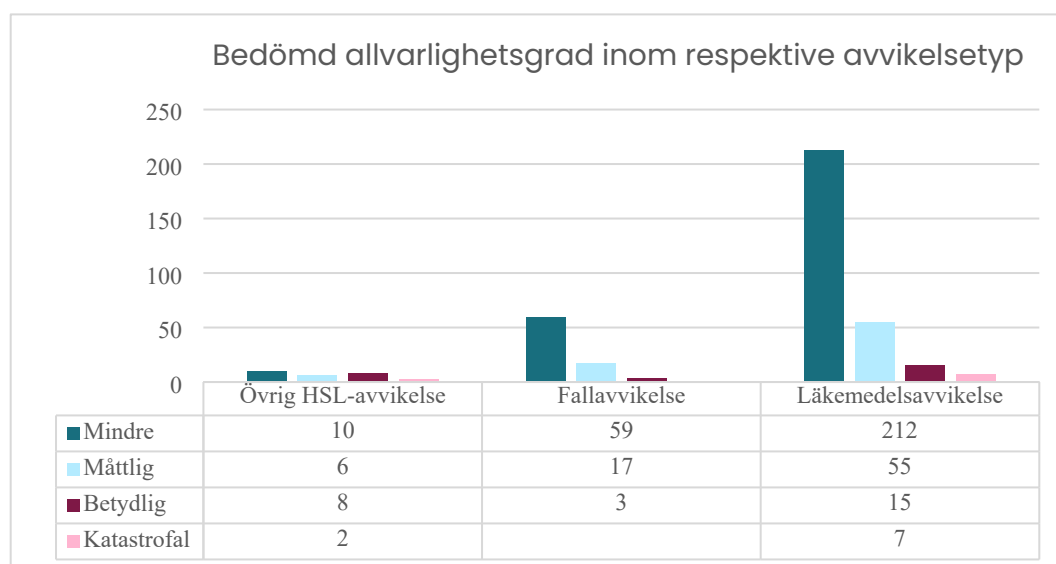
Den genomsnittliga ledtiden för hela avvikelseprocessen, från upprättad avvikelserapport till arkivering, har under första halvåret 2026 varit längre än under motsvarande period 2025 för samtliga avvikelsetyper. Ledtiderna ökade framför allt under årets första kvartal, medan en viss minskning noterades under kvartal två. Den längre totala ledtiden behöver dock inte i sig ses som ett negativt resultat, utan ska tolkas tillsammans med ledtiderna för avvikelseprocessens olika delmoment.

Den längre totala ledtiden kan huvudsakligen hänföras till att ledtiden från upprättad avvikelse till startad utredning ökat jämfört med motsvarande period föregående år. När utredningen väl har påbörjats är tiden till arkivering däremot fortsatt förhållandevis kort. Det är därför viktigt att skilja mellan avvikelseprocessens olika steg. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är en skyndsam start av utredningen särskilt betydelsefull, medan den senare delen av processen behöver ge utrymme för analys, genomförande av åtgärder och uppföljning innan ärendet avslutas.

Samtliga ledtider baseras endast på de avvikelser som vid tidpunkten för datauttaget hunnit genomgå de processteg som respektive ledtid avser. Exempelvis ingår i ledtiden från upprättad avvikelse till startad utredning endast de avvikelser där en utredning faktiskt påbörjats, medan den totala ledtiden till arkivering endast omfattar avvikelser som hunnit genomgå samtliga processteg. Underlaget förändras därför över tid i takt med att fler avvikelser passerar processens olika steg, vilket innebär att resultaten ska ses som ögonblicksbilder av processen och kan förändras vid senare uppföljningar utan att det nödvändigtvis speglar förändringar i arbetssätt eller följsamhet till avvikelseprocessen.

En samlad bedömning av ledtiderna behöver därför alltid göras utifrån avvikelseprocessens olika steg och deras respektive syften. Resultaten visar att det fortsatt finns behov av att korta ledtiden från rapporterad avvikelse till påbörjad utredning, medan den senare delen av processen även fortsättningsvis behöver ge utrymme för analys, genomförande av åtgärder och uppföljning innan avvikelser avslutas.

Allvarlighetsgrad



Tabellen beskriver antalet bedömningar av allvarlighetsgrad inom respektive avvikelsetyp under perioden 2026-01-01 till 2026-06-30.

Bedömning av allvarlighetsgrad genomförs inom ramen för avvikelseutredningen och är obligatorisk innan en avvikelse kan avslutas. Eftersom bedömningen görs först efter att en utredning har påbörjats sammanfaller inte alltid antalet genomförda bedömningar med antalet rapporterade avvikelser under samma tidsperiod. Bedömningar som registreras under första halvåret 2026 kan exempelvis avse avvikelser som rapporterats under slutet av 2025 men där utredning och bedömning genomförts först under innevarande år. Detta förklarar att antalet genomförda bedömningar av allvarlighetsgrad under perioden överstiger antalet rapporterade avvikelser.

Under första halvåret 2026 har totalt 394 bedömningar av allvarlighetsgrad genomförts. Liksom tidigare år har merparten av avvikelserna bedömts som mindre (281), följt av måttlig (78). Totalt har 35 avvikelser bedömts ha betydlig eller katastrofal allvarlighetsgrad, vilket innebär att dessa avvikelser bedömts ha en hög risk för vårdskada eller allvarlig konsekvens för patienten.

Enligt gällande rutin ska samtliga avvikelser som bedömts ha betydlig eller katastrofal allvarlighetsgrad skickas vidare till medicinskt ansvariga för ställningstagande till fortsatt handläggning och behov av fördjupad utredning. Under första halvåret 2026 har dock endast 13 av dessa avvikelser skickats vidare

till MAS/MAR. Det bör samtidigt beaktas att denna statistik endast omfattar avvikelser som vidarebefordrats via den ordinarie avvikelseprocessen. Under perioden har medicinskt ansvariga även fått kännedom om allvarliga avvikelser genom andra rapporteringsvägar. Dessa ingår inte i den aktuella statistiken, vilket innebär att antalet avvikelser som faktiskt varit föremål för medicinskt ansvarigas bedömning är högre än vad uppföljningen visar. Resultatet väcker ändå frågor om följsamheten till rutinen för vidarebefordran av avvikelser med hög allvarlighetsgrad, eftersom en enhetlig och spårbar rapporteringsväg är en förutsättning för en tillförlitlig uppföljning och för att säkerställa att samtliga relevanta avvikelser blir föremål för medicinskt ansvarigas bedömning. Samtidigt behöver resultatet analyseras närmare innan några säkra slutsatser kan dras, eftersom skillnaden även kan påverkas av hur olika moment i avvikelseprocessen registreras i systemet.

Lex Maria

Efter bedömning och ställningstagande av medicinskt ansvariga har fem avvikelser under första halvåret 2026 genomgått fördjupad utredning. Tre av dessa har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria, då händelserna bedömts ha medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. I samband med två av lex Maria utredningarna identifierades återkommande brister i samma legitimerade yrkesutövers yrkesutövning. Tillsammans med övriga omständigheter som framkommit i vårdgivarens samlade bedömning föranledde detta en anmälan till IVO enligt 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen. De båda lex Maria-utredningarna bifogades som en del av underlaget till anmälan.

Den första lex Maria anmälan avser en förväxling av dosetter där en patient blev utan ordinerade läkemedel under flera dygn samtidigt som en annan patient fick tillgång till två dosetter. Utredningen identifierade brister i läkemedelshantering, dokumentation och efterlevnad av kontrollrutiner. Därtill framkom brister i säkerhetskulturen, då händelsen inte rapporterades förrän flera månader efter att den inträffat, vilket fördröjde både utredning och förbättringsåtgärder.

Den andra lex Maria anmälan avser utebliven läkemedelsbehandling där en patient sannolikt inte erhöll ordinerad hormonbehandling under en längre period efter att en förändring i läkemedelshanteringen genomförts utan att en fungerande alternativ hantering säkerställdes. Utredningen visade brister i planering, läkemedelshantering, dokumentation och följsamhet till ordination.

Den tredje lex Maria anmälan avser fördröjd vård och behandling efter ett fall, där patienten inte blev föremål för en tillräcklig medicinsk bedömning trots upprepade kontakter från omsorgspersonal under natten. Utredningen identifierade brister i medicinsk bedömning, dokumentation, informationsöverföring och användning av tillgängligt beslutsstöd, vilket medförde att adekvata åtgärder fördröjdes och att patienten kvarstod med uttalade smärtor under längre tid än nödvändigt.

Av de tre lex Maria anmälningarna har två hittills återkopplats av IVO med beslut om att avsluta ärendena utan ytterligare åtgärder. IVO bedömer i dessa fall att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelserna, att utredningarnas slutsatser är rimliga och adekvata samt att de åtgärder som vidtagits är tillräckliga för att minska risken för liknande händelser. Ett ärende inväntar fortfarande IVO:s bedömning.

Säkerhetskultur och hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

I samband med en av årets lex Maria utredningar framkom uppgifter som väckte frågor om säkerhetskulturen och rapporteringsklimatet inom den berörda enheten. För att bedöma om detta speglade ett mer generellt förhållande eller var begränsat till den enskilda enheten och händelsen genomfördes under första halvåret 2026 en verksamhetsövergripande enkät baserad på Hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Enkäten riktades till medarbetare inom Vård- och omsorgskontorets samtliga utförare i egen regi och syftade till att ge en bild av hur medarbetarna upplever patientsäkerhet och säkerhetskultur på sina arbetsplatser.

Resultatet visar sammantaget en positiv bild av säkerhetskulturen. En stor majoritet av medarbetarna uppger att de vågar påtala när något riskerar att bli fel och känner sig trygga med att prata om egna misstag. Även frågor som rör stöd från närmaste chef, samarbete inom den egna arbetsgruppen och ett gemensamt fokus på lärande och förbättring uppvisar genomgående höga resultat.

Samtidigt identifierar enkäten områden med fortsatt utvecklingspotential. Framför allt gäller detta samverkan mellan olika verksamheter, patients delaktighet i patientsäkerhetsarbetet samt hur förbättringar efter negativa händelser genomförs och följs upp.

Sammantaget tyder resultaten på att de brister i säkerhetskultur och rapporteringsklimat som identifierades i den aktuella lex Maria utredningen främst varit begränsade till den berörda enheten och inte är representativt för organisationen som helhet. Under hösten 2026 kommer resultaten att analyseras vidare tillsammans med verksamheterna och ligga till grund för fortsatt dialog och förbättringsarbete.

Samlad bedömning och fortsatt riktning

Det första halvåret 2026 visar att det systematiska patientsäkerhetsarbetet fortsatt utvecklats och att flera av de arbetssätt som etablerades under 2025 har bibehållits. Avvikelsehanteringen är väl etablerad i verksamheterna och resultaten visar en fortsatt hög följsamhet till flera delar av avvikelseprocessen, bland annat vad gäller uppföljning och bedömning av allvarlighetsgrad. Samtidigt identifieras utvecklingsområden där fortsatt arbete krävs för att stärka patientsäkerheten.

Den samlade analysen visar framför allt behov av att korta ledtiden från rapporterad avvikelse till påbörjad utredning samt att säkerställa att avvikelser

som bedöms ha betydlig eller katastrofal allvarlighetsgrad konsekvent vidarebefordras till medicinskt ansvariga för ställningstagande till fortsatt handläggning. Fortsatt fokus behöver även ligga på kvaliteten i utredningar, analyser och uppföljningar, så att avvikelshantering inte enbart leder till avslutade ärenden utan också till ett långsiktigt lärande och ett effektivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.

De lex Maria-utredningar som genomförts under perioden har identifierat flera återkommande bakomliggande orsaker, däribland brister i rutinföljsamhet, dokumentation, kommunikation och medicinska bedömningar. Utredningarna har resulterat i riktade åtgärder inom berörda verksamheter och utgör samtidigt ett viktigt underlag för fortsatt organisatoriskt lärande. Den verksamhetsövergripande HSE-enkäten visar samtidigt att de brister i säkerhetskultur och rapporteringsklimat som identifierades i en av årets lex Maria utredningar inte förefaller vara representativa för organisationen som helhet. Resultaten ger därmed ett värdefullt komplement till avvikelsestatistiken och kommer att användas som underlag i det fortsatta förbättringsarbetet.

Under hösten 2026 kommer arbetet att fokusera på analys av identifierade utvecklingsområden och genomförande av riktade förbättringsåtgärder. Fortsatt uppföljning av avvikelshantering, återföring av lärdomar från inträffade händelser samt utveckling av säkerhetskulturen är viktiga förutsättningar för att stärka kvaliteten och patientsäkerheten inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammantaget bedöms verksamheten ha goda förutsättningar att fortsätta utveckla patientsäkerhetsarbetet genom ett systematiskt arbetssätt där avvikelser, utredningar och medarbetarnas erfarenheter används som grund för ett kontinuerligt lärande och förbättring.